

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI**

**EPİLEPSİNİN PSİKOSYAL YAŞAM ÜZERİNE ETKİSİNİN
'WASHINGTON PSİKOSOSYAL NÖBET ÖLÇEĞİ' İLE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. MERYEM İPEK**

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. GÖKSEMİN ACAR**

DENİZLİ - 2013

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI**

**EPİLEPSİNİN PSİKOSYAL YAŞAM ÜZERİNE ETKİSİNİN
'WASHINGTON PSİKOSOSYAL NÖBET ÖLÇEĞİ' İLE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. MERYEM İPEK**

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. GÖKSEMİN ACAR**

DENİZLİ - 2013

Doç.Dr. Göksemin ACAR danışmanlığında Dr. Meryem İPEK tarafından yapılan “Epilepsinin Psikososyal Yaşam Üzerine Etkisinin ‘Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği’ ile Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışması 10/ 10/ 2013 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Nöroloji Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN: Prof. Dr. Attila Oğuzhanoglu

ÜYE: Doç.Dr. Göksemin Acar

ÜYE: Doç. Dr. Çağdaş Erdoğan

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.
gün.../ay.../yıl.

24.07-2014


Prof. Dr. Hasan HERKEN
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanmasında ve yürütülmesinde rehberlik eden, hoşgörü ve desteklerini esirgemeyen değerli danışman hocam Doç.Dr. Göksemin Acar başta olmak üzere uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tüm hocalarım Prof. Dr. Attila Oğuzhanoglu' na, Prof. Dr. L. Sinan Bir'e, Doç. Dr. Çağatay Hilmi Öncel'e, Yrd. Doç. Dr. Çağdaş Erdoğan'a ve Yrd. Doç.Dr. Eylem Değirmenci' ye; tezimin istatistik kısmında yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Ahmet Ergin' e; çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma; tez çalışmalarım sırasındaki yardımlarından dolayı EEG laboratuvarı çalışanlarına ve diğer tüm mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatım boyunca desteklerini hep yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, her koşulda sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen aileme; uzmanlık eğitimim boyunca sonsuz sabrı, anlayışı, sevgi ve desteğiyle hep yanımda olan sevgili eşim Ali İhsan İpek'e; kendinden çaldığım zamana rağmen tebessümlerini esirgemeyen biricik kızım Gülendamlar'a ve tüm tez sürecinde beni yakından hisseden oğlum Ömer'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

DR. Meryem İpek

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

| | |
|---|------|
| ONAY SAYFASI | III |
| TEŞEKKÜR | IV |
| İÇİNDEKİLER | V |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | VII |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | VIII |
| TABLolar DİZİNİ | IX |
| ÖZET | X |
| İNGİLİZCE ÖZET | XIII |
| GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| GENEL BİLGİLER | 4 |
| EPİLEPSİ | 4 |
| Tanımı | 4 |
| Tarihçe | 4 |
| Epidemiyoloji | 6 |
| Epilepsi sınıflaması..... | 7 |
| EPİLEPSİNİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ..... | 13 |
| Hastanın Nöbetlere Uyumu..... | 14 |
| Aile Etkisi..... | 15 |
| Toplumsal Bakış..... | 19 |
| Epilepsi ve İşlevsellik..... | 20 |
| Eşlik Eden Komorbid Psikiyatrik Problemler..... | 22 |
| Epilepsi ve İntihar..... | 25 |
| Yaşam Kalitesi..... | 25 |
| AMAÇ..... | 29 |
| MATERYAL VE METOD | 31 |
| WASHINGTON PSİKOSOSYAL NÖBET ÖLÇEĞİ (WPNÖ)..... | 31 |
| Alt Ölçekler..... | 32 |
| WPSI Sonuçlarının Değerlendirilmesi..... | 33 |
| Hasta Profilleri..... | 34 |

| | |
|--|-----------|
| İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME..... | 35 |
| BULGULAR | 36 |
| TARTIŞMA | 58 |
| SONUÇLAR | 74 |
| KAYNAKLAR | 76 |
| EK-1 : WASHINGTON PSİKOSOSYAL NÖBET ÖLÇEĞİ (WPNÖ) | |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|----------|---|
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| BDT | : Bilişsel Davranışçı Terapi |
| EEG | : Elektroensefalografi |
| EPSES | : Epilepsy Psycho-Social Effects Scale |
| ESI-55 | : Epilepsy Surgery Inventory-55 |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| ILAE | : The International League Against Epilepsy |
| IBE | : International Bureau for Epilepsy |
| MMPI | : Minnesota Multiphasic Personality Inventory |
| SF 36 | : Short Form 36 |
| QOLIE-10 | : Quality of Life in Epilepsy-10 |
| QOLIE-31 | : Quality of Life in Epilepsy-31 |
| QOLIE-89 | : Quality of Life in Epilepsy -89 |
| WHO | : World Health Organization |
| WPNÖ | : Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği |
| WPSI | : Washington Psychosocial Seizure Inventory |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | Sayfa No |
|--|-----------------|
| Şekil 1 Hastaların cinsiyete göre dağılımı | 36 |
| Şekil 2 Hastaları medeni duruma göre dağılımı | 37 |
| Şekil 3 Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı | 37 |
| Şekil 4 Hastaların mesleklere göre dağılımı | 38 |
| Şekil 5 Hastaların nöbet sıklığına göre dağılımı..... | 38 |
| Şekil 6 Hastaların aldıkları tedaviye göre dağılımı..... | 39 |
| Şekil 7 Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği, Hasta Profil Formu..... | 40 |
| Şekil 8 Tüm hastaların ortalama Washington Psikososyal Nöbet Ölçek profili..... | 44 |
| Şekil 9 Kadın ve erkek hasta gruplarının ortalama Washington Psikososyal Nöbet Ölçek profilleri..... | 45 |
| Şekil 10 Hastaların medeni durumlarına göre ortalama Washington Psikososyal Nöbet Ölçek profilleri..... | 47 |
| Şekil 11 Hastaların nöbet sıklığına göre ortalama Washington Psikososyal Nöbet Ölçek profilleri..... | 54 |
| Şekil 12 Hastaların aldıkları tedaviye göre ortalama Washington Psikososyal Nöbet Ölçek profilleri..... | 56 |
| Şekil 13 Dodrill ve ark. ile benim çalışmamın Washington Psikososyal Nöbet Ölçek profilleri..... | 61 |

TABLULAR DİZİNİ

| | Sayfa No |
|--|-----------------|
| Tablo 1 Epilepsinin işlevsel gruplandırılması | 21 |
| Tablo 2 Epilepsisi olan insanlarda depresyonun etyolojisi | 24 |
| Tablo 3 WHO' nun öngördüğü yaşam kalitesi ölçme araçları içeriği ... | 26 |
| Tablo 4 Hastaların yaş ortalamaları | 36 |
| Tablo 5 Epilepsi başlangıç yaşı | 39 |
| Tablo 6 Hastalık süresi | 39 |
| Tablo 7 Hastaların Washington Psikososyal Nöbet Ölçek değerleri.... | 41 |
| Tablo 8 Eğitim durumuna göre Washington Psikososyal Nöbet Ölçeklerinin karşılaştırılması..... | 48 |
| Tablo 9 Hastaların meslek durumlarına göre karşılaştırılması..... | 50 |
| Tablo 10 Nöbet sıklığına göre hasta gruplarının Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılması..... | 51 |
| Tablo 11 Nöbet sıklığına göre hasta gruplarının Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılması..... | 53 |
| Tablo 12 Hastaların nöbet tiplerine göre Washington Psikososyal Nöbet Ölçeklerinin karşılaştırılması..... | 57 |
| Tablo 13 Dodrill ve ark. ile benim çalışmamın demografik özelliklerinin ve Washington Psikososyal Nöbet Ölçeklerinin karşılaştırmaları..... | 60 |
| Tablo 14 Türkiye' de yapılan çalışmaların karşılaştırmaları..... | 62 |
| Tablo 15 Çalışmam ile 7 ülkedeki çalışmaların karşılaştırılması..... | 68 |

ÖZET

Epilepsinin Psikososyal Yaşam Üzerine Etkisinin ‘Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği’ ile Değerlendirilmesi

DR.Meryem İPEK

Epilepsi tekrarlayan nöbetlerle karakterize, sık görülen bir hastalıktır. Epilepsi hastalarında psikososyal sorunlar, genel popülasyondan daha fazla görülmektedir. Epilepsi hastalarında sıklıkla görülen psikososyal sorunlar; sosyal izolasyon, sosyal adaptasyon sorunları, benlik saygısında azalma, okul performansında düşme, iş bulmada güçlükler, depresyon, anksiyete, damgalanma, sosyalliğin ve evlilik yaşamının bozulmasıdır. Psikososyal faktörler epilepsi hastalarında kronik maluliyetin önemli yönlerini gösterir.

Bu çalışmada epilepsili hastaların psikososyal durumlarını kapsamlı ve çok yönlü bir test olan Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ) ile tespit etmek planlanmıştır. Psikososyal duruma etki edebilecek geçirilen nöbet tipi, nöbet sıklığı, hastalık süresi, ilaç kullanımı gibi epilepsi ile ilgili faktörlerin belirlenmesi, hastaların tedaviye uyumu ve epilepsinin psikososyal alandaki etkileri saptanması ve bunların ışığında hastaların problemlerine toplumsal/ kurumsal çözümler üretmede ve psikososyal rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesinde rehber olacak bir çalışma olması planlanmıştır.

Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği Carl B.Dodrill ve arkadaşları tarafından epileptik nöbetleri olan hastalar için geliştirilmiştir. WPNÖ 132 soru ve sekiz alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; aile geçmişi, duygusal uyum, kişiler arası uyum, iş uyumu, mali durum, nöbetlere uyum, tedaviye uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesidir. İlgili sorulara verilen cevaplar her bölümün skorunu oluşturmaktadır. WPSI uygulandıktan sonra her bir hastaya ait 8 alt ölçek sonuçları 'Hasta Profil Formu' na işlenerek yorumlanmıştır.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde Ağustos 2012 ve Mayıs 2013 tarihleri arasında değerlendirilen 249 hasta çalışmaya alınmıştır. Okur-yazar, 16 ile 65 yaş aralığında olan, kesin epilepsi tanısı konmuş, mental retardasyonu olmayan ve psikososyal hayatını etkileyebilecek ek hastalığı olmayan hastalar dahil edilerek hastaların demografik özellikleri ve nöbetle ilgili verileri kaydedilmiştir. Bu hastalara uygulanan Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği ' nin

değerlendirilmesinde Carl B.Dodrill ve Laurence W.Batzel tarafından geliştirilmiş bir bilgisayar programı kullanılmıştır.

Hastaların demografik verileri ve nöbetle ilgili özellikleri, WPNÖ' nin klinik alt skalaları ile karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda; mali durum ölçeğinde erkeklerin kadınlardan daha çok problemle karşılaştığı saptanmış, hastaların eğitim düzeyi arttıkça birçok alt ölçekte problem yaşama oranının düştüğü, eğitim seviyesi azaldıkça özellikle duygusal durum, kişiler arası uyum, iş uyumu, nöbetlere uyum ve genel psikososyal fonksiyonlar açısından belirgin sorunlar yaşandığı tespit edilmiştir. Hastaların nöbet sıklığı ile WPNÖ alt skalaları karşılaştırıldığında nöbet sıklığı arttıkça psikososyal problemlerin belirgin arttığı ortaya çıkmıştır. Politerapi uygulanan epilepsi hastalarında monoterapi alanlara göre 8 alanın 5' inde (duygusal uyum, kişilerarası ilişkiler, iş uyumu, nöbetlere uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeklerinde) daha fazla problem yaşandığı tespit edilmiştir.

Yaş ile tedaviye uyum ölçeğinde, başlangıç yaşı ile duygusal uyum, kişiler arası ilişkiler, iş hayatına uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeklerinde çok zayıf negatif bir ilişki ortaya konmuştur. Yaş arttıkça tedaviye uyum profilindeki skor küçülmekte bu da tedaviye daha iyi uyum olduğunu, daha az problem yaşandığını göstermektedir. Daha geç yaşta epilepsiye yakalananların duygusal uyumu, kişiler arası ilişkileri, iş hayatına uyumu ve genel psikososyal fonksiyonlara uyumu daha kolay olmaktadır. Epilepsi süresi ile iş uyumu ve kişiler arası uyum ölçeklerinde de çok zayıf bir ilişki ortaya konmuştur. Epilepsi süresi arttıkça iş uyumu ve nöbetlere uyum daha zor olmaktadır.

Bu çalışma Türkiye' de epilepsi hastalarının psikososyal durumunu belirlemeye yönelik yapılmış en geniş hasta katılımlı çalışma olup epilepsi hastalarının psikososyal hayatının eğitim düzeyinin düşük olmasından, nöbetlerin sıklığından ve politerapiden olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Ayrıca çalışmamda WPNÖ' nde elde edilen skorların Almanya, Japonya ve Finlandiya gibi gelişmiş birçok ülkeye göre yüksek saptanması, ülkemizde epilepsi hastalarının tedavisinin daha multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini, hastaya ve ailesine yönelik psikolojik destek tedavilere yer verilmesinin gerekliliğine dikkati çekmektedir.

Bu çalışma; Türkiye'deki epilepsi hastalarının tıbbi bakım ihtiyaçlarının yanı sıra psikolojik, mesleki ve sosyal rehabilitasyona ihtiyaç duyduğunu objektif bir şekilde ortaya koymuştur. Bu nedenle hasta epilepsi tanısını alır almaz tıbbi gereksinimlerin sağlanmasının yanı sıra epilepsili yetişkin bireylerin hastalık hakkında bilgi düzeyleri, hastalığı algılayış şekli, tedaviye uyumu etkileyen faktörler değerlendirilerek, hastalarının ve ailelerinin gereksinimleri planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, Psikososyal Etkiler, Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Evaluation of epilepsy effect on psychosocial life with “Washington Psychosocial Seizure Inventory”

Epilepsy is a common disease characterized with recurring seizures. In epilepsy patients, psychosocial problems are more common than general population. Social isolation, social adaptation issues, decline in self-respect, decrease in school performance, problems with find a job, depression, anxiety, stigma, deterioration of social life and marriage are seen on epilepsy patients. Psychosocial factors show important aspects of chronic disabilities in epilepsy patients.

This study planned to determine psychosocial status of epilepsy patients with comprehensive and multidirectional Washington Psychosocial Seizure Inventory (WPSI). The study was planned according to become a guideline in order to determine seizure type, seizure frequency, disease period, drug usage, compliance to treatment and psychosocial effects of epilepsy, and with these information producing communal/corporal solutions and developing psychosocial rehabilitation centers.

Washington Psychosocial Seizure Inventory was developed by Carl B Dodrill et al for patients with epileptic seizures. WPSI is consists of 132 questions and eight sub-inventories. These sub-inventories are evaluations of family history, emotional balance, compliance between people, compliance with work, financial condition, compliance with seizures, compliance with treatment, and general psychosocial functions. Answers to related questions make up each chapter's score. After appliance of WPSI, eight sub-inventory results were interpreted with recording to “Patient Profile Form”.

We included 249 patients evaluated between August 2012 and May 2013 in Pamukkale University Medical Faculty Neurology Clinic. Patients who were literate, aged between 16 and 65, with definite diagnosis of epilepsy, with no mental retardation and disease that can interfere with psychosocial life were included in the study. Their data of demographic information and seizures were recorded. A computer program developed by Carl B. Dodrill and Laurence W. Batzel was used for evaluating Washington Psychosocial Seizure Inventory.

Patients' demographic information and seizure features were compared with WPSI's clinic sub-inventories. As a result of this comparison, we found that men tend to have more problems than women, problems would decrease in many sub-inventories if the education status was higher, with low educational status problems would be seen especially in emotional status, compliance with people, work compliance, seizure compliance and general psychosocial functions. When patients seizure frequency and WPSI sub-inventories were compared, we found that more psychosocial problems emerged with higher frequency of seizures. Patients who are receiving polytherapy tended to more problems in five of the eight sub-inventories (emotional balance, compliance with people, work compliance, seizure compliance and general psychosocial function evaluation) than in patients who are receiving monotherapy.

In age and treatment compliance inventory, starting age and emotional balance, compliance with people, work compliance and general psychosocial function evaluation inventories showed very little negative relationship. As the age increases, treatment compliance inventory score decreases, which means that there is a better compliance with treatment with less problems. Patients who were diagnosed with epilepsy in later ages show more compliance with people, work and general psychosocial functions. Epilepsy duration with work compliance and compliance with people showed very weak relationship. As the duration of epilepsy increases, work compliance and seizure compliance becomes harder.

This study is the largest study done in Turkey for showing psychosocial status of epilepsy patients, and found that psychosocial life is affected negatively by low education level, higher frequency of seizures and polytherapy. In addition, higher scores of WPSI were obtained than in many developed countries such as Germany, Japan and Finland, which points that treatment of epilepsy should be multidisciplinary and include psychological support treatments for the patient and the family.

This study objectively states that epilepsy patient in Turkey are in need of psychological, occupational and social rehabilitation as much as medical care. For this reason, adults with epilepsy should be questioned for knowledge about the disease, perception of the disease, evaluated for factors that affect treatment

compliance as soon as they receive the diagnosis and medical treatment, and needs of the patient and the family should be planned.

Key words: epilepsy, psychosocial effects, Washington Psychosocial Seizure Inventory, life quality

GİRİŞ VE AMAÇ

Epilepsi tekrarlayan nöbetlerle karakterize, sık görülen bir hastalıktır. Epilepsi hastalarında psikososyal sorunlar, genel popülasyondan daha fazla görülmektedir (1). Epilepsi ile ilişkili psikososyal sorunlar doğrudan epilepsiye, uygulanan tedaviye ya da dolaylı olarak bu hastalık ile yaşamının sonuçlarına bağlı olabilir. Epilepsi hastalarında sıklıkla görülen psikososyal sorunlar; sosyal izolasyon, sosyal adaptasyon sorunları, benlik saygısında azalma, okul performansında düşme, iş bulmada güçlükler, sosyalliğin ve evlilik yaşamının bozulmasıdır. Epilepsinin doğrudan etkileri (bilinç kaybı, düşme, kazalar vb) kişinin günlük fonksiyonlarını etkileyebilir, mesleki ve sosyal işlevselliğini azaltabilir. Özellikle epilepsili hastalarda sosyal uyumla ilgili problemler (örn. İş olanaklarının azalması, araba sürme) olduğu bildirilmektedir (2,3). Bu sorunların en önemli nedeni nöbet geçirme korkusudur. Nöbetler arası süre uzun bile olsa epilepsi hastaları sürekli olarak yeni bir nöbet geçirme korkusu yaşarlar. Tekrarlayan nöbetler hastaların eğitimini, iş hayatını, araba kullanmasını, aile ve sosyal ilişkiler kurmalarını ve geliştirmelerini engelleyebilir (3). Shackleton ve arkadaşları (2003) epilepsi hastalarının eğitim ve iş hayatında genel nüfusa göre daha düşük başarıya sahip olduğunu ve daha fazla sorun yaşadığını bildirmişlerdir. Epilepsi hastalarının yaşam kalitesini sağlıklı kontrollerle karşılaştıran bir çalışmada (Mrabet ve ark. 2004) bedensel işlevsellik ve bedensel rol kısıtlılığı alanlarında epilepsi hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir (3,4).

Psikososyal sorunlar faktörler epilepsi hastalarında kronik maluliyetin önemli yönlerini gösterir. Depresyon, anksiyete, damgalanma ve işsizlik gibi konular epilepsi hastasında hayat kalitesini etkileyen faktörler olarak ortaya konmuştur. 1997’de Epilepsi ile İyi Yaşama Konferansında Epilepsi ve eşlik eden komorbid durumların önemli halk sağlığı sorunu oldukları kabul edilmiştir (5).

Epilepsili hastaların yaşam kalitelerine ilişkin araştırmalara son yıllarda sıkça rastlanmaktadır (5,6). Üzerinde görüş birliğine varılamadığı için, yaşam kalitesini değerlendirmede birçok farklı ölçek geliştirilmiştir. Bunlar arasında “The Rand 36-Item Health Survey (SF-36), Epilepsy Surgery Inventory-55 (ESI-55), Epilepsy Psycho-Social Effects Scale (EPSES), Liverpool Assessment Battery and Quality of

Life in Epilepsy (QOLIE-89) sayılabilir. Dahlstrom ve ark. tarafından hazırlanan Minnesota Multifazik Kişilik Envanteri'nde (MMPI) epilepsinin psikopatolojisinden çok, nöbetlerin hastalarda bıraktığı izlenimler sorgulanmaktadır. Sosyal etkinlikler, depresyon, fiziksel aktivite kapasitesi ve günlük fonksiyona bağlı diğer durumlarla ilişkili bir araştırma olan SP-36'ya 19 sorunun eklenmesiyle elde edilen ESI-55 ölçeği, epilepsi hastalarının ameliyat sonrası değerlendirilmesi için kullanılır. Daha sonra, bu ölçeklerden yola çıkılarak 17 skala ve 89 sorudan oluşan QOLIE- 89 ölçeği geliştirilmiştir. Carl Dodrill'den sağlanarak Türkçe'ye çevrilen Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ)'nde, epilepsili hastaların psikososyal sorunlarının tanımlanmasında sekiz farklı alanda yapılan ölçümlerle bireylerin psikolojik durumları belirlenmektedir. Bu ölçek, birçok ülkede çeşitli dillere çevrilerek hastalara uygulanmasına karşın, gelişen ülkelerle ilgili yaşam kalitesi ölçümleri halen kısıtlı sayıdadır (7).

Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ) 1978'de Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi Epilepsi Merkezinde Dodrill ve ark. tarafından 127 hasta üzerinde geliştirilmiştir. Dodrill ve Batzell bu alanda pilot çalışmalar da dahil önemli miktardaki çalışmadan sonra 7 psikososyal alan belirlemişlerdir ki bu 7 alan daha sonra WPNÖ'nin skalaları olmuştur (toplam indeks de dahil edilince 8 skala oluşmuştur). WPNÖ 132 maddelik doğru-yanlış soruları içermektedir. Test maddelerinin hepsi kısa ve basit bir dille yazılmıştır ve 15-20 dakikada tamamlanmaktadır. 8 skala epilepside sıkça karşılaşılan durumları ortaya koyar; aile geçmişi, duygusal durum, kişilerarası uyum, mali durum, epilepsi nöbetlerine uyum, tedaviye uyum ve genel psikososyal fonksiyonlar (8).

Hastaların tedaviye uyumunu ve psikososyal uyumlarını artırmak için WPNÖ gibi yöntemlerin rehberliğinde rehabilitasyon çalışmalarının yapılması yaşam kalitesinin artması açısından önem taşımaktadır (9). Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ) ile ilgili olarak birçok ülkede yapılmış çalışmalar mevcut olup (10,11,12,13,14) ülkemizde bu test ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır (7, 9).

Bu çalışmanın amacı epilepsinin psikososyal yaşam üzerine etkilerini kapsamlı bir test ile tespit etmektir. Bu sayede epilepsi hastalarının tedaviye uyumu ve

psikososyal durumları belirlenerek, tesbit edilecek sorunlara yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesinde rehber olacak bir çalışma olması planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

EPİLEPSİ

Tanım

Epileptik nöbet; bir grup serebral nöronun anormal ve yoğun deşarjları sonucu ortaya çıkan, şuur değişikliklerinin eşlik edebildiği; motor, duyuşsal, otonomik ya da psişik semptomlarla karakterize paroksizmal bir bozukluktur (15). Kronik olarak tekrarlayan, tetiklenmemiş (non-provoke) nöbetlerle karakterize klinik duruma epilepsi denilir. Epilepsi bilişsel, davranışsal, emosyonel, motor veya duyuşsal bozukluklara neden olabilir. Nöbetin klinik görünümünü, anormal epileptik deşarjın ortaya çıktığı nöronlar, yayıldığı anatomik yollar ve bölgeler etkiler (16,17,18,19,20). Nöbetler zaman içinde her hasta için belli bir kalıpta , kendiliğinden veya bazı tetikleyen faktörler zemininde tekrarlar. Nöbetler arasında hasta genellikle normal yaşantısını sürdürür. Nöbet aralıkları ve tipleri hastadan hastaya son derece değişken olabilir. Ancak aynı hastada bir veya belirli birkaç nöbet tipi tekrarlama eğilimi gösterir (21).

Epilepsi sendromu belli nöbet tipleriyle birlikte ona eşlik eden klinik ve laboratuvar bulgularının tümünü tanımlar; etiyoloji, odağın anatomik yerleşimi, nöbeti tetikleyen faktörler, başlangıç yaşı, prognoz, tedaviye yanıt ve EEG bulguları sendromun belirlenmesinde önem taşır (21). Epilepsi hastalığı ise iyi tanımlanmış, tek bir etyolojisi olan durumdur (22).

Tarihçe

Epilepsi iki Yunanca kelimededen oluşmaktadır; Epi: üstünde üstünden, lepsis: tutmak, tutup sarsmak. Epilepsinin kelime anlamı yakalamak, birden tutulmaktır. Yunancada nöbet anlamında kullanılır. Nöbet ise Latince 'ele geçirmek' anlamına gelen sacire kelimesinden gelmektedir (23).

Pek az hastalığın tarihçesi epilepsi kadar eski dönemlere giden bir özelliğe sahiptir. Epilepsi ile ilgili bilinen en eski kayıtlar Mezopotamya uygarlığına aittir. Babil kralı Hammurabi' nin ünlü yasalarının 278. maddesinde (M.Ö. 1750 dolayları) epilepsiden bahsedilmektedir. Daha sonra MÖ 770-221 yılları arasında yazılı olarak

klasik Çin tıp kitaplarında da epilepsiden bahsedilmiştir. Bu belgelerde epilepsinin konvulziyonlu tipi ile ilgili klinik gösteriler ayrıntılı anlatılmaktadır. Antik Yunandan günümüze kadar ulaşan epilepsi ile ilgili en önemli yapıt Hippocrates' in (M.Ö. 460-375) Kutsal Hastalık adıyla epilepsiyi konu alan kitabıdır. Ortaçağda , İbn-i Sina'nın (980-1037) en ünlü tıp yapıtı olan ' El-Kanun fi't Tıp' adlı 5 kitaptan oluşmuş ve bütün ortaçağ boyunca başvuru yapıtı olmuş tıp ansiklopedisinde epilepsi konusuna oldukça geniş yer verilmiştir.

Epilepside çağdaş fizyopatolojik gelişme düzeyine ulaşmada en önemli adım İngiliz nörolog John Hughlings Jackson'un çalışmalarıyla başlamıştır. Nöbetlerin beynin bozulmuş elektriğine bağlı oluştuğunu bildiren Jackson'ın klinik çalışmaları ile aynı dönemde deneysel epilepsilerin ilk uygulamaları da dikkati çeker. Bu konuda ilk model Fritsch ve Hitzig isimli iki Alman araştırmacının 1870 yılında yayınladıkları köpekte motor korteksin elektriksel uyarılması ile başlatılabilen konvulziyon deneyleridir.

Hayvanda konvulzif motor aktivitenin korteksten başladığını 1873 yılında gösteren Ferrier'dir. İnsanda ilk epilepsi cerrahisi Victor Horsley tarafından, kafatası çökme kırığına bağlı fokal nöbetleri olan bir hastada, 1886 yılında başarı ile uygulanmıştır .

1929 yılında H. Berger elektroensefalografiyi bulup klinik uygulamaya koyarak büyük bir atılım gerçekleştirmiştir. 1912 yılında Hauptmann tarafından fenobarbital ve 1937 yılında Meritt ve Putnam tarafından bulunan fenitoin antiepileptik özellikleriyle tedavideki yerlerini almışlardır. İkinci Dünya savaşından sonra elektronik ve bilgisayar teknolojisindeki gelişmeler ile yeni antiepileptik ilaçlar uygulamaya girmiştir. Bu olumlu gelişmelerin yanı sıra Almanya'da Nazizim döneminde epilepsi hastaları zorla kısırlaştırılmışlardır. İngiltere'de 1970, ABD'de ise 1980 yılına kadar bu hastaların evlenmelerini engelleyen yasalar mevcuttur (24).

Günümüzde varılan noktadan, çağlar boyu süren yavaş ilerlemenin XX. yüzyılın son çeyreğinden itibaren ivme kazandığını söyleyebiliriz. Bu gelişmeler, antiepileptojenik ilaçlardan, epilepsiyeye neden olan kusurlu genlerin onarımına kadar, epileptoloji alanında henüz çözülmemiş pek çok sorunun yakın gelecekte ortadan kalkabileceği ve epilepsili hastaların yaşam kalitelerinin yükseleceği umutlarını kuvvetlendirmektedir.

Epidemiyoloji

Epilepsi hastalığı tüm dünyada yaygın bir şekilde görülür, hiçbir etnik fark, cinsiyet ayırımı ve yaş sınırı tanımaz. Dünyada 50 milyon insanın epilepsiden etkilendiği tahmin edilmektedir (25-26). Epilepsinin endüstrileşmiş ülkelerde insidansı 20-70/100.000 arasında değişmektedir (27). Gelişmiş ülkelerin bulunduğu Avrupa ve Kuzey Amerika kıtasında epilepsi insidansının dünyadaki diğer bölgelere oranla daha düşük olduğu izlenimi elde edilir. ABD’de her 1.000 kişiden 6.5’i aktif epilepsi olarak adlandırılan tekrarlayan, provoke olmayan nöbetlerden yakınmaktadır. İnsidans hızı 100.000’de 31-57 arasında değişmektedir. İnsidans çalışmaları pahalı olup epilepsi insidansı ile ilgili çalışma az sayıda gerçekleştirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde yapılmış az sayıda çalışmalardan bazıları Şili, Tanzanya, Etiyopya, Ekvator ve Honduras çalışmalarıdır (28,29,30). Bu ülkelerde izlenen insidans 64-122/100.000 civarındadır. Bu oranlar gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Dünya nüfusunun önemli bir kısmının Asya, Afrika, Güney Amerika’da yaşadığı düşünülecek olursa epilepsinin ne ölçüde önemli ve yaygın bir sağlık problemi olduğu görülmektedir (31).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ nün prevalans çalışmalarında, gelişmiş ülkeler için ortalama epilepsi prevalansının 6/1.000 ve gelişmekte olan ülkelere ise bu oranın ortalama 18.5/1.000 ‘e çıktığı bildirilmektedir (26). Epilepsinin insidans ve prevalansında görülen bu artış; düşük sosyo-ekonomik düzey, sağlık bakımından sınırlı yararlanma ve nörosistiserkoz gibi çevresel maruziyetler ile ilişkili olabilmektedir (32).

Ne yazık ki Türkiye genelini yansıtan epilepsi prevalans çalışması yoktur. Değişik bölgelerde gerçekleştirilmiş prevalans çalışmaları mevcuttur. Bu çalışmalarda da metodolojik ve terminolojik farklılıklar olduğu için kıyaslanması güçtür. Mevcut prevalans çalışmaları İstanbul, Sivas, Ankara, İzmir ve Bursa’da çoğunlukla sınırlı nüfus üzerinde gerçekleştirilen çalışmalardır (33-38). Türkiye’de 1995 ve 2010 yılları arasında farklı kentsel ve kırsal bölgelerde yapılan çalışmalarında aktif epilepsi prevalans oranı binde 5 - 10.2 ve yaşam boyu prevalans ise binde 6 ile 12.2 arasında bulunmuştur (39). Denizli’ de yapılmış bir prevalans çalışmasında aktif epilepsi prevalansı 5.7/1.000 olarak saptanmıştır (40).

İnsidans hızı küçük çocuklar ve yaşlılarda en yüksektir. Çocuklarda ilk bir ay ve ilk bir yıl epilepsi insidansının en belirgin olduğu dönemlerdir (41). Epilepsi insidansı yaş ilerledikçe daha yüksek değerlere çıkmaktadır. İleri yaşta epilepsi insidansının artması yaşam süresinin uzamasına bağlı görünmektedir (37). Bazı gelişmiş ülkelerde hayatın ilk yılında epilepsi insidansının yüksek olduğu, yaşla birlikte giderek düşüp sabitleştiği ve 55 yaş üstünde tekrar artma eğilimine girerek en yüksek değerlerine 75 yaşın üstünde ulaştığı izlenmiştir (42).

Prevalans çalışmaları incelendiğinde, gelişmiş ülkelerde, yaşla birlikte prevalans değerlerinin giderek arttığı ve en yüksek değerlere ileri yaşlarda ulaştığı izlenmiştir (42). Gelişmekte olan ülkelerde en yüksek değerler ikinci ve üçüncü dekatlarda yoğunlaşmakta ve ileri yaşlarda daha düşük seyretmektedir (44,45).

Epilepsi erkeklerde, kadınlardan 1.1-1.5 kat daha sıktır. Erkeklerde epilepsinin daha fazla izleniyor olması erkeklerin sosyal hayata daha fazla katılmaları ve bu nedenle daha fazla travma ile karşı karşıya kalmaları ile açıklanabilir (45). Genel olarak cinsiyet farklılıkları pek çok çalışmada desteklenmemiştir (46).

Epilepsi sınıflaması

İlk olarak 1960'larda uluslararası epilepsi uzmanlarının bir araya gelmesi ile epileptik nöbetlerin sınıflamasının temelleri atılmıştır. ILAE'nin uzun yıllar çalışmaları sonucunda 1981 yılında epileptik nöbetlerin klinik ve elektroensefalografik sınıflaması yapılmıştır. Diğer taraftan epilepsilerde klinik seyir, prognoz, etyoloji ve dolayısıyla tedavi yaklaşımının çok farklı özellikler gösterebileceği dikkate alındığında yalnız semiyolojik nöbet sınıflaması yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle 1989 yılında epileptik sendromların sınıflaması yapılmıştır (20,47,48).

Sınıflama:

Epileptik nöbetlerin klinik ve elektroensefalografik sınıflaması

ILAE -1981

I-Parsiyel (fokal) Nöbetler

A-Basit parsiyel nöbetler (bilinç durumu bozulmaksızın)

1-Motor semptomlu

a) Fokal motor

- b) Yayılan fokal nöbet (Janksonian)
- c) Versif
- d) Postüral
- e) Fonatuar (vokalizasyon ve konuşmanın durması)

2-Somatosensoryel ve özel duysal semptomlu

- a) Somatosensoryel
- b) Vizüel
- c) Odituar
- d) Olfaktör
- e) Gustatuar
- f) Vertiginöz

3-Otonomik Semptomlu

4-Pişşik Semptomlu

- a)Disfazik
- b)Dismnesik (örnek : deja vu)
- c)Kognitif (hayal durumu, zaman hissini bozulması)
- d)İllüzyonlar (örnek: makropsi)
- e)Hallüsinasyonlar (örnek: müzik parçaları)
- g) Affektif (örnek: korku, öfke vb.)

B-Kompleks Parsiyel Nöbetler (Bilinç Bozukluğu ile giden)

1-Basit parsiyel başlangıcı izleyen bilinç bozukluğu

- a)Basit parsiyel özelliklerin ardından bilinç bozukluğu gelişmesi
- b)Otomatizmlerle giden

2-Bilinç durumunun başlangıçtan itibaren bozulması

- a)Sadece bilinç bozukluğu ile giden
- b)Otomatizmlerle giden

C- Sekonder jeneralize nöbete dönüşen parsiyel nöbetler

1-Basit parsiyel nöbetin (A) jeneralize nöbete dönüşmesi

2- Kompleks parsiyel nöbetin (B) jeneralize nöbete dönüşmesi

3-Basit parsiyel nöbetin kompleks parsiyel nöbete, ardından jeneralize nöbete dönüşmesi.

II-Jeneralize Nöbetler (konvülfif veya nonkonvülfif)

1-Absans Nöbetleri

- a) Sadece bilinç bozukluğu ile giden
- b) Hafif klonik komponentli
- c) Atonik komponentli
- d) Tonik komponentli
- e) Otomatizmalı
- f) Otonomik komponentli

2-Atipik Absans

- a) Tonus değişikliği A.1 den daha belirgin olan
- b) Başlangıç ve/ veya sonlanmanın ani olmaması

3-Miyoklonik nöbetler (tek veya çok)

4-Klonik nöbetler

5-Tonik nöbetler

6-Tonik-Klonik nöbetler

7- Atonik nöbetler (Astatik)

III-Sınıflandırılmayan epileptik nöbetler (yetersiz bilgi nedeniyle)

Epilepsilerin ve epileptik sendromların uluslar arası sınıflaması

ILAE-1989

1-Lokalizasyon bağlı (fokal, lokal, parsiyel) epilepsiler ve sendromlar

A- İdiopatik (yaşa bağlı başlangıç)

- Sentrotemporal dikenli selim çocukluk çağı epilepsisi
- Oksipital paroksizmlı çocukluk çağı epilepsisi
- Primer okuma epilepsisi

B- Semptomatik

- Temporal lob epilepsisi
- Frontal lob epilepsisi
- Pariyetal lob epilepsisi
- Oksipital lob epilepsisi
- Çocukluk çağının kronik progresif epilepsia parsiyalis kontinuası
- Spesifik faktörlerle uyarılan nöbetlerle karakterize sendromlar

C- Kriptojenik

2- Jeneralize epilepsiler ve sendromlar

A- İdyopatik (yaşa bağlı başlangıç)

- Selim ailesel yenidoğan konvulziyonları
- Selim yenidoğan konvulziyonları
- Süt çocuğunun selim myoklonik epilepsisi
- Çocukluk çağı absans epilepsisi (piknolepsi)
- Juvenil absans epilepsisi
- Juvenil myoklonik epilepsi
- Myoklonik astatik nöbetli epilepsi
- Myoklonik absanslı epilepsi

B- Kriptojenik veya semptomatik (yaş sırasına göre)

- West sendromu (infantil spazmlar, Blitz-Nick-Salaam Kraempfe)
- Lennoks-Gastaut sendromu
- Myoklonik astatik nöbetli epilepsi
- Myoklonik absanslı epilepsi

C- Semptomatik

- Nonspesifik etyoloji
- Spesifik sendromlar

3- Fokal veya jeneralize oldukları belirlenemeyen epilepsiler

A- Jeneralize ve fokal konvulziyonlu epilepsiler

- Yenidoğan konvülziyonları
- Süt çocuğunun ağır myoklonik epilepsisi
- Yavaş dalga uyku sırasında devamlı diken dalgalı epilepsi
- Edinsel epileptik afazi (Landau-Kleffner sendromu)
- Diğer belirlenemeyen epilepsiler

B-Net jeneralize veya fokal konvülziyon özelliği olmayanlar

4-Özel sendromlar

- Özel durumla ilişkili nöbetler
- Febril konvülziyonlar
- İzole nöbet veya izole status epileptikus
- Akut metabolik veya toksik nedenlere bağlı nöbetler

Epileptik nöbetler genel olarak parsiyel ve jeneralize 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 (15). Her iki tip de korteksin diğer bölgelerine yayılarak sekonder jeneralize nöbetlere dönüşebilir. Jeneralize nöbetler, klinik ve EEG bulguları ile nöbetin başlangıcında her iki hemisferin de diffuz olarak olaya katıldığı nöbetlerdir (20). Jeneralize nöbetlerde genellikle bilinç kaybı görülür, ancak myoklonik tip gibi bazı nöbetlerde nöbetin kısa olması nedeniyle bilinç kaybı tam olarak değerlendirilemeyebilir.

I. Parsiyel (Lokal, Fokal) Nöbetler

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 yayılım). Genellikle birkaç dakika sürer .

Somatosensoriyel veya özel duyuşsal belirtili nöbetler ise duyu korteksinden kaynaklanırlar ve karşılık gelen vücut bölgesinde uyuşma, karıncalanma, yanma gibi duygularla karakterizedirler. Özel duyuşsal nöbetler, etkilenen bölgeye bağlı olarak, görsel, işitsel, kokuyla ilişkili, tatla ilişkili ve baş dönmesi ile ilişkili (vertijinöz) nöbetler şeklinde olabilir. Otonomik belirtili nöbetlerde bulantı, kusma, terleme, taşikardi, bradikardi, pupil değişiklikleri, salivasyon, yüzde kızarma veya solukluk, lakrimasyon gibi semptomlar gözlenmektedir .

Psişik semptomlu nöbetler ise rüya hali, “dejé vu”, “jamais vu” gibi dismnestik belirtiler, depersonalizasyon, çeşitli illüzyonlar ve halüsinasyonlar, korku, öfke ve gülme şeklinde duygusal belirtilerle ortaya çıkabilir (20).

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 (20)

Otomatizmalar nöbet ortaya çıktığı anda hastanın yapmakta olduğu etkinliğe devam etmesi şeklinde olabileceği gibi, yeni bir etkinliğin gözlenmesi şeklinde de olabilir. Otomatizmalar oroalimenter, ambulatuvar, sözel veya mimik tipte olabilir (20).

Kompleks parsiyel nöbetler icinde en sık görülen temporal lob epilepsilerdir ve en sık amigdalo - hipokampal bölgeden kaynaklanmaktadırlar. Bu tip hastalarda, sıklıkla febril konvülsiyon ve ailesel nöbet öyküsü bulunmaktadır (47). Bu nöbetlerde, yükselen epigastrik 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 (20).

Frontal lobdan kaynaklanan kompleks parsiyel nöbetlerde tonik veya postural motor belirtiler sıktır. Bu tip nöbetler gün içerisinde birçok kez olabilir ve sıklıkla uykuda iken olmaktadır (47). Çabuk jeneralize olma eğilimi gösterirler. Status epileptikus sık rastlanılan bir komplikasyondur (48). Frontal lob nöbetleri garip davranışsal komponentler içerebilmeleri nedeni ile psikojenik nöbetlerle sıklıkla karışırlar.

Oksipital lobdan kaynaklanan kompleks parsiyel nöbetler seyrekdir. Genelde nöbetlere görsel belirtiler eşlik eder (47). Görsel halusinasyon, iktal körlük, göz deviyasyonu, göz kapağı hareketlerine ek olarak nöbetin genellikle temporal bölgeye yayılım göstermesi nedeni ile duyuusal belirtiler, klonik veya tonik aktivite ve temporal lob nöbetlerine benzer otomatizmalar gözlenebilir.

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 (48).

II. Jeneralize 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.

Myoklonik Nöbetler

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

Tonik Nöbetler

Genellikle bir dakikadan kısa süren, ekstansor 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.

Klonik Nöbetler

Tekrarlayıcı, ritmik klonik atımlar ile karakterizedir. Özellikle süt çocuklarında daha sık görülür.

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.

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 çılgık 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 (20).

EPİLEPSİNİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ

Tarihte epileptik nöbetler, cadıların ve onların büyülenmiş kurbanlarının karakteristik özellikleri olarak kabul edilmekteydi. Artık toplum bu aşırı

stigmatizasyondan uzaklaşmıştır ancak epilepsi hastası bireylerin çoğunda zeka normal olmasına, kognitif ve davranışsal bozukluk bulunmamasına rağmen psikososyal problemlerin yüksek prevalans gösterdiği açıkça ortadadır. Epilepsi hastası bireyler uzun yıllardır genel popülasyondan daha fazla kognitif ve davranışsal disfonksiyonu olan kişiler olarak bilinmektedir. Birçok çalışma epilepsi hastalarının pek çok psikososyal problemlerle karşılaştığını bunların da sıklıkla depresyon, anksiyete ve düşük benlik saygısına neden olduğunu bildirmektedir (49).

Epilepsi hastalarında nöbetin tipi, sıklığı, başlangıç yaşı, hastalığın ne zamandır süregeldiği, kontrol altında olup olmadığı, kullanılan ilaç sayısı ve ek santral sinir sistemi hastalığı gibi nöbet ile ilgili faktörler, psikososyal değişkenler ve yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler psikopatoloji gelişimi ile ilişkili olabilmektedir (50). Hastaların geçirdikleri nöbetlerin özellikleri hastaların yaşam koşullarını ve toplumdaki yerlerini etkileyebilmektedir. Epilepsi hastalarının geçirdikleri nöbetlerin şekilleri de toplumdaki algıları etkilemektedir. Epilepsi hastalarında, genel topluma, diğer nörolojik kontrol gruplarına ve nörolojik nitelikte olmayan diğer kronik hastalığı olan kişilere göre daha fazla oranda psikopatolojiye rastlanmaktadır (51).

Hastanın Nöbetlere Uyumu

Epilepsi; hastanın fiziksel değişikliklere, günlük ilaç kullanımında uyuma, yineleyen doktor muayenelerine ve akut tıbbi acil durumlara hazırlıklı olmasını gerektiren bir hastalıktır (52).

Epilepsi ani belirtileri ve bu belirtilerin tahmin edilememesi özelliği ile kendine özgü olup, diğer kronik hastalıklardan farklıdır. Epileptik nöbetler beklenmedik bir zamanda meydana gelmenin yanı sıra içinde bulunduğu özel koşullara bağlı olarak utandırıcı olmaktan tehlikeli olmaya kadar birçok şekilde oluşabilir. Epilepsinin çoğu zaman belirsiz olan doğası, hasta ve hasta yakını için tehdit olarak algılanmaktadır. Nöbetlerin ‘önceden tesbit edilemez’ olması ile başa çıkmaları güç olmaktadır.

Epilepsi hastalarında nöbetlerin aniden oluşması, kişinin kendini kontrol edememesine ve bundan dolayı kendine saygısını yitirmesine ve utanmasına sebep olmaktadır. Abramson ve Hermann tarafından “öğrenilmiş çaresizlik” olarak tanımlanan bu durum, kişinin iş ve sosyal ilişkilerinde sorunlara yol açmakta ve bunu takiben depresyon hemen hemen kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkmaktadır (53,54).

Epilepsi hastalarının düşük benlik saygısı kişinin çevresine bağımlılık geliştirmesine sebep olmaktadır.

Epilepsi hastalarının; sağlıklarını ve özgürlüklerini geriye dönüşümsüz kaybettiklerine inanmaları, ölüm korkusu yaşamaları ve hastalığın kronik olması akut ya da kronik strese neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda epilepside nöbetler ve stres arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (52,55).

Epilepsi hastalarının çoğunun nöbetleri kontrol altında olmasına rağmen psikosozal problemleri devam etmektedir. Hastaların epilepsiye bakış açılarını anlamak ve psikosozal problemlerini açığa çıkarmak için ayrıntılı sorgulama yapmak gerekmektedir.

Aile Etkisi

Epilepsi, nöbetlerin ne zaman geleceği belli olmayan paroksizmal bir bozukluktur. Bu durum gerek hasta, gerek aile için korkutucu olabilmekte ve okulda, evde, herhangi bir aktivite ile uğraşırken, çalışırken meydana gelebilen nöbetler hasta ve ailesinin daha fazla güçlük yaşamalarına neden olabilmektedir (56). Epilepside ebeveynlerin birbirlerine göre, güçlük yaşama oranları farklı olabilmekte, kişiler arası ilişkiler bozulabilmektedir (57). Bunun yanısıra, epilepsi toplumda yanlış bilinen bir hastalık olduğundan ailenin özellikle sosyal izolasyon yaşadığı ve toplumdan uzaklaştığı, çoğu ailenin hastalığı sakladığı belirtilmektedir (57).

Epilepsili çocuklar diğer kronik hastalığı olan çocuklarda olduğu gibi, psikosozal zorluklarla karşı karşıyadırlar. Epilepsili bir çocuk için de en önemli psikosozal problemlerden biri de kendisinin üzerinde kurulan aşırı koruyuculuktur. Özellikle aileler yaralanacağı ve yeni bir nöbeti tetikleyeceği korkusuyla çocuklara kısıtlılık getirmektedir. Yapılan çalışmalarda epilepsili çocukların davranış problemleri, nöbetlerle mücadele ve hastalığın bakım yüküne bağlı gelişen yaşam koşullarındaki kısıtlılıkların hastalığın kendisinden de önemli olabileceği vurgulanmaktadır (56,57). Çocuk üzerindeki aşırı koruyuculuğun çocuğa getirdiği güvensizlik çoğu kez nöbetlerden daha tehlikeli olabilmektedir. Bu durum çocuğun sosyal ilişkilerinin azalmasına neden olmakta, çocuğun ve ailenin hastalığa uyumunu zorlaştırmaktadır.

Çocuklarının epilepsi tanısı almasını kabullenmek aileler için oldukça zordur. Epilepsi, hasta ailesi üzerinde önemli derecede psikolojik stres oluşturmaktadır.

Çok sayıda ebeveyn, çocukları epilepsi tanısı aldığıında üzüntü yaşamaktadırlar. Ebeveynlerin tipik ilk tepkisi inkar, şok, perişan olma, hayal kırıklığı, yas ve depresyondur. Aile için çocuğunun nöbetine tanık olma (özellikle tonik-klonik nöbet) en kaygı verici yaşantılardan birisidir. Bu durum genellikle ebeveyn de çaresizlik duygusu ve korkuya bunun sonucu olarak da çocuğu aşırı koruma ve aşırı düşkünlüğe neden olabilmektedir (58). Anne-babanın psikolojik tepkisinin temelinde ruhsal travma ve fiziksel tükenmişliğin olması yatmaktadır. Epilepsi tanısı sonrası ilk 6 ay ya da bir yılda ebeveynler etiketlenmenin duygusal deneyimini yaşamamanın yanı sıra bir de çocuğun sağlığının tamamen yitirilmesi stresini yaşamaktadır. Belirsiz, beklenmedik nöbetler ve kontrol edilemeyen durumların aileler tarafından anımsanması veya olayın çağrışımı aileyi bitkin hale getirip kaosa sürüklemektedir (59). Bazı tür nöbetler korkutucu özellikler gösterir. Çok sayıda anne-baba her tonik ya da klonik nöbeti yaşamı tehdit edici bir olay olarak algılamaktadırlar. Nöbet sıklığı ve nöbetin süresi aile içi ilişkileri ve epileptik koşullara uyumu olumsuz etkilediği görülür (60).

Özellikle de nöbetlerin ilaçla kontrol edilemediği durumlarla, epilepsinin aile üzerinde yarattığı derin öfke ve çaresizlik duyguları uzak durulan konular arasındadır. Genel olarak epilepsili çocukların ebeveynleri kötümser bir görünüm sergilerler. Açık ve gizli olarak kendilerine yöneltilmiş suçluluk duyguları vardır (61). Bazı anne-babalar dışarıdaki işine son verip çocuğunun bakımını üstlenmeye başlamakta, bu durum da ailenin gelirinin azalmasına ve aile için hoşla gidilen aktivitelerde azalmaya neden olabilmektedir. Epilepsili çocuğu olan ebeveynlerin birçok giderleri olmaktadır. Bu giderler arasında, muayene, ilaç ve tetkikle ilgili ücretler yer almaktadır. Ayrıca gelen kişiler kırsal alanda yaşıyorsa bir hastane ya da tıbbi merkeze gelmek için yapılan ulaşım ve barınma giderleri gibi ek harcamalar da olabilmektedir (62). Yüzsekiz aile üzerinde gerçekleştiren bir çalışmada, ailedeki stres ve olumsuz ebeveyn tutumlarının epilepsili çocukların davranışsal sorunları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Aile içi ilişkilerin zayıflığının çocuk uyum yetersizliğiyle bağlantılı olduğu belirtilmiştir (63). Kişilerin beden ve ruh sağlığı için gerekli sevgi, şefkat, yakın ilgi ve bakım bulabilecekleri en doğal ortam ailedir. Bireyin

yaşamından doyum sağlaması, işlevlerini etkili bir biçimde yerine getirmesi ve yaşadığı topluma uygun bir kişi olarak yetişmesi önce aile çevresinde sağlanır. Aile işlevleri; ebeveynlerin sağlıklı olması, maddi durumun iyi olması, evliliğin niteliği, anne-çocuk ilişkisi, uyum içinde olma, ilişkilerin anlamlı olması, çatışma gibi aile çevresinin değişik özelliklerini kapsayan genel bir kavramdır (64). Aile memnuniyeti, sık sık çocuk psikopatolojisiyle ilişkilendirilmiştir. Ailede memnuniyetsizliğin ise çocuklarla ilişkiye etki ederek çocuk psikopatolojisi gelişimi için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Buna karşın iyi aile ilişkilerinin çocuk uyumunda pozitif etki yapmaktadır. Ailesel gerilimin çocuk davranış sorunları ile yüksek bağıntı gösterdiği, düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerde daha fazla ruhsal bozukluk ve bu tip ailelerin annelerinde sosyoekonomik düzeyi yüksek olan annelere göre daha fazla olumsuz tutum olduğu belirlenmiştir (65).

Epilepsili hastaların ailelerinde; epilepsinin prognozu, epilepsinin bilinmeyen doğası, antikonvülsan ilaçların yan etkileri, hastalarının beyin fonksiyonlarının bozulmasıyla ilişkili gelecekteki yaşamlarının etkilenmesi (evlilik, kariyer vb.) gibi konular psikolojik stres ve yüke neden olmaktadır (66). Epilepsili hasta anneleri çocuklarının epilepsili olmasını, kendilerinin hamilelikte yanlış bir şey yapmalarına bağlayarak suçluluk ve utanma duygusu da yaşabilmektedirler. Çin’de yapılan bir çalışmada epilepsi hastalığının yönetimi konusunda hasta ailelerinin % 70’inin bilgi sahibi olmadığını, % 55’inin epilepsili çocuklarının psikolojik ihtiyaçlarını belirleyemediği ve hasta ailelerinin % 22.6’sında depresif semptomların görüldüğü saptanmıştır (67).

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 kontrolcu ebeveyn tutumu, ebeveyn-çocuk ilişkisi ve maternal depresyon (68,69).

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 (69).

Epilepsiye ilişkin sosyal damgalanma, hastanın aşırı korunması, ailenin geçmişteki inanç ve düşünceleri; hasta ailesinin hastasıyla ilişkilerini ve hareketleri hakkında karar vermesini etkileyen çok güçlü faktörlerdir (70). Bu nedenle epilepsili hasta ailelerinin epilepsi konusunda bilgi, beceri ve destek gereksinimlerinin belirlenmesi önemlidir (68). Epilepsili çocuğu olan ailelerin; genetiğin epilepsiye etkisi, antiepileptik ilaçların etkileri hakkında doktor ya da hemşireleri tarafından bilgilendirilmesi, yaşadıkları korku ve suçluluk duygularının giderilmesinde yararlıdır.

Epilepsili çocuk ve ailelerin yaşayabilecekleri sorunlar gözönüne alınarak, epilepsi ile ilgili sürekli ve düzenli eğitim verilmesi, epilepsili çocukların bağımsızlıklarının desteklenmesi, ailelerin birbirleri ile görüşüp sorun ve çözüm yollarını paylaşabilecekleri destek gruplarının ve ailelere destek olabilecek kuruluşların oluşturulması önem taşımaktadır. Ebeveyn stresinin azaltılmasında; çocuğun aile yaşantısını artırmasına öncelik verme ve çocuğun topluma yeniden kazandırılması önerilmektedirler (71).

Hamile epilepsili bireylerin; gebelik süresince sık izlenmeleri, ilaç kullanımları, epilepsinin ve tedavisinin gebeliğe ve fetüse etkisi gibi konularda bilgilendirilmesi gerekir. Çünkü hamileliğe bağlı gelişen fiziksel ve psikolojik değişikliklerin oluşturduğu stres nöbet gelişimi ve sıklığını etkileyebilir. Ayrıca epilepsi hastalığı olan hamile kadınlar, epilepsi hastalığı olmayan hamile kadınlara göre daha fazla komplikasyonlara (gebelerde kanama ve erken doğum, fetüste teratojenik etkiler; örn: mental retardasyon ve gelişim geriliği, major konjenital malfarmasyonlar, bilişsel disfonksiyon) yatkındırlar. Bu komplikasyonlar epilepsi ve tedavisine bağlı olarak gelişebildiği için hastalarda ilaç kullanımı konusunda sorunlar, stres, anksiyete ve korku görülebilir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin,

hamile epilepsi hastalarını hamilelik süresince ve sonrasında nörolog doktora danışarak ve onun takibinde ilaç kullanmaları ve hamileliğin epilepsi nöbetlerine etkisi konusunda bilgilendirmeleri son derece önemlidir (70,72).

Toplumsal Bakış

Epilepsinin, hastalığın kendisinden kaynaklanan sorunların yanı sıra sosyal çevreden kaynaklanan sonuçları vardır. Epilepsinin psikososyal sonuçları hastalığın direkt etkisinin yanı sıra hastanın sosyal çevresi tarafından nasıl algılandığı ile de ilgilidir. Çünkü toplumda epilepsili hastalara yönelik sosyal damgalanma sık görülmektedir. Damgalanma oranı arttıkça hastaların anksiyetesi ve depresyonu artmakta, geçmiş ve gelecekteki nöbetlerle ilgili üzüntüsü artmakta, kendisini daha sağlıksız hissetmekte, sosyal alanda kendini sınırlı hissetmekte ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olmaktadır (73).

Ayrıca günümüzde dünyanın hemen hemen bütün ülkelerinde epilepsi, hala hastalık olarak değil mistik düşüncelerle yorumlanan bir kavramdır. Ülkemizde de epilepsi mistik ve doğaüstü bir olay olarak görüldüğü için muska takmak, hocaya gitmek sıkça karşılaşılan bir durumdur. Toplumun epilepsi hastalarına yönelik önyargılı, damgalayıcı, ayırıcı ve sosyal açıdan izole edici tutumu epilepsi hastalarına, hastalığın kendisinden daha çok zarar ve yük getirmektedir. Epilepsi hastalarına karşı toplumun ön yargılı tutumları bireyi sağlık profesyonellerinden ve insanlardan (arkadaş, akraba, komşu vb.) uzaklaştırabilir (74). Bu nedenle epilepsiyle ilgili yanlış değer yargılarıyla mücadele için 1997 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); Epilepsiye Karşı Uluslararası Lig (The International League Against Epilepsy-ILAE) ve Uluslararası Epilepsi Bürosu (International Bureau for Epilepsy-IBE) gibi uluslararası kuruluşlar tarafından “Epilepside Küresel Aydınlanma” kampanyası başlatılmıştır (75).

Thacker ve ark. çalışmasında (2008), Amerika, Danimarka gibi gelişmiş ülkelerde epilepsi konusunda güçlü halk farkındalığına yönelik yapılan eğitimlerin bu olumsuz davranışları düzelttiği, eğitimin geri plana atıldığı gelişmekte olan ülkelerde ise olumsuz davranışların gözlendiği belirtilmektedir (76). Bundan dolayı toplumda epilepsi hastalarının günlük fonksiyonlarını ve pozisyonlarını korumak ya da düzeltmek için; toplumun epilepsi hakkındaki görüşlerini değiştirmekle mücadele

edilmeli ve hastaların tedavileri sağlanmalıdır (76). Epilepsi hastalığına yönelik sosyal ayrımcılık özellikle okul çağında olan çocukları olumsuz etkilediği için öğretmenlerin bu konuya yönelik yanlış ve düşünce ve inançları düzeltmede önemli rolleri vardır (74).

Epilepsi ve İşlevsellik

Chaplin ve arkadaşlarının EPSES (Epilepsy Psycho-Social Effects Scale) ölçeğini kullanarak yaptıkları bir araştırmada elde ettikleri sonuçlarda incelenen hasta grubunda en yaygın olarak sorun yaşanan psikososyal alanların nöbet geçirme korkusu ve iş hayatında damgalanma korkusu olduğunu bildirilmiştir. Nöbet sıklığı ile psikososyal sorunlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (77). Aynı ekip tarafından kronik epilepsi hastalarının psikososyal sorunlarının araştırıldığı bir başka çalışmada, uzun hastalık süresi olanlarda, hastalık süresi daha kısa olan gruba göre daha fazla psikososyal sorunlar yaşandığı saptanmıştır. En yaygın etkilenen alanlar nöbet geçirme korkusu ve iş hayatında damgalanma korkusu olmuştur (78). Fisher ve arkadaşları 1023 epilepsi hastasına ulaştıkları geniş ölçekli çalışmalarında nöbet geçirme korkusunun hastalar tarafından epilepsi ile ilgili en kötü şey olarak nitelendirildiğini bildirmişlerdir (79). Türkiyede yapılan bir çalışmada da en yaygın ve şiddetli sorun yaşanan psikososyal alan olan nöbet geçirme korkusunun epilepsi hastalarının işlevselliğini önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır (3). Nöbet geçirme yaratabileceği sağlık sorunlarının ötesinde hastanın sosyal alanda damgalanmasına, hastaya karşı olumsuz tutum ve davranışlar geliştirilmesine neden olmaktadır. Hastalar nöbet geçirme kaygısı ile toplumsal rollerini kısıtlamakta, girişken olmaktan kendilerini alıkoymakta ve elde ettikleri fırsatları değerlendirmekten kaçınmaktadırlar. Buna bağlı olarak epilepsi hastalarının mesleki ve sosyal başarı ve işlevsellikleri sağlıklı bireylere göre daha düşük olmaktadır. Epilepsiyi kabullenme ve mücadele etme yaşam dönemine ve hastaların kişisel deneyimlerine göre farklılıklar gösterebilir. Örneğin, nöbetleri kontrol altına alınamayan bir ergen bağımsızlığının sınırlanması ve sosyal izolasyon nedeniyle önemli sorunlar yaşayabilir. Epilepsi hastaları iş bulma ve işini devam ettirmede bir takım sorunlar karşı karşıya kalabilirler. Stigma, nöbet şiddeti ve düşük benlik saygısı, pasif yaşam tarzları ve düşük öz-yeterlik gibi psikososyal değişkenler sorumlu tutulmuştur ve

istihdam temininde önemli faktörler olarak rol oynamaktadır (80). Çalışma yaşamına başlayan bir erişkin iş yerinde nöbet geçirme ile ilgili kaygılar yaşayabilir ya da epilepsi hastası olduğunu gizlemek çabası içinde olabilir. Epilepsisi olan her birey yitirdiği bağımsızlığın, sağlığının ve kontrolünün yasını tutmak ve hastalığını kabullenmek durumundadır. Shackleton ve arkadaşları, epilepsi hastalarının eğitim ve iş hayatında genel nüfusa göre daha düşük başarıya sahip olduğunu ve daha fazla sorun yaşadığını bildirmiştir (81).

Yapılan bir diğer çalışmada epilepsili yaşlı hastaların sağlıklı kontrollere göre daha fazla sosyal yıkım yaşadığı ile saptanmış; muhtemel depresyon varlığı, enerji azlığı, antiepileptiklerin yan etkisi olarak bilişsel işlevlerde bozulmanın ve nöbet korkusunun sosyal ilişkilerde azalma ve sosyal izolasyona sebep olduğu, ek olarak araba sürmelerinin fonksiyonel bağlılığın artmasının katkısı olduğu belirtilmiştir (82).

Epilepsi hastalarının yaşam kalitesini sağlıklı kontrollerle karşılaştıran bir çalışmada (Mrabet ve ark. 2004) bedensel işlevsellik ve bedensel rol kısıtlılığı alanlarında epilepsi hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir (83).

Epilepsinin hasta hayatına olan etkisini tarif etmek için bir tanımsal sınıflama geliştirilmiştir; 'komplike olmamış' 'etkilenmiş' veya 'hayatını mahvetmiş' olarak alt gruplara ayrılır (84). Bu gruplandırma klinik uygulamada, nöbetleri olan hastaların özel ihtiyaçlarını ve problemlerini anlamada ve yardım sağlamada faydalı olabilir. Hasta hayatının değişik zamanlarında bir kategoriden diğerine geçebilir.

Tablo 1: Epilepsinin işlevsel gruplandırılması

KOMPLİKE OLMAMIŞ

Nöbetler; kontrol edilmiş

İlaçlar; en az yan etki

Berberinde eşlik eden nörolojik problem yok

Nadir psikososyal problemler ve/veya fonksiyonel problemler

Destekler; iyi

Tedavi; genellikle birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyi

ETKİLENMİŞ

Nöbetler; kontrol edilmiş, nadiren bu kontrolün bozulması

İlaçlar; çeşitli yan etkiler

Ciddi nörolojik problem veya defisit yok

Yaşam kalitesini etkileyen psikososyal ve/veya fonksiyonel problemler

Destekler; değişken

Tedavi; tıbbi değerlendirme tekrarlanmalı, destek artırılmalı ve periodik psikososyal değerlendirme ve eğitsel önlemler gerekir.

HAYATINI MAHVETMİŞ

Nöbetler; kontrolsüz

İlaçlar; politerapi, yan etkiler vardır fakat tolere edilir.

Berberinde nörolojik problemler veya defisitler

Yaşam kalitesini etkileyen psikososyal problemler ve/veya fonksiyonel problemler

Destekler; sınırlı ve sıkıntılı

Tedavi; nöbetleri psikososyal problemleri ve eğitimi için kapsamlı epilepsi grup tedavisi, sık sık tıbbi değerlendirme tekrarı, cerrahi ve diğer alternatif tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir.

Hastanın nöbetlerinin sıklığı ve ağırlığı tıbbi olarak değişmezken, kişinin hayatı çok etkilenebilir. Bu aşamada esas ilgi, problemin kaynağı olan stres faktörüne odaklanmalı, hastaya bununla nasıl baş edebileceği öğretilmelidir. 'Hayatını mahvetmiş' grubunda yer alan hastaların genellikle inatçı nöbetleri ve ciddi psikososyal problemleri mevcuttur. Bu yaşam kalitelerinin ileri derecede bozulması ile sonuçlanır (85).

Eşlik Eden Komorbid Psikiyatrik Problemler

Psikiyatrik bozukluklar, yaşam kalitesini, bağımsız yaşama yeteneğini ve hayatta kalımı bozarak epilepsiyi daha komplike hale getirebilir. Nöbet geçiren kişilerde özellikle de dirençli epilepsi hastalarında olmak üzere, genel popülasyona kıyasla prevalans oranları daha yüksek görülmektedir. Gerçekte, yaklaşık %30 oranında depresyon, %10- %25'inde anksiyete bozuklukları ve %2- %7'sinde psikoz görülmektedir (86). Bununla birlikte, bu komorbid hastalıklar sıklıkla tanınmamakta ve tedavi edilememektedir, oysa epilepsi hastalarının değerlendirilmesinde bu konu

göz önünde bulundurulmalı ve ilgi kaynağı olmalıdır, çünkü sadece klinik görünümü açısından değil aynı zamanda tedavilerinin etkileri açısından da bu bozukluklar arasında önemli karşılıklı etkileşimler vardır.

Duygudurum ve anksiyete bozuklukları, epilepsi hastalarında en sık rastlanan psikiyatrik komorbid hastalıklardır ve bu kadar yakın bir bağıntı olmasının sebepleri hem biyolojik hem de psikososyaldır (87, 88) (Tablo 2). Epilepsi, hem bir dizi sosyal sınırlamalara (örneğin, sürücü ehliyeti, iş fırsatları, vb.) hem de demoralizasyona, özsaygı azalmasına ve fobik sakınlara yol açan sosyal ayrımcılıkları beraberinde getiren bir kronik hastalıktır. Öte yandan, mezial temporal yapıların tutulumu ve antiepileptik ilaçların psikotropik etkileri gibi nöroanatomik ve nörokimyasal faktörler bu birlikteliğin biyolojik katkıları olarak gösterilebilirler (89, 90). Duygu durum bozuklukları yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biridir ve epilepsi ve depresyonu bulunan kişilerin antiepileptik ilaçların yan etkilerini yaşama olasılıkları daha yüksektir ve bu insanlar daha çok sıklıkla ilaca dirençli olup epilepsi cerrahisi sonuçları daha kötüdür (91, 92). Tedaviye dirençli epilepsi tanısı konan hastalar psikiyatrik eştanı açısından yüksek risk taşırlar. Yapılan çalışmalarda hastaların %43-80'ünde tabloya psikiyatrik sorunların da eşlik ettiği bildirilmiştir. Temporal lob epilepsisine duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklar spektrumunda pek çok hastalığın yanı sıra çeşitli dürtü kontrol ve uyum bozuklukları da eşlik eder. Özellikle duygudurum bozukluğu sıklıkla gözden kaçır ve olağan davranış veya hafif uyum bozukluğu sanılır. Hastaların yaşam kalitesinde düzelme amaçlandığında ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme ve takip gereklidir (93).

2010 yılında yapılan bir çalışmada epilepsili hastalarda depresyonun kontrolsüz nöbetlerle ilişkili olduğu ve kötü yaşam kalitesinin en güçlü belirleyici olduğu saptanmıştır (94). 2012 yılında Kıbrıs' ta yapılan bir çalışmada epilepsili hastalarda depresyon ve anksiyete semptomlarının belirgin oranda olduğu ortaya konmuş ve kötü nöbet kontrolü, çoklu ilaç kullanımı ile ilişkisi raporlanmıştır (95). Çocuk ve ergenlerde yapılan araştırmaların çoğunluğu nöbet tipi ile depresyon riski arasında belirgin bir ilişki olmadığını göstermiştir. Ancak, Caplan ve arkadaşları kompleks parsiyel nöbetlerin absans nöbetlere göre daha fazla depresyon ve depresyon/anksiyete bozukluğu eş tanısı ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Thome

Souza ve arkadaşları çocuk ve ergenlerde fokal nöbetlerin daha çok depresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir. Yetişkin epilepsi hastalarında temporal lob epilepsisi (özellikle sol hemisferden kaynaklanan) ile depresyon arasında ilişki olduğunu gösteren çok sayıda araştırma mevcuttur (96).

Toplum- Toplum-bazlı araştırmalardan elde edilen veriler, depresif bozuklukların prevalans oranlarını %20-%22 aralığında rapor etmektedirler (97). Üçüncü basamak tedavi merkezleri veya cerrahi programlar gibi seçilmiş popülasyonlarda ise, prevalans oranı daha da yüksektir ve %30 ile %50 arasında seyretmektedir (98). Bu farklılıklar kısmen epilepsinin şiddetini yansıtmaktadır. Aslına bakılırsa depresyon, nöbet geçirmeyen hastaların sadece %4'ünde görülmektedir (99).

Tablo 2. Epilepsisi olan insanlarda depresyonun etyolojisi
Genel değişkenler

Cinsiyet

IQ düzeyi

Mizaç ve karakter özellikleri

Genetik/ çevresel faktörler

Endokrin/ metabolik faktörler

Eşzamanlı nörolojik hastalık (örn. baş yaralanması, serebrovasküler hastalık)

Epilepsi değişkenleri

Epilepsi başlangıç yaşı

Epilepsinin süresi

Nöbet tipi

Nöbet sıklığı/ şiddeti

Zorunlu normalleşme fenomeni (Forced normalization)

Hipofrontalite

İatrojenik değişkenler

Antiepileptik ilaç tipi (GABAerjik potansiyasyon, vb.)

Antiepileptik ilaç sayısı

Antiepileptik ilaçların ikincil etkileri (örneğin, folik asit eksikliği)

Epilepsi cerrahisi

Psikososyal değişkenler

Stigma/ayrımcılık
Kontrol odağı (Locus of control)
Epilepsiye uyum
Nöbet geçirme korkusu
Ebeveynlerin aşırı korumacı davranışları
Sosyal destekler
Sosyoekonomik durum

Epilepsi ve İntihar

Genel popülasyonda intihar, ölüm nedenleri arasında 11. sırada yer almakta olup, 25 ile 34 yaşları arasındaki grupta ikinci sıradadır. İntihar teşebbüsü kadınlarda daha sık görülürken, intihar özellikle gelişmiş ülkelerde erkekler arasında daha yaygın görülmektedir (100). Epilepsi hastalarında, genel intihar etme riski, genel popülasyona kıyasla yaklaşık üç katı daha yüksektir (101). Epilepside depresyondan bağımsız var olan özkıyım riski, depresyonun varlığında daha da artar. Bu hastalarda depresif bozukluklar intihar riski ve tamamlanmış intihar ile önemli ölçüde ilişkili olarak saptanmıştır (102,103). Epilepsi, depresyon ve özkıyım arasındaki ortak yol hipofrontalite ve serotonin metabolizmasındaki düzensizliktir (104).

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. Yaşam kalitesi ölçekleri ile yaşam kalitesi kavramı standardize edilmekte ve verilerin karşılaştırılabilir olması sağlanmaktadır. Yaşam kalitesinin hastalıklarca etkilenen yönünü içeren ve çok boyutlu bir terim olarak kullanılan “Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır.

Avrupa'nın 15 ülkesinde 5 000'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 (105). Ayrıca epilepsinin ve tedavisinin günlük hayatta birçok değişikliğe yol açtığı ve hastaların yaklaşık yarısının kendisini damgalanmış hissettiği saptanmıştır. Yapılan çeşitli çalışmalarda yaşam kalitesi, epilepsi hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha düşük olarak tespit edilmiştir (106).

Birden fazla biyolojik ve sosyal süreçler, özellikle depresyon, sürüş kısıtlamaları ve işsizlik, epilepsi hastalarında yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerdir (107). Hasta ve hastaya bakan kişinin yaşam kalite puanları arasında güçlü bir ilişki bulunmakta olup tedavi aşamasında bu konuya önem verilmelidir (108). 2010 yılında Avustralya’ da yapılan bir çalışmada 60 yaş üstü epilepsi hastaları çalışmaya alınmış ve depresyon, distimi varlığı ve nöbet sıklığının yaşam kalitesini belirgin etkilediği saptanmıştır (109).

Dünya Sağlık Örgütü'nün WHO 'Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi'nin (health-related quality of life) özelliklerini; bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam iyilik hali içinde olup , hastalık veya sakatlık halinin olmaması olarak tanımlamıştır (110). Schipper ve arkadaşları 'yaşam kalitesini'; bir hastalığın ve tedavisinin hastaya olan fonksiyonel etkisinin, hasta tarafından nasıl algılandığı olarak tanımlamıştır (111).

Epilepsileri iyi kontrol edilmemiş fakat yalnız başına yaşayabilen ve günlük işlevleri çok etkilenmemiş bir kişi kendini mutlu hissedebilirken nadir nöbetleri olan diğer bir kişi iş hayatında ilerlemesi engelleyecek şekilde pozisyon değiştirmek zorunda kalabilir ve kendini epilepsiyle iyice sınırlanmış hissedebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesi ölçme araçlarında beş ana maddenin sorgulanması gerektiği sonucuna varılmıştır. WHO bu çalışma ile herkese uygulanabilir bir yaşam kalitesi aracı geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Tablo 3: WHO' nun öngördüğü yaşam kalitesi ölçme araçları içeriği

1. Fiziksel Sağlık

- Genel sağlık durumu
- Ağrı ve rahatsızlık
- Enerji ve yorgunluk
- Cinsel aktivite
- Uyku ve dinlenme

2.Psikolojik Sağlık

- Pozitif duygulanım
- Algılama fonksiyonları
- Düşünme, öğrenme, hafıza ve konsantrasyon
- Kendine güven
- Vücudun algılanması ve dış görünüş
- Negatif duygulanım

3.Bağımsızlık Derecesi

- Mobilite
- Günlük yaşam aktiviteleri
- Madde bağımlılığı
- Tıbbi maddeler
- Tıbbi olmayan maddeler (tütün, alkol, kafein vs.)
- İletişim kapasitesi
- Çalışma kapasitesi

4.Sosyal İlişkiler

- Samimiyet ve duygusal ilişkiler
- Pratik sosyal destek
- Sosyal aktivitelere destekçi/ düzenleyici olarak katılma

5.Çevre

- Fiziksel güvenlik ve emniyet
- Ev hayatı
- İş tatmini
- Mali kaynaklar
- Sağlık ve sosyal hizmetlerden faydalanma ve kalite
- Yeni bilgi ve becerilere başvuru olanakları
- Rekreasyon amaçlı aktivite olanakları ve katılım
- Fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim)
- Ulaşım

Epilepsi sosyal hayatı, iş hayatını, hastanın bağımsızlığını, psikolojik ve fiziksel sağlığını, evlilik ve fertiliteye kadar tüm ilişkilerini etkileyebilen kronik bir

hastalıktır. Yaşam kalitesi, yapılan klinik testlerin sonuçlarından bağımsız olarak hastanın gerçekten ne hissettiği ile ilgilidir. Bireyin gerçek hayatta iş, ulaşım, bağımsız yaşama, kendine olan güven gibi fonksiyonları yaşam kalitesi araçlarının belirteçleri olmalıdır.

Collings ve ark., epilepside yaşam kalitesinin spesifik yönlerini ilk araştıranlardandır. Çalışmasında hastanın kendine olan güveni, yaşamın doluluğu, sosyal ve kişilerarası ilişkilerdeki zorlukları, genel fiziksel sağlığı, korku ve mutluluk düzeyi çeşitli psikometrik araçlarla incelenmiştir (49). Jakopy ve ark. 5 standart psikometrik test kullanarak, nöbetleri iyi kontrol edilmiş hastaları değerlendirmiştir. Nöbeti olmayan hastalarda halen hastalıklarından dolayı utanç duygusu devam ettiğini, bu hastalarda daha iyi nöbet kontrolünün hastalığa daha iyi adaptasyon ile ilişkili olduğu tesbit edilmiştir (112).

Sık kullanılan diğer bir yaşam kalitesi aracı da Yaşam Kalitesi Ölçeği [Kısa Form 36 (Short Form-SF 36)]' dir. Yaşam kalitesi ölçeği 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olması ve geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması amaçlanmıştır. 1990 yılında başlanan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22.000'ini aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkılarak SF-36 oluşturulmuştur. Sosyal aktiviteler, depresyon, fiziksel aktivite kapasitesi gibi konuları içeren bu ankette gündelik yaşam sorgulanmaktadır. Vickery ve arkadaşları SF -36 'ya 19 soru ekleyerek ESI -55 'i epileptik cerrahi sonrası hastaları değerlendirmede kullanmışlardır.

ESI -55 ve SF 36'dan yola çıkılarak 'Epilepsi ve Sağlık Hizmetleri Araştırma Konsorsiyumu (QOLİE Geliştirme Grubu) epilepsiye spesifik yaşam kalitesi aracı üzerine çalışmalar yaparak QULİE-89' u geliştirilmiştir. 17 skala ve 89 sorudan oluşan QULİE-89'un kısaltılarak diğer formları (QULİE-31, QULİE-10) geliştirilmiş olup QULİE-89'un Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Mollaoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (113).

Dahlstrom ve ark. tarafından hazırlanan Minnesota Multifazik Kişilik Ölçeği'nde (MMPI) epilepsinin psikopatolojisinden çok, nöbetlerin hastalarda bıraktığı izlenimler sorgulanmaktadır. MMPI esas olarak psikiyatrik tanılara

yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Psikomotor, kompleks parsiyel nöbetli bir hasta MMPI ile şizofreni olarak kabul edilebilir. MMPI gibi objektif test ve ölçekler diğer hasta populasyonları için geliştirilmiş, epilepsili hastalarda sık görülen psikososyal sorunları belirlemek için tasarlanmamıştır (114).

Epilepside yaşam kalitesini ölçen farklı testler geliştirilmiş olmasına rağmen mevcut testler epilepsinin psikososyal alandaki etkilerini değerlendirmede yetersiz kalmaktadır. Bu boşluğu dolduracak test Dodrill ve arkadaşları tarafından 1978'de Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi Epilepsi Merkezinde 127 hasta üzerinde geliştirilmiştir. Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği ile psikososyal ve sosyal sorunların ayrıntılı ve profesyonel bir şekilde değerlendirilerek, standart veriler elde edilmesi planlanmıştır. WPNÖ ile psikososyal alandaki zorluklar hızlıca elde edilebilir. WPNÖ'nin yönetimi ve skorlaması kolay olup hastaların problemlerine uygun olarak tasarlanmıştır. Kısa bir zaman dilimi içinde problemler sistematik ve objektif olarak elde edilir. WPNÖ; araştırmalarda tedavi programlarını değerlendirmede, epilepsili hastaların özel ihtiyaçlarını belirlemede, antikonvülzan ilaçların etkilerini değerlendirmede ve genel olarak psikososyal ve sosyal sorunları objektif olarak değerlendirmede kullanılacak objektif bir indikatör olarak vaat edilmiştir (8,114).

Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği birçok alandaki sorunları kolayca göstermekte ve klinik araştırmalarda psikososyal sorunları değerlendirmede sensitif sonuçlar vermektedir (8).

WPNÖ ile ilgili olarak birçok ülkede yapılmış çalışmalar mevcut olup (10-14) ülkemizde bu test ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır (7,9). 1999 yılında Çiğdem Özkara ve arkadaşları tarafından ve 2000 yılında Handan Mısırlı ve arkadaşları tarafından WPNÖ kullanılarak az sayıda epilepsi hastasını psikososyal açıdan değerlendirmişlerdir. Bu çalışmaların sonuçları Türkiye'deki epilepsi hastalarının psikososyal durumları hakkında kabaca bir fikir vermekle birlikte genel bir kanı oluşturacak güçte değildir.

AMAC

Bu çalışmanın amacı, epilepsili hastaların psikososyal durumlarını kapsamlı ve çok yönlü bir test olan Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ) ile tespit

etmektedir(Bkz.Ek 1). Bunun yanı sıra, psikososyal duruma etki edebilecek geçirilen nöbet tipi, nöbet sıklığı, hastalık süresi, ilaç kullanımı gibi epilepsi ile ilgili faktörleri belirlemektir. Bu sayede hastaların tedaviye uyumu ve epilepsinin psikososyal alandaki etkileri saptanarak, hastaların problemlerine toplumsal/ kurumsal çözümler üretmede ve psikososyal rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesinde rehber olacak bir çalışma planlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde Ağustos 2012 ve Mayıs 2013 tarihleri arasında değerlendirilen 249 hasta çalışmaya alındı. Okur-yazar, 16 ile 65 yaş aralığında olan, kesin epilepsi tanısı konmuş, mental retardasyonu olmayan ve yaşam kalitesini etkileyecek kronik özellik kazanmış ciddi bir başka tıbbi sorun ve /veya bir nörolojik hastalığı olmayan hastalar dahil edildi.

Hastalar epilepsi polikliniğinde değerlendirildikten sonra, demografik özellikleri ve nöbetle ilgili verileri kaydedildi. Demografik verilerde hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği sorgulandı. Nöbetle ilgili olarak nöbet tipi, kaç yıldır nöbet geçirdiği, son bir yılda nöbet sıklığı, kullandığı tedaviler kaydedildi. Basit/ kompleks motor, somatosensoriel, otonomik ve psişik semptomlu nöbetler parsiyel nöbet olarak; absans, myoklonik, klonik, tonik, tonik-klonik, atonik nöbetler, sekonder jeneralize olan parsiyel nöbetler, parsiyel ve jeneralize nöbet birlikteliği olanlar jeneralize nöbet olarak kaydedildi. Nöbet sıklığı; son bir yıl içinde hiç nöbeti olmayanlar, son bir yılda ayda birden daha seyrek nöbeti olanlar ve ayda birden çok nöbeti olanlar olarak gruplandırıldı. Kullanılan anti-epileptik ilaç sayısına göre ilaç kullanımını monoterapi ve politerapi şeklinde gruplandırıldı.

Hastalara psikososyal problemleri ve epilepsiye uyum derecelerini belirleyip nicelendirmek amacı ile 'Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği ' (WPNÖ) uygulandı. Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği, 1999 yılında Carl B.Dodrill'den temin edilerek iki ayrı kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, daha sonra Türkçe olarak hazırlanan form bağımsız başka iki kişi tarafından tekrar İngilizce' ye çevrilerek soruların anlamlarını koruyup korumadığı denetlenmiştir. Çalışmamda kullanılan Türkçe metin Prof.Dr.Çiğdem Özkara' dan temin edilmiştir (9). Türkiye' de yapılan çalışmalarda ne yazık ki bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmamıştır.

WASHINGTON PSİKOSOSYAL NÖBET ÖLÇEĞİ (WPNÖ)

Bu ölçek Carl B.Dodrill ve arkadaşları tarafından epileptik nöbetleri olan hastalar için geliştirilmiştir. Ölçekte 132 soru olup hastaların sorulara 'evet' ya da 'hayır' şeklinde cevap vermeleri istenmektedir. Test için yaklaşık 20 dakikalık süre gerekmektedir. Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ) sekiz alt ölçekten

oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; aile geçmişi, duygusal uyum, kişiler arası uyum, iş uyu mu, mali durum, nöbetlere uyum, tedaviye uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesidir. İlgili sorulara verilen cevaplar her bölümün skorunu oluşturmaktadır. Bu skorlar daha sonra 'genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi' ölçeğine etki etmektedir.

Alt Ölçekler

Aile Geçmişi Ölçeği: Kişinin karakter özelliklerinin ve davranış biçiminin şekillendiği yer, büyüdüğü ev ortamıdır. Ölçekte diğer aile üyeleri ile olan ilişki, mutluluk ve kendini güvende hissetme düzeyi sorgulanmıştır. Ebeveynlerin gerçekten çocukla ilgilenip ilgilenmediği, hastanın çocukluğunda arkadaşları ile olan ilişkileri, okulda kabul görüp görmediği sorgulanmıştır.

Duygusal Uyum Ölçeği: Epilepsi hastalarında depresyon, umutsuzluk, endişe, suçluluk, anksiyete, genel yorgunluk, intihar düşüncesi, yaşadığı hayattan tatmin olma gibi özellikler sorgulanmıştır.

Kişiler Arası Uyum Ölçeği: Genel uyumun temelini oluşturan insanlarla sağlıklı ve anlamlı bir ilişki sorgulanmaktadır. Sorular hastanın sosyal çevresi ile ilişki kurup bunu devam ettirebilme kabiliyetini, sosyal ortamlarda yaşadığı anksiyeteyi ya da hoşnutluğu, kişilere güvenini sorgulamaktadır.

İş Uyu mu Ölçeği: Epilepsi hastaları arasında sık görülen işsizlik, iş bulma ve devam ettirmede zorluklar ve bunların getirdiği psikolojik yük dikkate alınarak özellikle nöbetlerin iş durumuna etkisi, iş kayıpları, ulaşım problemleri sorgulanmıştır.

Mali Durum Ölçeği: Bu ölçek ile ilgili sorularda temel ihtiyaçlar için gerekli mali durum ve hastanın kendin maddi olarak güvende hissedip etmediği incelenmektedir.

Nöbetlere Uyum Ölçeği: Epilepsi hastalarının büyük bir kısmı hastalıklarından utanç duymaktadır. Toplum içinde kabul görmediğini düşünme, nöbet geçirmekten dolayı endişe ve korku duyma, kendini değersiz görme sık yaşanan duygulardır. Hastalıkla mücadelede dezavantaj oluşturan bu duygular sorgulanmaktadır.

Tedaviye Uyum Ölçeği: Verilen tıbbi tedavi ve yaklaşımı hastanın nasıl algıladığı, doktor-hasta ilişkisi ve hastanın tedaviye uyumu değerlendirilmektedir.

Genel Psikososyal Fonksiyonların Değerlendirilmesi Ölçeği: Yukarıda anlatılan ölçeklerden alınan skorlar toplanarak hastanın genel psikososyal fonksiyonlarının değerlendirildiği ölçektir (8,113).

Sekiz klinik ölçeğe ek olarak alınan cevapların güvenilirliği üç ayrı ölçek (Validity Scales) ile değerlendirilmektedir. Bunlar boş bırakılan sorular ölçeği (Scale A- Blank Items), yalan ölçeği (Scale B- Lie Items) ve nadir verilen cevaplar ölçeği (Scale C- Rare Items) dir. Güvenilirlik ölçekleri her hasta için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Güvenilirlik sınırlarını aşan değerlere sahip olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Boş Bırakılan Sorular Ölçeği: Eğer boş bırakılan soruların sayısı 13' ü geçerse (132 sorunun %10'u) testin güvenilir olmadığı kabul edilmektedir.

Yalan Ölçeği: Ölçekte bulunan 10 adet kritik soruya gerçekdışı verilen cevaplar bu ölçeği oluşturur. Dört veya daha fazla soruya verilecek uygunsuz cevap testin güvenilirliğini etkilemektedir. Fakat çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar bu ölçeğin altı soruya kadar esnekliğinin olabileceğini göstermiştir. Aradaki farkın kültürler arası farklılıklardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Dolayısı ile bu çalışmada altı soru sınır kabul edilmiştir. Altı sorudan fazlasına verilecek yanlış cevap testin güvenilirliğini azaltacağından, bu skorları alan hastalar değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Nadir Verilen Cevaplar Ölçeği: Bu ölçek 17 sorudan oluşmakta olup şimdiye kadar yapılan testlerde hastaların % 15' inden azı tarafından cevaplanmış soruları içermektedir. Testin yapılışı sırasında gelişigüzel yapılan cevaplandırmalar, yanlış anlama veya görme güçlüğünden kaynaklanan problemler bu ölçek değerinin yükselmesine sebep olabilir. 5 veya daha fazla kritik soruya verilecek nadir cevaplar testin güvenilirliğini etkilemektedir (8,114).

WPNÖ Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ)' nin değerlendirilmesinde Carl B.Dodrill ve Laurence W.Batzel tarafından geliştirilmiş bir bilgisayar programı kullanılmıştır. Hastaların verdiği 'evet' cevabı '1', 'hayır' cevabı '2' ve boş bırakılan cevaplar '0' olarak programa veri şeklinde yüklenmiştir. Bu veriler program tarafından değerlendirilerek her bölümün skoru hesaplanmaktadır. Böylece WPNÖ sonuçları standart bir şekilde değerlendirilebilmektedir.

WPNÖ alt ölçeklerinden alınabilecek değer aralıkları Dodril ve ark. tarafından Hasta Profil Formunda belirtilmiştir. Aile geçmişi ölçeğinde en düşük 0, en yüksek 11, Duygusal Uyum ölçeğinde en düşük 0 en yüksek 34, Kişiler Arası İlişkiler ölçeğinde en düşük 0 en yüksek 21, İş Uyumunu ölçeğinde en düşük 0 en yüksek 13, Mali Durum ölçeğinde en düşük 0 en yüksek 7, Nöbetlere Uyum ölçeğinde en düşük 0 en yüksek 15, Tedaviye Uyum ölçeğinde en düşük 0 en yüksek 8, Genel Psikososyal Fonksiyonların Değerlendirilmesi ölçeğinde en düşük 0 en yüksek 57 olarak belirlenmiştir (Şekil 7). WPNÖ uygulandıktan sonra her bir hastaya ait 8 alt ölçek sonuçları 'Hasta Profil Formu' na işlenerek yorumlanmıştır (Şekil 7) . Alt ölçeklerin yorumlanmasında kullanılan 4 ana profil belirlenmiştir (8). Buna göre;

Hasta Profilleri

1.Profil -Belirgin Problem Yok: Bu alana isabet eden değerler hastada belirgin psikososyal problemlerin olmadığını göstermektedir.

2.Profil-Olası Problemler: Bu alana isabet eden değerler hastanın birtakım problemleri olduğunu fakat bunların günlük hayatlarını ve yaşam kalitelerini anlamlı derecede etkilemediğini göstermektedir.

3. Profil-Belirgin Problemler: Bu alana isabet eden değerler hastada bariz ve önemli psikososyal problemlerin varlığına işaret etmektedir.

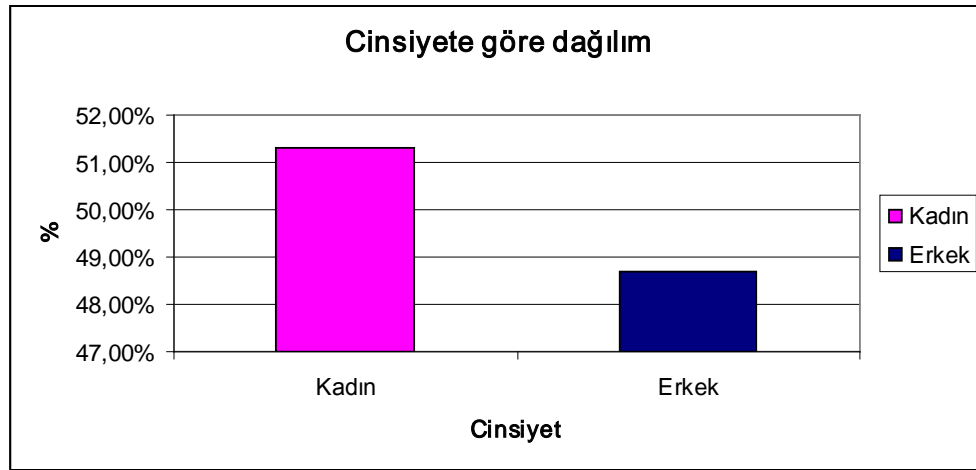
4.Profil-Ciddi Problemler: Bu alana isabet eden değerler hastada ciddi ve önemli psikososyal problemlerin varlığını göstermektedir. Bu problemler hastanın günlük hayatını, yaşam kalitesini ve hastalığa uyumunu ciddi şekilde etkilemektedir.

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Hastaların psikososyal profillerinin belirlenmesinin yanı sıra WPNÖ alt ölçeklerinden elde edilen sonuçların hastaların demografik özellikleriyle, nöbet tipi, sıklığı, hastalık süresi gibi diğer faktörlerle ilişkili olup olmadığını belirlemek üzere tüm veriler SPSS 17.0 istatistik programına yüklendi. Verilerin Kolmogorov Smirnov Testi ile normal dağılıma uyup uymadığı karşılaştırıldı, veriler normal dağılıma uymadığı için verilerin istatistiksel analizleri nonparametrik Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak yapıldı. İkili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Gruplar arasında fark bulunması halinde farkı yaratan grubun belirlenmesinde Mann Whitney U testi kullanıldı ve Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Sayısal olmayan değişkenler arasındaki bağıntının incelenmesinde Spearman bağıntı analizi kullanıldı.

BULGULAR

Ağustos 2012 ve Mayıs 2013 tarihleri arasında epilepsi polikliniğine gelen 275 hastaya WPSI uygulandı, ancak 13 hasta okur-yazar olmadığı için, 6 hasta 65 yaş üzerinde olduğu için, 5 hasta mental retarde ve 2 hasta da sosyal hayatını etkileyecek ek hastalığı olduğu için çalışmaya alınmadı. Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ) uygulanan toplam 249 epilepsi hastasından, 60'ı güvenilirlik ölçeklerinde yüksek skor almaları nedeniyle göstergeleri geçersiz olarak değerlendirilerek çalışma dışı bırakıldı. Kalan 189 hastaya uygulanan WPNÖ sonuçları değerlendirmeye alındı. Bu değerlendirme sonucunda, 189 hastadan 97'sinin kadın (%51.3), 92'sinin erkek (%48.7) olduğu, yaş ortalamalarının kadınlar da 32.8, erkeklerde 35.2 olduğu tespit edildi (Şekil-1 ve Tablo-4, sırasıyla).



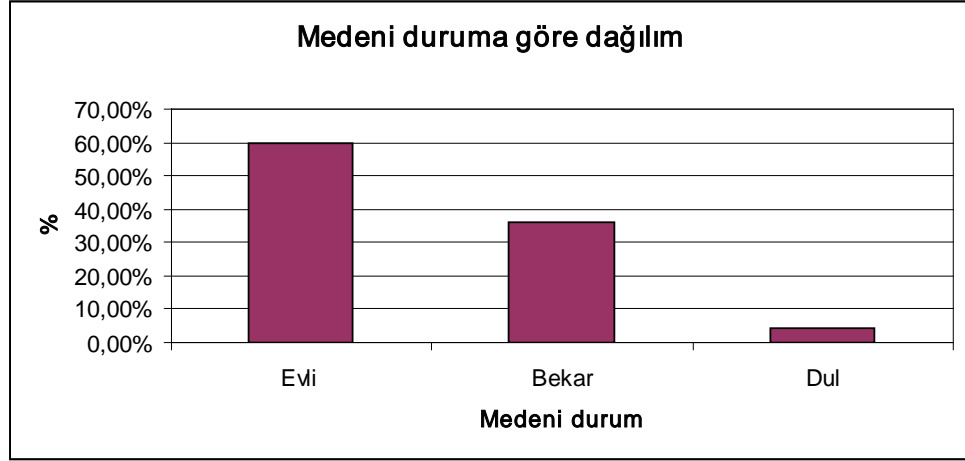
Şekil 1: Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Tablo 4: Hastaların yaş ortalamaları

| | Ortalama \pm SS | En küçük | En büyük | %95 CI |
|----------------|-------------------|----------|----------|-----------|
| Tüm Hastalar | 34.04 \pm 12.27 | 16 | 65 | 32.2-35.8 |
| Kadın Hastalar | 32.8 \pm 11.8 | 16 | 58 | 30.4-35.2 |
| Erkek Hastalar | 35.2 \pm 12.6 | 16 | 65 | 32.6-37.9 |

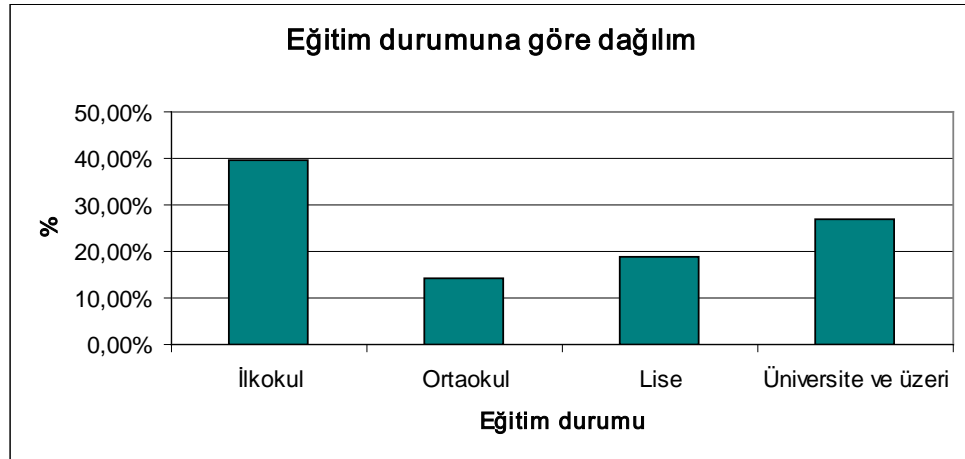
Tabloda hastaların yaş ortalamaları, en küçük ve en büyük yaşları, standart sapması, %95 CI aralığı gösterilmiştir.

WPNÖ uygulanan hastaların 113' ü evli (%59.8), 68' i bekar (%36.0) ve 8' i (%4.2) dul olarak belirlenmiştir (Şekil 2).



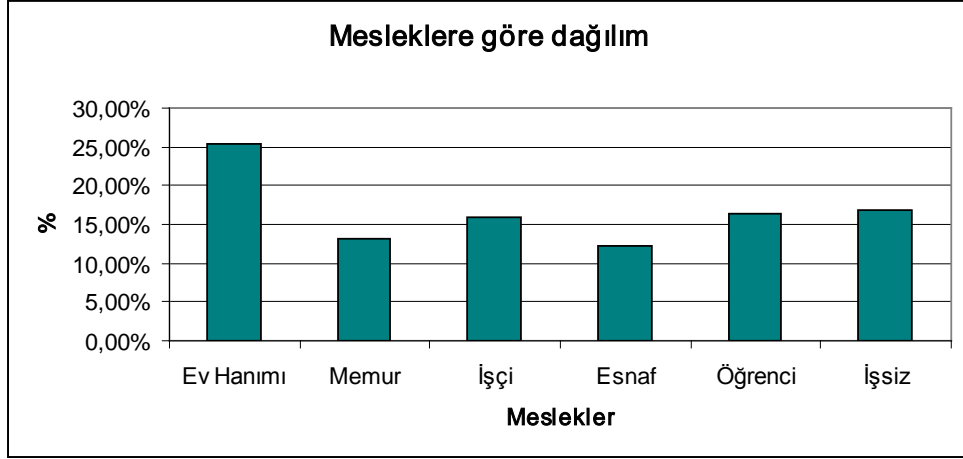
Şekil 2: Hastaları medeni duruma göre dağılımı

WPNÖ uygulanan epilepsi hastaların eğitim durumlarına bakıldığında, 75 kişi ilkokul mezunu (%39.7), 27 kişi ortaokul mezunu (%14.3), 36 kişi lise mezunu (%19.0), 51 kişi üniversite ve üzeri (%27.0) okul mezunu olarak saptanmıştır (Şekil-3).



Şekil 3: Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı

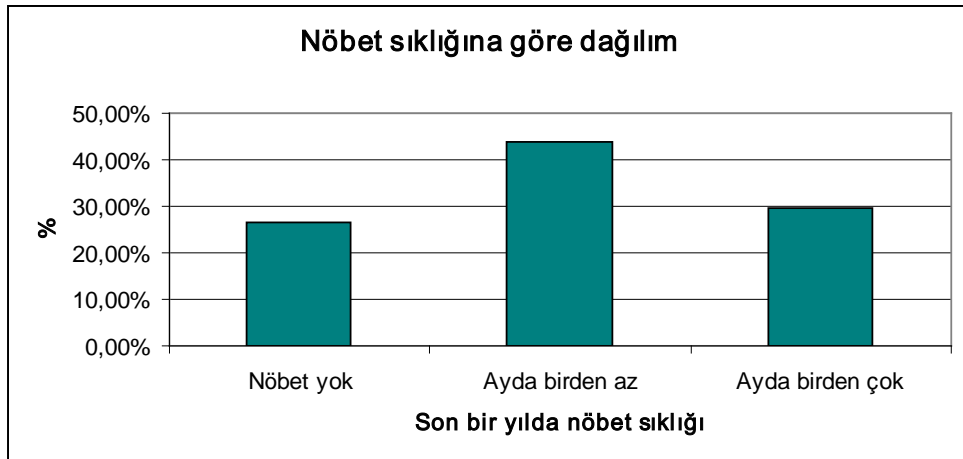
Hastaların mesleklere göre dağılımı ise %25.4 evhanımı (48 kişi), %13.2 memur (25 kişi), %15.9 işçi (30 kişi), %12.2 esnaf (23 kişi), %16.4 öğrenci (31 kişi), %16.9 işsiz (32 kişi) olarak saptanmıştır (Şekil 4).



Şekil 4: Hastaların mesleklere göre dağılımı

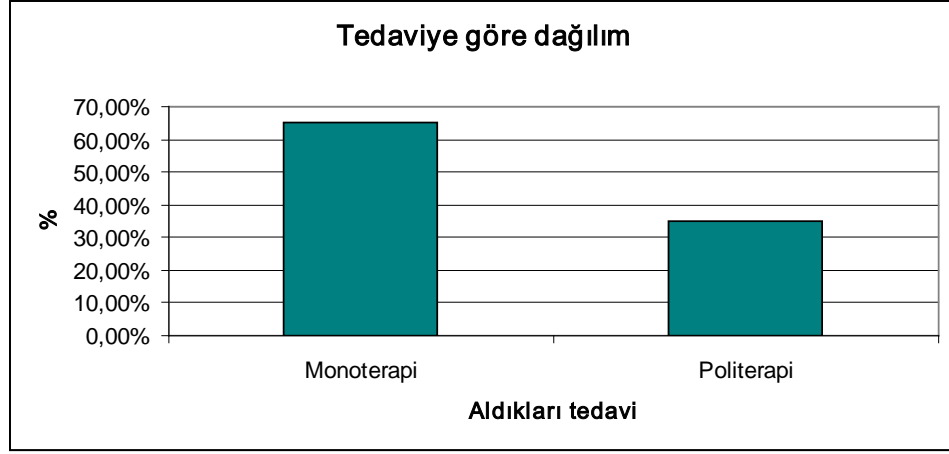
WPNÖ uygulanan hastalar nöbet tipine göre değerlendirildiğinde 56 kişide parsiyel nöbet (% 29.6), 133 kişide jeneralize nöbet (%70.4) olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların 50' si (%26.5) son bir yılda nöbetsiz olup, 83' ünde (%43.9) ayda birden az, 56' sinde ise (%29.6) ayda birden çok nöbet olduğu saptanmıştır.



Şekil 5: Hastaların nöbet sıklığına göre dağılımı

Hastaların 123' ünün monoterapi (%65.1), 66' sının politerapi (%34.9) aldığı belirlenmiştir (Şekil 6).



Şekil 6: Hastaların aldıkları tedaviye göre dağılımı

Hastaların ortalama hastalık başlangıç yaşı $22,4 \pm 13,9$ ve ortalama hastalık süresi $11,4 \pm 10,5$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 5 ve 6) .

Tablo 5: Epilepsi başlangıç yaşı

| | Ortalama \pm SS | En erken | En geç | %95 CI |
|-------------------------|-------------------|----------|--------|-----------|
| Epilepsi başlangıç yaşı | $22,4 \pm 13,9$ | 1 | 63 | 20,4-24,4 |

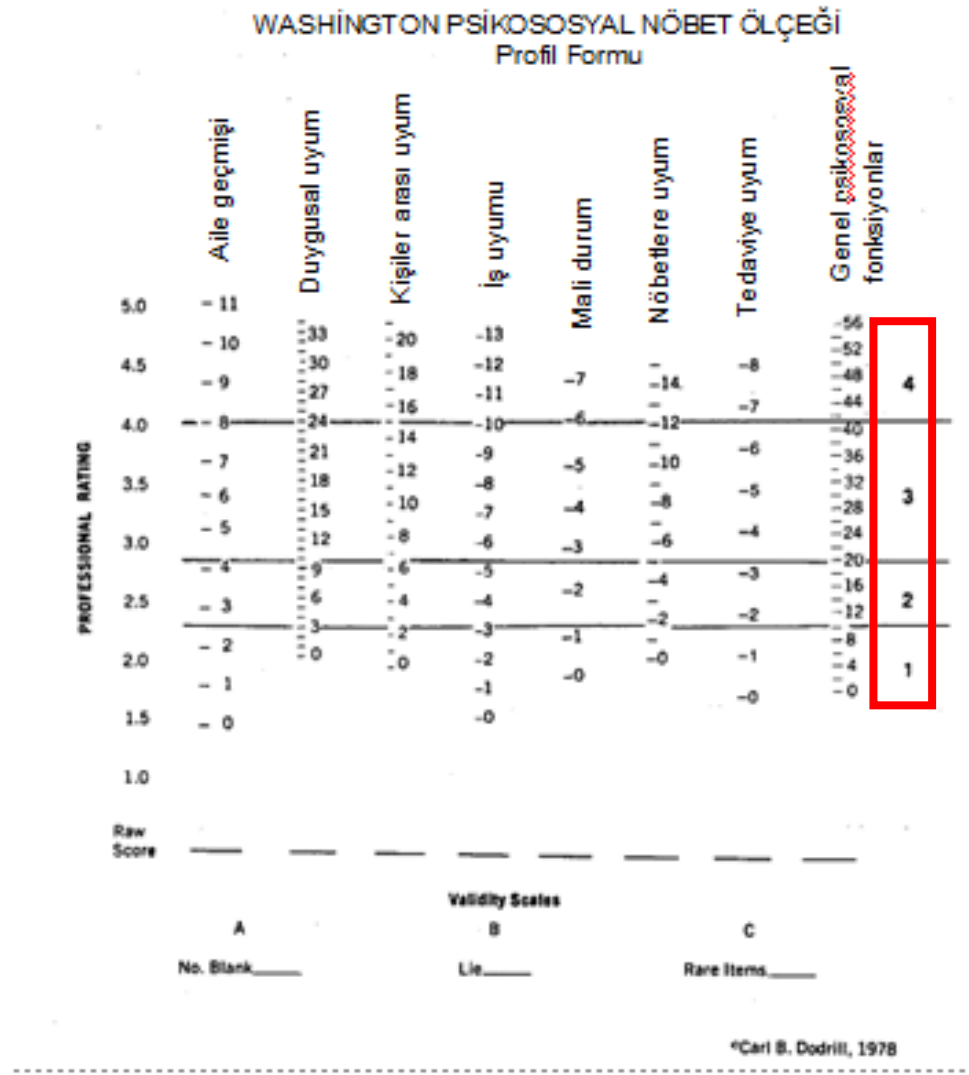
Tablo 6: Hastalık süresi

| | Ortalama \pm SS | En az | En fazla | %95 CI |
|-----------------|-------------------|-------|----------|----------|
| Hastalık süresi | $11,4 \pm 10,5$ | 1 | 50 | 9,9-12,9 |

Dodrill ve ark. tarafından geliştirilen Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ) 'nde hastalar aile geçmişi, duygusal uyum, kişiler arası uyum, iş uyumu, mali durum, nöbetlere uyum, tedaviye uyum ve genel psikososyal fonksiyonlar olmak üzere 8 alanda değerlendirilmişlerdir. Bu 8 klinik ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek değerler hasta profil formunda gösterilmiştir (Şekil-7). Hasta profil formu her bir hastanın bütünlük içinde değerlendirilmesine imkan sağlamaktadır. Bu formun sağ tarafında kırmızı kutu içinde gösterilen sayılar klinik profilleri belirtmektedir (Şekil-7). Buna göre bir hastanın her bir klinik ölçekten aldığı skor forma işaretlendiğinde hastanın o klinik ölçek için hangi profile uyduğu

anlaşılmaktadır. Örneğin aile geçmişi klinik ölçeğinde 1 puan alan hasta 1. profile uyarken aynı hasta duygusal uyum klinik ölçeğinde 6 puan aldıysa ikinci profile uymaktadır. Birinci profilde hastalarda belirgin problem yok iken, ikinci profil olası problemleri olan hasta grubunu, üçüncü profil belirgin problemleri olan hastaları, dördüncü profil ise ciddi problemleri olan hasta grubunu yansıtmaktadır (Şekil-7).

WPNÖ uygulanan tüm hastaların WPNÖ alt klinik ölçeklerinden aldıkları skorların ortalaması aşağıda verilmiştir (Tablo 7).



Şekil-7: Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ), hasta profil formu

Tablo 7: Hastaların Washington Psikososyal Nöbet Ölçek (WPNÖ) değerleri

| WPNÖ ÖLÇEKLERİ | ORTALAMA(±SS) | PROFİL | SINIR DEĞERLER |
|---------------------------------------|---------------|-----------|----------------|
| Klinik ölçekler | | | |
| <i>Aile geçmişi</i> | 1.96±1.75 | 1. profil | 0-8 |
| <i>Duygusal uyum</i> | 14.26± 7.03 | 3. profil | 0-29 |
| <i>Kişiler arası uyum</i> | 7.20±4.47 | 3. profil | 0-19 |
| <i>İş uyumu</i> | 4.84±2.96 | 2. profil | 0-12 |
| <i>Mali durum</i> | 3.35±2.43 | 3. profil | 0-7 |
| <i>Nöbetlere uyum</i> | 6.7±3.96 | 3. profil | 0-15 |
| <i>Tedaviye uyum</i> | 1.83±1.65 | 2. profil | 0-8 |
| <i>Genel psikososyal fonksiyonlar</i> | 20.31±11.51 | 3. profil | 0-47 |
| <i>Güvenilirlik ölçekleri</i> | | | |
| <i>Boş bırakılan sorular</i> | 2.23±3.04 | | 0-13 |
| <i>Yalan</i> | 3.51±1.60 | | 0-6 |
| <i>Nadir verilen cevaplar</i> | 1.99±1.20 | | 0-4 |

Aile Geçmişi Ölçeği: Hastaların bu ölçekteki ortalama skoru (\pm SS) 1.96±1.75 olarak saptandı. (Tablo-7) hastaların 128'i (%67.7) birinci hasta profiline, 41'i (%21.7) ikinci hasta profiline, 20'si (%10.6) üçüncü hasta profiline uymaktadır. Bir başka deyişle, tüm hastalar bir arada değerlendirildiğinde aile geçmişi açısından belirgin sorun saptanmazken aile geçmişi ölçeğinde yüksek skorları olan yani belirgin sorun olduğu saptanan hasta oranı %10' dur (Şekil 8).

Duygusal Uyum: Hastaların bu ölçekteki ortalama skoru (\pm SS) 14.26±1.75' dir (Tablo-7). Bu alt ölçekte hastaların 8' i (%4.2) birinci hasta profiline, 51' i (%27.0) ikinci hasta profiline, 111' i (%58.7) üçüncü hasta profiline, 19' ü (%10.1)

dördüncü hasta profiline uymaktadır. Buna göre WPSI uygulanan epilepsi hastalarının yaklaşık %70' inde belirgin ya da ciddi duygusal uyum sorunları olduğu anlaşılmaktadır (Şekil 8).

Kişiler Arası İlişkiler: Hastaların bu ölçekteki ortalama skoru(\pm SS) 7.20 ± 4.47 ' dir (Tablo 7). Bu ölçeğe göre hastaların 30' u (%15.9) birinci hasta profiline, 66' sı (%34.9) ikinci hasta profiline, 86' sı (%45.5) üçüncü hasta profiline, 7' si (%3.7) dördüncü hasta profiline isabet etmektedir. Bir diğer deyişle, WPSI uygulanan epilepsi hastalarının %80' inde kişiler arası ilişkilerde orta ya da belirgin derecede problemler yaşadığı belirlenmiştir (Şekil 8).

İş Uyumu: Hastaların bu ölçekteki ortalama skoru (\pm SS) 4.84 ± 2.96 ' dır (Tablo 7). Bu ölçeğe göre hastaların 72' si (%38.1) birinci hasta profiline, 39' u (%20.6) ikinci hasta profiline, 73' ü (%38.6) üçüncü hasta profiline, 5' i (%2.6) dördüncü hasta profiline isabet etmektedir. Bu sonuçlara göre WPSI uygulanan epilepsi hastalarının iş uyumu açısından olası problemleri olduğu ortaya çıkmıştır (Şekil 8).

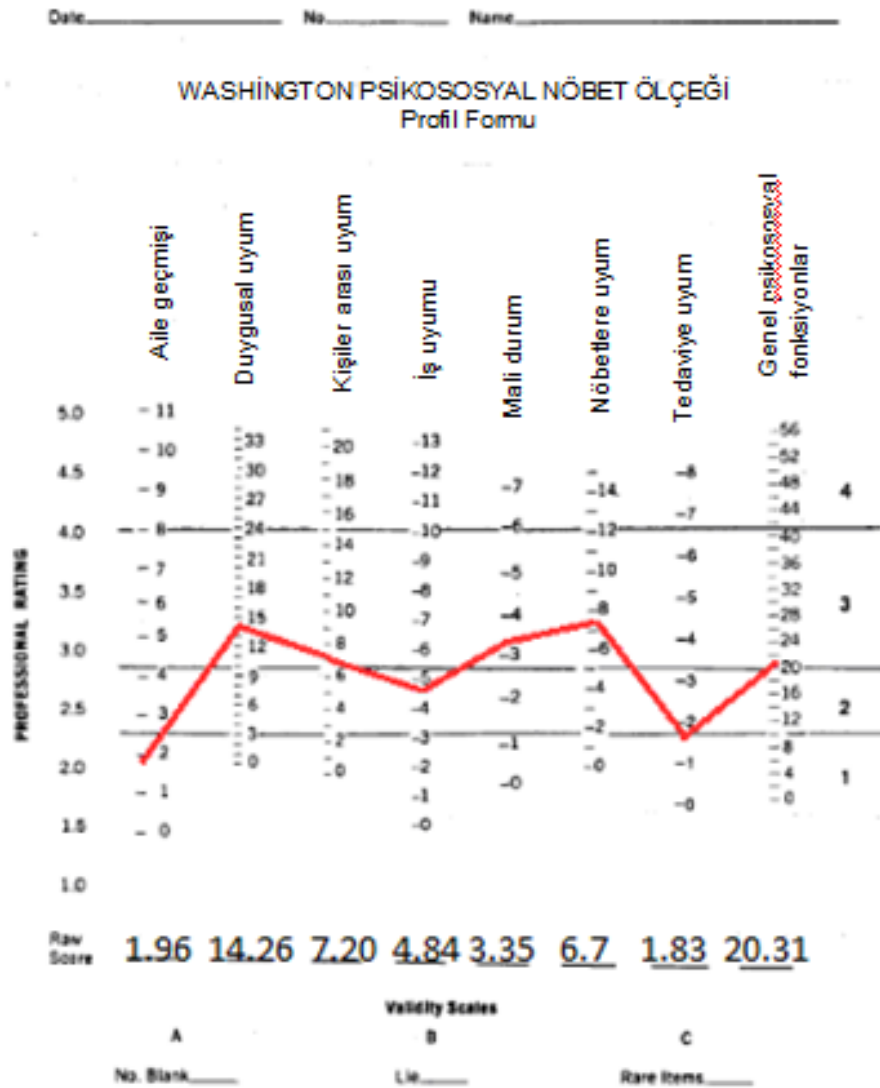
Mali Durum: Hastaların bu ölçekteki ortalama skoru(\pm SS) 3.35 ± 2.43 ' dür (Tablo 7). Bu ölçeğe göre hastaların 82' si (%43.4) birinci hasta profiline, 85' ü (%45.0) üçüncü hasta profiline, 22' si (%11.6) dördüncü hasta profiline isabet etmektedir. WPSI uygulanan epilepsi hastalarının önemli bir kısmının mali açıdan belirgin problemler yaşamakta olduğu belirlenmiştir (Şekil 8).

Nöbetlere Uyum: Hastaların bu ölçekteki ortalama skoru (\pm SS) 6.7 ± 3.96 ' dır (Tablo 7). Bu ölçeğe göre hastaların 17' si (%9) birinci hasta profiline, 63' ü (%33.3) ikinci hasta profiline, 91' i (%48.1) üçüncü hasta profiline, 18' i (%9.5) dördüncü hasta profiline uymaktadır. Bu alt ölçek değerlendirmesine göre WPSI uygulanan epilepsi hastalarının %80' den fazlasında nöbete uyum becerilerinde de belirgin problemler olduğu anlaşılmıştır(Şekil 8).

Tedaviye Uyum: Hastaların bu ölçekteki ortalama skoru(\pm SS) 1.83 ± 1.65 ' dir (Tablo 7). Bu ölçeğe göre hastaların 127' si (%67.2) birinci hasta profiline, 33' ü (%17.5) ikinci hasta profiline, 28' i (%14.8) üçüncü hasta profiline, 1' i (%0.5) dördüncü hasta profiline isabet etmektedir. Buna göre WPSI uygulanan epilepsi

hastalarının tedaviye uyumlarında ve hasta-hekim ilişkilerinde belirgin problem yaşamadıkları tespit edilmiştir (Şekil 8).

Genel Psikososyal Fonksiyonların Değerlendirilmesi: Hastaların bu ölçekteki ortalama skoru ($\pm SS$) 20.31 ± 11.5 'dir (Tablo 7). Bu ölçğe göre hastaların 45' i (%23.8) birinci hasta profiline, 59' u (%31.2) ikinci hasta profiline, 79' u (%41.8) üçüncü hasta profiline, 6' sı (%3.2) dördüncü hasta profiline isabet etmektedir. Genel psikososyal işlevlere bakıldığında epilepsi hastalarının genel olarak belirgin problemler yaşadığı anlaşılmaktadır (Şekil 8).



Şekil 8: Tüm hastaların ortalama Washington Psikososyal Nöbet Ölçek (WPNO) profili

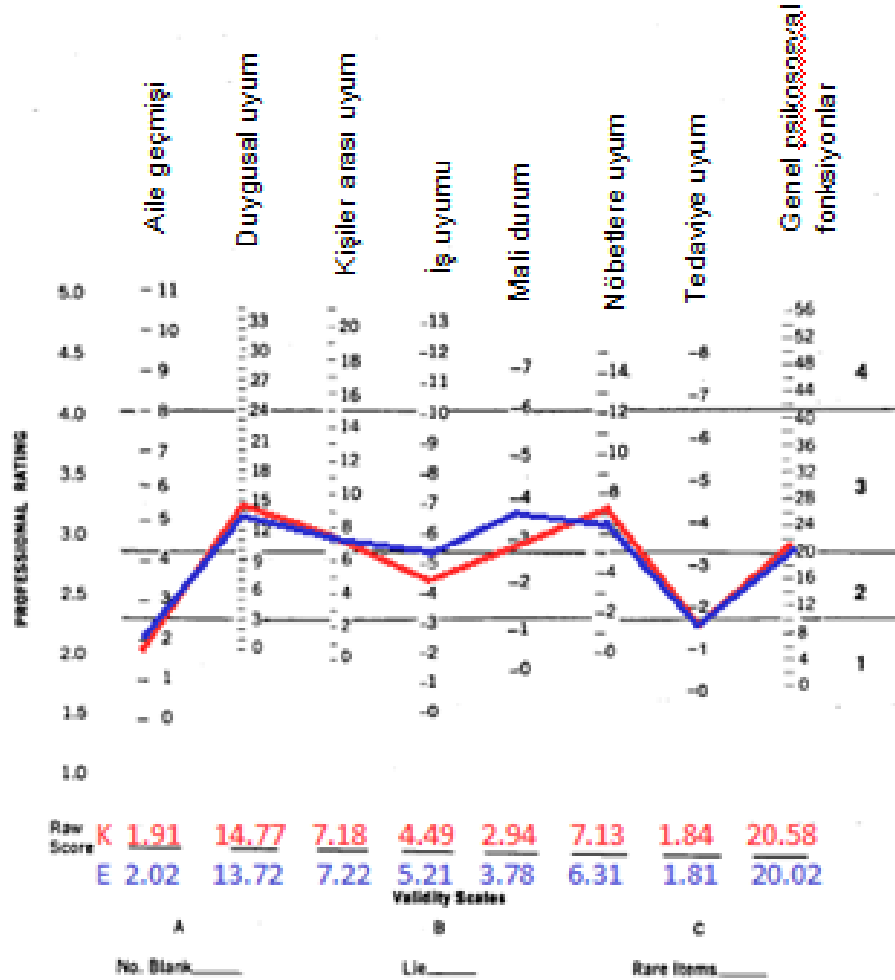
Hastaların boş bırakılan sorular ölçeğindeki ortalama değeri (\pm SS) 2.23 ± 3.04 (%95CI; 1.79-2.66), yalan ölçeğindeki ortalama değeri (\pm SS) 3.51 ± 1.60 (%95CI; 3.28-3.79) ve nadir verilen cevaplar ölçeğindeki ortalama değeri (\pm SS) 1.99 ± 1.20 dir (%95CI; 1.82- 2.16). Bu sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, WPSI uygulanan hastaların cevaplarında tutarlı ve dürüst oldukları kanısına varılabilir.

Bu aşamadan sonraki değerlendirmelerde demografik özelliklerine göre WPSI alt ölçeklerinde farklılıklar olup olmadığı araştırılmıştır.

Hastalar cinsiyetlerine göre iki gruba ayrıldıktan sonra klinik alt ölçeklerden aldıkları skorları karşılaştırıldığında; aile geçmişi (Mann-Whitney U testi, $U=4440.5$, $p=0.953$), duygusal uyum (Mann-Whitney U testi, $U=3989.5$, $p=0.208$), kişilerarası ilişkiler (Mann-Whitney U testi, $U=4408.0$, $p=0.885$), iş uyumu (Mann-Whitney U testi, $U=3890.0$, $p=0.126$), nöbetlere uyum (Mann-Whitney U testi, $U=3863.0$, $p=0.110$), tedaviye uyum (Mann-Whitney U testi, $U=4393.5$, $p=0.852$) ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi (Mann-Whitney U testi, $U=4261.5$, $p=0.594$) ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış ancak mali durum (Mann-Whitney U testi, $U=3586.0$, $p=0.019$) ölçeğinde erkeklerin kadınlardan daha çok problemle karşılaştığı saptanmıştır.

Date _____ No _____ Name _____

WASHINGTON PSİKOSOSYAL NÖBET ÖLÇEĞİ Profil Formu



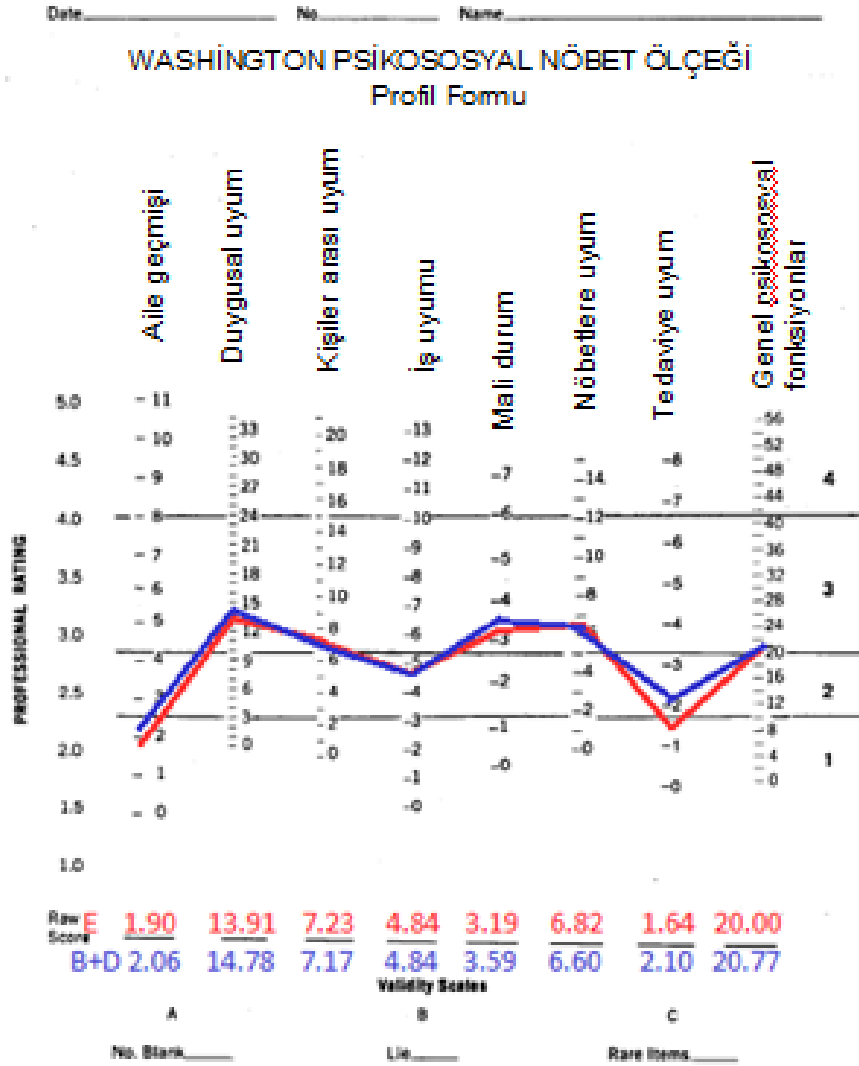
Şekil 9: Kadın ve erkek hasta gruplarının ortalama Washington Psikososyal Nöbet Ölçek (WPNÖ) profilleri (K: Kadın, E:Erkek)

Şekil-9' a göre kadın ve erkekler aile geçmişi ölçeğinde birinci hasta profiline (belirgin problem yok), iş uyumu, mali durum ve tedaviye uyum ölçeğinde ikinci hasta profiline (olası bazı problemler), duygusal uyum, kişiler arası ilişkiler, nöbete uyum ve genel psikososyal fonksiyonlar ölçeğinde ise üçüncü hasta profiline (belirgin problemler) uymaktadır.

Hastaların yaşları ile klinik ölçeklerden aldıkları skorlar bağıntı analizi ile karşılaştırıldığı zaman elde edilen değerler; aile geçmişi (Spearman bağıntı analizi,

$r = -0.047$, $p = 0.523$), duygusal uyum (Spearman bağıntı analizi, $r = -0.116$, $p = 0.112$), kişilerarası ilişkiler (Spearman bağıntı analizi, $r = -0.060$, $p = 0.411$), iş uyumu (Spearman bağıntı analizi, $r = 0.016$, $p = 0.828$), mali durum (Spearman bağıntı analizi, $r = -0.005$, $p = 0.945$), nöbetlere uyum (Spearman bağıntı analizi, $r = -0.067$, $p = 0.363$), genel psikososyal fonksiyonlar (Spearman bağıntı analizi, $r = -0.101$, $p = 0.165$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak tedaviye uyum ölçeğinde (Spearman bağıntı analizi, $r = -0.217$, $p = 0.003$) saptanmış olup istatistiksel olarak da anlamlı çok zayıf negatif bir ilişki ortaya konmuştur. Yaş arttıkça tedaviye uyum profilindeki skor küçülmekte bu da tedaviye daha iyi uyum olduğunu, daha az problem yaşandığını göstermektedir.

Hastalar medeni duruma göre iki gruba (evli-evli olmayan) ayrıldıktan sonra klinik ölçeklerden aldıkları skorlar karşılaştırıldığında, aile geçmişi (Mann-Whitney U testi, $U = 4107.5$, $p = 0.605$), duygusal uyum (Mann-Whitney U testi, $U = 3923.5$, $p = 0.314$), kişilerarası ilişkiler (Mann-Whitney U testi, $U = 4236.0$, $p = 0.875$), iş uyumu (Mann-Whitney U testi, $U = 4266.5$, $p = 0.940$), mali durum (Mann-Whitney U testi, $U = 3893.5$, $p = 0.273$), nöbetlere uyum (Mann-Whitney U testi, $U = 4147.0$, $p = 0.689$), tedaviye uyum (Mann-Whitney U testi, $U = 3700.0$, $p = 0.100$) ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi (Mann-Whitney U testi, $U = 4058.5$, $p = 0.523$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Şekil 10). Bir diğer deyişle medeni durumun WPSI alt ölçekleri üzerinde bir etkisi olmadığı söylenebilir.



Şekil 10: Hastaların medeni durumlarına göre ortalama Washington Psikososyal Nöbet Ölçek (WPNÖ) profilleri (E: Evli, B+D: Bekar ve dul hastalar)

Hastaların WPSI klinik alt ölçek değerleri ile eğitim durumları Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılmış; aile geçmişinde $\chi^2 = 6.786$, $p = 0.079$, duygusal uyumda $\chi^2 = 10.804$, $p = 0.013$, kişilerarası ilişkilerde $\chi^2 = 14.891$, $p = 0.002$, iş uyumunda $\chi^2 = 16.659$, $p = 0.001$, mali durumda $\chi^2 = 3.082$, $p = 0.379$, nöbetlere uyumda $\chi^2 = 11.053$, $p = 0.011$, tedaviye uyumda $\chi^2 = 0.793$, $p = 0.851$ ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesinde $\chi^2 = 12.598$, $p = 0.006$ değerleri elde edilmiştir. Duygusal uyum, kişiler arası ilişkiler, iş uyumu, nöbetlere uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeklerinde p değeri 0.05' den küçük olarak tesbit edilmiş olup bu farkın hangi alt gruptan kaynaklandığını bulmak için Mann Whitney

U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmış, ve Bonferroni düzeltmesi yapılarak $p < 0,0084$ altı değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Buna göre ilkökul ile ortaokul mezunu hastalar arasında, ortaokul ile lise mezunu hastalar arasında ve lise ile üniversite mezunu hastalar arasında belirgin fark saptanmamıştır (Tabloda test değerleri ve p değerleri verilmiştir.). İlkokul ile lise mezunları arasında sadece iş uyumu alt ölçeğinde farklılık bulunurken, ilkökul ve üniversite mezunları arasında sekiz ölçekten beşinde (duygusal durum, kişiler arası uyum, iş uyumu, nöbetlere uyum, genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi) bariz farklılıklar olduğu saptanmıştır. Ortaokul ve üniversite mezunları arasında ise kişiler arası uyumda anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo-8). İlkokul mezunu olanların işe uyumunun lise mezunu olanlara göre daha kötü olduğu ve üniversite mezunu olanlara göre duygusal durum, kişiler arası uyum, iş uyumu, nöbetlere uyum açısından ve genel psikososyal fonksiyonlarda daha fazla problem yaşadığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde ortaokul mezunu olanların da kişiler arası uyumda üniversite mezunlarına göre daha fazla problem yaşadığı saptanmıştır (Tablo-8). Bir başka deyişle eğitim seviyesi arttıkça psikososyal açıdan daha az sorun yaşandığı dikkati çekmiştir.

Tablo 8: Eğitim durumuna göre Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ) alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

| | İO-OO | | İO-L | | İO-Ü | |
|---------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | U değeri^ | p değeri | U değeri^ | p değeri | U değeri^ | p değeri |
| <i>Aile geçmişi</i> | 786.0 | 0.079 | 1053.0 | 0.056 | 1500.5 | 0.037 |
| <i>Duygusal uyum</i> | 904.0 | 0.410 | 1178.0 | 0.278 | 1249.0 | 0.001 |
| <i>Kişiler arası uyum</i> | 1009.5 | 0.982 | 1188.5 | 0.308 | 1165.0 | 0.000 |
| <i>İş uyumu</i> | 875.0 | 0.295 | 910.0 | 0.005 | 1179.5 | 0.000 |
| <i>Mali durum</i> | 911.5 | 0.439 | 1213.0 | 0.384 | 1579.5 | 0.095 |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|-------|-------|--------|-------|--------|--------------|
| <i>Nöbetlere uyum</i> | 985.5 | 0.837 | 1056.5 | 0.064 | 1300.5 | 0.002 |
| <i>Tedaviye uyum</i> | 954.5 | 0.653 | 1226.0 | 0.425 | 1781.0 | 0.504 |
| <i>Genel psikososyal Fonksiyonlar</i> | 912.5 | 0.448 | 1095.0 | 0.108 | 1223.5 | 0.001 |

Tablo 8' in devamı

| | OO-L | | OO-Ü | | L-Ü | |
|---------------------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|
| | U değeri [^] | p değeri | U değeri [^] | p değeri | U değeri [^] | p değeri |
| <i>Aile geçmişi</i> | 482.0 | 0.954 | 667.5 | 0.821 | 879.0 | 0.730 |
| <i>Duygusal uyum</i> | 477.5 | 0.906 | 529.0 | 0.093 | 725.0 | 0.096 |
| <i>Kişiler arası uyum</i> | 437.0 | 0.495 | 425.0 | 0.005 | 698.5 | 0.057 |
| <i>İş uyumu</i> | 389.0 | 0.175 | 499.0 | 0.045 | 830.5 | 0.446 |
| <i>Mali durum</i> | 484.5 | 0.983 | 619.5 | 0.462 | 837.0 | 0.480 |
| <i>Nöbetlere uyum</i> | 390.0 | 0.181 | 493.5 | 0.040 | 805.0 | 0.328 |
| <i>Tedaviye uyum</i> | 478.0 | 0.909 | 685.0 | 0.970 | 903.5 | 0.898 |
| <i>Genel psikososyal fonksiyonlar</i> | 430.5 | 0.440 | 492.0 | 0.039 | 751.5 | 0.151 |

[^] : Mann-Whitney U testi, İO: İlkokul, OO: Ortaokul, L: Lise, Ü:Üniversite.

Hastalar mesleki duruma göre işsiz, çalışan ve öğrenci olarak üç gruba ayrılıp WPSI klinik ölçekleri karşılaştırıldığında aile geçmişi, duygusal uyum, kişilerarası ilişkiler, iş uyumu, mali durum, nöbetlere uyum, tedaviye uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunamamıştır. Genel psikososyal fonksiyonlar değerlendirildiğinde öğrencilerin olasılıkla problem yaşadıkları, işsiz ve çalışan epilepsi hastalarının ise belirgin problemler yaşadığı anlaşılmaktadır. Tablo 9' da hastaların meslek gruplarına göre karşılaştırılmalarında elde edilen değerler sunulmuştur.

Tablo 9: Hastaların meslek durumlarına göre karşılaştırılması

| | İşsiz- Öğrenci - Çalışan | |
|---------------------------------------|------------------------------|----------|
| | χ^2 değeri [^] | p değeri |
| <i>Aile geçmişi</i> | 0.633 | 0.729 |
| <i>Duygusal uyum</i> | 0.005 | 0.997 |
| <i>Kişiler arası uyum</i> | 0.952 | 0.621 |
| <i>İş uyumu</i> | 3.763 | 0.152 |
| <i>Mali durum</i> | 0.150 | 0.928 |
| <i>Nöbetlere uyum</i> | 0.809 | 0.667 |
| <i>Tedaviye uyum</i> | 1.187 | 0.552 |
| <i>Genel psikososyal fonksiyonlar</i> | 0.086 | 0.958 |

[^] : Kruskal Wallis testi

Hastalığın başlangıç yaşı ile klinik ölçeklerden aldıkları skorlar bağıntı analizi ile karşılaştırıldığı zaman elde edilen değerler; aile geçmişi (Spearman bağıntı analizi, $r = -0.074$, $p = 0.309$), mali durum (Spearman bağıntı analizi, $r = 0.009$, $p = 0.905$), nöbetlere uyum (Spearman bağıntı analizi, $r = -0.128$, $p = 0.079$), tedaviye uyum ölçeğinde (Spearman bağıntı analizi, $r = -0.138$, $p = 0.058$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak duygusal uyum (Spearman bağıntı analizi, $r =$

-0.145, $p=0.046$), kişilerarası ilişkiler (Spearman bağıntı analizi, $r= -0.165$, $p= 0.024$) , iş uyumu (Spearman bağıntı analizi, $r= -0.167$, $p=0. 022$) ve genel psikososyal fonksiyonlar (Spearman bağıntı analizi, $r= -0.163$, $p=0.025$ ölçeklerinde istatistiksel olarak çok zayıf bir ilişki ortaya konmuştur. Başlangıç yaşı arttıkça ölçek katsayıları azalmış bu da daha az problemlili hasta profili ile uyumlu olarak saptanmıştır. Daha geç yaşta epilepsiye yakalananların duygusal uyumu, kişiler arası ilişkileri, iş hayatına uyumu ve genel psikososyal fonksiyonlara uyumu daha kolay olmaktadır.

Hastaların epilepsi teşhisi aldığı günden itibaren hastalık süreleri ile klinik alt ölçeklerden aldıkları skorlar bağıntı analizi ile karşılaştırıldığında ; aile geçmişi (Spearman bağıntı analizi, $r= -0.092$, $p=0.207$), duygusal uyum (Spearman bağıntı analizi, $r= 0.108$, $p=0.138$), kişilerarası ilişkiler (Spearman bağıntı analizi, $r= 0.135$, $p= 0.065$), mali durum (Spearman bağıntı analizi, $r= -0.008$, $p=0.911$), tedaviye uyum (Spearman bağıntı analizi, $r= 0.032$, $p=0.659$), genel psikososyal fonksiyonlar (Spearman bağıntı analizi, $r= 0.131$, $p=0.073$ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak iş uyumu (Spearman bağıntı analizi, $r= 0.200$, $p=0.006$), nöbetlere uyum (Spearman bağıntı analizi, $r= 0.162$, $p=0.026$) saptanmış olup istatistiksel olarak da çok zayıf bir ilişki ortaya konmuştur. Epilepsi süresi arttıkça iş uyumu ve nöbetlere uyum daha zor olmaktadır.

Hastalar son bir yıldaki nöbet sıklıklarına göre 3 gruba (Grup I: Son bir yılda nöbeti olmayanlar, Grup II: Son bir yılda ayda birden daha seyrek nöbeti olanlar, Grup III: Son bir yılda ayda birden fazla nöbeti olanlar) ayrıldıktan sonra klinik alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo 10: Nöbet sıklığına göre hasta gruplarının Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılması

| | Grup I- Grup II- Grup III | |
|---------------------|------------------------------|--------------|
| | χ^2 değeri [^] | p değeri |
| <i>Aile geçmişi</i> | 6.622 | 0.036 |

| | | |
|---------------------------------------|--------|--------------|
| <i>Duygusal uyum</i> | 24.323 | 0.000 |
| <i>Kişiler arası uyum</i> | 20.854 | 0.000 |
| <i>İş uyumu</i> | 22.708 | 0.000 |
| <i>Mali durum</i> | 4.319 | 0.115 |
| <i>Nöbetlere uyum</i> | 22.587 | 0.000 |
| <i>Tedaviye uyum</i> | 29.352 | 0.000 |
| <i>Genel psikososyal fonksiyonlar</i> | 28.596 | 0.000 |

^ : Kruskal Wallis testi

Bu karşılaştırma sonucunda mali durum alt ölçeği haricindeki diğer ölçeklerdeki p değeri 0.05' den düşük olarak saptanmıştır. Bu farkın hangi alt gruptan kaynaklandığını bulmak için Mann Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmış ve Bonferroni düzeltmesi yapılarak $p < 0,017$ altı değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Son bir yılda nöbeti olmayan grup I ile ayda birden daha seyrek nöbeti olan grup II arasında 8 alt ölçeğin 5'inde (duygusal durum, kişiler arası uyum, nöbetlere uyum, tedaviye uyum, genel psikososyal fonksiyonlar) belirgin farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Son bir yılda nöbeti olmayan grup ile ayda birden fazla nöbeti olan grup arasında da mali durum hariç tüm alt skorlarda belirgin bir fark saptanmıştır (Tablo 10). Bir başka deyişle bu sonuçlar, tamamen nöbetsiz olmak psikososyal açıdan daha az problem yaşama ile ilişkili bulunmuştur. Ayda birden daha seyrek ve ayda birden fazla nöbet geçiren grubun klinik ölçeklerden aldıkları skorlar karşılaştırıldığı zaman, iş uyumu ve genel psikososyal fonksiyonlar ölçeklerinde farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Buna göre ayda birden daha seyrek nöbet geçirmenin de hastaların iş uyumunda ve genel psikososyal fonksiyonlarda daha az problem yaşaması ile ilgili olduğunu göstermektedir.

Tablo 11: Nöbet sıklığına göre hasta gruplarının Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılması

| | Grup I-II | | Grup I-III | | Grup II-III | |
|---------------------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| | U değeri [^] | p değeri | U değeri [^] | p değeri | U değeri [^] | p değeri |
| <i>Aile geçmişi</i> | 1658.00 | 0.047 | 1011.00 | 0.012 | 2178.50 | 0.525 |
| <i>Duygusal uyum</i> | 1350.00 | 0.001 | 628.50 | 0.000 | 1866.50 | 0.049 |
| <i>Kişiler arası uyum</i> | 1458.00 | 0.004 | 683.00 | 0.000 | 1827.00 | 0.032 |
| <i>İş uyumu</i> | 1594.00 | 0.024 | 659.50 | 0.000 | 1628.00 | 0.003 |
| <i>Mali durum</i> | 1790.00 | 0.181 | 1060.00 | 0.030 | 2150.00 | 0.451 |
| <i>Nöbetlere uyum</i> | 1413.50 | 0.002 | 671.00 | 0.000 | 1793.00 | 0.022 |
| <i>Tedaviye uyum</i> | 1195.50 | 0.000 | 565.00 | 0.000 | 2094.50 | 0.316 |
| <i>Genel psikososyal fonksiyonlar</i> | 1366.00 | 0.001 | 542.00 | 0.000 | 1759.50 | 0.015 |

[^] : Mann-Whitney U testi

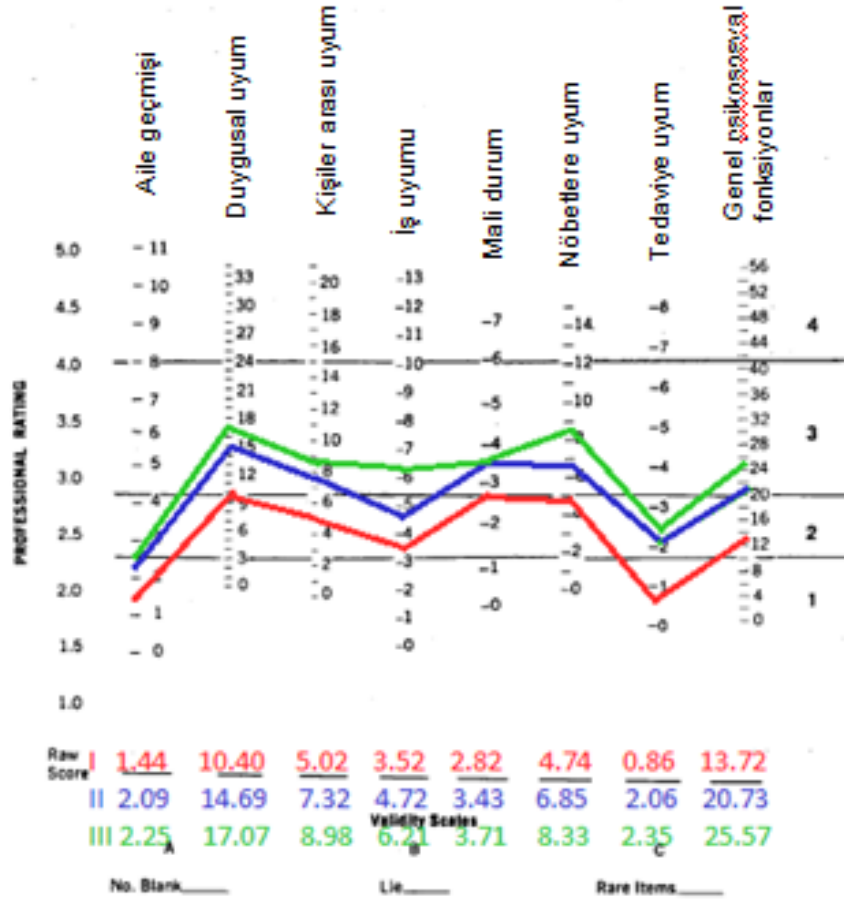
Grup I: Son bir yılda nöbeti olmayanlar

Grup II: Son bir yılda ayda birden az nöbeti olanlar

Grup III: Son bir yılda ayda birden çok nöbeti olanlar

Date _____ No _____ Name _____

WASHINGTON PSİKOSOSYAL NÖBET ÖLÇEĞİ Profil Formu



©Carl B. Dodrill, 1978

Şekil 11: Hastaların nöbet sıklığına göre ortalama Washington Psikososyal Nöbet Ölçek (WPNÖ) profilleri

Grup I: Son bir yılda nöbeti olmayanlar

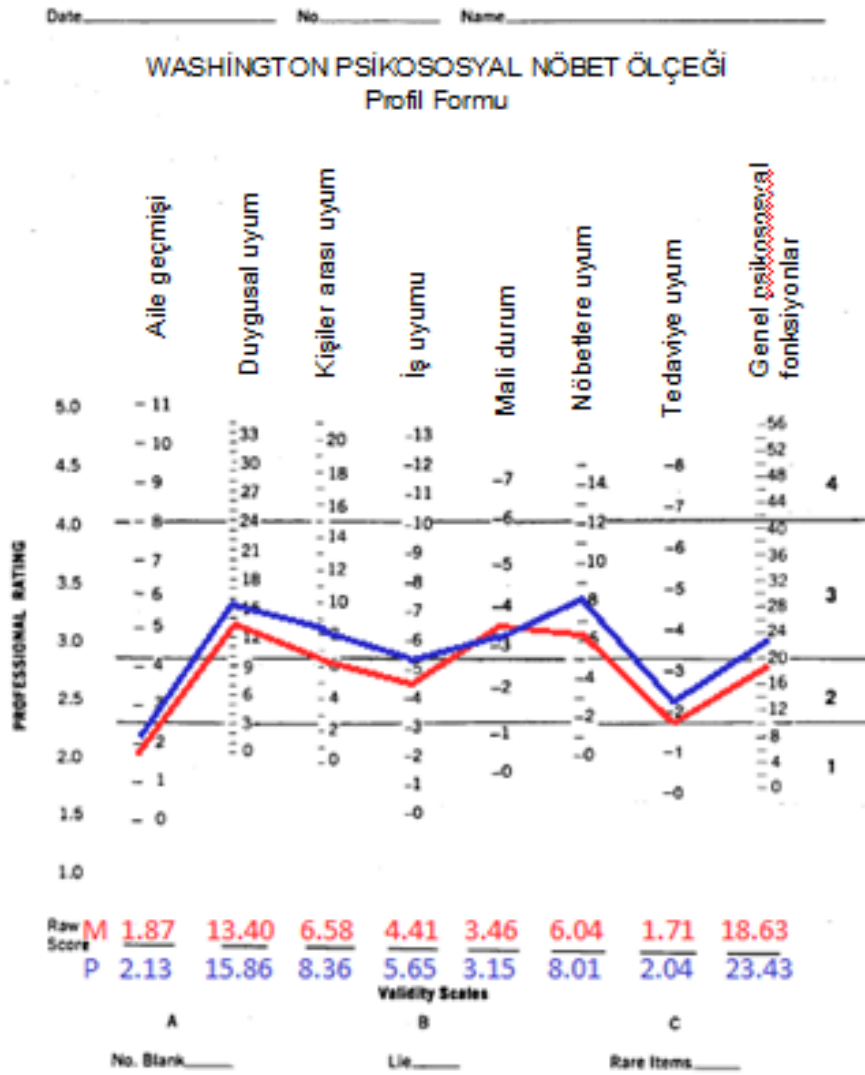
Grup II: Son bir yılda ayda birden az nöbeti olanlar

Grup III: Son bir yılda ayda birden çok nöbeti olanlar

Şekil-11'e göre son bir yılda nöbeti olmayan grup aile geçmişi ve tedaviye uyum ölçeğinde belirgin problem yaşamazken, kişiler arası ilişkiler, iş uyumu, nöbete uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeğinde olasılıkla bazı problemler yaşamakta, duygusal uyum ve mali durum ölçeklerinde ise belirgin problemler yaşadıkları anlaşılmıştır. Ayda birden daha seyrek nöbeti olan grup II hastalar, yine aile geçmişi ölçeğinde belirgin problem yaşamazken, kişiler

arası ilişkiler, iş uyumu, tedaviye uyum ölçeğinde olası bazı problemler yaşadıkları, duygusal uyum, mali durum, nöbete uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeğinde ise belirgin problemleri olduğu belirlenmiştir. Son bir yılda ayda 1'den fazla nöbet geçiren grup III hastalar ise aile geçmişi ölçeğinde belirgin problem yaşamadığı, tedaviye uyum ölçeğinde olası problemleri olduğu, duygusal uyum, kişiler arası ilişkiler, mali durum, iş uyumu nöbet uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeğinde bariz problemler yaşadığı saptanmıştır.

Hastaların aldıkları tedaviye göre klinik ölçekleri karşılaştırıldığında, monoterapi alan hastalarla politerapi alanlar arasında aile geçmişi (Mann-Whitney U testi, $U = 3659.0$, $p = 0.254$), mali durum (Mann-Whitney U testi, $U = 3791.5$, $p = 0.451$) ve tedaviye uyum (Mann-Whitney U testi, $U = 3503.5$, $p = 0.113$) açısından belirgin bir fark olmamakla birlikte, politerapi uygulanan epilepsi hastalarında monoterapi alanlara göre 8 alanın 5'inde duygusal uyum (Mann-Whitney U testi, $U = 3199.0$, $p = 0.016$), kişilerarası ilişkiler (Mann-Whitney U testi, $U = 3093.0$, $p = 0.0070$), iş uyumu (Mann-Whitney U testi, $U = 3112.5$, $p = 0.008$), nöbetlere uyum (Mann-Whitney U testi, $U = 2869.5$, $p = 0.001$) ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesinde (Mann-Whitney U testi, $U = 3054.0$, $p = 0.005$) daha fazla problem yaşadığı tesbit edilmiştir (Şekil 12).



Şekil 12: Hastaların aldıkları tedaviye göre ortalama Washington Psikososyal Nöbet Ölçek (WPNÖ) profilleri (M: Monoterapi alanlar, P: Politerapi alanlar)

Şekil-12'ye göre monoterapi ve politerapi alanlar aile geçmişi ölçeğinde birinci hasta profiline (belirgin problem yok), duygusal uyum, iş uyumu ve nöbete uyum ölçeğinde üçüncü hasta profiline (belirgin problemler), kişiler arası ilişkiler ve genel psikososyal fonksiyonlar ölçeğinde monoterapi alanlar ikinci hasta profiline (olası problemler), politerapi alanlar üçüncü hasta profiline, iş uyumu ölçeğinde her iki grupta ikinci hasta profiline, nöbete uyum ve genel psikososyal fonksiyonlar ölçeğinde üçüncü hasta profiline, tedaviye uyum ölçeğinde monoterapi alanlar birinci hasta profiline, politerapi alanlar ikinci hasta profiline uymaktadır.

Hastalar geçirdikleri nöbet tipine göre değerlendirildiğinde parsiyel nöbet geçirenler, jeneralize nöbet geçirenlerin klinik ölçekleri karşılaştırıldığında klinik ölçek skorları açısından belirgin bir fark olmadığı ve nöbet tipinin psikososyal işlevler üzerine belirgin etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır.

Tablo 12: Hastaların nöbet tiplerine göre Washington Psikososyal Nöbet Ölçek (WPNÖ)' lerinin karşılaştırılması

| | Parsiyel nöbeti olanlar– Jeneralize nöbeti olanlar | |
|---------------------------------------|--|----------|
| | U değeri [^] | p değeri |
| <i>Aile geçmişi</i> | 3276.0 | 0.183 |
| <i>Duyusal uyum</i> | 3659.0 | 0.850 |
| <i>Kişiler arası uyum</i> | 3704.0 | 0.953 |
| <i>İş uyumu</i> | 3707.0 | 0.960 |
| <i>Mali durum</i> | 3705.5 | 0.957 |
| <i>Nöbetlere uyum</i> | 3636.5 | 0.798 |
| <i>Tedaviye uyum</i> | 3506.0 | 0.517 |
| <i>Genel psikososyal fonksiyonlar</i> | 3693.0 | 0.928 |

[^] : Mann-Whitney U testi

TARTIŞMA

Tıbbın ilerlemesiyle, hastalıklara bakış açısı da değişmeye başlamıştır. Hastalıkların sadece patolojik mekanizmalarını durdurmak, geriye çevirmek veya sebep olduğu fiziksel sonuçları ile uğraşmak yeterli değildir. Bunların yanı sıra hastalık sürecinde veya bu süreç sonunda kişinin günlük yaşantısı ile ilgili ortaya çıkabilecek stres faktörleri ile mücadele de tıbbın ilgi alanında olmalıdır. Hastalığın doğrudan vücutta bıraktığı sekeller ve bunlara bağlı fonksiyon kaybı, hastalığın getirdiği psikolojik yük, hastanın çevresi ile olan etkileşimi, ilaç yan etkileri, hastalığın mali ve iş durumuna etkileri bu faktörlerin başında gelir.

Kronik hastalıklarda stres faktörleri uzun süreli olacağından ortaya çıkacak yük ile başa çıkma hastalar için zor olmaktadır. Ayrıca bu stres faktörleri hastalığa uyum mekanizmalarını da bozabilmektedir. Epilepsinin diğer kronik hastalıklardan farklı olarak hastalar tarafından anlaşılabilir ve önceden kestirilemez olması onu gizemli bir hastalık yapar, bu belirsizlik, epilepsi hastasında endişe ve gerilimin artmasına neden olur.

Epilepside psikososyal faktörler kronik özür lülüğün önemli öğelerinden biridir. Depresyon, anksiyete, damgalama ve işsizlik gibi konular epilepsisi olan kişilerde yaşam kalitesini kötüleştiren belgelenmiş faktörlerdir. Daha düşük olan evlilik oranı, daha az arkadaş çevresi, sürüş yasakları, eksik istihdam, düşük benlik saygısı; sosyalleşme sorunlarını artırmaktadır.

Epilepsi ve komorbid durumlar, '1997 Epilepsi İle İyi Yaşam Konferansı'nda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmiştir. Bu konferansta karşılanmamış ihtiyaçların tespiti, psiko-sosyal destek, öz-yönetim ve epilepsi ile ilgili özel eğitim gibi konular rapor edilmiştir. 2003 yılında yapılan bir diğer Epilepsi ile İyi Yaşam Konferansında da bu temalar yinelenerek ve öz yönetim modellerinin geliştirilmesi gibi özel öneriler sunulmuştur. Bu çalışmalar ile bir halk sağlığı sorunu olarak epilepsi ve psikososyal faktörlerde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (5).

Uzun yıllar boyunca, psikologlar birçok hasta gruplarında psikososyal ve psikiyatrik sorunları değerlendirmek için Minnesota Çok Yönlü Kişilik Ölçeği'ni (MMPI) kullanmışlardır. Epilepsili hastalarda da psikososyal ve psikiyatrik sorunları

değerlendirmek için MMPI sık sık kullanılmıştır. Epilepsi için özel olarak tasarlanmadığından MMPI'nin epilepsi ile ilgili bazı psikososyal sorunları ele almakta yetersiz kaldığı anlaşılmıştır. Bu nedenle epilepsili yetişkinlerde psikososyal sorunları araştırmak için objektif bir ölçeğin gerekli olmasından yola çıkarak 1980 yılında Dodrill ve ark. tarafından Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (-WPNÖ-) geliştirilmiştir. WPNÖ'nin epilepsideki psikososyal sorunları taramada ve ortaya çıkarmakta güçlü, etkili bir araç olduğu, standart olarak kabul edilebilen veriler sunması nedeniyle optimal tedaviye olanak sağladığı iddia edilmiştir (8,11).

2005 yılında yapılan bir çalışmada 6 ayrı populasyon üzerinde 2002 yılından önce yapılan tüm yayınlar taranmış ve 205 çalışma kapsama alınmış, bu çalışmalarda kullanılan 45 ayrı yaşam kalite aracı üzerinde inceleme yapılmıştır. Bu anketlerden bazılarının sadece bir iki çalışmada kullanılabildiği saptanmıştır. Bu anketler çerçevesinde geçerlilik, kullanım kolaylığı ve etki özgüllüğü açısından sınıflandırıldığında her üç yönü de kapsayan 5 anket tesbit edilmiştir; WPSI, ESI-55, QOLIE-89, QOLIE-31, QOLIE-10 ve Liverpool Bataryaları (115). Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ) bu anketler içinde psikososyal problemlerin sistematik, objektif değerlendirmesinin yapıldığı ve epilepsiyi birçok boyutta inceleyen ve epilepsiyeye spesifik ilk ölçeklerden biridir. WPNÖ ile epilepside psikososyal sorunlar profesyonel bir testle değerlendirilerek standart bulgular elde edilmektedir. Aradan uzun süre geçmiş olmasına rağmen WPNÖ'nin epilepsiyi test etmede hala güçlü ve etkili bir araç olduğunu savunulmaktadır (114).

Benim çalışmamda, 189 hastadan 97'sinin kadın (%51.3) 92'sinin erkek (%48.7) olduğu, yaş ortalamalarının kadınlarda 32.8 erkeklerde 35.2 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların ortalama epilepsi başlangıç yaşı 22.4 olup, ortalama hastalık süresi 11.4 yıldır. WPNÖ ile yapılan ilk çalışma 1978'de Dodrill ve arkadaşları tarafından 127 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların yaşları ortalaması 24.02, ortalama epilepsi başlangıç yaşı 13.67 ve ortalama hastalık süresi 15.73 yıl olarak bildirilmiştir (8). Dodrill ve ark.'nın bu ilk çalışması ile karşılaştırıldığında benim çalışmamın yaş ortalaması daha yüksek, ortalama hastalık süresi daha kısa, başlangıç yaşı ortalaması ise daha geç olarak saptanmıştır (Tablo-12).

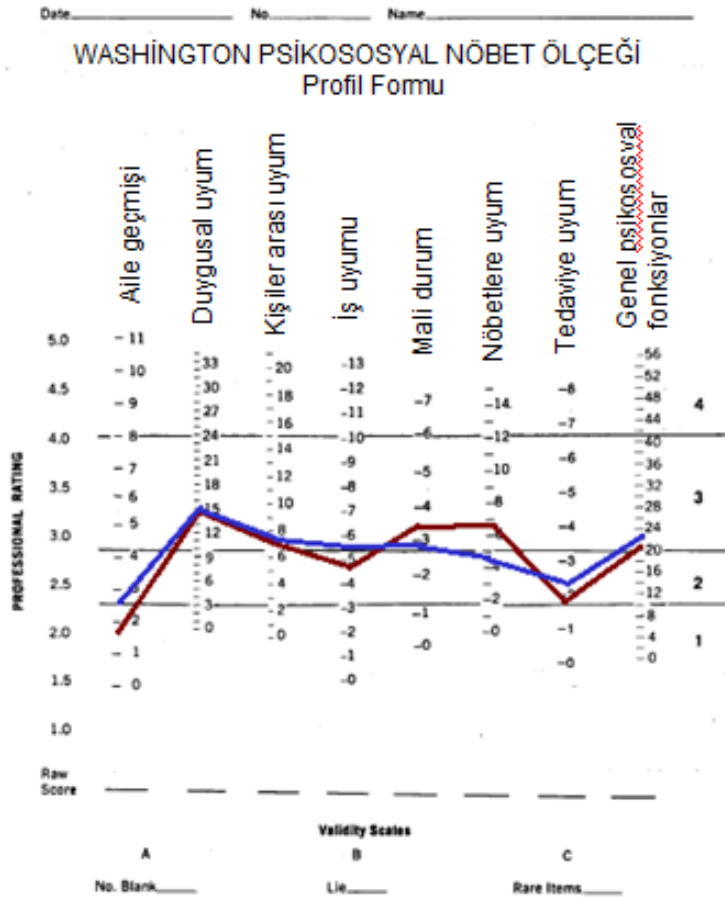
Çalışmamda güvenilirlik ölçeklerinden; boş bırakılan sorular ve yalan ölçeklerinde daha yüksek, nadir verilen cevaplar ölçeğinde, Dodrill ve ark.nın çalışmasına göre daha düşük skorlar elde edilmiştir. WPNÖ klinik alt ölçekleri karşılaştırıldığında; her iki çalışmada duygusal durum ve kişiler arası uyumda benzer sonuçlar elde edilmiş, ancak aile geçmişi, iş uyumu, tedaviye uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeğinde bu çalışmada daha düşük skorlar, yani daha sorunsuz hasta profiline yakın bulgular elde edilirken, mali durum ve nöbetlere uyum ölçeklerinde daha yüksek skorlar, sorun yaşayan hasta profili elde edilmiştir (Tablo-12).

Her iki çalışmada da en yüksek skor duygusal uyum ölçeğinden alınmış ve hastaların bu konuda belirgin problemler yaşadığı belirlenmiştir. Genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeğinde de her iki çalışmanın hastalarında belirgin problemler olduğu anlaşılmaktadır (Tablo-12).

Tablo 13: Dodrill ve ark. ile benim çalışmamın demografik özelliklerinin ve Washington Psikososyal Nöbet Ölçek (WPNÖ) alt ölçeklerinin karşılaştırmaları

| | Dodrill ve ark.1978 | Profil | İpek 2013 | Profil |
|----------------------------|---------------------|-----------|--------------|-----------|
| | Ortalama±SS | | Ortalama±SS | |
| Yaş | 26.20±9.02 | | 34.04±12.27 | |
| Epilepsi süresi | 15.73± 10.85 | | 11.40± 10.50 | |
| Başlangıç yaşı | 13.67± 9.72 | | 22.40± 13.90 | |
| Klinik alt ölçekler | | | | |
| <i>Aile geçmişi</i> | 2.72± 2.39 | 2. profil | 1.96± 1.75 | 1. profil |
| <i>Duygusal uyum</i> | 14.95± 8.21 | 3.profil | 14.26± 7.03 | 3. profil |
| <i>Kişiler arası uyum</i> | 7.30± 5.49 | 3. profil | 7.20± 4.47 | 3. profil |
| <i>İş uyumu</i> | 5.77± 3.59 | 3. profil | 4.84± 2.96 | 2. profil |
| <i>Mali durum</i> | 2.82± 2.41 | 3. profil | 3.35± 2.43 | 3. profil |
| <i>Nöbetlere uyum</i> | 5.91± 4.16 | 3. profil | 6.70± 3.96 | 3. profil |

| | | | | |
|--------------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| <i>Tedaviye uyum</i> | 2.30± 1.79 | 2. profil | 1.83± 1.65 | 2. profil |
| <i>Genel psikososyal fonk.</i> | 22.50± 13.15 | 3. profil | 20.31± 11.51 | 3. profil |
| Güvenilirlik ölçekleri | | | | |
| <i>Boş bırakılan sorular</i> | 1.44± 2.24 | | 2.23± 3.04 | |
| <i>Yalan</i> | 2.16± 1.89 | | 3.51± 1.60 | |
| <i>Nadir verilen cevaplar</i> | 2.04± 1.43 | | 1.99± 1.20 | |



Şekil 13: Dodrill ve ark.(mavi renk) ile benim çalışmamın (kırmızı renk) Washington Psikososyal Nöbet Ölçek profilleri

Türkiye’de epilepsi hastalarında WPNÖ ile değerlendirmenin yapıldığı iki çalışma vardır. Bu çalışmaların sonuçları aşağıdaki tabloda karşılaştırmalı olarak verilmiştir.

Tablo 14: Türkiye’ de yapılan çalışmaların karşılaştırmaları

| Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği | İpek 2013 | Mısırlı ve ark. 1999 | Özkara ve ark. 1999 |
|-------------------------------------|-----------|----------------------|---------------------|
| Klinik ölçekler | Ortalama | Ortalama | Ortalama |
| <i>Aile geçmişi</i> | 1.96 | 2.53 | 3.00 |
| <i>Duygusal uyum</i> | 14.26 | 12.39 | 13.90 |
| <i>Kişiler arası uyum</i> | 7.20 | 6.24 | 8.18 |
| <i>İş uyumu</i> | 4.84 | 4.43 | 5.53 |
| <i>Mali durum</i> | 3.35 | 3.17 | 3.84 |
| <i>Nöbetlere uyum</i> | 6.70 | 6.48 | 5.94 |
| <i>Tedaviye uyum</i> | 1.83 | 1.65 | 1.92 |
| <i>Genel psikososyal fonk.</i> | 20.31 | 18.19 | 21.30 |
| Güvenilirlik ölçekleri | | | |
| <i>Boş bırakılan sorular</i> | 2.23 | 1.14 | 1.59 |
| <i>Yalan</i> | 3.51 | 3.75 | 4.19 |
| <i>Nadir verilen cevaplar</i> | 1.99 | 2.36 | 3.15 |

Bu çalışmanın Türkiye’ de yapılan diğer çalışmalara göre en önemli farkı hasta sayısının çok daha fazla olmasıdır. Çalışmamda 249 hastadan 189’u değerlendirilmeye alınırken diğer çalışmalardan birinde 51 hastadan 41’i ve diğerinde ise 51’ i çalışmada değerlendirilmiştir. Bu üç çalışmanın WPNÖ sonuçları karşılaştırıldığında, benim çalışmamda aile geçmişi açısından hastalar daha sorunsuzken, duygusal durum ve nöbetlere uyum açısından ise daha fazla sorun

yaşadıkları tespit edilmiştir. Diğer WPNÖ alt ölçeklerinde her iki çalışmada elde edilen değerlere yakın değerler elde edilmiştir.

Bu çalışmada boş bırakılan sorular ölçeğinde daha yüksek skor saptanırken, yalan ve nadir verilen cevaplar ölçeğinde diğer çalışmalardan daha düşük skor elde edilmiştir. Bu da benim çalışmamda sorulara daha tutarlı ve dürüst yanıt verildiği kanısını oluşturmuştur.

Çalışmamda eğitim durumlarına göre WPNÖ klinik alt ölçek değerleri karşılaştırıldığında eğitim düzeyi arttıkça birçok alt ölçekte problem yaşama oranının düştüğü, eğitim seviyesi azaldıkça özellikle duygusal durum, kişiler arası uyum, iş uyumu, nöbetlere uyum ve genel psikososyal fonksiyonlar açısından belirgin sorunlar yaşandığı tespit edilmiştir. Bir başka deyişle, eğitim düzeyi arttıkça psikososyal fonksiyonlara uyum daha kolay olmaktadır. Mısırlı ve ark. (7)' nın yaptıkları çalışmada da benzer şekilde ilkokul ile üniversite mezunları arasında “aile geçmişi”, “kişilerarası ilişkiler” ve “nöbetlere uyum” açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Öğrenim durumu yükseldikçe hasta grubundaki WPNÖ skorları da olumlu düzeyler göstermiştir. Özkara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 8 yıl ya da daha uzun süre eğitim görmüş olan epilepsi hastalarının 8 alt ölçeğin ikisinde, mali durum ve iş uyumunda, daha düşük skorları olduğu, daha sorunsuz hasta profiline kaydığı saptanmıştır (9). Dodrill ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, öğrenim durumlarının iş uyumu ve mali durum ile ilişkili olabileceği bulunmuştur (116). Bu çalışmada artan eğitim seviyesiyle birlikte hastaların diğer çalışmalarla benzer şekilde, ancak daha fazla alt ölçekte (8 alt ölçeğin 5'inde), sorunsuz hasta profilinde olması hasta sayısının daha fazla olmasıyla ilgili olabilir.

Çalışmamda, hastaların son bir yıldaki nöbet sıklıklarına göre klinik alt ölçekler karşılaştırıldığında, son bir yılda nöbetsiz olan grup ile ayda birden daha seyrek nöbeti olan grup arasında 8 alt ölçeğin 5'inde (duygusal durum, kişiler arası uyum, nöbetlere uyum, tedaviye uyum, genel psikososyal fonksiyonlar) belirgin farklılık saptanmıştır. Son bir yılda nöbeti olmayan grup ile ayda birden fazla nöbeti olan grup arasında da benzer şekilde mali durum hariç tüm alt skorlarda belirgin fark saptanmıştır. Bir diğer deyişle, nöbet geçirmemek, hatta sıklığının azalması dahi psikososyal açıdan daha az problemle ilişkili bulunmuştur

Özkara ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada son bir yılda nöbetleri remisyona girenler ile kontrolsüz nöbetleri olanlar karşılaştırılmış, kontrolsüz nöbetleri olanların daha yüksek skorları olduğu, daha sorunlu hasta profiline uyduğu saptanmıştır (9).

Nöbet sıklığının yaşam kalitesi ve psikososyal alanda önemli negatif etkiye sahip olduğu 2008 yılında McLaughlin ve ark. tarafından da saptanmıştır. Bu çalışmada 65 yaş üzeri 64 epilepsi hastası ve kontrol grubu üzerinde QOLIE-31 ve WPNÖ uygulanmış, damgalanma ve nöbet sıklığının yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır. Her iki testte de kontrol grubuna göre düşük psikososyal iyilik hali ve duygusal ölçümlerde genç insanlara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan çalışmada nöbet geçirme korkusu ve endişesinin nöbetin kendisinden daha çok aktiviteleri ve yaşam kalitesini azalttığı tesbit edilmiştir (73).

Mollaoğlu ve ark.'nın Türkiye' de epilepsi hastalarının yaşam kalitesini değerlendirdiği bir çalışmada da nöbet sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir (113). Ayda birden fazla nöbet geçirenlerin yaşam kalitesi, son bir yıl içinde nöbet geçirmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Nöbet sıklığı fazla olan hastalarda yaşam kalitesinin her üç boyutunda (fiziksel, sosyal, duygusal) nöbet sıklığı az olanlara göre daha çok etkilendiği ve bu hastaların daha çok sosyal dışlanma yaşadıkları saptanmıştır (113). Jacoby ve ark., son bir yılda nöbet geçirmeyen veya nöbet sıklığı az olanlarda, nöbet sıklığı fazla olanlara göre psikososyal problemlerin daha az görüldüğünü bildirmişlerdir. Devinsky ve ark.'nın QOLIE-89 ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, nöbet sıklığı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü; nöbet sıklığı fazla olan hastalarda ölçeğin tüm altgrup puanlarının nöbet sıklığı az olanlara göre düşük çıktığı bildirilmiştir (113).

Çalışmamda hastaların aldıkları tedaviye göre klinik alt ölçekleri karşılaştırıldığında, aile geçmişi, mali durum ve tedaviye uyum açısından belirgin bir fark olmamakla birlikte politerapi uygulanan epilepsi hastalarında monoterapi alanlara göre 8 alanın 5' inde (duygusal uyum, kişilerarası ilişkiler, iş uyumu, nöbetlere uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeklerinde) daha fazla problem yaşadığı tespit edilmiştir. Mısırlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada monoterapi alanlar ve politerapi alanlar arasında WPNÖ alt ölçeklerinde

anlamli farklilik saptanmamıştır (7). Politerapi alan hastaların aynı zamanda nöbet sıklığı da fazla olan hastalar olabileceği de göz önüne alındığında, alt ölçeklerde tespit edilen sorunlu hasta profilinin sadece ilaçlarla ilişkili olmayabileceği de dikkate alınmalıdır. Yine de temel prensip olarak antiepileptik tedavi düzenlenirken hastaya en uygun medikal tedavi seçilmeli, monoterapi ile nöbet kontrolü sağlanmaya çalışılmalı, antiepileptiklerin bilişsel etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Politerapinin maddi yükünden, olumsuz ilaç etkileşiminden hastayı mümkün olduğunca uzak tutmalıdır.

Mısırlı ve ark.(7)' nın çalışmasında erkeklerin nöbetlere daha iyi uyum sağladığı tespit edilirken diğer alt ölçeklerde kadın ve erkek cinsiyetleri arasında anlamli farklilik bulunmamıştır. Bu çalışmada da benzer şekilde kadınların nöbet uyumu alt ölçeğinde (WPNÖ ort. 7.13) erkeklerden (WPNÖ ort. 6.31) daha yüksek puan alarak nöbetlere uyumda daha fazla zorlandıkları tespit edilmiştir. Ek olarak mali durum ölçeğinde erkeklerin kadınlardan daha çok problemle karşılaştığı saptanmıştır.

Benim çalışmamda mesleki gruplar arasında anlamli farklilik saptanmamış olup Mısırlı ve ark. tarafından yapılan çalışmada da çalışan ve çalışmayan hastalar arasında WPNÖ ölçekleri açısından fark bulunmamıştır (7). Özkara ve ark.' nın çalışmasında gelir düzeyi düşük ve yüksek olanlar karşılaştırılmış, gelir düzeyi düşük olanların kişiler arası ilişkilerde daha sorunlu olduğu, gelir düzeyi yüksek olanların iş uyumu skorunda daha fazla sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Epilepsili hastaların iş bulamama veya kapasitelerinin altında bir işte çalışma gibi çeşitli zorluklar yaşadıkları yadsınamaz bir gerçektir (117). Daha iyi sosyo-ekonomik durum bazı güçlükleri aşmakta pozitif etki sağlayabilir, ancak bu hiçbir zaman epilepsiyle ilgili diğer alanlardaki streslerin olmayacağı anlamına gelmemektedir.

Çalışmamda hastalığın başlangıç yaşı açısından WPNÖ klinik alt ölçekleri karşılaştırıldığında duygusal uyum , kişilerarası ilişkiler, iş uyumu ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeklerinde istatistiksel olarak çok zayıf bir ilişki ortaya konmuştur. Daha geç yaşta epilepsiye yakalananların duygusal uyumu, kişiler arası ilişkileri, iş hayatına uyumu ve genel psikososyal fonksiyonlara uyumu daha kolay olmaktadır. Mısırlı ve ark.' nın çalışmasında nöbetleri erken

yaşta başlayanların, daha geç yaşta başlayanlara göre nöbetlere daha kötü uyum gösterdikleri saptanmıştır.

Bu çalışmada hastalık süresi ile WPNÖ klinik alt ölçekleri karşılaştırıldığında iş uyumu, nöbetlere uyum ölçeklerinde istatistiksel olarak çok zayıf bir ilişki ortaya konmuştur. Epilepsi süresi arttıkça iş uyumu ve nöbetlere uyum daha zor olmaktadır. Mısırlı ve ark.'nın çalışmasına göre hastalık süresi uzadıkça yaşam kalitesi düşmekte; hastalar bağımsızlıklarını, sosyal durum ve işlerini, güven ve gelecek planlama arzularını kaybetmektedirler. Mollaoğlu ve ark.'nın çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (113).

Bu çalışmada nöbet tipleri açısından WPNÖ alt skorları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Mısırlı ve ark. tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuç elde edilmiş olup nöbet tipi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (7). Bunun nedeni WPNÖ'nin, davranış özelliklerinden çok psikososyal sorunların belirlenmesine yönelik bir ölçek olması olabilir. Gülbahar ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada kompleks parsiyel nöbet ve jeneralize tonik klonik nöbet geçiren epilepsi hastalarının depresyon ve anksiyete belirti düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında nöbet tipine göre anksiyete ve depresyon ölçekleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır (118). Mollaoğlu ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada jeneralize tonik-klonik nöbet geçirenlerin daha çok acı çektikleri, işe gitme ve diğer sosyal işlevlerinin, dikkat ve konsantrasyonlarının daha çok etkilendiği; kendilerini daha yorgun hissettikleri, nöbetlerle ilgili daha çok endişe duydukları, daha çok hafıza ve konuşma problemi yaşadıkları, anti-epileptiklerin yan etkilerine daha açık oldukları ve daha az sosyal destek alarak, daha çok sosyal dışlanma yaşadıkları belirlenmiş; ancak nöbet tipi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (113).

WPNÖ'nin tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir ölçek olması sayesinde farklı ülkelerdeki epilepsi hastalarının psikososyal durumları da karşılaştırılabilmektedir. Dodrill ve ark. tarafından yapılan çok merkezli başka bir çalışmada dört ülkedeki epilepsi hastalarına WPNÖ uygulanmış ve sonuçları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya A.B.D.'den 127, Kanada'dan 100, Finlandiya'dan

84, Almanya' dan 100 hasta katılmıştır. Hasta profilinde en yüksek skor duygusal uyumda ikinci en yüksek skor nöbetlere uyumda saptanmıştır, en düşük skor aile geçmişinde ikinci en düşük skor tedaviye uyum ölçeğinde saptanmıştır (119). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (Tablo 14). Profil formunda çizgilerin hemen hemen birbirine paralel olduğu görülmekte, en düşükten yükseğe doğru; Almanya, Finlandiya, Kanada ve A.B.D. bulunmaktadır.

Duygusal durum depresyonu, aksiyeteyi, suçluluk duygularını, seksüel problemleri, somatik şikayetleri içermektedir. Nöbetlerle yaşam; her an nöbet geçirme korkusunu, nöbetlere kızgınlığı ve diğer insanların onu nöbet geçirirken göreceği korkusunu da beraberinde getirmektedir. Profillerdeki bu paralellik bazı psikososyal problemlerin dünyanın çeşitli bölgelerinde benzer olabileceğini göstermektedir. WPNÖ yalan skalası büyük bir indikatör görevi görmekte olup bu skaladan yüksek skor alanlar elimine edilmektedir. Soruların orijinal olarak sorulduğu gruplardan farklı olarak çevirilen testlerde ince anlam farklılıkları olmakla beraber bu durum önemli bir fark oluşturmamaktadır. Ancak kültürler arası farklılıklar WPNÖ'ye yalan ölçeğinin yüksekliği ve karşılaştırmada istatistiksel anlamlılık olarak yansıyabilir. Değişik hasta grupları psikososyal problemlerini bu kültürel farklılıktan dolayı tam olarak yansıtmayabilir. A.B.D. ve Kanada benzer coğrafya üzerinde, birbirine yakın kültürel karakterdedir. Nitekim bu çalışmada A.B.D.'li ve Kanadalı hasta gruplarının ortalama WPNÖ profillerinin benzerliği, kültürel faktörlerin varlığını desteklemektedir. Bireysel olarak soruları tam anlayamama, konfüzyon hali, ilaç yan etkileri veya epilepsiye yol açan serebral organik lezyonlar sonucu 'yalan ölçeği' yüksek bulunabilir.

Bu çalışmalara ek olarak 2000 yılında Hollanda' da, 1994 yılında Japonya' da, 1992 yılında Şili' de WPNÖ kullanılarak yapılmış çalışmalar mevcuttur. Benzer şekilde Macaristan, Fransa gibi birçok ülkede WPNÖ, epilepsinin psikososyal alandaki etkisini değerlendirmede araştırmalarda yerini almıştır. Bu çalışmanın sonuçları ile diğer ülkelerde elde edilen sonuçlar karşılaştırmalı olarak Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 15: Çalışmam ile 7 ülkedeki çalışmaların karşılaştırılması

| WPNÖ Ölçekleri | Türkiye | Almanya | Finlandiya | Kanada | USA | Şili | Jaonya | Hollanda |
|--------------------------------|---------|---------|------------|--------|-------|------|--------|----------|
| Klinik ölçekler | | | | | | | | |
| <i>Aile geçmişi</i> | 1.96 | 1.64 | 2.04 | 2.29 | 2.72 | 3.6 | 1.5 | 2.6 |
| <i>Duyusal uyum</i> | 14.26 | 8.20 | 11.70 | 13.08 | 14.95 | 16.3 | 8.8 | 12.4 |
| <i>Kişiler arası uyum</i> | 7.20 | 3.22 | 5.39 | 5.80 | 7.30 | 10.1 | 5.6 | 5.8 |
| <i>İş uyumu</i> | 4.84 | 2.43 | 3.48 | 5.20 | 5.77 | 7.1 | 3.4 | 5.7 |
| <i>Mali durum</i> | 3.35 | 0.83 | 1.94 | 2.29 | 2.82 | 4.9 | 2.6 | 2.0 |
| <i>Nöbetlere uyum</i> | 6.70 | 3.32 | 5.44 | 5.75 | 5.91 | 7.5 | 5.5 | 5.3 |
| <i>Tedaviye uyum</i> | 1.83 | 1.03 | 1.38 | 1.96 | 2.30 | 2.8 | 1.6 | 1.7 |
| <i>Genel psikososyal fonk.</i> | 20.31 | 11.12 | 15.12 | 18.83 | 22.50 | 28.0 | 18.9 | 18.7 |
| Güvenilirlik ölçekleri | | | | | | | | |
| <i>Boş bırakılan sorular</i> | 2.23 | 0.03 | 1.62 | 1.40 | 1.44 | 0.3 | 2.3 | 0.0 |
| <i>Yalan</i> | 3.51 | 4.34 | 2.54 | 2.84 | 2.04 | 3.4 | 4.4 | 3.7 |
| <i>Nadir verilen cevaplar</i> | 1.99 | 2.87 | 1.33 | 1.62 | 2.16 | 4.0 | 2.9 | 2.8 |

Buna göre, hasta gruplarının ortalama WPNÖ ölçek skorları ve profilleri incelendiğinde en yüksek değerlerin Şili' li hasta grubu tarafından elde edildiği ve psikososyal problemlerin bu ülkede daha ağır yaşandığı sonucuna varılabilir. En düşük değerler genelde Almanya'da saptanmıştır. Türkiye'nin skorları diğer ülkelerle kıyaslandığında duygusal durum, kişiler arası uyum, mali durum, nöbete uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesinde yüksek skorlu 3 ülkeden biri olduğumuz göze çarpmaktadır ki bu da ülkemizde epilepsi hastalarında ne denli fazla psikososyal sorunlar yaşandığını göstermektedir.

Dodrill ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada hastaların yaş ortalamalarının ve epilepsi sürelerinin psikososyal problemleri algılamada önemli olduğu belirtilmiştir (120). Almanya'dan elde edilen sonuçlara göre genç hastalarda alt ölçek skorlarının daha düşük olduğu saptanmış olup daha az problem yaşadıkları belirtilmiştir. Benim çalışmamda ise tedaviye uyum ölçeğinde çok zayıf negatif bir ilişki ortaya konmuştur. Yaş arttıkça tedaviye uyum profilindeki skor küçülmekte bu da tedaviye daha iyi uyum olduğunu, daha az problem yaşandığını göstermektedir.

Dodrill ve ark. tarafından dört ülkede yapılan çalışmada nöbet tiplerinin karşılaştırılmasında anlamlı sonuç elde edilmemiş olup benim çalışmamda da; parsiyel ve jeneralize epilepsi tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (119).

2007 yılında Avusturalya'da yapılan, 60 yaş üzeri epilepsi hastalarına WPNÖ ve QOLIE-31 testi uygulanan bir çalışmada hem yaşam kalitesi ölçeğinin tüm skalalarında kontrol grubuna göre daha düşük yaşam kalitesi saptanmış, hem de WPSI'de duygusal uyum, iş uyumu, mali durum, genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeklerinde yüksek skorlar elde edilmiştir (73). Bu sonuçlar psikososyal fonksiyonlarda gerilemeye işaret etmekle birlikte her iki testte de duygusal uyumun önemine dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra epilepsi hastalarında eşlik eden depresyon veya diğer psikiyatrik bozuklukların da bu skalayı etkileyebileceği düşünülmektedir (73). Epilepsi hastalarında depresyon en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk olup genel nüfusa göre major depresyon, epilepsisi olan insanlar arasında daha yüksek oranda saptanmaktadır (120). Epilepsi ve eşlik eden komorbid psikiyatrik hastalıklar fiziksel faktörler, enerji, hafıza, duygusal iyilik hali ve genel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (120).

Neze ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada çalışmaya alınan epilepsi hastalarına direkt olarak sorulmadığı takdirde psikiyatrik sorunlarını belirtmedikleri saptanmış, bunun yaşam kalitesini bozan ve tedavi mâliyetini arttıran bir durum olduğu belirtilmiştir (120). Ayrıca epilepsi hastalarında özellikle postiktal depresyon durumunda özkıyım girişimlerinin sık olduğu bilinmektedir. Bu nedenle epilepsi polikliniğine başvuran hastalar ile ayrıntılı psikiyatrik görüşme yapılması ve tespit

edilen psikiyatrik bozukluklarının tedavisi, hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde arttıracığı gibi, yaşam sürelerini de uzatacaktır (121).

Epilepsi hastalarında bilişsel davranışçı terapi (BDT)'nin nöbet sıklığına, depresyonu azaltmaya ve psikososyal işlevlere etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; BDT öncesinde ve sonrasında WPNÖ ve diğer testler uygulanmıştır. Kontrol grubu ile terapi uygulanan grup karşılaştırıldığında terapi grubunda nöbet sıklığının önemli ölçüde azaldığı, buna ek olarak, depresyon ve psikososyal işlevsellikte önemli gelişmeler olduğu saptanmıştır (122). Epilepside sık nöbetler, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarda kötü sonuçlar ile ilişkili bulunmuştur. Terapi sonrası WPNÖ'nde nöbete uyum ve genel psikososyal fonksiyonlar ölçeklerinde önemli gelişmeler kaydedilmiş olup, bu çalışmada nöbet kontrolü ile bağlantılı olarak psikososyal iyilik halinin ve epilepsiye uyumun arttığı ortaya çıkmaktadır (122).

Epilepsili hastaların yönetiminde psikososyal ve tedavi uyumuyla ilgili sorunların yanı sıra ailelerin de bu durumdan etkilendiği göz önünde bulundurulmalı ve tüm aile bireylerinin ruh sağlığını korumaya yönelik önleyici yöntemler geliştirilmelidir. Farklı disiplinlerden uzman kişilerle yürütülecek sosyal ve psikiyatrik desteği sağlamaya amaçlayan eğitim programları ile ailelerin mevcut hastalıkla başa çıkmasına ve farkındalıklarının artmasına yardımcı olunabilecektir.

Aile desteğinin yanı sıra uygun antiepileptik ilaç tedavisinin nöbet kontrolünde yetersiz kaldığı düşünülüyorsa, antiepileptik ilaçların yanında psikolojik yaklaşımlar (relaksasyon, kognitif davranışsal terapi, biofeedback) hayat kalitesini artırabilir. Biofeedback ve relaksasyon (gevşeme) teknikleri epilepsi olgularında ortaya çıkan depresyonda olduğu kadar nöbet kontrolünde de etkilidir. Psikolojik yaklaşımlar (relaksasyon, kognitif davranışsal terapi, biofeedback) ve psikoterapi, ilaca dirençli epilepsi de kullanılabilir gibi epilepsili olguların depresyonunda, özellikle duygudurum değişikliklerinin psikososyal nedenleri ve damgalanmanın işlenmesi yönünden çok önemlidir (104).

Pearls depresyon önleme programı epileptik olgularla yürütülen, psikiyatrik konsültasyon, problem çözme terapisi ve davranış aktivasyonu bileşenlerini içeren bir programdır. Yapılan çalışmalarda bu programa dahil olan olgularda depresyon şiddeti daha düşük, özkıyım düşünceleri daha az sıklıkta saptanmıştır. Buna göre

depresyona yönelik psikososyal girişimler özkıyım yönünden de olumlu sonuçlar vermektedir (123).

Klinik açıdan nöbetlerin kontrol edilebilir olduğu zamanlarda dahi gerek hastalarda gerekse ailelerinde baş edilmesi güç sosyal ve psikolojik sorunlar mevcuttur. Bu sorunlar, “geniş kapsamlı epilepsi merkezleri” (Comprehensive Epilepsy Center) adı altında yapılan kurumalarda, hem tıbbi hem de her türlü sosyal sorunlarında yardımcı olabilecek elemanlar aracılığıyla çok yönlü ve multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Gelişmiş ülkelerde uzun yıllardan beri bulunan bu tip kurumlarda, tedavi için yatırılmış olan hastaların eğitimlerinin geri kalmaması için, bir öğretmen tarafından merkezde kaldıkları sürede düzeylerine uygun eğitim ve öğretime devam edilmekte; sosyal çalışma uzmanları hastalara çalışabilecekleri işler, ehliyet, askerlik, spor vs. gibi konularda bilgi verip yardımcı olmakta; psikologlar psikolojik açıdan destek olurken, epilepsi hemşireleri hastalıkla ilgili her konuda hasta ve ailelerini aydınlatmakta, ilaçlarını kullanmak, kontrollerine gelmek, hekimle bağlantıyı sağlamak, tetkiklerini yaptırmak ve düzenlemek konusunda yardımcı olmaktadır. Hekim olarak hasta öncelikle epilepsi konusunda uzmanlaşmış nörologlar tarafından izlense de, hastaların çoğunda rastlanan psikiyatrik sorunlar açısından psikiyatri uzmanı, bilişsel işlevlerini izlemek ve terapide yardımcı olmak amacıyla nöropsikolog da tedaviye katılmaktadır (124).

Cerrahiye uygun hastalar cerrahiye yönlendirilirken, cerrahiye uygun olmayan hastalar için diyet tedavileri, davranış tedavileri uygulanmaktadır. Bu yöntemler için konuya hâkim diyetisyenler, klinik psikologlar da ekibin içinde bulunmaktadır (124).

Benzer tedavi merkezlerinin ülkemizde de oluşturulması ve yaygınlaştırılması epilepsi ile yaşamı barıştırma yolunda olumlu bir adım olacaktır.

Epilepsi ve psikososyal faktörler alanındaki çalışmalar halen devam etmektedir. Epilepsi tanılı bireylerde ruhsal bozuklukların özellikleri ve psikososyal yaşam kalitesine yönelik tedavi yaklaşımları gelecekte yapılacak çalışmalarla daha da aydınlanacaktır.

Bu çalışma Türkiye’ de epilepsi hastalarının psikososyal durumunu belirlemeye yönelik yapılmış en geniş hasta katımlı çalışmadır. Epilepsi hastalarında psikososyal açıdan duygusal uyum, kişilerarası uyum, iş uyumu, nöbete uyum ve genel psikososyal işlevler eğitim düzeyinin düşük olmasından, hastalık

gereksinimlerin sağlanması yanı sıra epilepsili yetişkin bireylerin hastalık hakkında bilgi düzeyleri, hastalığı algılayış şekli, tedaviye uyumu etkileyen faktörler değerlendirilerek, hastalarının ve ailelerinin gereksinimleri planlanmalıdır. Bunun için öncelikle sağlık profesyonellerinin, toplumun, hasta ailesi ve yakınlarının epilepsi hastalarının yaşadığı sorunları tanıyabilmesi ve başa çıkma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Bu amaçla, hastalar, aileler ve sağlık çalışanları arasında sıkı bir işbirliğinin yanı sıra bu tip hizmetlere zemin hazırlayacak kurumsal yapılanma şarttır. Gelişmiş ülkelerde uzun yıllardan beri bulunan “kapsamlı epilepsi merkezi” tarzında kurumların ülkemiz şartlarına uygun şekilde yapılarak epilepsi hastasına ve ailesine multidisipliner bir organizasyonla hizmet vermesi epilepsi hastalarının en iyi tıbbi ve cerrahi tedaviyi almasını sağlayacağı gibi psikososyal, mesleki uyum sorunlarının giderilmesinde, sosyal izolasyondan ve damgalanmadan korunmasında ve yaşam kalitesinin arttırılmasında çok büyük katkıları olacaktır.

SONUÇ

Kronik bir hastalık olan epilepsi kişinin yaşam kalitesini bozan psikososyal problemleri de beraberinde getirir. Bu problemlerin , hasta kadar sağlık çalışanları tarafından da anlaşılması önemlidir. Hastalıklar ve fiziksel etkilerini tedavinin yanı sıra hastalık sürecinde, hastanın psikojik ve sosyal problemlerini anlamak, çözmeye çalışmak hekimin görevleri arasında olmalıdır.

Bu çalışmada epilepsi hastalarının yaşam kalitesini bozan psikososyal problemlerin ve seviyelerinin tesbitinde, 1978 yılında geliştirilmiş olan Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği (WPNÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek ile ülkemizdeki epilepsi hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlar saptanmış ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla karşılaştırılarak benzerlikler ve farklılıklar tartışılmıştır.

Çalışmaya 249 hasta dahil edilmiştir; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, eğitim durumu, hastalık süresi, epilepsi başlangıç yaşı, nöbet tipi, nöbet sıklığı, aldığı tedavi açısından WPNÖ profilleri ve ölçekleri karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda;

Kadın ve erkek hasta grupları arasında mali durum ölçeğinde,

İlkokul ile lise mezunları arasında iş uyumu ölçeğinde ,

İlkokul ve üniversite mezunları arasında duygusal durum, kişiler arası uyum, iş uyumu, nöbetlere uyum, genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeklerinde,

Ortaokul ve üniversite mezunları arasında ise kişiler arası uyum ölçeğinde,

Son bir yılda nöbetsiz olan grup ile ayda birden daha seyrek nöbeti olan grup arasında 8 alt ölçeğin 5'inde (duygusal durum, kişiler arası uyum, nöbetlere uyum, tedaviye uyum, genel psikososyal fonksiyonlar) ,

Son bir yılda nöbeti olmayan grup ile ayda birden fazla nöbeti olan grup arasında da benzer şekilde mali durum hariç tüm alt skalalarda,

Ayda birden daha seyrek ve ayda birden fazla nöbet geçiren grubun klinik ölçeklerden aldıkları skorlar karşılaştırıldığı zaman, iş uyumu ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeklerinde,

Politerapi uygulanan epilepsi hastalarında monoterapi alanlara göre 8 alanın 5'inde (duygusal uyum, kişilerarası ilişkiler, iş uyumu, nöbetlere uyum ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeklerinde) istatistiki olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Hastanın yaşı ile tedaviye uyum ölçeğinde, hastalığın başlangıç yaşı ile duygusal uyumu, kişiler arası ilişkiler, iş uyumu ve genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeklerinde istatistiki olarak anlamlı çok zayıf negatif bir ilişki ortaya konmuştur. Epilepsi süresi ile iş uyumu ve nöbetlere uyum ölçeklerinde çok zayıf bir bağıntı saptanmıştır.

Epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin ve psikososyal sağlığının; hastaların eğitim düzeyinin düşük olmasından, nöbetlerin sıklığından ve politerapiden olumsuz yönde belirgin olarak etkilendiği saptanmıştır. Ayrıca çalışmamda WPNÖ'nde elde edilen skorların Almanya, Japonya ve Finlandiya gibi gelişmiş birçok ülkeye göre yüksek saptandığı, psikosyal alanda daha belirgin problemlerin yaşandığı tespit edilmiş olup ülkemizde epilepsi hastalarının tedavisinin daha multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiği vurgulanmıştır.

Bu çalışma Türkiye'de epilepsi hastalarının psikososyal durumunu belirlemeye yönelik yapılmış geniş kapsamlı bir çalışmadır. Ülkemizde epilepsi hastalarının problemlerinin tanınması, düzeylerinin belirlenmesi, bu problemlerin çözülmesi için öncelikle sağlık personelinin, toplumun, hasta ailesi ve yakınlarının bilinçlendirilmesi, bu tip hizmetlere zemin hazırlayacak kurumsal yapılanmanın oluşturulması planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Raguraman J, Wadoo O. Unravelling the psychological shadows of epilepsy. JK- Practitioner 2006; 13: 248-250.
2. Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2001; 42 (9): 1160-1168.
3. Oto R, Apak İ, Arslan S, Yavavlı A, Altındağ A, Karaca EE. Epilepsinin psikososyal etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 7: 210-214.
4. Wagner AK, Bungay KM, Kosinski M, Bromfield EB, Ehrenberg BL. The health status of adults with epilepsy compared with that of people without chronic conditions. *Pharmacotherapy* 1996; 16: 1-9.
5. Pramuka M, Hendrickson R, Zinski A, Van Cott AC. A psychosocial self-management program for epilepsy: A randomized pilot study in adults. *Epilepsy & Behavior* (2007); 11: 533–545.
6. 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
7. Mısırlı H. ve ark. Epilepsili olgularda psikososyal problemlerin WPSI ile incelenmesi. *Epilepsi* 2002; 8 (2): 75-86
8. Dodrill CB, Batzel LW, Queisser HR, Temkin NR. An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. *Epilepsia*. 1980 Apr; 21 (2): 123-35
9. Özkara Ç. ve ark. Psychosocial Evaluation of Epileptic Patients with WPSI. *Epilepsi* 1999; 5(3): 124-130.
10. Swinkels WA, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Psychometric Properties of the Dutch Version of the Washington Psychosocial Seizure Inventory. *Epilepsia* 2004; 45 (7): 844–848

11. Chang CH, Gehlert S. The Washington Psychosocial Seizure Inventory (WPSI): psychometric evaluation and future applications. *Seizure* 2003; 12: 261–267
12. Swinkels WAM, Shackleton DP, Kasteleijn DGA. Psychosocial Impact of Epileptic Seizures in a Dutch Epilepsy Population: A Comparative Washington Psychosocial Seizure Inventory Study. *Epilepsia* 2000; 41 (10): 1335-1341
13. Batzel LW, Dodrill CB, Fraser RT. Further validation of the WPSI vocational scale: comparisons with other correlates of employment in epilepsy. *Epilepsia* 1980 Jun; 21 (3): 235-42.
14. Tiberia VA, Froman T. The development and standardization of a Spanish version of the Washington Psychosocial Seizure Inventory. *Epilepsia* 1986 Jan-Feb; 27 (1): 51-4.
15. Blume WT, Luders HO, Mizrahi E, Tassinari C, van Emde BW, 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.
16. Engel J, Chair Jr. Report of the ILAE Classification Core Group. *Epilepsia* 2006; 47 (9): 1558–1568.
17. Panayiotopoulos CP. The new ILAE report on terminology and concepts for organization of epileptic seizures: A clinician's critical view and contribution. *Epilepsia* 2011; 52 (12): 2155–2160.
18. Panayiotopoulos CP. The new ILAE report on terminology and concepts for the organization of epilepsies: Critical review and contribution. *Epilepsia* 2012; 53 (3): 399–404.
19. Lüders HO, Amina S, Baumgartner C, et. all. Modern technology calls for a modern approach to classification of epileptic seizures and the epilepsies. *Epilepsia* 2012; 53 (3): 405–411,
20. 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.

21. Aktekin B, Kayrak N. Epilepsilerde Sınıflandırma Çalışmaları. Bora İ, Naz S, Gürses C. (Editörler) Epilepsi, içinde. Nobel Tıp Kitabevleri. 2008. 89-102
22. Baykan B, Bebek N, Gürses C, Gökyiğit A. Epilepsi. Öge AE, Baykan B. (Editörler) Nöroloji, içinde. Nobel Tıp Kitabevleri 2011; 311-355.
23. Lovenstein D.H. Nöbetler ve Epilepsi. Hauser S. L., Harrison MD. (Editörler) Nöroloji, içinde. Çeviri; Mustafa Çelik, Nobel Tıp Kitabevleri 2009; 187-212
24. Eşkazan E. Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi. Bora İ. Naz S., Gürses C. (Editörler) Epilepsi, içinde. Nobel Tıp Kitabevleri 2008; 3-11
25. Yeni SN. Epilepsi epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri, J Neurol-Special Topics 2008; 1 (2): 9-16.
26. Ozer IJ. Images of epilepsy in literature. *Epilepsia* 1991; 32: 798–809.
27. ILAE Commission Report. The epidemiology of the epilepsies. Future directions. *Epilepsia* 1997; 38 (5): 614-618.
28. Osuntokun BO, Schoenberg BS, Nottidge VA. Research protocol for measuring the prevalence of neurological disorders in developing countries. Result of a pilot study in Nigeria. *Neuroepidemiology* 1982; 1: 143-53.
29. Gracia F, Lao SL, Castillo L, et al. Epidemiology of epilepsy in Guaymi Indians from Boca Del Toro Province, Republic of Panama. *Epilepsia* 1990; 31: 718-23.
30. Placencia M, Shorvon SD, Paredes V, et al. Epileptic seizures in an Andean region of Ecuador: Incidence and prevalence and regional variation. *Brain* 1992; 115: 771-82.
31. De Bittencourt PR, Adamolekun B, Bharucha N et al. Epilepsy in the tropics: I. Epidemiology, socioeconomic risk factors, and etiology. *Epilepsia* 1996; 37: 1121-27.

32. Banerjee PN, Filippi D, Hauser WA. The descriptive epidemiology of epilepsy. *Epilepsy Research* 2009; 85: 31-45.
33. Aziz A, Güvener A, Akhtar KZ. Comparative epidemiology of epilepsy in Pakistan and Turkey: population-based studies using identical protocols. *Epilepsia*, 1997; 38: 716-722.
34. Topalkara K, Akyüz A, Sümer H, ve ark. Sivas il merkezinde tabakalı örneklem ile gerçekleştirilen epilepsi prevalans çalışması. *Epilepsi* 1999; 5: 24-29
35. Önal AE, Tümerdem Y, Öztürk MK, ve ark. Epilepsy prevalence in a rural area in İstanbul. *Seizure* 2002; 11:397-401
36. Aydın A, Ergör A, Ergör G, ve ark. The prevalence of epilepsy amongst school children in İzmir, Turkey. *Seizure* 2002; 11: 392-396
37. Sahin A, Bolayır E, Sümer H, ve ark. Epidemiologic evaluation of epileptic and nonepileptic seizures in Sivas region of middle Anatolia. *Neurol Psych Brain Res*, 2004; 11: 97-102
38. Çalışır N, Bora İ, İrgil E. ve ark. Prevalance of epilepsy in Bursa city center, an urban area of Turkey. *Epilepsia*, 2006; 47: 1691-1699
39. Tekeli H. ve ark. Genç Türk Erkeklerinde Epilepsi Prevalansı. *Epilepsi* 2012; 18 (1): 1-6
40. Kılınçer A, Erdoğan Ç, Ergin A, Acar G, Şahiner T. Denizli il merkezinde epilepsi prevalansı. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2012; 5 (3): 110-114
41. Dogui M, Jallon P, Tamallah JB, et al. Episousse: Incidence of newly presenting seizures in children in the region of Sousse, Tunisia. *Epilepsia* 2003; 44: 1441-44.
42. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. *Epilepsia* 1993 May-Jun; 34 (3): 453-68.

43. Galitto G, Serra S, La Spina P, et al . Prevalence and characteristics of epilepsy in the Aeolian islands. *Epilepsia* 2005; 46: 1828-1836.
44. Osuntokun BO, Adeuja AO, Nottidge VA, Bademosi O, Olumide A, Ige O, et al. Prevalence of the epilepsies in Nigerian Africans: a community-based study. *Epilepsia*. 1987 May-Jun; 28 (3): 272-9.
45. Bharucha NE, Bharuca EP, Bharuca AE, et al. Prevalence of epilepsy in the Parsi community of Bombay. *Epilepsia* 1988; 29: 111-15.
46. Forsgen L. Prospective incidence study and clinical characterization of seizures in newly referred adults. *Epilepsia* 1990; 31: 292-301.
47. 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
48. 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
49. Collings JA, Psychosocial well-being and epilepsy: an empirical study, *Epilepsia* 1990; 31; 418-426.
50. Mensah SA, Beavis JM, Thapar AK, Kerr M. The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006 Feb; 8 (1): 213-219.
51. Kwan P, Brodie MJ. Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. *Lancet* 2001 Jan 20; 357 (9251): 216-222.
52. Uysal S, Ercan T. Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. *Türk Pediatri Arşivi* 2005; 40: 68-71.
53. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978; 87: 49-74.

54. Hermann BP, Trenery MR, Collingan RC. Learned helplessness, attributional style and depression in epilepsy. *Epilepsia* 1996; 37: 680-6.
55. Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2001; 42 (9): 1160-1168.
56. Ellis N, Upton D, Thompson P. Epilepsy and the family: a review of current literature. *Seizure* 2000; 9 (1): 22-30.
57. Thomas SV, Bindu VB. Psychosocial and economic problems of parents of children with epilepsy. *Seizure* 1999; 8 (1): 66-9.
58. Camfield C, Breau L, Camfield P. Assessing the impact of pediatric epilepsy and concomitant behavioral, cognitive, and physical/ neurologic disability: Impact of Childhood Neurologic Disability Scale. *Dev Med and Child* 2003; 45 (3): 152-9.
59. Otero S. Psychopathology and psychological adjustment in children and adolescents with epilepsy. *World J Pediatr* 2009; 5 (1): 12-7.
60. Chapieski L, Brewer V, Evankovich K, Culhane-Shelburne K, Zelman K, Alexander A. Adaptive functioning in children with seizures: Impact of maternal anxiety about epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005; 7: 246–252.
61. Mu PF. Transition experience of parents caring of children with epilepsy: A phenomenological study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 543-551.
62. Galletti F, Sturniolo MG. Counseling children and parents about epilepsy. *Patient Educ Couns* 2004; 55: 422–425.
63. Murray J. Coping with the uncertainty of uncontrolled epilepsy. *Seizure* 1993; 2:167- 178.
64. Spangenberg JJ, Lalkhen N. Children with epilepsy and their families: Psychosocial issues. *SA Fam Pract* 2006; 48: 60-63.

65. Austin JK, Dunn DW, Johnson CS, Perkins SM. Behavioral issues involving children and adolescents with epilepsy and the impact of their families: recent research data. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 33-41.
66. Smith ML, Elliott IM, Lach L. Cognitive, psychosocial, and family function one year after pediatric epilepsy surgery. *Epilepsia* 2004; 45: 650-660.
67. Rodenburg R, Meijer AM, Dekovic M, Aldenkamp AP. Family predictors of psychopathology in children with epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47: 601–614.
68. Hung Anchor TF. Psycho-social impact of epilepsy and issues of stigma. *Medical Bulletin* 2009; 14: 15-17.
69. Plioplys S, Dunn DW, Caplan R. 10-year research update review: psychiatric problems in children with epilepsy. *J Am Acad ChildAdolesc Psychiatry*. 2007; 46: 1389-402
70. Pennell B, Thompson P. Gender-specific psychosocial impact of living with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2009; 15: S20- S25.
71. Trute B, Hiebert-Murphy D. Family adjustment to childhood developmental disability: a measure of parent appraisal of family impacts. *J Pediatr Psychol* 2002; 27: 271-280.
72. Pennell PB. Pregnancy in women who have epilepsy. *Neurol Clin* 2004; 22 (4): 799-820.
73. Taylor J, Baker G, Jacoby A. Levels of epilepsy stigma in an incident population and associated factors, *Epilepsy & Behavior* 2011; 21: 255–260
74. McEwan L, Taylor J, Casswell M, Entwistle R, Jacoby A, Baker GA. et al. Knowledge of and attitudes expressed toward epilepsy by carers of people with epilepsy: A UK perspective. *Epilepsy & Behavior* 2007;11:13-19.
75. Şenol MG, Gün İ, Toğrol E, Olgun N, Saraçoğlu M. Epilepsi hastalarında antiepileptik ilaç tedavisine uyumu etkileyen etmenler. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2009; 11: 21-31.

76. Thacker AK, Verma AM, Ji R, Thacker P, Mishra P. Knowledge awareness and attitude about epilepsy among schoolteachers in India. *Seizure* 2008; 17: 684-90.
77. Chaplin JE, Yepez Lasso R, Shorvon SD et al. National general practice study of epilepsy: the social and psychological effects of a recent diagnosis of epilepsy. *BMJ* 1992, 30: 1416-1418.
78. Chaplin JE, Shorvon SD, Floyd M. et al. Psychosocial factors in chronicity of epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995, 58: 112-113.
79. Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P. et al. The impact of epilepsy from the patient's perspective I. Descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res*, 2000; 41: 39-51.
80. Vivian M.J, Smeets A, Brigitte A.G, Van Lierop B, Jos P.G, Vanhoutvin C, et al. Epilepsy and employment: Literature review. *Epilepsy & Behavior* 2007; 10: 354–362
81. Shackleton DP, Kasteleijn-Nolst Trenite DG, Craen AJ. et al. Living with epilepsy: long-term prognosis and psychosocial outcomes. *Neurology* 2003; 61: 64-70.
82. Deirdre PM, Nancy AP, Ken M. Stigma, seizure frequency and quality of life: Epilepsy in late adulthood *Seizure* 2008; 17: 281- 287
83. Mrabet H, Mrabet A, Zouari B. et al. Health-related quality of life of people with epilepsy compared with a general reference population: a Tunisian study. *Epilepsia*, 2004; 45: 838-843.
84. Santilli N. The spectrum of epilepsy. *Clin. Nurs. Prac. Epilepsy* 1993; 4-7
85. Erkal İ.K. Epilepside yaşam kalitesi belirteçlerinden psikososyal problemlerin, ‘Washington Psikososyal Nöbet Envanteri’ ile incelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 1999.

86. Gaitatzis A, Trimble MR, Sander JW. The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol Scand* 2004 Oct; 110 (4): 207-20.

87. Marco M. Epilepsi ve Depresyon: Klinik Problemler ve Terapötik Yaklaşımlar, *Epilepsi* 2012; 18 (3): 1-8

88. Gandy M, Sharpe L, Perry K. N. Psychosocial predictors of depression and anxiety in patients with epilepsy: A systematic review, *Journal of Affective Disorders* 2012; 140: 222–232

89. Quiske A, Helmstaedter C, Lux S, Elger CE. Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis. *Epilepsy Res* 2000; 39 (2): 121-5.

90. Mula M, Sander JW. Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy. *Drug Saf* 2007; 30 (7): 555-67.

91. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology* 2004; 62 (2): 258-61.

92. Hitiris N, Mohanraj R, Norrie J, Brodie MJ. Mortality in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2007; 10 (3): 363-76.

93. Kulaksızoğlu IB, Özmen M, Epilepsi Cerrahisi Öncesinde Psikiyatrik Değerlendirme, *Epilepsi* 2012; 18 (Ek 1): 30-32

94. Robert Dias et all. Depression in epilepsy is associated with lack of seizure control. *Epilepsy & Behavior* 2010; 19: 445–447

95. Stavrinides P, Constantinidou F, Anastassiou I, Malikides A, Papacostas S. Psychosocial adjustment of epilepsy patients in Cyprus, *Epilepsy & Behavior* 2012; 25: 98-104

96. Ekinci Ö, Toros F. Epilepsi tanılı çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukluklar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2013; 5 (1): 60-77

97. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia* 2007; 48 (12): 2336-44.
98. Ring HA, Moriarty J, Trimble MR. A prospective study of the early postsurgical psychiatric associations of epilepsy surgery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64 (5): 601-4.
99. Jacoby A, Baker GA, Steen N, Potts P, Chadwick DW. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a U.K. Community study. *Epilepsia* 1996; 37 (2): 148-61.
100. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. Ctop. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 9th ed. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editor. Philadelphia, Pa, London: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
101. Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol* 2007; 6 (8): 693-8.
102. Gandy M. et. all. The psychosocial correlates of depressive disorders and suicide risk in people with epilepsy. *Journal of Psychosomatic Research* 2013; 74: 227-232
103. Hecimovic H. et all. Depression but not seizure factors or quality of life predicts suicidality in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2012; 24: 426-429.
104. Kesebir S, Güven S, Koç İ. Epilepsi ve duygudurum bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4 (1): 51-68
105. 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.
106. Stevanovic D. Health-related quality of life in adolescents with wellcontrolled epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2007; 10: 571-5.

107. Jehi L, Tesar G, Obuchowski N, Novak E, Najm I. Quality of life in 1931 adult patients with epilepsy: Seizures do not tell the whole story. *Epilepsy & Behavior* 2011; 22: 723–727
108. Andel J, Westerhuis W, Zijlmans M, Fischer K, Leijten F. S. Coping style and health-related quality of life in caregivers of epilepsy patients. *J Neurol.*2011; 258: 1788–1794.
109. Deirdre P, Mclaughlin A, Nancy A, Pachana B, Ken M. The impact of depression, seizure variables and locus of control on health related quality of life in a community dwelling sample of older adults. *Seizure* 2010; 19: 232–236.
110. Devinsky O. Clinical uses of quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia* 1993; 32 (supply 6): 19-26.
111. Schipper H, Clinch J, Powell V, Definitions and conceptual issues, Quality of life assesments in clinical trials, Newyork, Raven Pres, 1990; 11-24.
112. Jakopy A, Johnson A, Chadwick D. et al, Psychosocial outcomes of antiepileptic drug discontinuatinuation. *Epilepsia* 1992; 33: 1123-1131.
113. Mollaoğlu M, Durna Z, Kazan E. Epilepsili Hastaların Yaşam Kaliteinin QOLIE-89 (Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği) ile Değerlendirilmesi. *Epilepsi* 2001; 7 (3): 73-80
114. Dodrill C. B. *Epilepsy: A Handbook for a Mental Professional ; Psychological assessment in epilepsy.* 1980; 111-132
115. Leone MA. et al. *Epilepsy and quality of life in adults: A review of instruments* *Epilepsy Research* 66 (2005): 23–44
116. Dodrill CB, Breyer DN, Diamond MB, Dubinsky BL, Geary BB, *Psychosocial problems among adults with epilepsy,* *Epilepsia* 1984; 25: 168-175
117. Smeets V.M.J. Lierop B.A.G. Vanhoutvin P.G. Aldenkamp A. P. Nijhuis F.J.N. *Epilepsy and employment: Literature review .* *Epilepsy & Behavior* 2007; 10: 354–362

118. Gülbahar D. S. Kompleks Parsiyel Nöbet ve Jeneralize Tonik-Klonik Nöbet Geçiren Epilepsi Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi Açısından Karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği. 2012

119. Dodrill CB. et.all. Psychosocial problems in adults with epilepsy : Comprasion of findings from four countries. *Epilepsia* 1984; 25 (2): 176-183

120. Reisinger EL, DiIorio C, Individual, seizure-related, and psychosocial predictors of depressive symptoms among people with epilepsy over six months, *Epilepsy & Behavior* 2009; 15: 196–201

121. Neze H. ve ark. Epilepsi Tanısı ile Takip Edilen Kişilerde Psikiyatrik Hastalıklar ve Bunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *New/Yeni Symposium Journal* Temmuz 2009; Cilt 47, Sayı 3

122. Deirdre P. McL. Ken McF. A randomized trial of a group based cognitive behavior therapy program for older adults with epilepsy: the impact on seizure frequency, depression and psychosocial well-being. *J Behav Med.* 2011; 34: 201–207

123. Ciechanowski P, Chaytor N, Miller J, Fraser R, Russo J, Unutzer J et al. PEARLS depression treatment for individuals with epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy Behav* 2010; 19:225-231.

124. Özkara Ç. Epilepsili hastaya ‘geniş kapsamlı’ yaklaşım, Sağlık düşüncesi ve tıp platformu. 2009

EK 1: WASHINGTON PSİKOSOSYAL NÖBET ÖLÇEĞİ (WPNÖ)

- 1-Kendinizi sık sık yorgun hisseder misiniz? EVET HAYIR
- 2-Çocukluğunuzda mutlu muydunuz? EVET HAYIR
- 3-Meslek seçimi için rehberliğe ihtiyaç duyuyor musunuz? EVET HAYIR
- 4-Nöbet geçirdikten sonra insanların sizi beğenmeyeceklerinden veya etrafta istemeyeceklerinden endişeleniyor musunuz? EVET HAYIR
- 5-Yaşadığınız çevreyi seviyor musunuz? EVET HAYIR
- 6-İlaçları almanız gereken saatlerde bunu düzenli olarak almak size zor geliyor mu? EVET HAYIR
- 7-Sosyal toplantılardan hoşlanır mısınız? (Düğünler ve benzeri toplantılar) EVET HAYIR
- 8-Aklınızı kaçırıyor musunuz gibi hissettiğiniz olur mu? EVET HAYIR
- 9-Hayatınız sorunsuz mu? EVET HAYIR
- 10-Cinsel sorunlarınız var mı? EVET HAYIR
- 11-Çoğunlukla açık ve net olarak düşünebiliyor musunuz? EVET HAYIR
- 12-Hiç evden kaçtınız mı? EVET HAYIR
- 13-Nöbetleriniz araba kullanmanızı engelliyor mu? EVET HAYIR
- 14-Çoğunlukla başkaları tarafından kabul edildiğinizi hissediyor musunuz? EVET HAYIR
- 15-Uyumakta sık sık zorluk çeker misiniz? EVET HAYIR
- 16-İş açısından geleceğinizi parlak görüyor musunuz? EVET HAYIR
- 17-Daima neşeli misiniz? EVET HAYIR
- 18-Doktorunuz sağlık sorunlarınızı tamamen anlayabiliyor mu? EVET HAYIR
- 19-Dikkatinizi toplamakta zorluk çekiyor musunuz? EVET HAYIR
- 20-Karar vermekte zorluk çeker misiniz? EVET HAYIR
- 21-Psikolojik danışma için konunun uzmanı birine başvurduğunuz mu? EVET HAYIR
- 22-Genelde depresyonunuzun olmadığını söyleyebilir misin? EVET HAYIR
- 23-Hiç kendinizi gergin veya sıkıntılı hissettiniz mi? EVET HAYIR
- 24-Ailenizle sorunsuz olduğunuzu düşünüyor musunuz? EVET HAYIR

- 25-İyi geçen günleriniz kötü geçenlerden fazla mıdır? EVET HAYIR
- 26-Fırsatınız olsa başka bir yere taşınır mıydınız? EVET HAYIR
- 27-Geleceğiniz konusunda endişe duyuyor musunuz? EVET HAYIR
- 28-Doktorunuz çoğunlukla size istediğiniz kadar zaman ayırıyor mu? EVET
HAYIR
- 29-Oyunda kaybetmekten çok kazanmayı mı tercih edersiniz? EVET
HAYIR
- 30-Nöbetlerinizin yaşantınıza getirdiği kısıtlamaları kabullenebiliyor musunuz?
EVET HAYIR
- 31-Nöbetleriniz olduğu için kızıyor musunuz? EVET HAYIR
- 32-Kullandığınız ilaçlar dış görünüşünüzü etkiliyor mu? EVET HAYIR
- 33-Çoğunlukla işe yaradığınızı düşünür müsünüz? EVET HAYIR
- 34-Nöbetleriniz yüzünden işinizi kaybettiniz mi? EVET HAYIR
- 35-Hiç randevunuza geç kaldınız mı? EVET HAYIR
- 36-Hemen ruhsal tedaviye ihtiyaç duyuyor musunuz? EVET HAYIR
- 38-Yapmak istediklerinizin çoğunu gerçekleştirmeye yetecek kadar paranız var
mı? EVET HAYIR
- 39-Nöbetleriniz olmasa idi başka tür bir işte çalışmak istermiydiniz? EVET
HAYIR
- 40-Aklınızın tamamen kontrolünüzde olduğunu düşünüyor musunuz? EVET
HAYIR
- 41-İnsanlarla olan ilişkilerinizden memnun musunuz? EVET HAYIR
- 42-Uykudan uyandığınızda sıklıkla kendinizi dinlenmiş hisseder misiniz?
EVET HAYIR
- 43-Doktorunuzun size gerçekten insan olarak önem verdiğini düşünüyor
musunuz? EVET HAYIR
- 44-İnsanların çoğunun sahte veya samimiysiz olduğunu hisseder misiniz?
EVET HAYIR
- 45-Bu haliyle hayatınızdan memnun musunuz? EVET HAYIR
- 46-İnsanlarla yeterli günlük ilişkiniz var mı? EVET HAYIR
- 47-Çocukken arkadaş edinmede zorluk çeker miydiniz? EVET HAYIR
- 48-Çoğunlukla gerginlik ve endişeden uzak mısınız? EVET HAYIR

- 49-Güvenebileceğiniz birisi var mı? EVET HAYIR
- 50- Hiç kendiniz için üzüldünüz mü? EVET HAYIR
- 51-Epilepsi hastalığı sizin iş hayatınızdan memnun olmanızı önlüyor mu?
EVET HAYIR
- 52-Açık ve net düşünebilme yeteneğinizi kaybediyor musunuz? EVET
HAYIR
- 53-Doktorunuzlayken kendinizi tamamen rahat hissedebiliyor musunuz? EVET
HAYIR
- 54-Okulda öğretmenleriniz tarafından iyi kabul gördünüz mü? EVET
HAYIR
- 55-Sıklıkla düşüncelerinizden dolayı suçluluk hissine kapılır mısınız? EVET
HAYIR
- 56-Nöbetlerinizden dolayı utanç duymaktan kurtuldunuz mu? EVET
HAYIR
- 57- İnsanlar sıklıkla sizin söylediklerinizi dinlerler mi? EVET HAYIR
- 58-Karşılaştığımız her türlü durumla baş edebilecek güçte misiniz? EVET
HAYIR
- 59-Sizi üzecek veya endişelendirecek cinsel davranışlarınız oldu mu? EVET
HAYIR
- 60-Yaşamınız ilginizi ayakta tutan işlerle dolu mudur? EVET HAYIR
- 61-Genellikle mutlu musunuz ? EVET HAYIR
- 62-İlaç almayı hatırlamakta sıklıkla zorluk çekiyor musunuz? EVET
HAYIR
- 63-Sıklıkla kendinizi huzursuz hissedermisiniz? EVET HAYIR
- 64-Doktorunuzu sever misiniz? EVET HAYIR
- 65-İnsanlar sıklıkla sizi hayal kırıklığına uğrattır mı? EVET HAYIR
- 66-Duygusal yönden kolayca incinir misiniz? EVET HAYIR
- 67-Nöbetleriniz hayatınızı mahvetti mi? EVET HAYIR
- 68-Hiç kendinizi küfür edecekmiş gibi hissettiğiniz oldu mu? EVET
HAYIR
- 69-Yeterince arkadaşınız var mı? EVET HAYIR
- 70-Epilepsi tedavisi için ameliyat oldunuz mu? EVET HAYIR

- 71-Nöbet geçirmeniz iyi bir iş bulmanızı engelliyor mu? EVET HAYIR
- 72-Nöbetlerinizin olabildiğince iyi bir şekilde kontrol altına alındığını düşünüyor musunuz? EVET HAYIR
- 73-İnsanlarla birlikte olmak konusunda zorluk çekiyor musunuz? EVET HAYIR
- 74-Ekonomik olarak kendinizi güvencede hissediyor musunuz? EVET HAYIR
- 75-Kullandığınız ilaçlar görevlerinizi engelliyor mu? EVET HAYIR
- 76-Hiç birisinden hoşlanmadığınız oldu mu? EVET HAYIR
- 77-Sıklıkla ölmüş olmayı ister misiniz? EVET HAYIR
- 78-Yakın bir arkadaşınız var mı? EVET HAYIR
- 79-Nöbet geçirme olasılığınıza rağmen yalnızken kendinizi rahat hissedebilir misiniz? EVET HAYIR
- 80-Kolayca kızdırılabilir misiniz? EVET HAYIR
- 81-Sıklıkla kendinizin aşırı çalıştığını hisseder misiniz? EVET HAYIR
- 82-Şu an ki yaşam koşullarınız sizce yetersiz mi? EVET HAYIR
- 83-Yeterince paranız var mı? EVET HAYIR
- 84-Daima gerçeği söyler misiniz? EVET HAYIR
- 85-Çocukluğunuzda anne ve babanız çok sık kavga eder miydi? EVET HAYIR
- 86-Nöbetleriniz olduğundan dolayı işsiz kaldınız mı? EVET HAYIR
- 87-Yeterince kendinize güveniyor musunuz? EVET HAYIR
- 88-Zaman zaman size yanlış ilaç verildiğini düşünüyor musunuz? EVET HAYIR
- 89-Sık sık intihar etmeyi düşünür müsünüz? EVET HAYIR
- 90-Ağrı ve sızıdan uzak mısınız? EVET HAYIR
- 91-Ulaşım sizin için sorun olur mu? EVET HAYIR
- 92-Kazalardan korkar mısınız? EVET HAYIR
- 93-Sıklıkla insanların sizi aldattığını hisseder misiniz? EVET HAYIR
- 94-Sıklıkla gergin ve endişeli misiniz? EVET HAYIR
- 95-Nöbet geçirdiğinizi başkalarına rahatça söyleyebilir misiniz? EVET HAYIR

- 96-Annelerle iyi bir ilişkiniz var mıydı? EVET HAYIR
- 97-Şu anki yaşamınızda kendinizi kapana kısılmış gibi hissediyor musunuz?
EVET HAYIR
- 98-Topluluk içindeyken kendinizi rahatsız ve tedirgin hisseder misiniz? EVET
HAYIR
- 99-Şimdiye dek birine kızdınız mı? EVET HAYIR
- 100-Nöbetlerinizden dolayı kendinizi farklı ve acıip hissettiğiniz oldu mu?
EVET HAYIR
- 101-Hiç psikiyatrik bir hastalığına yakalandınız mı? EVET HAYIR
- 102-Toplu taşıma araçlarına daha yakın yaşamayı ister miydiniz? EVET
HAYIR
- 103-Nöbet geçirme sorununuz olduğunu kabullenmek size zor geliyor mu?
EVET HAYIR
- 104-Eğer nöbetleriniz için ilaç almasaydınız daha berrak düşünebilir miydiniz?
EVET HAYIR
- 105-Sürekli uyuma güçlüğü çeker misiniz? EVET HAYIR
- 106-Şimdiki yaşamınızı sürdürmek için gerekli paranız var mı? EVET
HAYIR
- 107-Çocukken sıklıkla sebepsiz yere ceza alır mıydınız? EVET HAYIR
- 108-İnsanların nöbet geçirdiğinizi öğreneceğinden korkar mısınız? EVET
HAYIR
- 109-Sıklıkla başkalarına zarar vermeyi ister misiniz? EVET HAYIR
- 110-İşinizde ilerleme yada iş imkanlarınızı geliştirme şansınız var mı? EVET
HAYIR
- 111-Devamlı nöbet geçirme korkusu ile mi yaşıyorsunuz? EVET HAYIR
- 112-Sıklıkla başkalarıyla zıtlaşıyor musunuz? EVET HAYIR
- 113-Büyüme çağında çok sayıda kavgaya karıştınız mı? EVET HAYIR
- 114-Çoğunlukla kendinizle barışık mısınız? EVET HAYIR
- 115-Aşırı derecede alkol veya uyuşturucu kullanır mısınız? EVET HAYIR
- 116-Sizi utandıracak bir ortamda nöbet geçireceğinizden korkar mısınız?
EVET HAYIR

- 117-Nöbetleriniz için ilaç kullanmak zorunda kalmaya içerliyor musunuz?
EVET HAYIR
- 118-Sağlığınızla ilgili olarak rahat mısınız? EVET HAYIR
- 119-Masraflarınızı karşılayacak yeterli paranız varmı? EVET HAYIR
- 120-Ana babanızın size gerçekten önem verdiğini hisseder miydiniz? EVET
HAYIR
- 121-Daima,her sosyal ortamda ,kendinizi tamamen rahat hisseder misiniz?
EVET HAYIR
- 122-Karşı cinsden birinin yanında kendinizi rahat hisseder misiniz? EVET
HAYIR
- 123-Nöbet geçiren diğer insanları katiyen sevmez misiniz? EVET HAYIR
- 124-İş yerinizdeki durumunuz (mevkiniz) sizi tatmin ediyor mu? EVET
HAYIR
- 125-Nöbetleriniz nedeni ile sizinle alay eden oldu mu? EVET HAYIR
- 126-Doktorunuz sizi dinlemek için daima zaman ayırır mı? EVET HAYIR
- 127-İşle ilgili konularda endişeden uzak mısınız? EVET HAYIR
- 128-Etrafta kimse yokken sesler duyar mısınız? EVET HAYIR
- 129-Nöbet geçirme ihtimali olmasına rağmen sokağa rahat çıkabilir misiniz?
EVET HAYIR
- 130-Fikirlerinizi başkalarına anlatmada zorluk çeker misiniz? EVET
HAYIR
- 131-Temel ihtiyaçlarınız için yeteri kadar paranız var mı? EVET HAYIR
- 132-Büyüdüğünüz evde kendinizi güvencede hisseder miydiniz? EVET
HAYIR

