



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**EPİLEPSİ TANILI ERGENLERDE PSİKİYATRİK
KOMORBİDİTENİN VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Erdem BEYOĞLU

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2008



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**EPİLEPSİ TANILI ERGENLERDE PSİKİYATRİK
KOMORBİDİTENİN VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Erdem BEYOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ

BURSA – 2008

İÇİNDEKİLER

TÜRKÇE ÖZET.....	ii
İNGİLİZCE ÖZET.....	iii
GİRİŞ.....	1-16
GEREÇ VE YÖNTEM.....	17-20
BULGULAR.....	21-34
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	35-42
KAYNAKLAR.....	43-49
EKLER.....	50-66
TEŞEKKÜR.....	67
ÖZGEÇMİŞ.....	68

ÖZET

Epilepsi çocukluk çağının en sık görülen hastalıklarından biridir. Epilepsi tanılı çocuk ve ergenlerde yüksek oranda psikiyatrik komorbidite bildirilmiştir. Epilepsi'nin yaşam kalitesini azalttığı çeşitli çalışmalarda saptanmıştır. Diğer yandan psikiyatrik hastalıkların da yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir. Çalışmamızda Epilepsi tanılı ergenlerde psikiyatrik komorbiditeyi ve yaşam kalitesi üzerine etkisini tespit etmeyi amaçladık. Çalışmamıza Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Nörolojisi Polikliniğinde Epilepsi tanısı ile izlenen, son iki yıl içinde en az bir nöbet geçiren, yaşam kalitesini etkileyecek akut veya kronik somatik bir hastalığı olmayan ve yönergeleri anlayabilen 42 hastalar alınmıştır. Psikiyatrik komorbidite, psikiyatrik görüşme ve Kısa Semptom Envanteri ile araştırılmıştır. Hastadan Kısa Semptom Envanterini ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formunu ve anne-babasından Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ebeveyn Formunu doldurması istenmiştir. Psikiyatrik komorbidite %52,4 oranında tespit edilmiş olup Depresyon tanısının yüksekliği (%26,2) dikkati çekmiştir. Yaşam Kalitesi puanı Epilepsi hastalarının öz bildiriminde ortalama 77,83 olarak, anne-babalarının bildiriminde ise ortalama 78,26 olarak tespit edilmiştir. Psikiyatrik komorbiditesi olanların öz bildirimi ile anne-babalarının bildirimi arasında fark bulunduğu, kendilerinin doldurmuş olduğu formda daha düşük puan aldıkları saptanmıştır ($p<0,05$). Psikiyatrik komorbidite tespit edilen hastaların ortalama Yaşam Kalitesi puanları 70,81 iken, tespit edilmeyenlerin Yaşam Kalitesi puanı 85,56 olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca yapılan analizde Yaşam kalitesini Klinik Global İzlenim – Şiddet skorunun etkilediği saptanmıştır. Bu bulgular ışığında, epilepsinin kendisinin yaşam kalitesini düşüren bir hastalık olmasının yanı sıra, psikiyatrik komorbiditenin varlığının epilepsili ergenlerin yaşam kalitesini daha da düşürdüğü tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, Ergen, Psikiyatrik Komorbidite, Klinik Global İzlenim, Kısa Semptom Envanteri, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.

SUMMARY

The Impact of Psychiatric Comorbidity and Quality of Life in Adolescents with Epileptic Disorder

Epilepsy is one of the most common disease during childhood. Studies with epileptic children and adolescents state high psychiatric comorbidity rates and showed that epilepsy as well as psychiatric diseases have both a negative impact on quality of life (QoL). This study aimed at investigating the impact of psychiatric comorbidity and quality of life in adolescents with epileptic disorder. Fortytwo patients from Uludag University Pediatric Neurology Department with at least one seizure in the past 2 years, able to comply with study procedures, without any acute or chronic disease effecting the quality of life were included. Psychiatric comorbidity was assessed via psychiatric interview and 'Brief symptom inventory' (BSI). Patients filled in the 'BSI' and 'Pediatric Quality of Life Inventory Child Report', their parents answered the 'Pediatric Quality of Life Inventory Parents Report'. Rate of psychiatric comorbidity was 52,4% and a high rate of depression (26,2%) was noted. QoL mean value of children's reports was 77,83, and of parents' reports was 78,26. Epileptic patients with a psychiatric comorbidity reported lower QoL than their parents ($p<0,05$). Mean QoL was lower in patients with psychiatric comorbidity than without psychiatric comorbidity (70,81 vs. 85,56 vs; $p<0,05$). Quality of Life differed by Clinical Global Impression – Severity scores. In conclusion, it was shown that not only epilepsy itself decreases the quality of life, but that the presence of a psychiatric comorbidity has a further negative impact on quality of life in epileptic adolescents.

Key Words: Epilepsy, Adolescent, Psychiatric comorbidity, Clinical Global Impression, Brief Symptom Inventory, Pediatric Quality of Life Inventory.

GİRİŞ

Epilepsi tüm dünyada yaygın bir sağlık problemidir (1). Epilepsi çocukluk çağının en sık karşılaşılan hastalıklarından biridir. Otuz yıldan beri epilepsili çocuklarla yapılan çalışmalarda yüksek oranda psikiyatrik problemlerin olduğu bilinmektedir (2). Epilepsili çocukların normal topluma ve diğer kronik hastalığı olan çocuklara göre daha fazla psikiyatrik sorunlara sahip oldukları, bunun nedeni olarak da epilepsinin doğrudan merkezi sinir sistemini etkileyen bir rahatsızlık olması gösterilmiştir. Bazı çalışmalar ise, epilepsili çocuklardaki psikopatolojinin kısmen hastalığın kronik doğasından kaynaklanabileceğini, nörolojik ve psikosozyal faktörlerin birlikte ele alınması gerektiğini bildirmektedir (3).

EPİLEPSİ

Nöbet, bir grup serebral nöronun ani, anormal ve aşırı boşalmasına bağlı olarak geçici belirti ve/veya bulguların ortaya çıkmasıdır (4). Bu tanıma bağlı olarak, epileptik nöbet zamansal olarak kesin bir başlangıcı ve bitişi olan geçici bir durumdur. Bitişi, postiktal dönemdeki belirtilerin tabloyu karartması nedeniyle, başlangıç kadar kesin belirlenemeyebilir. Nöbetin klinik görünümünü ise, anormal epileptik deşarjın ortaya çıktığı nöronlar, yayıldığı anatomik yollar ve bölgeler etkiler (5,6).

İlk kez Hipokrat tarafından bir beyin hastalığı olarak görülen epilepsi ise, beynin epileptik nöbetler oluşmasına yatkınlığı ve bu durumun bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçlarının görüleceği klinik bir tablo olarak tanımlanabilir. Epilepsinin varlığından söz edilebilmesi için en az bir nöbet geçirilmesi gerekmektedir (6).

Epileptik nöbetlerin sınıflandırılmasında 1981'de Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE) tarafından yayınlanan sınıflandırma kullanılmaktadır (3). Buna göre iki eksenli değerlendirilme yapılmaktadır. Birinci eksenle yapılan temel ayırım nöbetin kaynağı ile ilgilidir. Parsiyel (Lokal, Fokal),

Generalize ve Sınıflandırılmayan tipleri bulunmaktadır. İkinci ekseninde ise etiyojolojiye göre ayırım yapılmaktadır. Herediter yatkınlık dışında bir neden bulunamayan epilepsilere “İdiyopatik Epilepsi”, nedeni bulunan epilepsilere “Semptomatik Epilepsi” ve semptomatik olduğu düşünöldüğü halde kesin nedeni bulunmayan epilepsilere de “Kriptojenik Epilepsi” adı verilmektedir(7).

Epileptik Nöbetlerin Uluslararası (ILAE) Sınıflaması (3)

I. Parsiyel (Lokal, Fokal) Nöbetler:

A. Basit Parsiyel Nöbetler: (Bilinç bozukluğu yoktur)

1. Motor semptomlu nöbetler
2. Somatosensoriyel veya özel duysal semptomlu nöbetler
3. Otonomik semptomları veya bulguları olan nöbetler
4. Psişik semptomlu nöbetler.

B. Kompleks Parsiyel Nöbetler (Bilinç bulanıklığı vardır)

1. Basit parsiyel başlangıçlı bilinç bulanıklığının izlediği nöbetler
2. Başlangıçtan itibaren bilinç bulanıklığı olan nöbetler

C. Sekonder Generalize Olan Parsiyel Nöbetler:

1. Basit parsiyel şeklinde başlayıp generalize olan nöbetler
2. Kompleks parsiyel şeklinde başlayıp generalize olan nöbetler
3. Basit parsiyel şeklinde başlayıp, kompleks parsiele dönüşüp generalize olan nöbetler.

II. Generalize Nöbetler (Konvülsif veya Nonkonvülsif)

- A. Absans nöbetler
- B. Myoklonik nöbetler
- C. Tonik nöbetler
- D. Klonik nöbetler
- E. Atonik nöbetler
- F. Tonik-klonik nöbetler

III. Sınıflandırılmayan Epileptik Nöbetler

Epileptik nöbetler genel olarak Parsiyel ve Generalize olmak üzere iki temel gruba ayrılır. Parsiyel nöbetler, beynin bir bölgesindeki nöronların deşarjı sonucu ortaya çıkan, klinik ve elektroensefalografi (EEG) bulgusu bu anatomik lokalizasyon ile ilişkili olan nöbetlerdir. Nöbet sırasında bilinç değişikliği olmasına (Kompleks Parsiyel) ve olmamasına (Basit Parsiyel) göre ikiye ayrılır (4). Her iki tip de korteksin diğer bölgelerine yayılarak sekonder generalize nöbetlere dönüşebilir (5,6).

Generalize nöbetler, klinik ve EEG bulguları ile nöbetin başlangıcında her iki hemisferin de diffüz olarak olaya katıldığı nöbetlerdir (5,6). Generalize nöbetlerde genellikle bilinç kaybı görülür, ancak myoklonik tip gibi bazı nöbetlerde nöbetin kısa olması nedeniyle bilinç kaybı tam olarak değerlendirilemeyebilir (5).

I. Parsiyel (Lokal, Fokal) Nöbetler

A. Basit Parsiyel Nöbetler:

Motor semptomlu nöbetlerde belirti ve bulgular motor korteksdeki nöbet odağına bağlıdır. En sık yüz, kol ve bacağı içeren ritmik klonik aktivite görülür. Nöbet belirli bir bölgede sınırlı kalabildiği gibi, bir sıra izleyerek yayılabilir (Jaksonian Yürüyüş). Genellikle birkaç dakika sürer (5,6).

Somatosensoriyel veya Özel Duyusal Belirtili Nöbetler ise duyu korteksinden kaynaklanırlar ve karşılık gelen vücut bölgesinde uyuşma, karıncalanma, yanma gibi duygularla karakterizedirler. Özel duyusal nöbetler, etkilenen bölgeye bağlı olarak, görsel, işitsel, kokuyla ilişkili, tatla ilişkili ve baş dönmesi ile ilişkili (Vertijinöz) nöbetler şeklinde olabilir (5,6).

Otonomik Belirtili Nöbetlerde bulantı, kusma, terleme, taşikardi, bradikardi, pupil değişiklikleri, salivasyon, yüzde kızarma veya solukluk, lakrimasyon gibi semptomlar gözlenmektedir (5,6).

Psişik Semptomlu Nöbetler ise rüya hali, "deja vu", "jamais vu" gibi disamnestik belirtiler, depersonalizasyon, çeşitli ilüzyonlar ve halüsinasyonlar, korku, öfke ve gülme şeklinde duygusal belirtilerle ortaya çıkabilir (5,6).

Kompleks Parsiyel Nöbetler

Genellikle yarım dakika ile birkaç dakika kadar süren bu nöbetlerin belirgin özelliği, bilinç değişikliğinin olması ve nöbetlere otomatizmaların eşlik edebilmesidir. Nöbet basit parsiyel nöbet şeklinde başlayıp sonra bilinç değişikliği gelişebilir veya nöbetin başlangıcında bilinç değişikliği vardır (5,6).

Otomatizmalar nöbet ortaya çıktığı anda hastanın yapmakta olduğu etkinliğe devam etmesi şeklinde olabileceği gibi, yeni bir etkinliğin gözlenmesi şeklinde de olabilir. Otomatizmalar orolimenter, ambulatuvar, sözel veya gestural tipte olabilir (5,6).

Kompleks Parsiyel Nöbetler içinde en sık görülen Temporal epilepsilerdir ve en sık Amigdalo - Hipokampal bölgeden kaynaklanmaktadır. Bu tip hastalarda, sıklıkla febril konvülsiyon ve ailesel nöbet öyküsü bulunmaktadır (7). Bu nöbetlerde, yükselen epigastik his, karın ağrısı, bulantı, veya hastaların iyi tanımlayamadıkları bir duygu şeklinde "aura" gözlenebilir. Bunu kısa süreli dona kalma ve beraberinde veya ardından gelişen otomatizmalar izler. Çeşitli otonomik belirtiler de nöbete eşlik edebilir (5,6).

Frontal lobdan kaynaklanan kompleks parsiyel nöbetlerde tonik veya postür motor belirtiler sıklıkla görülür. Bu tip nöbetler gün içerisinde birçok kez olabilir ve sıklıkla uykuda iken olmaktadır (7). Çabuk generalize olma eğilimi gösterirler. Status epileptikus sık rastlanılan bir komplikasyondur (8). Frontal lob nöbetleri garip davranışsal komponentler içerebilmeleri nedeni ile psikojenik nöbetlerle sıklıkla karışırlar.

Oksipital lobdan kaynaklanan kompleks parsiyel nöbetler seyrek görülür. Genelde nöbetlere görsel belirtiler eşlik eder (7). Görsel halüsinasyon, iktal körlük, göz deviyasyonu, göz kapağı hareketlerine ek olarak nöbetin genellikle yayılım göstermesi nedeni ile duyuşsal belirtiler, klonik veya tonik aktivite ve temporal lob nöbetlerine benzer otomatizmalar gözlenebilir(5).

Pariyetal lob nöbetleri de seyrek olarak görülür. Bu nöbetlerde, tipik olarak görülen parestezi ve ağrı gibi belirtilerin yanında değişik yayılım paternlerine bağlı olarak çeşitli nöbet tipleri de ortaya çıkabilir (8).

Generalize Nöbetler

Absans Nöbetler

Genellikle yarım dakikadan daha az süren, gün içinde çok sayıda tekrarlayabilen, ani başlangıçlı ve ani bitişli nöbetlerdir. Nöbet sırasında yapılmakta olan eylem aniden durur, hastada “boş bakış” şeklinde dalma gözlenir. Midriyazis, solukluk, yüzde kızarma, terleme, salivasyon, piloereksiyon gibi otonomik belirtiler ortaya çıkabilir. Nöbetten sonra (postiktal) konfüzyon gözlenmez. Absans nöbetler, hiperventilasyonla provoke edilebilir (5,6).

Myoklonik Nöbetler

Myoklonus, kas gruplarının istem dışı olarak ani ve hızlı kasılmasıdır. Yüzde, gövdede, bir veya birkaç ekstremitede veya generalize olabilir. Uykuya dalarken veya uyanırken daha sıktır. Epilepsi dışında da birçok nedene bağlı olarak görülebilir (5,6).

Tonik Nöbetler

Genellikle bir dakikadan kısa süren, ekstansör kas gruplarındaki ani tonus artışı şeklinde gözlenen nöbetlerdir. Hasta opistotonus postürünü alır ve bu sırada gözler yukarı kayar. Siyanoz görülür. Özellikle Lennox-Gastaut Sendromunda sık ortaya çıkan bir nöbet tipidir (5,6).

Klonik Nöbetler

Tekrarlayıcı, ritmik klonik atımlar ile karakterizedir. Özellikle süt çocuklarında daha sık görülür (5,6).

Atonik Nöbetler

Ani tonus kaybı sonucu düşmeler görülür. Yaralanmalar sıktır. Bu tür nöbetlerde genellikle bilinç kaybı olmaz. Hasta düşmesinin ardından hemen yerden kalkar. Başın öne düşmesi şeklindeki nöbetler de atonik nöbet kapsamına girer (5,6).

Tonik-Klonik Nöbetler

Daha önceleri “Grand Mal” olarak adlandırılan bu nöbetler, en ağır nöbet tipidir. Primer olabildikleri gibi, basit veya kompleks parsiyel nöbetlerin sekonder olarak yayılması sonucunda da gelişebilirler. Bu tip bir nöbetin başlangıcında ses tellerindeki spazma bağlı olarak hasta çığlık şeklinde ani bir ses çıkarabilir. Tüm iskelet kaslarında ani ve tonik kasılma sonucunda hasta yere düşer, ekstremiteler ve gövde gerilir. Çenedeki kasılma sonucunda hasta dilini ısırabilir. Solunum inhibe olduğundan siyanoz gelişir. Salivasyon gözlenebilir. Tonik faz sonrasında klonik aktiviteler başlar. Nöbet sonlandığında hasta uykuya dalabilir veya ajitasyon gösterebilir (5,6).

Epidemiyoloji

Epilepsi, en sık görülen çocuk nörolojisi hastalığıdır (9).

Dünya üzerinde 10,5 milyon çocuğun (15 yaş altı) aktif epilepsisi olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakam, dünyadaki epilepsi hastalarının %25’ini temsil etmektedir. Yılda 3,5 milyon kişide epilepsi rahatsızlığı gelişmekte olup, bunların %40’ı 15 yaşından küçüktür ve %80’inden fazlası da gelişen ülkelerde yaşamaktadır (10).

Yapılan toplum temelli çalışmalarda çocukluk çağı başlangıçlı epilepsilerin insidansının gelişen ülkelerde 100.000’de 61-124 ve gelişmiş ülkelerde 100.000’de 41-50 arasında olduğu saptanmıştır (7,8). Kümülatif insidans ise %3–4 olarak tespit edilmiştir. Diğer yandan, prevalansı yaklaşık %0,5 olarak tespit edilmiştir. Epilepsi, ‘yaşamın uç noktaları’ diyebildiğimiz çocukluk dönemi ve ileri yaşlarda sıktır. Bu sıklık yaşamın ilk yılında en yüksek seviyede olup, daha sonraki yıllarda giderek azalma göstermektedir. Epilepsi insidansı 1000’de 3-6 gibi yüksek orandadır (11,12).

Türkiye’de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı tarafından 1995 yılında Gemlik yöresinde bulunan çocuklarda nörolojik hastalıkların prevalansının araştırıldığı ve 559 çocuk hastanın dahil edildiği bir çalışmada, epilepsi prevalansı %0,9 olarak bulunmuştur (13). İzmir’de

yaşayan 7–17 yaş arasındaki hastaların dahil edildiği bir başka çalışmada ise aktif epilepsi prevalansı %0,56 olarak saptanmıştır (14).

Psikiyatrik Komorbidite

Kronik hastalığı olan çocuklarda, sağlıklı kontrollere göre 2,5 kat daha fazla psikopatoloji ortaya çıkmaktadır. Bu oran altta yatan beyin disfonksiyonuna bağlı bir kronik hastalığı bulunan çocuklarda daha yüksektir (2). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında da epilepsili çocuklarda, sağlıklı çocuklar ve nörolojik bozukluklar dışında kronik hastalığı bulunan çocuklara göre daha yüksek oranda emosyonel ve davranışsal problemler tespit edilmiştir (15).

Yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda epilepsili çocuklarda davranışsal ve emosyonel problemler açısından yüksek risk bulunduğu saptanmıştır (15,16). Örneklem gruplarının çeşitliliğine rağmen genel kabul gören görüşe göre, epilepsili çocuklarda, sağlıklı çocuklar ve Merkezi Sinir Sistemi dışı kronik hastalığı olan çocuklara göre 3 ila 9 kat daha fazla psikopatoloji gelişme riski bulunmaktadır (2).

Epilepsili çocuk ve ergen hastalarda psikiyatrik komorbidite erişkinlerde olduğu gibi yüksek oranda görülmektedir (2,17). Yapılan çalışmalarda epilepsili çocuk ve ergenlerde psikiyatrik komorbidite oranı %16–77 arasında saptanmıştır (18, 19, 20, 21). Yapılan bir çalışmada bu oran diabetli çocuklarda %11 ve genel çocuk popülasyonunda ise %9 oranında saptanmıştır (21). Genel olarak, ebeveyn, çocuk ve klinisyenin olumlu iletişimde olduğu yapılandırılmış psikiyatrik görüşmelerde, hasta veya ebeveyn tarafından doldurulmuş ölçeklere göre daha yüksek oranda psikopatoloji tespit edilmiştir (22).

K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) gibi yapılandırılmış tanı görüşmeleri içeren çalışmalarda %55–61 oranında tespit edilen psikiyatrik komorbiditenin büyük kısmının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu'ndan oluştuğu saptanmıştır (23, 24, 25, 26). Yapılan çalışmalarda psikiyatrik

komorbiditesi olan hastaların %67-79'unun herhangi bir psikiyatrik yardım almadığı tespit edilmiştir (25, 27).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise psikiyatrik komorbidite yaklaşık %26–48 oranlarında tespit edilmiştir (3,28) ve bu hastaların yaklaşık %70'inin herhangi bir psikiyatri merkezine başvurmadıkları saptanmıştır (3).

Epilepsili çocuklarda yapılan çalışmalarda yaşın, cinsiyetin ve sosyoekonomik durumun psikopatoloji gelişimi açısından risk taşımadığı saptanmıştır. Çocuktaki düşük kognitif fonksiyonların ve zayıf aile içi iletişim gibi ailesel faktörlerin de psikopatoloji gelişimi açısından risk taşıdıkları saptanmıştır (2).

Brezilya'da epilepsili çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada ise hastanın yaşı ile psikiyatrik komorbiditesi arasında bir bağlantı olduğu bildirilmektedir. Çalışmanın sonucuna göre 6 yaş altında DEHB, 7–12 yaş arasında Depresyon ve DEHB ve 13-17 yaş arasında Depresyon daha sık görülmektedir (29).

Ailesel psikopatoloji, yetersiz ebeveyn bakımı, değişen aile çevresi, ailenin epilepsiye karşı tutumu ve aile üyelerinin birbiri ile ilişkilerinden tatmini psikopatoloji gelişimi açısından risk oluşturmaktadır. Benzer şekilde ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi ve ebeveyn bakım şekli epilepsili çocuklardaki psikopatoloji gelişimi açısından en güçlü etkiyi oluşturmaktadır. Bu durum epilepsi tipi, nöbet süresi, epilepsi başlangıç yaşı gibi epilepsi ile ilişkili değişkenlere, çocuğun mizaç özelliklerine ve diğer ailesel faktörlere oranla daha baskındır. Psikopatoloji ile ilişkili olan ailesel risk faktörleri şunlardır; Ailesel ustalık (*Family mastery*), ailenin hastalığa uyumu, aşırı kontrolcü ebeveyn tutumu, ebeveyn-çocuk ilişkisi ve maternal depresyon (2, 15, 30).

Yeni tanı alan epileptik çocuklarda ailesel problemlerinin ve dengesiz ebeveyn tutumunun (*Off-balance parenting*) varlığı, izlemde gelişebilecek davranışsal problemler açısından epileptik değişkenlere göre daha güçlü birer belirteç olarak saptanmışlardır. Aşırı koruyucu ailelerde yüksek düzeyde davranışsal problemler tespit edilmiştir. Annesinde depresyon olan çocuklarda kontrol gruplarına göre daha yüksek oranda depresyon saptanmıştır. Ayrıca annedeki depresyonun şiddeti ile çocuktaki psikopatoloji

arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır (2). Fakat yapılan başka çalışmalarda ise çocuğunda epilepsi bulunan ve bulunmayan annelerin Depresyon ve Anksiyete puanları arasında fark saptanmamıştır (31,32).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Diğer Yıkıcı Davranış Bozuklukları

Epilepsi hastalarında DEHB ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları (Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu) sıklıkla görülmektedir. Yapılan toplum temelli çalışmalarda DEHB'nin okul çağı çocuklarında yaklaşık %5 oranında bulunduğu tespit edilmiştir (33, 34).

Epilepsili hastalarda DEHB görülme sıklığı ise %8 ila %77 arasında değişmektedir (26, 35). Bu fark, yüksek olasılıkla örneklem grupları ve yöntemler arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. DEHB semptomlarının standart ölçeklerle araştırıldığı çalışmalarda ise bu oran %30–40 oranında saptanmıştır (35, 36, 37, 38).

Brezilya'da yapılan bir çalışmada DEHB belirtilerinin 4 yaş civarında başladığı, 6 yaş altında %31,3 ve 7-12 yaş arasında %62,5 oranında görüldüğü belirlenmiştir (29).

2004 yılında İzlanda'da yapılan bir çalışmada ise Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip'in diğer tiplere göre 2,5 kat daha fazla görüldüğü ve 5 yaş ve üzeri için 2,1 kat daha fazla DEHB geliştirme riski bulunduğu saptanmıştır. Ek olarak Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip'de 3,7 kat artmış nöbet riski bulunduğu belirtilmiştir (29).

2003 yılında yapılan bir çalışmada CBCL (*Child Behavior Check List*) Dikkat problemleri alt ölçeğine göre çocuklarda %58 oranında ve ergenlerde %37 oranında DEHB riski bulunduğu, kız ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü, çocuklarda %37 ve ergenlerde %25 oranında DEHB kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Alt tipleri incelendiğinde; %24 oranında Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tipin, %11 oranında Bileşik Tipin ve %2 oranında Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tipin bulunduğu saptanmıştır (40).

Bu bulgulara karşın epilepsisi ve komorbid DEHB tanısı bulunan çocuklarla yapılan bir çalışmada Bileşik Tip'in en yaygın görüldüğü belirtilmiştir (41).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada da DEHB ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) puanları, epilepsi grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır (42). Yapılan başka çalışmalarda da yaklaşık %6–17 arasında DEHB tanısının konulduğu (3,28) ve bu hastaların büyük kısmının psikiyatrik başvurusunun bulunduğu saptanmıştır (3).

Yapılan çalışmalarda cinsiyetin, nöbet etiyolojisinin, tipinin ve odağının DEHB açısından risk oluşturmadığı saptanmıştır (2, 35, 39, 40). Nöbet sıklığı ve kognitif yetersizlik değişik çalışmalarda risk faktörü olarak belirtilmiştir (43, 44). Bir başka çalışmada ise nöbet sıklığının risk faktörü olmadığı belirtilmiştir (39). Nörolojik defisitlerin varlığı, dirençli epilepsiler ve kullanılan barbitürat ve benzodiazepin gibi anti-epileptikler Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip için risk faktörü olarak belirtilmiştir (2, 45, 46). Ayrıca barbitüratların, gabapentin'in, topiromat'ın ve zonisamid'in dikkat problemlerini arttırdığı belirtilmiştir (37).

Davies ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise Davranım Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu'nun Komplike epilepsi grubunda %24 oranında, komplike olmayan epilepsi grubunda ise %17 oranında görüldüğü saptanmıştır. Aynı bozukluklar Diabet grubunda %8,5 ve kontrol grubunda %4,7 olarak saptanmıştır (21). Caplan ve arkadaşları (23) tarafından yapılan ve kompleks parsiyel epilepsi ile primer jeneralize epilepsiyi karşılaştıran bir çalışmada her iki grupta yaklaşık %25 oranında DEHB, Davranım Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu saptanmıştır.

Yapılan bir başka çalışmada %20,4 oranında Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ve %18 oranında Davranım Bozukluğu tespit edilmiştir (47).

Yeni başlangıçlı epilepsi tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada ise DEHB %26,4, Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu %13,2 ve Davranım Bozukluğu % 3,8 oranında saptanmıştır (48).

Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları

Davies ve arkadaşları (21) tarafından yapılan bir çalışmada emosyonel bozukluklar komplike olan ve olmayan epilepsi gruplarında yaklaşık %16, Diabetli grupta %6,4 ve kontrol grubunda %4,2 oranında tespit edilmiştir.

Yapılan çeşitli çalışmalarda da aynı bozuklukların %16–33 oranında bulunduğu ve ergenliğe girişle arttığı saptanmıştır (2, 24, 29, 32, 48, 49, 50). Ayrıca düşük IQ seviyesinin bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (49).

Yeni başlangıçlı epilepsi hastalar ile yapılan bir çalışmada %35,8 oranında Anksiyete Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk, Özgül Fobi, Sosyal Fobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Seperasyon Anksiyetesi ve Post Travmatik Stres Bozukluğu) ve %22,6 oranında Depresif Bozukluk (Major Depresyon + BTA Depresif Bozukluk) saptanmıştır (48).

Epilepsili ve Depresyonlu çocuklarda intihar girişimi riskinin artmış olduğu belirtilmektedir (51, 52, 53). Yapılan bir çalışmada, hastaların %20'sinin intihar düşüncesinin bulunduğu ve bu hastaların %37'sinin intihar planı yaptığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise intihar düşüncesi %9 oranında saptanırken, intihar planlarının olmadığı belirtilmiştir (24).

Ettinger ve arkadaşları, Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Child Depression Inventory - CDI) ile yaptıkları bir çalışmada %26 oranında depresyon tespit etmişlerdir. Alt ölçeklere bakıldığında %14 negatif duygudurum, %12 kişilerarası problemler, %17 etkisizlik, %12 anhedoni ve %7 negatif kendilik tespit etmişlerdir. %7 hastada standart sapmanın 2 katı depresyon skoru elde edildiğini belirtmişlerdir. Aynı ölçeğe göre hastaların %11'inin kendilerini öldürmeyi düşündüklerini fakat herhangi bir girişimde bulunmadıklarını, hastaların %4,3'ünün ise kendilerini öldürmek istediklerini ve küçük girişimlerde bulduklarını saptamışlardır. Hastaların %16'sında yüksek anksiyete puanı belirlemişlerdir. Araştırmacılar CDI ve Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) puanları arasında da yüksek korelasyon olduğunu belirtmişlerdir (54).

Epilepside antiepileptik kullanımı ile psikiyatrik komorbidite ilişkisi değişik çalışmalarda araştırılmıştır. Fenobarbital (FB) ve Karbamezapin

(KBZ) kullanan hastaları inceleyen bir çalışmada FB kullanan hastaların %40'ında Depresyon ve %47'sinde de intihar düşüncesi tespit edilirken, KBZ kullanan hastaların %4'ünde Depresyon ve yine %4'ünde intihar düşüncesi tespit edilmiştir (55). Ayrıca FB kullanan hastalarda ilacın kesilmesi halinde depresyonun gerilediği fakat ilaca devam eden hastalar depresyonun devam ettiği saptanmıştır (56). Başka çalışmalarda da fenitoin kullanan hastaların KBZ kullananlara göre daha fazla depresif semptomu olduğu tespit edilmiştir (24,57).

Türkiye'de yapılan ve 7–13 yaş arasındaki çocukları içeren bir çalışmada, epilepsi grubunun depresyon puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (42). Epilepsili çocuk ve ergenleri içeren bir başka çalışmada da 9–11 yaş arasında Süreklilik Anksiyetesinin, 12–18 yaş arasında Süreklilik ve Durumluluk Anksiyetesi ile Depresyon puanının yüksek olduğu saptanmıştır (58).

Türkiyede yapılan DSM-IV temelli tanı görüşmelerini içeren bir çalışmada, Çocuk-Durumluluk Anksiyete düzeyi ortalaması epilepsi grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ancak Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ve Çocuk-Sürekli Anksiyete Ölçeği puanları kontrol grubu ile farklı bulunmamıştır (28). Epilepsi grubunda erkeklerin Depresyon puanının ile Durumluluk ve Süreklilik Anksiyetesi puanları kızlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çocukların intihar düşüncesini sorgulayan maddeye göre yapılan karşılaştırmada ise epilepsili grupta çocukların %36,7'sinin ve kontrol grubunda çocukların %20'sinin intihara meyilli olduğu saptanmıştır. Ayrıca, %3,3 oranlarında (30 hastanın 1'er tanesinde) Major Depresyon, Distimik Bozukluk, Sosyal Fobi, Özgül Fobi ile Panik Bozukluk ve Major Depresyon + Sosyal Fobi birlikteliği tespit edildiği belirtilmiştir (28).

Yine Türkiye'de yapılan ve 5–18 yaş arası 64 epilepsili çocuk ve ergenlerdeki psikiyatrik başvuruyu araştıran bir başka çalışmada ise %14 (9 hastada) oranında Depresif Bozukluk tespit edilmiş ve bunların %44,4'ünün (4 hasta) psikiyatrik başvurusunun bulunduğu öğrenilmiştir. Ayrıca %10,9 oranında (8 hasta) Anksiyete Bozukluğu bulunduğu ve bunların %37,5'inin (3 hasta) psikiyatrik başvurusu bulunduğu tespit edilmiştir (3).

Ülkemizde 7–17 yaş arasındaki epilepsili çocuk ve ergenlerde depresyonun akademik başarıya etkisini inceleyen bir çalışmada, depresyon skorlarının antidepresan tedavi ile düştüğü ve akademik performansın arttığı saptanmıştır (59).

Major depresyonlu erişkinlerde yapılan çalışmalarda amigdala'da fonksiyonel ve yapısal patolojiler tespit edilmiştir (60). Kompleks parsiyel epilepsi olan 6–16 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada ise amigdala hacmi açısından kontrol grubuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kompleks parsiyel epilepsi grubunda Duygudurum Bozukluğu veya Anksiyete Bozukluğu bulunan hastalarda, bulunmayanlara göre sol Amigdala hacmi daha büyük ve amigdala asimetrisi daha belirgin olarak saptanmış, fakat amigdala hacminin nöbet değişkenleri ile ilişkisi gösterilememiştir (61).

Epilepsili hastalara yapılandırılmış tanı görüşmesi uygulanan çalışmalarda, Bipolar Bozukluk tanısı saptanmamıştır (2, 60). Bu durum tamamen aydınlatılmamış olmakla birlikte hastalığın çocuk ve ergenlerde düşük oranlarda görülmesinden, primer hastalık (epilepsi) için duygudurum düzenleyici özelliği bulunan antiepileptik ilaçların kullanılmasından veya çocuk psikiyatristinin hastalığı tanıyamamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (2, 60). Epilepsili çocuk ve ergenlerdeki Bipolar Bozukluk insidansının ve antiepileptik ilaçların buna etkisinin açığa çıkarılması gerekmektedir (2). Retrospektif bir çalışmada, Bipolar Bozukluk tanısı ile takip edilen ve Karbamezapin, Valproik Asit, Lamotrijin, Levetirasetam veya Okskarbamazepin kullanan epilepsili çocuk hastalarda Bipolar Bozukluk semptomlarının klinik açıdan belirgin olarak azaldığı tespit edilmiştir (62).

Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının oluşumu ile ilgili risk faktörleri arasında bazı çalışmalarda nöbet kontrolü, çoğul antiepileptik ilaç kullanımı, etnisite, epilepsi başlangıç yaşı, hastalığın süresi ve epilepsi tipi gösterilmişse de (3, 24, 31, 58, 37, 43, 50, 63,64), diğer bazı çalışmalarda bu değişkenler depresyon ve anksiyete riski ile ilişkili bulunmamıştır (21, 32, 65).

Epilepsili hastalardaki Depresyon (20, 66) ve Anksiyete (20, 32, 50), duyguların ifade edilmemesi, epilepsi nedeniyle damgalanma, stresli yaşam

olayları, zayıf aile adaptasyonu, ergenin ailesi ile ilişkisinin düzeyi ve düşük sosyo-ekonomik seviye ile ilişkili bulunmuştur. Buna karşın, epilepsiye yönelik olumlu tutum Depresyonu azaltan bir faktör olarak saptanmıştır (2, 32).

Psikoz

Erişkinlerde yapılan bir çalışmada şizofreni benzeri psikozun epilepsi hastalarında genel popülasyona oranla daha yüksek oranda görüldüğü ve bu durumun aile öyküsünde psikoz ve şizofreni bulunması ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (2, 67). Erişkinlerin aksine, epilepsili çocuk ve ergenlerde post-iktal psikoz (68) ve iktal psikoz (69) çok ender tespit edilmiştir. Türkiye’de de sadece bir çalışmada psikoz tespit edilmiştir (3). Psikozu olan hastalarda negatif semptomlar olmadan halüsinasyon, hezeyan ve düşük nöbet kontrolü görüldüğü belirtilmiştir (2).

Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi bazı araştırmacılarca bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmakta, kısaca bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denilen durumdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir (70). Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile Yaşam Kalitesi kavramı standardize edilmekte ve verilerin karşılaştırılabilir olması sağlanmaktadır (70, 71). Yaşam Kalitesinin hastalıklarca etkilenen yönünü içeren ve çok boyutlu bir terim olarak kullanılan “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi” ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (70).

Avrupa’nın 15 ülkesinde 5000’in üzerinde epilepsili erişkin hasta ile yapılan bir çalışmada yaklaşık olarak her üç hastanın birinde nöbetlerinin sık bir şekilde tekrarladığı, yaklaşık yarısının nöbetlerinin ilaç tedavisi ile yeterince kontrol edilemediğine inandığı, ilaç tedavisine bağlı yan etkinin yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca epilepsinin ve tedavisinin

günlük hayatta birçok değişikliğe yol açtığı ve hastaların yaklaşık yarısının kendisini damgalanmış hissettiği saptanmıştır (72).

Yapılan çeşitli çalışmalarda yaşam kalitesi, epilepsi hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha düşük olarak tespit edilmiştir (3, 73, 74, 75, 76). Yapılan başka bir çalışmada da epilepsili çocukların epilepsiyi deneyimlemesinde, yaşamın gereklerini yerine getirmesinde ve zamanı kullanmasında, sosyal konularda, epilepsinin etkisinde ve bağlanmada zorluk yaşadıkları saptanmıştır (77).

2007 yılında yapılan bir çalışmada 5 yıldan beri epilepsi tanısı ile takip edilen ve en az bir yıldır nöbet geçirmeyen hastaların ortalama yaşam kalitesi puanı Ergenler için Epilepsi Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Quality of Life in Epilepsy Inventory for Adolescents 48, QOLIE-AD-48) ile 83,52 olarak tespit edilmiştir. En düşük puanın Epilepsiye Yönelik Tutumlar maddesinde (69,98 puan) ve en yüksek puanın Okul Davranışları maddesinde (93,57 puan) alındığı belirtilmiştir (75).

2002 yılında yapılan bir çalışmada ise yaşam kalitesinin epilepsi grubunda kontrol grubuna göre özellikle fiziksel ve psikososyal açıdan belirgin derecede düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan analizde alt gruplara bakıldığında; epilepsi hastasının aile aktivitelerinde, ebeveynin çocukla etkileştiği dönemde (*Parent impact-time*), benlik saygısında, ruh sağlığında, genel davranışlarda, fiziksel işlevsellikte ve emosyonel/davranışsal ve fiziksel rollerde/koşullarda kısıtlandığı belirtilmiştir (76).

Yapılan çalışmalarda yaş ve tanı konulma yaşı, ruhsal gelişim, epilepsi tipi ve şiddeti, nöbet sıklığı, çoğul antiepileptik kullanımı ve sosyoekonomik durum düşük yaşam kalitesi açısından risk faktörü olarak saptanmıştır (35, 43, 72, 73, 76, 78, 80). Epilepside yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen risk faktörleri olarak epilepsi şiddeti ile epilepsi semptomlarının yanı sıra erişkinliğe yakın olma, kız cinsiyeti ve düşük sosyoekonomik seviye sayılmıştır (73). Ailesel özellikler arasında, en önemli etken olarak ailede anksiyete varlığı belirtilirken, depresyon ve genel sağlık durumunun da çocuğun yaşam kalitesini etkilediği vurgulanmıştır (78).

Sekiz ila oniki yaş arası epilepsili ve astımlı çocuklarda yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada epilepsili çocukların fiziksel, sosyal ve okul alanlarında zorluk yaşamalarına karşın, astımlı çocukların fiziksel alanda zorlandıkları tespit edilmiştir (81).

Epilepsili ve astımlı ergenlerde yapılan bir çalışmada ise aktif epilepsi grubunda yaşam kalitesinin en fazla etkilendiği, aktif olmayan astım grubunda ise yaşam kalitesinin en az etkilendiği tespit edilmiştir (60, 82).

Psikiyatrik bozukluklarla yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi içeren yayınların kısıtlılığına rağmen 141 erişkin hasta üzerinde yapılan bir çalışmada Şizofreni tanısı ile takip edilen hastaların yaşam kalitelerinin Duygudurum Bozukluğu olanlara göre daha çok düştüğü tespit edilmiştir (83).

Özetle; epilepsili çocuk ve ergenlerde psikiyatrik komorbiditenin yüksek oranda görüldüğü söylenebilir. Epilepsi hastalarıyla yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin diğer hastalıklara göre (Astım, Diyabet) daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Psikiyatrik hastalıklarla yapılan çalışmalarda da yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir.

Bu bulgular ışığında çalışmamızda, epilepsili hastalarda yaşam kalitesinin etkilenip etkilenmediğinin bir Türk örneklem grubunda saptanması, epilepsili hastalarda bulunan komorbid psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesini ek olarak düşürüp düşürmediğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEM

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalınca yürütülen bu araştırmaya Ocak 2008 – Ekim 2008 tarihleri arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı tarafından Epilepsi tanısı ile takip edilen ergen hastalar alınmıştır. Bu çalışma için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.01.2008 tarihinde 2008-3/32 karar numarası ile onay alınmıştır.

Katılımcılar:

Çalışmaya bilişsel düzeyi çalışma için uygun olan, epilepsi dışında yaşam kalitesini etkileyebilecek herhangi bir akut veya kronik hastalığı olmayan, 13–18 yaş arası kız ve erkek ergen hastalar alınmıştır. Ergen ve ailesinden yazılı onam (Ek-1) alındıktan sonra hastaların Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Polikliniği'nce kullanılan ve ILEA ölçütlerine uygun epilepsi tipi ve Klinik Global İzlenim – Şiddet değerleri not edilmiştir. Hasta ile psikiyatrik görüşme yapılarak klinik açıdan anlamlı düzeyde psikopatoloji bulunup bulunmadığı değerlendirilmiştir. Ayrıca Yrd. Doç. Dr. Yeşim Taneli tarafından Almanca'dan dilimize çevrilen ICD-10'a uygun 'Multiaksiyel Sınıflandırma Sistemi' (MAS-5 (Anormal Psikososyal Koşullar) ve MAS-6 (Ailenin Psikososyal İşlevselliği) kullanılarak hastanın olumsuz çevresel etmenler (aile, okul, olumsuz yaşam olayları gibi) ve ailenin işlevselliği tespit edilmeye çalışılmıştır. Bunların herhangi birisinde patoloji varsa not edilmiştir. Daha sonra aşağıda belirtilenler sırası ile uygulanmıştır.

Gereç:

1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-2):

Hastanın nörolojik ve psikiyatrik tıbbi durumu ve tedavisiyle ilgili bilgileri kapsayan, hasta ve dosya bilgilerine dayanılarak araştırmacı tarafından doldurulan formdur. Hastanın sosyodemografik özellikleri, nöbetin özellikleri, şiddeti ve sıklıkları, kullanılan ilaçları, hastaneye yatışları, daha önce psikiy-

atriste başvurusunun olup olmadığı, olmuşsa tanısı ve tedavisi ile ilgili bilgileri kapsayan, bu çalışma için oluşturulmuş 31 maddeden oluşan bir formdur. Epilepsiye yönelik olarak Uludağ Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'nın koymuş olduğu epilepsi tanısı ve alt tipi ile epilepsinin şiddetini belirten "Klinik Global İzlenim – Şiddet Ölçeği" (*Clinical Global Impression – Severity, CGI*) skorları kaydedilmiştir(84).

2. Klinik Global İzlenim Ölçeği, Hastalık Şiddeti Alt Ölçeği (*Clinical Global Impression – Severity, CGI*):

Klinik Global İzlenim (KGİ) Ölçeği, 1976 yılında Guy tarafından geliştirilmiş olan ve klinisyenin hastalık şiddetini, zamanın içindeki değişikliği ve ilaç etkinliği ile yan etkisini değerlendirebileceği bir ölçektir (84). KGİ- Hastalık Şiddeti alt ölçeğinde klinisyen, hastanın değerlendirme sırasındaki durumuna göre şiddeti 7'li likert tipi ölçek ile tanımlanır. Buna göre; 1 "Normal, hiç hasta değil", 2 "Sınırdaki Hasta", 3 "Hafif Derecede Hasta", 4 "Orta Derecede Hasta", 5 "Belirgin Derecede Hasta", 6 "Ağır Derecede Hasta" ve 7 "En ağır hasta" olarak numaralandırılmaktadır. Çalışmada KGİ – Hastalık Şiddeti Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı hekimi tarafından kullanılan epilepsi şiddeti uygulanmıştır.

3. Kısa Semptom Envanteri (*Brief Symptom Inventory*) (Ek-3):

Derogatis (85) tarafından geliştirilen SCL-90-R'nin kısa formudur. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve arkadaşları (86,87) tarafından 2002 yılında ergenler üzerinde yapılan "Kısa Semptom Envanteri" kullanılmıştır. 53 maddelik bu ölçek genel psikiyatrik belirtileri değerlendirmek için kullanılmaktadır. Öz bildirim ölçeğidir. Likert tipi bir ölçektir.

Ölçeğin yanıtlanmasında duygu, düşünce ya da davranışların ifade ettiği sıklık derecesine göre "hiç yok", "biraz var", "orta derecede var", "epey var", "çok fazla var" şıklarından biri işaretlenir. Her soru için işaretlenen "hiç yok" 0 puan, "biraz var" 1 puan, "orta derecede var" 2 puan, "epey var" 3 puan ve "çok fazla var" 4 puan almaktadır. Herhangi bir kesme puanı yoktur ve soruların puanları toplanarak 0 ile 212 arasındaki toplam puan elde edilir.

Patolojinin şiddeti arttıkça alınan puan da yükselmektedir. Depresyon, Anksiyete, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite alt ölçekleri bulunmaktadır. Depresyon için 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39. maddelere, Anksiyete için 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49. maddelere, Olumsuz Benlik için 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53. maddelere, Somatizasyon için 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33. maddelere ve Hostilite için 1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41. maddelere bakılmaktadır. Yine bu alt ölçeklerde toplam puanın yüksekliği, patoloji şiddeti ile artar. Alt ölçeklerin de kesme puanı bulunmamaktadır.

4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (*The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)*) (Ek-4)

Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini ölçmek amacı ile 1999 yılında Varni ve arkadaşları (88) tarafından geliştirilmiş ve 2007 yılında Üneri ve arkadaşları (89) tarafından ergen yaş grubu üzerine geçerliliği ve güvenilirliği araştırılmıştır. Öz bildirim ölçeğidir. Hem hastaların hem de anne/babalarının çocukları hakkında değerlendirme yapabileceği 2 tipi bulunmaktadır. Fiziksel ve psikososyal (duygusal, sosyal ve okul) işlevselliği sorgulayan 23 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi bir ölçektir. Ergenden her cümle için kendisine en uygun seçeneği, ebeveyninden ise çocuğu için en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Seçenekler, “hiçbir zaman” (100 puan), “nadiren” (75 puan), “bazen” (50 puan), “sıklıkla” (25 puan) ve “her zaman”dan (0 puan) oluşmaktadır. Maddelerden alınan puanlar toplanıp doldurulmuş olan madde sayısına bölünerek ölçeğin puanı elde edilmiş olur. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak Ölçek Toplam Puan’ı, ikinci olarak Fiziksel Sağlık Toplam Puan’ı ve üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan Psikososyal Sağlık Toplam Puan’ı hesaplanır. Toplam puanın yüksekliği yaşam kalitesinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin %50’sinden fazlası boş bırakılmışsa, ölçek geçersiz sayılır.

5. İstatistiksel Analiz:

Bu çalışmamızın analizinde SPSS for Windows 13.0 (Chicago, IL) paket programı kullanıldı. Çalışmada sürekli değer alan değişkenler ortalama, standart sapma, maksimum ve minimum değerleriyle birlikte verilmiştir. Sürekli değer alan değişkenlere Shapiro-Wilk testiyle normallik testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren bağımsız değişkenler iki grup arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) bağımsız değişkenler ise iki grup arasında Mann-Withney U testi ile karşılaştırılmıştır. Kategorik değer alan değişkenlerin gruplarla olan karşılaştırmalarında Pearson Ki-Kare, Fisher'in Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sürekli değer ve kategorik değer alan değişkenlerin korelasyon hesabına Spearman yöntemi uygulanmıştır. Çalışmamızda anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Kriterlere uygun 43 hastaya çalışmaya katılmaları önerilmiştir. Bir hasta kendisinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık olmadığı gerekçesi ile çalışmaya katılmak istememiştir; 42 ergen hasta çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 15 yaş 3 ay olarak tespit edilmiştir. Erkeklerin yaş ortalaması 15 yaş 4 ay ve kızların yaş ortalaması ise 15 yaş 3 ay olarak saptanmıştır (Tablo–1).

Tablo–1: Katılımcıların cinsiyetine ve yaşlarına göre dağılımları.

Cinsiyet	Yaş						
	n	Yüzde (%)	Ortalama Yaş	Standart Sapma	Minimum yaş	Maksimum yaş	
Kız	24	52,14	15,27	±1,69	13	18	p>0,05
Erkek	18	42,85	15,37	±1,67	13	18	
Toplam	42	100	15,31	±1,66	13	18	

Katılımcıların doğum yerlerine bakıldığında %7,1'inin (n=3) Köyde, %26,2'sinin (n=11) ilçe'de, %66,7'sinin (n=28) il'de doğduğu saptanmıştır.

Kardeş sayılarına bakıldığında %50'sinin (n=21) 2 kardeşi, %26,2'sinin (n=11) 3 kardeşi, %14,3'ünün (n=6) 4 kardeşi, %2,4'ünün (n=1) 5 kardeşi, %2,4'ünün (n=1) 7 kardeşi, %2,4'ünün (n=1) 8 kardeşi ve %2,4'ünün (n=1) tek çocuk olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %50'sinin (n=21) ilköğretime gittiği, %47,6'sının (n=20) liseye gittiği ve %2,4'ünün (n=1) ilköğretim sonrasında okula gitmediği saptanmıştır (p>0,05). Hastaların %7,1'inin (n=3) geçmişte sınıf tekrarı yaptığı saptanırken % 92,9'inde ise sınıf tekrarı olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Katılımcıların kiminle yaşadıklarına bakıldığında %92,9'unun (n=39) anne-babası ile birlikte, %4,8'inin (n=2) annesi ile birlikte ve %2,4'ünün (n=1) akrabalarının yanında yaşadığı tespit edilmiştir.

Anne-babanın eğitim düzeyine bakıldığında anne ve babanın ilkököl mezunu olma oranının yüksekliği (%73,8 ve %45,2) dikkati çekmiştir (Tablo–2).

Tablo–2: Anne ve Babanın eğitim durumlarına göre dağılımı.

Ebeveyn	Öğrenim Durumu					
		Sadece Okuma ve Yazma	İlkokul mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Yüksekokul – Üniversite Mezunu
Anne	n	2	31	1	7	1
	%	%4,8	%73,8	%2,4	%16,7	%2,4
Baba	n	1	19	5	11	6
	%	%2,4	%45,2	%11,9	%26,2	%14,3

Katılımcıların ailelerinin gelir düzeylerine bakıldığında %2,4'ünün (n=1) 400 YTL ve altı, %31,0'ının (n=13) 401-800 YTL, %35,7'sinin (n=15) 801-1200 YTL, %16,7'sinin (n=7) 1201 -1600 YTL ve %14,3'ünün (n=6) 1061 YTL ve üzeri kazandıkları tespit edilmiştir.

Anne-babanın mesleklerine bakıldığında annelerin %78,6'sının çalışmadığı ve babaların da %35,7'sinin işçi olduğu tespit edilmiştir (Tablo–3).

Tablo–3: Anne ve Babanın mesleklerine göre dağılımı.

Ebeveyn	Mesleki Durum					
		Çalışmıyor	İşçi	Memur	Emekli	Serbest Meslek
Anne	n	33	2	2	3	2
	%	%78,6	%4,8	%4,8	%7,1	%4,8
Baba	n	2	15	12	6	7
	%	%4,8	%35,7	%28,6	%14,3	%16,7

Katılımcıların %23,6'sının (n=10) Generalize Epilepsi ve %76,2'sinin (n=32) Parsiyel Epilepsi tanısı ile takip edildiği tespit edilmiştir (p>0,05).

Çalışmamıza katılan hastaların Klinik Global İzlenim – Şiddet skorlarına bakıldığında %9,5'inin (n=4) Sınırdaki, %50'sinin (n=21) Hafif derecede hasta, %19'unun (n=8) Orta derecede hasta, %2,4'ünün (n=1) Belirgin derecede hasta ve %19'unun (n=8) Ağır derecede hasta olduğu tespit edilmiştir (Tablo-4).

Tablo-4: Epilepsi tanılı hastaların Klinik Global İzlenim – Şiddet skorlarına göre dağılımı.

Epilepsi Tipi	Klinik Global İzlem				
	Sınırdaki	Hafif Derecede Hasta	Orta Derecede Hasta	Belirgin Derecede Hasta	Ağır Derecede Hasta
Generalize	2 (%4,8)	6 (%14,3)	2 (%4,8)	0	0
Parsiyel	2 (%4,8)	15 (%35,7)	6(%14,3)	1 (%2,4)	8 (%19)
Toplam	4 (%9,5)	21 (%50)	8 (%19)	1 (%2,4)	8 (%19)
	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Çalışmaya aldığımız hastalarda tümünün ilaç kullandığı tespit edildi. Kullandıkları tedavilere bakıldığında 17 hastanın (%40,47) Karbamazepin, 19 hastanın (%45,23) Valproik Asit, 3 hastanın (%7,14) Fenitoin ve 3 hastanın (%7,14) Fenobarbital kullandığı tespit edilmiştir. 6 hastanın (%14,28) çoklu tedavi aldığı tespit edilmiştir. Bunlar; 1 hastada Karbamazepin + Levetirasetam, 1 hastada Okskarbamazepin + Levetirasetam, 1 hastada Fenitoin + Levetirasetam, 1 hastada Fenitoin + Lamotrijin, 1 hastada Valproik Asit + Lamotrijin, 1 hastada Karbamazepin + Lamotrijin + Folik Asit kullandığı tespit edilmiştir.

Katılımcılarla yapılan DSM-IV TR temelli psikiyatrik görüşmelerde 42 hastanın 22'sinde (%52,4) psikopatoloji tespit edilmiştir. Tüm hasta grubu içerisinde %26,2 oranında Depresyon, %2,4 oranında Anksiyete

Bozuklukları, %9,5 oranında Davranım Bozukluğu, %4,8 oranında Diğer Yıkıcı Davranım Bozuklukları tespit edilmiştir (Tablo–5).

Tablo–5: Hastaların almış olduğu DSM-IV tanılarının dağılımı.

Psikiyatrik Tanı		Hasta Sayısı	%
Normal		20	47,6
Patolojik		22	52,4
Toplam		42	100
Normal		20	47,6
Patolojik	Depresyon	11	26,2
	Anksiyete Bozuklukları	1	2,4
	Davranım Bozukluğu	4	9,5
	Diğer Yıkıcı Davranım Bozuklukları	2	4,8
	Diğer	4	9,5
Toplam		42	100

p>0,05

Anksiyete Bozuklukları grubunda, 1 hastada Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Anksiyete Bozukluğu, Diğer Yıkıcı Davranım Bozuklukları grubunda yine birer hastada Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) tespit edilmiştir. Diğer adlı grupta bulunan hastalara ise Sekonder Enürezis Noktürna (n=1), Konversiyon (n=2) ve BTA Yeme Bozukluğu (n=1) olduğu saptanmıştır.

Psikopatoloji tespit edilen 22 hastanın %22,75'inde (n=5) psikiyatrik komorbidite tespit edilmiştir. Psikiyatrik komorbidite en sık %18,2 oranı ile Depresyon'da gözlenmiştir(Tablo–6).

Tablo–6: Psikiyatrik Tanıların ve Psikiyatrik Komorbiditenin dağılımı

Psikiyatrik Tanı	Psikiyatrik Komorbidite				
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Depresyon	4	18,2	7	31,8	p>0,05
Anksiyete Bozuklukları	0	0	1	4,5	
Davranım Bozukluğu	0	0	4	18,2	
Diğer Yıkıcı Davranım Bozuklukları	1	4,55	1	4,55	
Diğer	0	0	4	18,2	

Bu hastaların tanıları detaylı incelendiğinde 1 hastada Major Depresyon + BTA Davranım Bozukluğu, 2 hastada Major Depresyon + BTA Anksiyete Bozukluğu, 1 hastada BTA DEHB + Davranım Bozukluğu ve 1 hastada Major Depresyon + Özgül Fobi olduğu görülmüştür.

Yapılan analizlerde; psikopatolojisi olan ve olmayan gruplar arasında yaş, cinsiyet, Klinik Global İzlenim – Şiddet düzeyi, Hastalık Toplam Süresi, Çocuk Nörolojisi polikliniğince izlem süresi, kullanılan tedaviye göre (Karbamezapin, Valproik Asit, Fenitoin, Fenobarbital ve çoklu tedaviler) anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Yapılan analizde psikopatolojinin var olup olmaması ile epilepsi tipi arasında ilişki saptanmamıştır. Detaylı bilgi aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Epilepsi tipleri arasında psikiyatrik komorbidite açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo–7).

Tablo-7: Epilepsi Tipi ve Psikopatoloji dağılımı

		Epilepsi Tipi				
		Generalize		Parsiyel		
Psikopatoloji	n	n	%	n	%	p>0,05
Var	20	7	16,7	13	31,0	
Yok	22	3	7,1	19	45,2	
Toplam	42	10	23,8	32	76,2	

Yapılan analizde psikopatoloji ile son nöbet tarihi arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo-8).

Tablo-8: Son nöbet tarihi (Ortalama kaç ay önce olduğu) ve psikopatoloji arasındaki ilişki

		Son Nöbet				
		Son nöbet tarihi (ay önce)	Standart Sapma (ay önce)	Minimum (ay önce)	Maksimum (ay önce)	
Psikopatoloji	n					p>0,05
Var	20	5,65	4,56	0	16	
Yok	22	4,27	4,92	0	23	
Toplam	42	4,92	4,74	0	23	

Yapılan analizlerde psikopatolojisi olan ve olmayan gruplar arasında hastaneye ve yoğun bakıma yatma sayısı açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Hastaların çalışmadan önce psikiyatrik başvuruları incelendiğinde, hastaların %38,09'unda (n=16) psikiyatrik başvuru olduğu ve %61,91'inde ise

(n=26) psikiyatrik başvuru olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Psikiyatrik başvurusu olan hastaların cinsiyetlerine bakıldığında ise kızların %62,5 (n=10) ve erkeklerin %37,5 oranında (n= 6) olduğu tespit edilmiştir (p>0,05). Alınan anamneze göre belirlenen önceki olası tanılar ile ilgili olarak aşağıda detaylı bilgi Tablo-9'da verilmiştir.

Tablo-9: Önceki Psikiyatrik Başvuruların dağılımı.

Önceki Psikiyatrik Başvurulardaki Olası Tanılar	Hasta Sayısı	%
Depresyon	7	43,8
Anksiyete Bozuklukları	4	25,0
Davranım Bozukluğu	1	6,3
Diğer	4	25

Çalışmaya katılan hastalardan daha önce psikiyatrik başvurusu olan 16 hasta; çalışma sırasında psikopatoloji saptanan (n=8) ve saptanmayan (n=8) grup olarak karşılaştırıldığında; önceki başvuru oranı açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Depresyon tanısı olan hastaların 5'inde (%62,5), Anksiyete Bozukluğu olan hastaların 1'inde (%12,5), Davranım Bozukluğu olan hastaların 1'inde (%12,5) ve Diğer tanılı hastaların yine 1'inde (%12,5) psikiyatrik başvuru olduğu saptanmıştır.

Kısa Semptom Envanteri toplam ve alt ölçek puanlarına bakıldığında ise, sonucun beklendiği gibi psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkili olduğu, psikopatolojisi olanların olmayanlara göre yaklaşık 2 kat fazla puan aldıkları saptanmıştır (p<0.05). Çalışma sırasında klinik olarak psikopatolojisi tespit edilen (patolojik) ve tespit edilmeyen (normal) grupların KSE puan sonuçları Tablo-10'de gösterilmektedir.

Tablo-10: Kısa Semptom Envanteri alt ölçek ve toplam puan ortalamaları.

Grup	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite	Toplam
Normal						
Ort.	6,90	8,00	6,85	3,90	6,25	31,90
S.S.	6,19	6,98	6,63	3,47	4,73	25,41
Min.	0	0	0	0	0	0
Maks.	20,00	29,00	22,00	14,00	16,00	91,00
Patolojik						
Ort.	15,86	19,81	14,22	9,27	11,00	70,18
S.S.	12,37	10,49	9,18	6,75	6,38	39,53
Min.	0	0	0	0	2,00	6,00
Maks.	44,00	40,00	34,00	28,00	2,00	138,00
	p=0,016	p<0,01	p=0,02	p=0,04	p=0,14	p=0,01

Ort.: Ortalama, S.S.: standard sapma, min.: minimum, maks.: maksimum.

Çalışmamız sırasında yapılan psikiyatrik görüşmelerde 2 hastada (%4,76) suisid girişimi veya planı olmaksızın suisid düşüncesi bulunduğu tespit edilmiştir. Psikopatolojisi olan ve olmayan iki grup Kısa Semptom Envanteri içerisinde bulunan ve intihar düşüncelerini sorgulayan maddeye göre (9. madde) karşılaştırıldığında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ayrıntılı bilgi Tablo-11’de verilmiştir.

Tablo–11: Kısa Semptom Envanteri’ndeki intihar düşüncesini (9. madde) sorgulayan maddenin dağılımı.

	Kısa Semptom Envanteri 9. madde				
Psikopatoloji	n	Ortalama Puan	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yok	20	0,25	0,71	0	3
Var	22	1,27	1,48	0	4
Toplam	42	0,78	1,27	0	4

Kısa Semptom Envanteri 9. maddesi ile psikiyatrik tanılar ayrıntılı olarak karşılaştırıldığında en yüksek puanın Depresyon grubunda olduğu görülmüştür fakat tüm hastalar birlikte değerlendirildiğinde anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ayrıca Kısa Semptom Envanteri 9. sorusu ile cinsiyet ve çoklu tedavi arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kısa Semptom Envanteri toplam ve alt ölçek puanları arasında son nöbet tarihi açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Anormal Psikososyal Koşullara göre (ICD-10; MAS 5. eksen) bakıldığında, 21 hastada çeşitli alt gruplarda “Emin olarak var” ile “Var, fakat yeterli ağırlık derecesinde değil” kategorilerinde patoloji tespit edilmiştir. Psikopatolojinin bulunup bulunmamasına göre ve cinsiyete göre incelendiğinde, MAS-5 açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo–12).

Tablo–12: ICD-10 5. eksen (MAS-5)'e göre patoloji tespit edilenlerin psikopatolojiye göre dağılımı.

MAS-5	Psikopatoloji	
	Yok (n)	Var (n)
1- Anormal aile içi ilişkiler	0	1
2- Ailede anormal davranış / engelli birey	1	0
3- Anormal aile içi iletişim	0	2
4- Anormal yetiştirme koşulları	0	1
5- Anormal yakın çevre	2	1
6- Akut olumsuz yaşam olayları	1	1
7- Toplumsal olumsuz faktörler	0	0
8- Kronik kişilerarası zorluklar (okul/iş)	1	3
9- Çocuğun davranım problemi/engeli sonucunda gelişen olumsuzluklar	0	0
Toplam	5	8

Psikososyal İşlevselliğin Global Değerlendirilmesine (ICD-10; MAS 6. eksen) bakıldığında ise 27 hastada “Çok iyi / İyi Sosyal İşlev” ,10 hastada “Orta derecede sosyal işlev” ve 5 hastada “Hafif derecede sosyal etkilenme” tespit edilmiştir. Psikopatoloji bulunup bulunmamasına göre ve cinsiyete göre incelendiğinde, MAS-6 açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo–13).

Tablo–13: Psikopatoloji ile ICD-10 6. eksen (MAS-6) arasındaki ilişki.

MAS-6	Psikopatoloji	
	Yok (n)	Var (n)
Çok iyi / İyi ¹	15	12
Orta ²	5	5
Hafif ³	0	5
Toplam	20	22

¹Çok iyi / iyi sosyal işlev

²Orta derecede sosyal işlev

³Hafif derecede sosyal etkilenme

Hastaların yaşam kalitesi değişik açılardan değerlendirilmiştir.

Epilepsi hakkında eğitim almanın yaşam kalitesini değiştirmediği saptanmıştır ($p<0.05$). Hastanın ve anne babanın doldurmuş olduğu formlarda birbirine yakın puanların olduğu görülmüştür. Detaylı bilgi Tablo–14’de verilmiştir.

Tablo–14: Hastalara ve anne babalara göre Yaşam Kalitesi toplam ve alt ölçek puanları ortalamaları.

	Yaşam Kalitesi leği					
	Hasta Formu			Anne Baba formu		
	TP ¹	FSTP ²	PSTP ³	TP ¹	FSTP ²	PSTP ³
Ort.	77,83	83,48	74,79	78,26	87,30	74,01
S.S.	14,64	14,74	16,85	13,50	11,74	17,69
Min.	36,96	31,25	26,67	45,65	59,38	38,33
Maks.	100	100	100	98,91	100	100

Ort.: Ortalama, S.S.: standard sapma, min.: minimum, maks.: maksimum.

¹: Ölçek Toplam Puanı (TP)

²: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP)

³: Psikososyal Toplam Puanı (PSTP)

Yaşam Kalitesi puanları, psikiyatrik tanı varlığı veya yokluğuna göre karşılaştırıldığında, hastaların yaşam kalitesi özbildirim puanına göre fark saptanmıştır ($p<0,05$), ancak anne-babaların çocuklarının yaşam kalitesi hakkındaki bildirimine göre puan farkı tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Psikiyatrik komorbiditesi bulunan grubun, bulunmayan gruba göre lek Toplam Puanında ve Fiziksel Sağlık Yaşam Kalitesi ile Psikososyal Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinde daha düşük puan aldıkları, yani yaşam kalitelerinin daha düşük olarak değerlendirileceği saptanmıştır. Alt leklere göre de Psikososyal Yaşam Kalitesi puanının en düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo–15). Çalışma öncesinde psikiyatriste başvurusu olanlar ile olmayanlar arasında yaşam kalitesi puan ortalaması açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir($p<0,05$).

Tablo-15: Hastaların öz bildirim Yaşam Kalitesi toplam ve alt ölçek puanlarının dağılımı.

Klinik Psikiyatrik Tanı	Ölçek Toplam Puanı	Fiziksel Sağlık Toplam Puanı	Psikososyal Sağlık Toplam Puanı
Normal			
Ort.	85,56	89,53	83,40
S.S.	8,57	8,79	10,31
Min.	70,65	71,88	65,00
Maks.	100	100	100
Patolojik			
Ort.	70,81	77,98	66,95
S.S.	15,60	16,96	17,98
Min.	36,96	31,25	26,67
Maks.	98,48	96,88	91,67
	p=0,02	p=0,15	p=0,02

Ort.: Ortalama, S.S.: standard sapma, min.: minimum, maks.: maksimum.

Yapılan analizlerde Kısa Semptom Envanteri Toplam puanı ve Anksiyete, Depresyon, Somatizasyon alt ölçek puanlarında Klinik Global İzlem Şiddet düzeyine göre anlamlı fark saptanırken ($p < 0,05$) Hostilite alt ölçeğinde ise anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Yaşam Kalitesi, Klinik Global İzlem Şiddet düzeyine göre incelendiğinde, hasta öz bildiriminde Ölçek Toplam Puanı ve Psikososyal altölçek toplam puanında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$); ancak hasta öz bildiriminde Fiziksel sağlık toplam puanı ve ebeveyn bildiriminde ölçek toplam puanı, fiziksel sağlık toplam puanı, psikososyal sağlık toplam puanı açılarından anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo-16).

Tablo-16: Klinik Global İzlenim – Şiddet ile Yaşam Kalitesi ortalama puanları arasındaki ilişki.

		Yaşam Kalitesi Ölçeği					
Klinik Global İzlenim - Şiddet		Hasta Formu			Anne Baba formu		
	n	ÖTP ¹	FSTP ²	PSTP ³	ÖTP ¹	FSTP ²	PSTP ³
Sınırdaki	4	70,38	77,34	66,67	77,76	91,40	69,58
Hafif Derecede Hasta	21	83,76	86,30	82,37	78,86	88,15	75,31
Orta Derecede Hasta	8	68,03	74,60	64,43	87,71	90,62	86,38
Ağır Derecede Hasta	9	76,02	87,50	69,91	68,59	80,55	61,96
Toplam	42	77,83	83,48	74,79	78,26	87,30	74,01
		p=0,025	p=0,177	p=0,014	p=0,195	p=0,726	p=0,161

¹: Ölçek Toplam Puanı (ÖTP)

²: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP)

³: Psikososyal Toplam Puanı (PSTP)

Kullanılan tedavilerle Kısa Semptom Envanteri ve Yaşam Kalitesi puanları karşılaştırılmıştır.

Feniton kullanan hastalarda Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı ile Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite alt ölçeklerinde anlamlı düzeyde fark görülmüştür ($p<0,05$). Feniton kullanan hastaların yaşam kalitelerine bakıldığında öz bildirim açısından Psikososyal Sağlık toplam puanına göre ve Ebeveyn açısından Ölçek Toplam Puanı ile Psikososyal Toplam Puanına göre anlamlı fark görülmüştür ($p<0,05$).

Fenobarbital kullanan hastalarda Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı ile Anksiyete, Depresyon alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmıştır. Yaşam kalitesine bakıldığında sadece ebeveynin doldurduğu yaşam kalitesi ölçeğinde Ölçek Toplam puanında ve Fiziksel Sağlık Toplam Puanı ile

Psikososyal Sağlık Toplam Puanında anlamlı fark tespit edilmiştir. Hastanın öz bildirimine göre anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Diğer tedavileri kullanan hastalarda ebeveyn bildirimini açısından yaşam kalitesi Ölçek Toplam Puanında ve Psikososyal Sağlık Toplam puanında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Çoklu Tedavi kullanan hastalarda ebeveyn bildirimini açısından yaşam kalitesi Ölçek Toplam Puanında, Fiziksel Sağlık Toplam Puanında ve Psikososyal Sağlık Toplam puanında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Kısa Semptom Envanteri ve Yaşam Kalitesi toplam ve alt ölçek puanları için cinsiyete göre farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Epilepsi çocukluk, ergenlik ve erişkinlik döneminde sıkça görülen ve doğrudan Merkezi Sinir Sistemini etkileyen bir rahatsızlıktır. Epilepsinin psikiyatrik yönü çeşitli araştırmacılar tarafından incelenmiş ve görülen psikiyatrik rahatsızlıklar ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Epilepsili çocuk ve ergen hastalarda psikiyatrik komorbidite %16–77 arasında saptanmıştır (3,18,19,20,21). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise %26–48 oranlarında psikiyatrik komorbidite tespit edilmiştir (3,28). Bizim çalışmamızda da %52,4 oranında tespit edilmiştir ve yurt-dışı literatür bilgileri ile uyumludur. Türkiye’de yapılan çalışmalara göre ise yüksek bulunmuştur. Bu fark çalışmalara alınan hastaların yaşı ile ilgili olabilir. Bizim çalışmamızda örneklem grubumuz ergenlerden oluştuğundan ortalama yaş $15,27\pm 1,95$ olarak tespit edilirken Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda $11,28\pm 2,9$ ve $12,27\pm 2,69$ olarak tespit edilmiştir (3,28).

Yapılan bazı çalışmaların aksine yaş, cinsiyet, epilepsi tipi ve son nöbet tarihi psikopatoloji ile ilişkili bulunmasına rağmen çalışmamızda bulunmamıştır (21,29,42). Fakat bizim bulgularımızı destekleyen yayınlar da mevcuttur (3,25,43). Davies ve arkadaşları (21) tarafından yapılan bir çalışmada hastalık süresi ve şiddeti psikopatoloji ile ilişkili bulunurken, bizim çalışmamızda bulunmamıştır. Kullanılan antiepileptikler ve çoğul anti-epileptik kullanımı yine çalışmamızda psikopatoloji ile uyumlu bulunmamıştır. Bu bulgu hakkında da bizi destekleyen yayınlar (3,48) vardır, ancak antiepileptik kullanımını risk faktörü olarak belirten yayınlar da mevcuttur (25,50,63). Epileptik değişkenlerin psikopatoloji üzerine etkileri konusunda çelişkili sonuçlar bildirilmesi nedeni ile bu konuda geniş örneklem gruplarında ileri araştırmalar yapılmasına gereksinim vardır.

Çalışmaya katılım öncesindeki psikiyatri başvuru oranı çalışmamızda %38,09 olarak tespit edilmiştir. Literatürde ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda bu oran %21-33 olarak saptanmıştır (3,25,65). Psikiyatrik başvurusu olan epilepsili hastalarda psikopatolojinin daha sık görüldüğünü bildiren yayınlar (3) vardır, ancak bizim çalışmamızda böyle bir fark

saptanmamıştır. Bu durum, örneklem grubumuzun sayısının azlığından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda suisid düşüncesi (herhangi bir girişim ve plan olmaksızın) sadece 2 hastada tespit edilmiştir. Psikopatolojisi olan grubun intihar düşüncesini sorgulayan Kısa Semptom Envanteri 9. soru ortalama puanı, psikopatoloji olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgumuz da yapılan çalışmalar ile uyumludur (3,28).

Psikiyatrik hastalıkların dağılımına bakıldığında ise Depresyon tanısının sıklığı (çalışmaya alınan tüm hastaların %26,2'si) dikkati çekmiştir. Bu oran literatürdeki bilgilerle uyuşmaktadır (2,24,29,32,48,49,50). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise bu oran daha düşük olarak saptanmıştır (Gürkan ve Tüzün 2006). Yaşla ilgili yapılan çalışmalarda depresif belirtilerin ergenlikte daha sık görüldüğü belirtilmektedir (29,58). Bu nedenle, ergenleri inceleyen çalışmamızda bu oran yüksek bulunmuş olabilir.

Çalışmamıza alınan hastalardan Fenitoin (n=3) ve Fenobarbital (n=3) kullanan hastaların tümünde psikopatoloji tespit edilmiş olmakla birlikte istatistiksel açıdan sayının yetersiz olması sebebi ile anlamlılık tespit edilmemiştir. Fenitoin kullanan 3 hastada Depresyon ve Fenobarbital kullanan 3 hastanın 2'sinde Depresyon ve 1'inde Davranım Bozukluğu tanıları tespit edilmiştir ve bu önemli bir bulgu olmakla birlikte literatür bilgileri ile uyumludur (24,55,56,57). Yine çalışmamızda Levetirasetam kullanan 3 hastanın 2'sinde Depresyon tanısının olduğu görülmüştür. Levetirasetam'ın depresyona yol açabileceğine dair yayınlar mevcuttur (91).

Anksiyete Bozukluğu, çalışmamızda 3 hastada Depresyonla birlikte ve 1 hastada da tek başına görülmüştür. Çalışmamızda Anksiyete Bozukluğu tek başına olmaktan ziyade psikiyatrik komorbiditede (özellikle depresyon) şeklinde görülmüştür.

Psikopatoloji tespit edilenlerde Kısa Semptom Envanteri Depresyon ve Anksiyete altölçek puanlarının yüksekliği ise gerek yurt-içi gerekse yurt-dışı yayınlarla uyumludur (58,92).

Çalışmamızda Bipolar bozukluğa rastlanmamıştır. Bu durum, hastalığının çocuk ve ergenlik döneminde tanınmasının zorluğundan, seyrek

görülmesinden veya epilepsi tedavisinde kullanılan antiepileptiklerin duygudurum düzenleyici etkisinden kaynaklanabilir (2,60).

Çalışmamızda Psikotik Bozukluklara da rastlanılmamıştır. Bu durum, hastalığın çocukluk çağında ender görülmesine bağlı olabilir.

Çalışmamızda Yıkıcı Davranış Bozuklukları %14,3 (n=6) oranında saptanmıştır. DEHB tanısını tam olarak karşılayan hastaya rastlanılmazken, Davranım Bozukluğu tanısının sıklığı dikkati çekmiştir. Davies ve arkadaşlarının (21) yaptığı bir çalışmada epilepsi dışında başka rahatsızlığı olmayan grupta DEHB'ye rastlanılmazken Davranım Bozukluğu ve Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) %16,7 oranında saptanmıştır. Yapılan bir başka çalışmada ise DEHB'nin 12 yaş altında daha sık görüldüğü belirtilmiştir (29). Bizim çalışmamızın ergenlerle olması sebebi ile DEHB az görülmüş olabilir. Ayrıca yapılan yayınlarda DEHB'da Dikkatsizliğin Önde Geldiği tipin en sık gözlemlendiği belirtilmektedir (39,40,42). Bu durum hastalığın tanınmasını zorlaştırmış olabilir. Tespit etmiş olduğumuz Davranım Bozukluğu tanısının sıklığına paralel bir şekilde Kısa Semptom Envanteri Hostilite alt ölçeği puanlarının yüksekliği dikkati çekmektedir. Ancak, bu durum çalışmamızda tespit edilen yüksek depresyon oranı ile birlikte değerlendirildiğinde, ergenlerde depresyonun sıklıkla iritabilite ve agresyonla birlikte seyretmesinden kaynaklanabileceği de düşünülebilir.

Psikopatoloji tespit edilen grupta, Kısa Semptom Envanteri toplam puanı ile Depresyon, Anksiyete, Olumsuz Benlik, Hostilite ve Somatizasyon alt ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda epilepsi tipi, son nöbet tarihi, hastalık süresi, kullanılan anti-epileptik ve çoklu anti-epileptik kullanımı bu parametrelerle ilişkili bulunurken, bizim çalışmamızda bulunmamıştır (16,47,93). Çalışmamızda cinsiyet farkı bulunmamıştır ve bunu destekleyen yayınlar bulunmaktadır (16,47). Çalışmamızda psikopatolojisi olan grupta Kısa Semptom Envanteri Depresyon alt ölçeği ortalama puanının $19 \pm 10,49$ ve psikopatolojisi olmayan grupta $8,00 \pm 6,98$ olduğu; psikopatolojisi olan ve olmayan gruplar arasında en yüksek farkın bu alt ölçekte olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,01$). Çalışmamızdaki Depresyon puanının yüksekliği yapılan diğer çalışmalarla uyumlu

bulunmuştur (24,42,58). Epilepsi hastalarında görülen yüksek depresyon sıklığı ve şiddeti başka çalışmalara da konu olmuştur. Yapılan çalışmalarda generalize epilepsilerin depresyon için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (52,94). Fakat bu bulgu çalışmamızda saptanmamıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, depresyonu olan epilepsi tanılı çocuk ve ergenlerin akademik başarılarının 6 aylık anti-depresan tedavisi sonrasında arttığı tespit edilmiştir (59).

Kısa Semptom Envanteri Anksiyete alt ölçeğine bakıldığında psikopatolojisi olan grupta ortalama $15,86 \pm 12,37$ ve psikopatolojisi olmayan grupta ortalama $6,90 \pm 6,19$ puan aldıkları, bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Yapılan bir çalışmada %33 oranında Anksiyete Bozukluğu tespit edilmiştir (24). Diğer yandan, depresyonu olan hastalarda yüksek oranda anksiyete bozukluğunun görüldüğü belirtilmiştir (24,54,92). Bu da çalışmamızdaki en sık rastladığımız psikiyatrik tanının Depresyon olması ve en sık psikiyatrik komorbid bozukluğun ise Anksiyete bozukluğu olması ile uyumludur.

Çalışmamızda psikopatolojisi olan grupta Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik puanlarında anlamlı düzeyde yükseklik saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da gerek erişkinlerde gerekse çocuk ve ergen yaş grubunda bulgumuza benzer sonuçlar gözlenmiştir (42,52,60,94). Yapılan bir çalışmada ise epilepsi ve kontrol grupları arasında benlik algısı açısından fark bulunmadığı fakat epileptik kızlarda erkeklere göre daha kötü sonuçlar alındığı saptanmıştır (42). Ancak çalışmamızda cinsiyet farkı saptanmamış olup epilepsili hastalarda daha düşük benlik algısı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada nöbet sıklığı düşük benlik algısı ile uyumlu bulunmuştur. Bu bulgu ise bizim çalışmamızda tespit edilmemiştir. Düşük benlik saygısının sosyal aktivitelerde zorluğa yol açtığı belirtilmektedir (60). Bu nedenle düşük benlik algısının yaşam kalitesindeki düşüklüğe neden olan faktörlerden biri olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon alt ölçeğine bakıldığında psikopatolojisi olan grupta anlamlı düzeyde yükseklik tespit edilmiştir. Psikopatolojisi olan grupta ortalama puan $9,27 \pm 6,75$ ve

psikopatolojisi olmayan grupta ortalama puan $3,90 \pm 3,47$ olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu yükseklikle ilişkili olarak çalışmamızda Konversiyon tanısı hasta bulunması uyumludur. Literatürde epilepside somatizasyon ile ilgili yayınlar kısıtlı olmasına rağmen somatizasyon ve anksiyete belirtilerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (95). Bu durumun, çalışmamızda tespit etmiş olduğumuz psikopatolojisi olan gruptaki düşük yaşam kalitesinin nedenleri arasında yer alan olumsuz bir faktör olduğunu düşünmekteyiz.

Ailesel faktörlerle psikopatoloji arasında çalışmamızda ilişki bulunmamıştır. Fakat literatürde ailesel faktörleri risk olarak belirten yayınlar mevcuttur (15,16,30,47,50,90). Bu fark, çalışmamızda aile-çocuk iletişimini ve/veya ailenin özelliklerini gösteren standardize edilmiş ölçek kullanmamamızla ilişkili olabilir. Hasta ve anne-babanın birbiri ile olan ilişkisini, bu ilişkinin özelliklerini ve kalitesini sorgulayan ölçeklerin kullanılması ailesel faktörlerin ortaya konulmasını sağlayacaktır.

Yapılan birçok çalışmada epilepsi hastalarında yaşam kalitesi gerek erişkinlerde gerekse çocuk ve ergenlerde düşük olarak tespit edilmiştir (43,72,75,78,80,90). Çalışmamıza katılan hastaların Yaşam Kalitelerine bakıldığında kendilerinin doldurmuş olduğu formda ortalama puan $77,83 \pm 14,64$ olarak, anne-babalarının doldurmuş olduğu formda ise ortalama puan $78,26 \pm 15,30$ olarak tespit edilmiş ve birbirine yakın olduğu gözlenmiştir ($p < 0,05$). Hastaların doldurmuş olduğu Yaşam Kalitesi öz bildiriminin, psikopatoloji bulunup bulunmamasına göre farklı olduğu saptanmıştır. Psikopatoloji olmayan grupta ortalama puan $85 \pm 8,57$ olarak tespit edilirken psikopatoloji olan grupta ortalama puan $70,81 \pm 15,60$ olarak tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Anne-babanın doldurmuş olduğu formlarda ise psikopatolojisi olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Literatürde bu bulgumuzu destekleyen yayınlar mevcuttur (96,97). İki form arasındaki farkın anne-babanın çocukları ruhsal açıdan yeterince iyi değerlendirememesinden ve/veya ergenlerin duygudurumlarının hızlı bir şekilde değişebilmesinden kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca psikopatolojisi olan gruptaki psikiyatrik başvuru oranının %38,09 olmasının,

ailelerin çocuklarını yeterince değerlendirememesinin bir işareti olarak da düşünölebileceği kanaatindeyiz.

Yaşam Kalitesinin ayrıca anne babadaki psikopatoloji ile ilgili olabileceğini bildiren yayınlar bulunmaktadır (90,98). Yapılan bir derlemede de, yaşam kalitesi açısından çocuk ve ergenin kendisini değerlendirmesi ile anne babanın çocuğunu değerlendirmesi arasında her zaman tutarlılık olmayabileceği belirtmektedir (99).

Yapılan analizde de epilepsi tipi, klinik global izlem düzeyi, son nöbet tarihi, hastaneye ve yoğun bakıma yatış, kullanılan anti-epileptik ve çoklu anti-epileptik kullanımı arasında bazı yayınlarda bağlantı olduğu saptansa da bizim çalışmamızda saptanmamıştır (90). Bu durum, örneklem sayısının yetersizliğinden kaynaklanabileceği gibi, komorbid psikiyatrik hastalık bulunmasından da kaynaklanabilir. Yapılan yayınların kısıtlılığına rağmen psikiyatrik rahatsızlıklar sonucu yaşam kalitesinin düştüğu tespit edilmiştir (83,95,100,101,102). Psikopatoloji olan gruptaki Yaşam Kalitesi puanlarını daha düşük saptamış olmamız bunu destekler niteliktedir. Kısa Symptom Envanteri puanları ile yaşam kalitesinin ilişkili olduğunu belirten yayınlar da mevcuttur (103). Hastaların doldurmuş olduğu ölçekteki Psikososyal Sağlık Alt ölçek puanlarının Fiziksel Sağlık Alt Ölçek puanına göre daha düşük olması da psikopatolojinin etkisinden kaynaklanıyor ve eşlik eden psikiyatrik hastalığın etkisini gösteriyor olabilir.

Yapılan çalışmalarda epilepsili hastaların yaşam kalitesinin Astım tanılı hastalarda göre daha düşük olduğu ve epilepsili hastaların Astım tanılı hastalara göre psikolojik, sosyal ve okul yaşamında daha çok etkilendikleri belirtilmektedir (81,82). Diyabetlilerle Epilepsili hastaları karşılaştıran bir çalışmada da Epilepsi grubunun yaşam kalitesi açısından daha büyük risk altında olduğu belirtilmiştir (104). Epilepsi tanılı ve kanserli çocuk ve ergenleri karşılaştıran bir çalışmada, epilepsi grubunun daha düşük yaşam kalitesi olduğu tespit edilmiştir (105).

Yaşam kalitesini ölçmek için kullanmış olduğumuz ölçekle yapılan yayınlar gözden geçirildiğinde; Kalp hastalığı (kardiyomyopati, aritmi gibi) bulunan ergenlerde kendilerinin doldurmuş olduğu formda $78,3 \pm 16,16$, anne

babalarının doldurmuş olduğu formda $81,75\pm 15,72$; Tip 1 Diyabet tanısı olan çocuk ve ergenlerde kendilerinin doldurmuş olduğu formda $81,81\pm 10,69$, anne babalarının doldurmuş olduğu formda $80,60\pm 13,58$; Tip 1 ve Tip 2 Diyabet tanılı çocuk ve ergenlerde kendilerinin doldurmuş olduğu formda $80,37\pm 12,90$, anne babalarının doldurmuş olduğu formda $76,56\pm 14,10$; Astım tanılı çocuk ve ergenlerde kendilerinin doldurmuş olduğu formda $74,65\pm 15,79$, anne babalarının doldurmuş olduğu formda $72,44\pm 16,58$; Baş ağrısı tanılı çocuk ve ergenlerde kendilerinin doldurmuş olduğu formda $73,10\pm 14,40$, anne babalarının doldurmuş olduğu formda $73,20\pm 14,40$; Orak Hücreli Anemi tanılı olan çocuk ve ergenlerde kendilerinin doldurmuş olduğu formda $68,3$ ve anne babalarının doldurmuş olduğu formda $67,4$ ortalama ölçek puanlarının olduğu görülmüştür (97,103,104,105,106,107). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise Tip 1 Diabetli çocuk ve ergen hastalarda ortalama $70,78\pm 11,89$ ölçek toplam puanı aldıkları belirtilmiştir (108).

Araştırmalardaki metodolojik farklılığı göz ardı ederek sadece ölçek puanlarına bakacak olursak ve çalışmamıza dahil edilen epilepsi hastalarının puanları ile kıyaslayacak olursak, epilepsinin yukarıda sayılan bir çok tıbbi rahatsızlıktan daha düşük yaşam kalitesine yol açtığı söylenebilir. Psikopatolojisi olan ve olmayan gruplardaki ölçek toplam puanları gözden geçirilecek olur ise, psikopatolojisi olmayan epilepsi hastaları grubundaki ortalama yaşam kalitesi puanının (özbildirim: $85,56\pm 8,57$) yukarıda sayılan tüm hastalıklardan daha yüksek olduğu görülür ve dolayısı ile yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Fakat psikopatolojisi olan epilepsi hastalarının ortalama yaşam kalitesi puanının (özbildirim: $70,81\pm 15,60$) yukarıdaki bir çok hastalıktan daha düşük olduğu ve dolayısı ile yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu sonucuna varılabilir. Bu sonuç da araştırmamızın ana konusu olan “Epileptik hastalardaki psikopatoloji varlığı yaşam kalitesini daha da bozmaktadır” hipotezimizi destekler niteliktedir.

Çalışmamızın amacı Türkiye’de epilepsi tanılı ergenlerdeki psikiyatrik komorbiditeyi tespit edip bunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin olup olmadığını ortaya çıkarmaktır. Çalışmamıza almış olduğumuz 42 hastanın 22’sinde (%52,40) psikiyatrik tanı kriterlerini karşılayan çeşitli rahatsızlıklar

tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizlerde, epilepsi değişkenlerinin psikopatoloji üzerinde etkisi gösterilememiştir. Hastaların yaşam kalitesi, anne babalarının (ortalama 78,26 puan) ve kendilerinin (ortalama 77,83 puan) doldurmuş olduğu formlarda birbirine yakın bulunmuştur ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Psikopatolojisi bulunanlarda ise yaşam kalitesinin öz bildirimde daha da düşük (ortalama 70,81 puan) olduğu fakat anne baba formlarının bununla paralel olarak düşmediği tespit edilmiştir. Bu durum, hastaların içsel dünyalarının anne babaları tarafından yeterince değerlendirilememesinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca ergenlerin duygudurumlarının hızlı değişim içerisinde olması nedeni ile anne babaların bunu yeterince gözlemleyememeleri de bir diğer etmen olabilir. Yapmış olduğumuz istatistiksel analizlerde, epilepsi hastalarının yaşam kalitesi üzerine Klinik Global İzlem dışında epilepsi ile ilişkili değişkenlerin etkili olmadığını tespit ettik. Bu bulgular ışığında, ergen yaştaki epilepsi hastalarında komorbid psikopatolojinin yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör olduğu sonucuna varabiliriz. Eğer bu hastalardaki psikopatolojiyi tespit edebilirsek ve tedavisini düzenleyebilirsek, epilepsi ile ilgili olarak düşük olan yaşam kalitelerinin, daha da düşmesini engellemiş olacağız.

KAYNAKLAR

1. Ozer IJ. Images of epilepsy in literature. *Epilepsia* 1991;32:798–809
2. Plioplys S, Dunn DW, Caplan R. 10-year research update review: psychiatric problems in children with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1389-402
3. Gürkan K, Tüzün Ü. Epileptik Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Başvuru ve Tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006;16:22-30
4. Blume WT, Lüders HO, Mizrahi E, Tassinari C, van Emde Boas W, Engel J Jr. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE task force on classification and terminology. *Epilepsia*. 2001;42:1212-8.
5. Aysun S, Anlar B, Altunbaşak Ş, Deda G, Serdaroğlu A (eds). *Çocuk Nörolojisi*. 1st edition. Ankara: Alp Ofset Matbaacılık; 2006.
6. Proposal for a revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. From the Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 1981;22:489-501.
7. Proposal for a revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 1989;30:389-99
8. Proposal for a classification of epilepsies and epileptic syndromes. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 1985;26:268-78
9. Guerrini R. Epilepsy in children. *The Lancet* 2006;367:499-524
10. Freitag CM, May TW, Pfäfflin M, König S, Rating D. Incidence of epilepsies and epileptic syndromes in children and adolescents: a population-based prospective study in Germany. *Epilepsia*. 2001;42:979-85.
11. Houser WA, Nelson KB. Epidemiology of epilepsy in children. *Cleve Clin J Med* 1989;56(Suppl 2):185–94.
12. Sander JWAS, Shorvan SD. Incidence and prevalence studies in epilepsy and their methodological problems: A review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987;50:829–39.
13. Okan N, Okan M, Eralp O, Aytekin AH. The prevalence of neurological disorders among children in Gemlik (Turkey). *Dev Med Child Neurol*. 1995;37:597-603.
14. Aydın A, Ergor A, Ergor G, Dirik E. The prevalence of epilepsy amongst school children in Izmir, Turkey. *Seizure*. 2002;11:392-6.
15. Rodenburg R, Stams GJ, Meijer AM, Aldenkamp AP, Deković M. Psychopathology in children with epilepsy: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2005;30:453-68.
16. Dunn DW. Neuropsychiatric aspects of epilepsy in children. *Epilepsy Behav*. 2003;4:101-6.
17. Gaitatzis A, Trimble MR, Sander JW. The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol Scand*. 2004;110:207-20
18. Baker GA, Spector S, McGrath Y, Soteriou H. Impact of epilepsy in adolescence: a UK controlled study. *Epilepsy Behav*. 2005;6:556-62

19. Høie B, Sommerfelt K, Waaler PE, Alsaker FD, Skeidsvoll H, Mykletun A. Psychosocial problems and seizure-related factors in children with epilepsy. *Dev Med Child Neurol.* 2006;48:213-9
20. Rodenburg R, Marie Meijer A, Deković M, Aldenkamp AP. Family predictors of psychopathology in children with epilepsy. *Epilepsia.* 2006;47:601-14
21. Davies S, Heyman I, Goodman R. A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Dev Med Child Neurol.* 2003;45:292-5.
22. Ott D, Caplan R, Guthrie D, Siddarth P, Komo S, Shields WD, Sankar R, Kornblum H, Chayasirisobhon S. Measures of psychopathology in children with complex partial seizures and primary generalized epilepsy with absence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:907-14.
23. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Ott D, Sankar R, Shields WD. Psychopathology and pediatric complex partial seizures: seizure-related, cognitive, and linguistic variables. *Epilepsia.* 2004;45:1273-81.
24. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Hanson R, Sankar R, Shields WD. Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. *Epilepsia.* 2005;46:720-30
25. Ott D, Siddarth P, Gurbani S, Koh S, Tournay A, Shields WD, Caplan R. Behavioral disorders in pediatric epilepsy: unmet psychiatric need. *Epilepsia.* 2003;44:591-7.
26. Caplan R, Siddarth P, Stahl L, Lanphier E, Vona P, Gurbani S, Koh S, Sankar R, Shields WD. Childhood absence epilepsy: Behavioral, cognitive, and linguistic comorbidities. *Epilepsia.* 2008;13. Baskıda.
27. Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Eriksson AS. Mental health problems in children and adolescents referred to a national epilepsy center. *Epilepsy Behav.* 2007;10:255-62.
28. Bilgiç A, Yılmaz S, Tıraş S, Deda G, Kılıç EZ. Bir Grup Epilepsili Çocukta Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:165-172
29. Thome-Souza S, Kuczynski E, Assumpção F Jr, Rzezak P, Fuentes D, Fiore L, Valente KD. Which factors may play a pivotal role on determining the type of psychiatric disorder in children and adolescents with epilepsy? *Epilepsy Behav.* 2004;5:988-94.
30. Baum KT, Byars AW, deGrauw TJ, Johnson CS, Perkins SM, Dunn DW, Bates JE, Austin JK. Temperament, family environment, and behavior problems in children with new-onset seizures. *Epilepsy Behav.* 2007;10:319-27.
31. Baki O, Erdogan A, Kantarci O, Akisik G, Kayaalp L, Yalcinkaya C. Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy Behav.* 2004;5:958-64.
32. Dunn DW, Austin JK, Huster GA. Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:1132-8.
33. Jensen PS, Kettle L, Roper MT, Sloan MT, Dulcan MK, Hoven C, Bird HR, Bauermeister JJ, Payne JD. Are stimulants overprescribed?

- Treatment of ADHD in four U.S. communities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:797-804.
34. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:716-22.
 35. Pellock JM. Defining the problem: psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2004;5:S3-9.
 36. Dunn DW, Kronenberger WG. Childhood epilepsy, attention problems, and ADHD: review and practical considerations. *Semin Pediatr Neurol.* 2005;12:222-8.
 37. Goyal M. Pediatric epilepsy and psychopathology. *Neurosciences* 2007;12:101-104.
 38. Hoare P, Mann H. Self-esteem and behavioural adjustment in children with epilepsy and children with diabetes. *J Psychosom Res.* 1994;38:859-69.
 39. Hesdorffer DC, Ludvigsson P, Olafsson E, Gudmundsson G, Kjartansson O, Hauser WA. ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:731-6.
 40. Dunn DW, Austin JK, Harezlak J, Ambrosius WT. ADHD and epilepsy in childhood. *Dev Med Child Neurol.* 2003;45:50-4.
 41. Gonzalez-Heydrich J, Dodds A, Whitney J, MacMillan C, Waber D, Faraone SV, Boyer K, Mrakotsky C, DeMaso D, Bourgeois B, Biederman J. Psychiatric disorders and behavioral characteristics of pediatric patients with both epilepsy and attention-deficit hyperactivity disorder. *Epilepsy Behav.* 2007;10:384-8.
 42. Türkbay T, Akın R, Söhmen MT. Epileptik çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, depresif belirtiler ve kendilik saygısının araştırılması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10:9-15.
 43. Turky A, Beavis JM, Thapar AK, Kerr MP. Psychopathology in children and adolescents with epilepsy: an investigation of predictive variables. *Epilepsy Behav.* 2008;12:136-44.
 44. Aldenkamp AP, Arends J, Verspeek S, Berting M. The cognitive impact of epileptiform EEG-discharges; relationship with type of cognitive task. *Child Neuropsychol.* 2004;10:297-305.
 45. Aldenkamp AP, De Krom M, Reijns R. Newer antiepileptic drugs and cognitive issues. *Epilepsia.* 2003;44:21-9.
 46. Loring DW, Meador KJ. Cognitive side effects of antiepileptic drugs in children. *Neurology.* 2004;62:872-7.
 47. Dunn DW, Austin JK. Differential diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2004;5:S10-7.
 48. Jones JE, Watson R, Sheth R, Caplan R, Koehn M, Seidenberg M, Hermann B. Psychiatric comorbidity in children with new onset epilepsy. *Dev Med Child Neurol.* 2007;49:493-7.

49. Buelow JM, Austin JK, Perkins SM, Shen J, Dunn DW, Fastenau PS. Behavior and mental health problems in children with epilepsy and low IQ. *Dev Med Child Neurol.* 2003;45:683-92.
50. Adewuya AO, Ola BA. Prevalence of and risk factors for anxiety and depressive disorders in Nigerian adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2005;6:342-7.
51. Plioplys S. Depression in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003;4:S39-45.
52. Baker GA. Depression and suicide in adolescents with epilepsy. *Neurology.* 2006;66:S5-12.
53. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia.* 2007;48:2336-44.
54. Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE, Gadow KD, Vitale SA, Andriola MR, Lenn NJ, Novak GP, Hermann BP. Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia.* 1998;39:595-9.
55. Brent DA, Crumrine PK, Varma RR, Allan M, Allman C. Phenobarbital treatment and major depressive disorder in children with epilepsy. *Pediatrics.* 1987;80:909-17.
56. Brent DA, Crumrine PK, Varma R, Brown RV, Allan MJ. Phenobarbital treatment and major depressive disorder in children with epilepsy: a naturalistic follow-up. *Pediatrics.* 1990;85:1086-91.
57. Kaminer Y, Apter A, Aviv A, Lerman P, Tyano S. Psychopathology and temporal lobe epilepsy in adolescents. *Acta Psychiatr Scand.* 1988;77:640-4.
58. Oguz A, Kurul S, Dirik E. Relationship of epilepsy-related factors to anxiety and depression scores in epileptic children. *J Child Neurol.* 2002;17:37-40.
59. Tosun A, Gokcen S, Ozbaran B, Serdaroglu G, Polat M, Tekgul H, Gokben S. The effect of depression on academic achievement in children with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2008;13:494-8.
60. Salpekar JA, Dunn DW. Psychiatric and psychosocial consequences of pediatric epilepsy. *Semin Pediatr Neurol.* 2007;14:181-8.
61. Daley M, Siddarth P, Levitt J, Gurbani S, Shields WD, Sankar R, Toga A, Caplan R. Amygdala volume and psychopathology in childhood complex partial seizures. *Epilepsy Behav.* 2008;13:212-7.
62. Salpekar JA, Conry JA, Doss W, Cushner-Weinstein S, Pearl PL, Weinstein SL, Gaillard WD. Clinical experience with anticonvulsant medication in pediatric epilepsy and comorbid bipolar spectrum disorder. *Epilepsy Behav.* 2006;9:327-34
63. Williams J, Steel C, Sharp GB, DelosReyes E, Phillips T, Bates S, Lange B, Griebel ML. Anxiety in children with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003;4:729-32.
64. Cushner-Weinstein S, Dassoulas K, Salpekar JA, Henderson SE, Pearl PL, Gaillard WD, Weinstein SL. Parenting stress and childhood epilepsy: the impact of depression, learning, and seizure-related factors. *Epilepsy Behav.* 2008;13:109-14.

65. Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Eriksson AS. Mental health problems in children and adolescents referred to a national epilepsy center. *Epilepsy Behav.* 2007;10:255-62.
66. Hodes M, Garralda ME, Rose G, Schwartz R. Maternal expressed emotion and adjustment in children with epilepsy. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999;40:1083-93.
67. Qin P, Xu H, Laursen TM, Vestergaard M, Mortensen PB. Risk for schizophrenia and schizophrenia-like psychosis among patients with epilepsy: population based cohort study. *BMJ.* 2005;331:23-28.
68. Nissenkorn A, Moldavsky M, Lorberboym M, Raucher A, Bujanover Y, Lerman-Sagie T. Postictal psychosis in a child. *J Child Neurol.* 1999;14:818-9.
69. La Vega-Talbot M, Duchowny M, Jayakar P. Orbitofrontal seizures presenting with ictal visual hallucinations and interictal psychosis. *Pediatr Neurol.* 2006;35:78-81.
70. Üneri Ö, Memik NÇ. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Kavramı ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Gözden Geçirilmesi. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 2007;14:48-56
71. Eiser C, Morse R. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *J Dev Behav Pediatr.* 2001;22:248-56.
72. Baker GA, Jacoby A, Buck D, Stalgis C, Monnet D. Quality of life of people with epilepsy: a European study. *Epilepsia.* 1997;38:353-62.
73. Devinsky O, Westbrook L, Cramer J, Glassman M, Perrine K, Camfield C. Risk factors for poor health-related quality of life in adolescents with epilepsy. *Epilepsia.* 1999;40:1715-20.
74. Elliott IM, Lach L, Smith ML. I just want to be normal: a qualitative study exploring how children and adolescents view the impact of intractable epilepsy on their quality of life. *Epilepsy Behav.* 2005;7:664-78.
75. Stevanovic D. Health-related quality of life in adolescents with well-controlled epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2007;10:571-5.
76. Miller V, Palermo TM, Grewe SD. Quality of life in pediatric epilepsy: demographic and disease-related predictors and comparison with healthy controls. *Epilepsy Behav.* 2003;4:36-42.
77. Ronen GM, Rosenbaum P, Law M, Streiner DL. Health-related quality of life in childhood epilepsy: the results of children's participation in identifying the components. *Dev Med Child Neurol.* 1999;41:554-9.
78. Yong L, Chengye J, Jiong Q. Factors affecting the quality of life in childhood epilepsy in China. *Acta Neurol Scand.* 2006;113:167-73.
79. Remschmidt H, Schmidt MH. Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. (3.baskı) Verlag Hans Huber, Bern; 1994; 147-161.
80. Piperidou C, Karlovasitou A, Triantafyllou N, Dimitrakoudi E, Terzoudi A, Mavraki E, Trypsianis G, Vadikolias K, Heliopoulos I, Vassilopoulos D, Balogiannis S. Association of demographic, clinical and treatment variables with quality of life of patients with epilepsy in Greece. *Qual Life Res.* 2008;17:987-96.

81. Austin JK, Smith MS, Risinger MW, McNelis AM. Childhood epilepsy and asthma: comparison of quality of life. *Epilepsia*. 1994;35:608-15
82. Austin JK, Huster GA, Dunn DW, Risinger MW. Adolescents with active or inactive epilepsy or asthma: a comparison of quality of life. *Epilepsia*. 1996;37:1228-38.
83. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry*. 1997;154:99-105.
84. Guy W. ECDEU Assesment Manual for Psychopharmacology .US Dept Health, Education, Welfare publication. Rockville, Md. National Institute of Mental Health; 217-222.)
85. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med*. 1983;13:595-605.
86. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Türk Gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9:44-56.
87. Şahin NH, Batıgün AD, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:125-135
88. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care*. 1999;37:126-39
89. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:353-363.
90. Adewuya AO. Parental psychopathology and self-rated quality of life in adolescents with epilepsy in Nigeria. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48:600-3.
91. Kanner AM, Dunn DW. Diagnosis and management of depression and psychosis in children and adolescents with epilepsy. *J Child Neurol*. 2004;19:S65-72.
92. Alwash RH, Hussein MJ, Matloub FF. Symptoms of anxiety and depression among adolescents with seizures in Irbid, Northern Jordan. *Seizure*. 2000;9:412-6.
93. Data SS, Premkumar TS, Fielding S, Chandy S, Kumar S, Eagles J, Cherian A. Impact of pediatric epilepsy on Indian families: influence of psychopathology and seizure related variables. *Epilepsy Behav*. 2006 Aug;9:145-51.
94. de Souza EA, Salgado PC. A psychosocial view of anxiety and depression in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2006;8:232-8.
95. Pikó B, Rudisch T. Influence of psychiatric and psychosomatic disorders on quality of life. *Orv Hetil*. 2007;148:1657-66.
96. Huang IC, Shenkman EA, Leite W, Knapp CA, Thompson LA, Revicki DA. Agreement was not found in adolescents' quality of life rated by parents and adolescents. *J Clin Epidemiol*. 2008. Baskıda.
97. Uzark K, Jones K, Slusher J, Limbers CA, Burwinkle TM, Varni JW. Quality of life in children with heart disease as perceived by children and parents. *Pediatrics*. 2008;121:1060-7.

98. Guethmundsson OO, Tómasson K. Quality of life and mental health of parents of children with mental health problems. *Nord J Psychiatry*. 2002;56:413-7.
99. Upton P, Lawford J, Eiser C. Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Qual Life Res*. 2008;17:895-913.
100. Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: a naturalistic study. *Soc Sci Med*. 2007;65:1420-9.
101. Brissos S, Dias VV, Carita AI, Martinez-Arán A. Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Res*. 2008;160:55-62.
102. Reinfjell T, Hjemdal O, Aune T, Vikan A, Diseth TH. The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 as an assessment measure for depressive symptoms: a correlational study with young adolescents. *Nord J Psychiatry*. 2008;62:279-86.
103. Endermann M. Quality of life among people with epilepsy and mild intellectual disabilities in residential care. *Epilepsy Behav*. 2006;8:703-12.
104. Hoare P, Mann H, Dunn S. Parental perception of the quality of life among children with epilepsy or diabetes with a new assessment questionnaire. *Qual Life Res*. 2000;9:637-44.
105. Felder-Puig R, Frey E, Proksch K, Varni JW, Gadner H, Topf R. Validation of the German version of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) in childhood cancer patients off treatment and children with epilepsy. *Qual Life Res*. 2004;13:223-34.
103. Emmanouilidou E, Galli-Tsinopoulou A, Karavatos A, Nousia-Arvanitakis S. Quality of life of children and adolescents with diabetes of Northern Greek origin. *Hippokratia*. 2008;12:168-75.
104. Varni JW, Burwinkle TM, Jacobs JR, Gottschalk M, Kaufman F, Jones KL. The PedsQL in type 1 and type 2 diabetes: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and type 1 Diabetes Module. *Diabetes Care*. 2003;26:631-7.
105. Varni JW, Burwinkle TM, Rapoff MA, Kamps JL, Olson N. The PedsQL in pediatric asthma: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory generic core scales and asthma module. *J Behav Med*. 2004;27:297-318.
106. Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. Quality of life in childhood migraines: clinical impact and comparison to other chronic illnesses. *Pediatrics*. 2003;112:1-5.
107. Panepinto JA, Pajewski NM, Foerster LM, Hoffmann RG. The performance of the PedsQL generic core scales in children with sickle cell disease. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2008;30:666-73.
108. Çakın Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Hatun Ş, Ayaz M, Karakaya I. Tip 1 diyabetes mellitusu olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi algılarının değerlendirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2007;14:133-38.

EKLER

Ek-1: Aydınlatılmış Hasta Onam Formu

Aydınlatılmış Hasta Onam Formu

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Epilepsi Tanılı Ergenlerde Psikiyatrik Komorbiditenin ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi

SAYIN :

(GÖNÜLLÜNÜN ADI)

SAYIN :

(VELİ / VASİNİN ADI)

ÇALIŞMANIN İÇERİK VE AMACI :

Çocuğunuz Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Nöroloji Bilim Dalı'nda Epilepsi tanısı ile izlenmektedir/izlenmektedir. Epilepsinin uzun süreli bir hastalık olması, nöbetlerin ne zaman geleceğinin önceden kestirilememesi ve toplumsal etiketlenme nedenleri ile epilepsili çocuk ve ergenler ruhsal, sosyal ve eğitim alanlarında çeşitli zorluklar yaşayabilmektedir. Size tanıttığımız çalışma ile, Epilepsi hastalığı bulunan ergenlerin yaşamlarının bu hastalık nedeni ile ne kadar etkilendiği araştırılacaktır. Tespit edilecek sonuçlar da bu hastalığı olan ergenlerin psikiyatrik problemlerinin erkenden tanınmasını ve tedavisini sağlayacak olup yaşam kalitelerinin artırılabilmesi için stratejiler geliştirilmesinde kullanılacaktır.

İZLENECEK OLAN YÖNTEMLERİN AÇIKLANMASI:

A. DENEYSEL İŞLEMLER VE TEDAVİ

Bu çalışmada Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Araştırma Görevlisi, Epilepsi'ye ek olarak ruhsal problemin olup olmadığını anlamak için epilepsisi olan çocuğunuzla görüşme yapacak ve sosyodemografik veri formunu dolduracaktır. Çocuğunuzun, "Kısa Semptom Envanteri" ve "Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği – Ergen Formu" ölçeklerini doldurmasını isteyecektir. Ayrıca sizin "Çocukları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği – Anne-Baba Formu"nu doldurmanızı isteyecektir. Sizinle ve çocuğunuzla bir kez görüşme yapılacaktır. Bu değerlendirmeler sonunda herhangi bir psikiyatrik sorun saptanırsa, size ve çocuğunuza bilgi verilecek ve arzu edilirse tedavisi için gerekli işlemler başlatılacaktır.

B. ÇALIŞMANIN TAHMİN EDİLEN SÜRESİ VE KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI

Çalışmaya 6 ay içinde en az 40 Epilepsi hastası olan gönüllünün katılabileceği düşünülmektedir.

BU ÇALIŞMANIN GETİREBİLECEĞİ OLUMLU NOKTALAR :

Bu çalışmanın kapsamında yapılacak olan muayene ve testler için sizden / çocuğunuzdan ücret talep edilmeyecektir. Epilepsi hastalarındaki ruhsal rahatsızlıklar ve yaşam kalitesi hakkında bilginin size ve bu hastalığa sahip tüm hastalara yararlı olacağına inanıyoruz. Ayrıca Çocuk Psikiyatrisi ve Çocuk Nöroloji hekimlerinin işbirliğinin artmasını da sağlayacaktır.

YUKARIDA AÇIKLANAN ÇALIŞMA ESNASINDA UYGULANACAK OLAN İŞLEM VE TEDAVİLERİN GÖNÜLLÜYE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR:

Çalışma günlük yaşamda veya rutin fiziksel ve psikolojik muayeneler yada testler sırasında olağan şekilde karşılaşılanlardan daha büyük bir risk taşımamaktadır. Bu çalışma için sizin ve çocuğunuzun yaklaşık 1 saat zaman ayırmanız gerekmektedir.

KATILMA VE ÇIKMA :

Çalışmaya katılma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılmayı reddetmek veya araştırmaya katılmaya herhangi bir zamanda son vermek hiçbir cezaya veya sizin / çocuğunuzun hakkınız olan yararların kaybına neden olmaz. Çalışmanın yürütülmesi sırasında sorumlu doktor tarafından gerekli görüldüğü durumlarda çalışma dışı bırakılabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı arzu etmemeniz ya da doktorunuzun sizi çalışma dışı bırakması durumunda size gösterilen tıbbi bakım ve tedavide herhangi bir aksama olmayacaktır.

MASRAFLAR :

Size / çocuğunuza ve ailenize ek masraf olmayacaktır.

GİZLİLİK :

Bu bilgiler isim belirtilmeksizin sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bununla birlikte kanuni zorunlulukların ortaya çıktığı durumlarda size ait kayıtlar yetkili

kurum ve/veya kuruluşlar tarafından incelenebilir. Bu belgeyi imzalamakla böyle bir denetim için olur vermiş olursunuz.

Ben,, [*gönüllünün adı, soyadı **Kendi el yazısı ile***] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün (*Kendi el yazısı ile*)

Adı-

Soyadı:
.....

İmzası :
.....

Adresi:

.....

(varsa Telefon No, Faks

No):

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (*Kendi el yazısı ile*)

Adı-

Soyadı :
.....

İmzası :
.....

Adresi:

.....

(varsa Telefon No, Faks

No):

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırcının (Doktorun)

Adı-

Soyadı :.....
.....

İmzası :.....
.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

**Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş
Görevlisinin**

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:.....
..

Görevi:.....
...

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Bu çalışma U.Ü. Tıp Fakültesi "Tıbbi Araştırma Etik Kurulu" tarafından onaylanmıştır.

Onay Tarihi:

Onay No:

Not: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacaktır.

Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu

EPİLEPSİ TANILI ERGENLERDE PSİKIYATRİK KOMORBİDİTENİN VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ
— SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU —

Tarih: / /

Sayı:

Protokol

Numarası:

Hastanın Adı ve Soyadı:

Velisinin Adı ve Soyadı:

Adres:

Telefon:

Kısa Semptom Envanteri Puanları: Depresyon:

Anksiyete:

Olumsuz Benlik:

Somatizasyon:

Hostilite:

Ek Not:

Yaşam Kalitesi Puanları:

Okul ile ilgili sorunlar

Hasta

Anne veya Baba

Fiziksel İşlevsellik

Duygusal İşlevsellik

Sosyal İşlevsellik

Ek not:

Psikiyatrik Tanı: DSM-IV-TR: 1. 2.
ICD-10: 1. 2.

Epilepsi Tanısı:

1. Doğum Tarihi: / / Yaşı:

2. Cinsiyet:

1. Kız 2. Erkek

3. Doğum Yeri:

1.Köy 2. Kasaba 3. İlçe 4. İl

4. Kardeş Sayısı:

1. Yok 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4
5. 5 ve üzeri

5. Öğrenim Durumu:

1. İlköğretim 2.Lise

6. Öğrenim Türü ve Sınıfı:

7. Hastalığı nedeni ile sınıf tekrarı var mı?

1. Evet 2. Hayır

8. Evetse, kaçınıcı sınıfta:

9. Çocuk kiminle yaşıyor:

1. Anne ve baba ile 2. Anne ile 3. Baba ile
4. Akrabalarının yanında 5. Kurumda

10. Ailenin eğitim durumu:

Anne

Baba

1. Okuma yazması yok
2. Okuma yazması var
a. İlkokul mezunu
b. Ortaokul mezunu
c. Lise mezunu
d. Yüksekokul- üniversite mezunu
e. Bilinmiyor

11. Anne ve babanın mesleği

Anne

Baba

1. Çalışmıyor
2. İşçi
3. Memur
4. Emekli
5. Serbest Meslek
6. Bilinmiyor

12. Ailenin toplam aylık geliri:

1. 400 YTL ve altı 2. 401- 800 YTL arası 3. 801-1200
YTL arası 4. 1201-1600 YTL arası 5. 1601 YTL ve üzeri

13. Epilepsi Tipi:

1. Generalize 2. Parsiyel 3. Diğer

14. Klinik Global İzlem'e göre Epilepsi Ağırlık Derecesi

1. Normal, hiç hasta değil 2. Sınırdaki 3. Hafif Derecede Hasta
4. Orta Derecede Hasta 5. Belirgin Derecede Hasta 6. Ağır
Derecede Hasta 7. En ağır hastalar arasında

15. Hastalık toplam süresi :

1. 0-11 ay arası 2. 12-23 ay arası 3. 24-35 ay arası
4. 36-47 ay arası 5. 48-59 ay arası 6. 60 aydan fazla

16. Çocuk Nörolojisi'ndeki takip süresi?

1. 0-11 ay arası 2. 12-23 ay arası 3. 24-35 ay arası
4. 36-47 ay arası 5. 48-59 ay arası 6. 60 aydan fazla

17. En son geçirdiği nöbet tarihi:

18. Şuan kullanmış olduğu ilaç tedavisi:

1. Karbamazepin 2. Valproik Asit 3. Fenitoin 4. Fenobarbital
5. Çoklu Tedavi 6. Diğer

19. Kullanılan ilacın / İlaçların Dozu / Dozları:

1. 2. 3.

20. Varsa ilaç kan düzeyleri:

1. 2. 3.

21. Ne zamandan beri tedavi alıyor?

1. 0-11 ay arası 2. 12-35 ay arası 3. 36-59 ay arası
4. 60 aydan fazla

22. Ek ilaç varsa ne zaman eklendi?

1.
2.

23. Hastalık nedeni ile hastaneye yatış sayısı:

1. Yok 2. 1 kez 3. 2-4 kez 4. 5 ve daha fazla

24. Hastalık nedeniyle yoğun bakım ünitesinde yatış sayısı:

1. Yok 2. 1 kez 3. 2-4 kez 4. 5 ve daha fazla

25. Poliklinik kontrollerine düzenli geliyor mu?

1. Evet 2. Hayır

26. Psikiyatrist'e başvurusu var mı?

1. Evet 2. Hayır

27. Evetse, ne zaman?

1. Epilepsi Öncesinde 2. Epilepsi Sonrasında

28. Evetse, Psikiyatrik tanısı:

29. Evetse, kullanmış olduğu tedaviler;

1. Antidepresan 2. Antipsikotik 3. Anksiyolitik
4. Psikositimülan 5. Diğer (Belirtiniz:)

30. Hasta hastalıkla ilgili herhangi bir bilgilendirici eğitim aldı mı?

1. Evet 2. Hayır

31. Hastanın ailesi hastalıkla ilgili herhangi bir bilgilendirici eğitim aldı mı?

1. Evet 2. Hayır

Ek-3: Kısa Semptom Envanteri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her bir maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtilerin **ŞİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

- 0- Hiç yok
- 1- Biraz var
- 2- Orta derecede var
- 3- Epey var
- 4- Çok fazla var

1- İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2- Baygınlık ve baş dönmesi	0	1	2	3	4
3- Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4- Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5- Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6- Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7- Göğüs bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8- Meydanlık yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9- Yaşamınıza son verme duygusu	0	1	2	3	4

10- İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11- İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12- Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13- Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14- Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15- İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16- Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17- Hüzünlü, kederli hissetmek hali	0	1	2	3	4
18- Hiçbir şeye ilgi duymamak hali	0	1	2	3	4
19- Ağlamaklı hissetmek hali	0	1	2	3	4
20- Kolayca incinebilme, kırılmak hali	0	1	2	3	4
21- İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak hali	0	1	2	3	4
22- Kendini diğerlerinden daha aşağı görme hali	0	1	2	3	4
23- Mide bozukluğu, bunaltı hali	0	1	2	3	4
24- Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu hali	0	1	2	3	4

25- Uykuya dalmada güçlük hali	0	1	2	3	4
26- Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27- Karar vermede güçlük hali	0	1	2	3	4
28- Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma hali	0	1	2	3	4
29- Nefes darlığı, nefessiz kalmak hali	0	1	2	3	4
30- sıcak soğuk basmaları hali	0	1	2	3	4
31- Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32- Kafanızın” bomboş” kalması	0	1	2	3	4
33- Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, Karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34- Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35- Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36- Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) Güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37- Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık ve güçsüzlük	0	1	2	3	4
38- Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39- Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4

40- Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41- Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42- Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43- Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44- Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45- Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46- Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47- Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48- Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49- Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50- Kendini değersiz görmek	0	1	2	3	4
51- Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52- Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53- Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

Ek-4: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Hasta ve Ebeveyn Formu

**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU
(13-18 YAŞ)**

Ad
Soyad:
Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer sizin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer sizin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer sizin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer sizin için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularıyla ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissederim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissederim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissederim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

**ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU
(13-18 YAŞ)**

Çocuğunuzun adı
Soyadı:
Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Suna TANELİ'ye, Psikiyatri Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya, öğretim görevlilerinden Doç. Dr. Aslı Sarandöl'e, Yrd. Doç. Dr. Enver Yusuf Sivrioğlu'na Yrd. Doç. Dr. Cengiz Akkaya'ya ve Uzm. Dr. Saygın Eker'e teşekkürü bir borç bilirim. Rotasyonda olduğum süre boyunca sürekli desteğini hissettiğim ve tezimin şekillenmesinde önemli katkıları olan Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı başkanı Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN' a teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin tüm aşamalarında desteklerini esirgemeyen başta Anabilim Dalı başkanım Yrd. Doç. Dr. Yeşim Taneli'ye ve Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'ndan Uzman Dr. Özlem Özdemir'e teşekkür ederim.

Tezimin çeviri kısmında yardımcı olan Arş. Gör. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu'na, beş yıl boyunca çok şeyler paylaştığım asistan arkadaşlarıma, hemşirelerimize ve personelimize teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan ve oğulları olmaktan gurur duyduğum anne babama çok teşekkür ederim.

Dr. Erdem Beyoğlu

ÖZGEÇMİŞ

Aralık - 1980 'de Londra – İngiltere'de doğdum. İlköğrenimimi Gelibolu İlköğretim Okulu – Lefkoşa/KKTC ' nda tamamladım. 20 Temmuz Fen Lisesini - Lefkoşa/KKTC 1997 yılında bitirdikten sonra İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım. Aralık – 2003'de mezun olduktan sonra Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım.