

Epilepsi Tanısı İle Takip Edilen Kişilerde Psikiyatrik Hastalıklar ve Bunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Uzm. Dr. Handan Neze*, Asistan Dr. Nedim Havle**, Doç. Dr. M. Cem İlnem***, Uzm. Dr. Ferhan Yener****

* Uzm. Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Psikiyatri Kliniği İSTANBUL handanneze@hotmail.com

** Asistan Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Psikiyatri Kliniği İSTANBUL nedimhavle@yahoo.com

*** Doç. Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Psikiyatri Kliniği İSTANBUL cemilnem@mynet.com

**** Uzm. Dr., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Psikiyatri Kliniği İSTANBUL ferhanyener@mynet.com
Tel: +902125436565

ÖZET

Amaç: Epileptikler hastalıklarını doğası gereği hayatlarının pek çok alanında zorlukla karşılaşmaktadır. Stigmatizasyon, sosyal yalıtım, düşük sosyoekonomik düzey ve ek psikiyatrik bozukluklar bunların sadece bir kısmıdır. Ne yazık ki sıklıkla da komorbid psikiyatrik bozukluklar atlanmakta ve böylece tedavi edilememektedir.

Yöntem: Çalışmamıza Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi epilepsi polikliniğinde takip edilen epilepsi tanısı olan 93 hasta alınmıştır. Bu gruptan psikiyatrik komorbiditesi olan 30 epilepsi hastası, komorbiditesi olmayan 30 epilepsi hastası ile WHOQL-BREEF yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmada komorbiditesi olan epilepsi hastalarının sayısı 30 olacak şekilde toplam 93 epilepsi hastası ile görüşülmüş olup, psikiyatrik komorbidite oranı %32 olarak tesbit edilmiştir. Komorbidite olarak en sık depresif duygudurumlu uyum bozukluğuna rastlanılmıştır.

Epilepsi hastalarında tesbit edilen depresyona yatkınlık sosyal destek eksikliği, düşük benlik saygısı, epilepsiye bağlı stigmatizasyon, nöbetler nedeniyle ortaya çıkan kontrol duygusunun yitimi ve hastalık nedeniyle iş veya ehliyet sahibi olamama gibi birçok psikososyal nedene bağlıdır.

Komorbidite tanıları arasında en sık depresif duygudurumlu uyum bozukluğuna rastlanılmıştır.

Yapılan çalışmalarda da epileptik hastalarda en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluğun duygulanımsal değişiklikler [özellikle de depresyon] olduğu bildirilmektedir.

WHOQL-BREF ölçeği ile değerlendirilen epilepsi hastalarından komorbid psikiyatrik hastalığı olan grupta yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmaya alınan epilepsi hastalarının direkt olarak sorulmadığı takdirde psikiyatrik sorunlarını belirtmedikleri bu nedenle yaşam kalitesini bozan ve tedavi maliyetini arttıran bir durumla karşılaştığı fark edilmiştir. Ayrıca epilepsi hastalarında özellikle postiktal depresyon durumunda özkıym girişimlerinin sık olduğu bilinmektedir. Bu nedenle epilepsi polikliniğine başvuran hastalar ile ayrıntılı psikiyatrik görüşme yapılması ve tesbit edilen psikiyatrik bozukluklarının tedavisi, hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde arttıracak gibi, yaşam sürelerini de uzatacaktır.

Anahtar Kelimeler: epilepsi, psikiyatrik komorbidite, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Psychiatric Diseases and Their Effect on the Life Quality of Epilepsy Patients

Objective: Epileptic patients as for the nature of their disease face difficulties in many areas of their lives. Stigmatization, social isolation, low socioeconomic status and psychiatric comorbidity are only some of these. Unfortunately psychiatric comorbidity is frequently unrecognized.

Method: 93 patients with diagnoses of epilepsy, followed by epilepsy outpatients' service of Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Hospital were accepted for our study. 30 epilepsy patients with psychiatric comorbidity were companioned with 30 epileptic patients without psychiatric comorbidity using WHOQL-BREEF quality of life scale.

Findings: In this study 93 epilepsy patients have been interviewed of which 30 have comorbidity. That is a ratio of 32% of the patients having psychiatric comorbidity. In comorbidity case, orientation disorders are most often depression related. The higher chance of depression among epilepsy patients can be related to the following psychosocial reasons:

lack of social support

- low self-esteem

- epilepsy related stigmatization

- feeling of loss of control due to the epilepsy fits

- inability to perform job or abilities because of disease

In comorbidity problems most often we come across depression related orientation disorders. In this study on epileptic patients most often we see changes that are affected by the psychiatric disorder [especially depression].

Among the epilepsy patients that were measured according to WHOQL-BREF it was found that the patients that have comorbidity have the lowest quality of life.

Discussion and Conclusion: It was found that epilepsy patients, who were not asked directly about it, didn't mention their psychological problems. Thus it was determined that it decreases their quality of life and increases the cost of treatment.

Besides this especially epilepsy patients that have a postictal depression often attempt suicide. For this reason the patients coming to the epilepsy polyclinic need to be assessed in psychiatric meetings and the treatment of the established psychiatric disorders will not only significantly increase their quality of life but also prolong their life time.

Keywords: epilepsy, psychiatric comorbidity, quality of life

GİRİŞ

Epilepsi nöroloji, psikiyatri ve pediatri gibi farklı tıp alanlarının önemli ortak araştırma alanlarından birisidir. Özellikle son yıllarda epilepsinin psikiyatrik yönü üzerine de pek çok araştırma yapılmaya başlanmıştır.

Yapılan 35 yıllık bir izlem çalışmasında epilepsi hastalarının normal kontrol grubuna göre psikiyatrik hastalık geliştirme riskinin 4 kat fazla olduğu bulunmuştur (Jalava ve Sillanpaa 1996). En sık gözlenilen psikiyatrik bozukluğun da özellikle depresyon başta olmak üzere affektif değişiklikler olduğu bilinmektedir (Fenwick 1995).

Son yıllarda araştırmacılar epileptik hastalarda yaşam kalitesi üzerine yoğunlaşmakta ve çalışmalarda psikiyatrik komorbiditenin de önemi vurgulanmaktadır. Nöbetler arası dönemde psikiyatrik komorbidite epilepsi hastalarının yaşamına ayrı bir sıkıntı eklemektedir (Blummer 2000, Herman ve ark. 2004).

Psikiyatrik literatürde depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi iyi bilinmektedir. Epilepsi ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer bir etkinin olduğu tesbit edilmiştir (Johnson ve ark. 2004).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer dizgelerinin bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" şeklinde tanımlamaktadır (Fidaner ve ark. 1998).

Epilepsi hastalarının önemli bir bölümü hastalığın doğası gereği düşük yaşam kalitesine sâhiptir. Bununla birlikte eklenen psikiyatrik rahatsızlıkların da yaşam kalitesine olumsuz katkıda bulunduğu bilinmektedir. Bu nedenle psikiyatrik hastalıkların belirlenmesi ve uygun tedavi yöntemleri ile iyileştirilmesi son zamanlarda önem kazanan konular arasındadır.

Çalışmamızda ayaktan takip edilen epilepsi hasta-

ları ile nöbetler arası dönemde görüşülerek, interiktal psikiyatrik komorbiditenin ve bunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu amaçla interiktal dönemde psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı, nöbet tipiyle yaşam kalitesi arasındaki ilişki, psikiyatrik bozukluğun mevcudiyeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki, psikiyatrik komorbiditesi olan epilepsi hastaları ile komorbiditesi olmayan grup karşılaştırılarak araştırılmıştır. Çalışmaya alınan epilepsi hastalarında komorbiditesi olan grup hasta, komorbiditesi olmayan grup ise kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

YÖNTEM

Bu çalışma, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji / Epilepsi Polikliniği'ne ayaktan tedavi amacıyla başvuran epilepsi hastalarının değerlendirilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Epilepsi ve psikiyatrik komorbiditesi olan 30 kişilik vak'a grubu elde edile kadar toplam 90 kişiyle görüşülmüştür. Komorbiditesi olmayan ve çalışmaya alınan ilk 30 kişi kontrol grubu, komorbiditesi olan 30 kişi ise hasta grubu olacak şekilde değerlendirilmiş ve gruplar arasında yaşam kalitesi açısından karşılaştırma yapılmıştır.

Gruplar epilepsi polikliniğinde, çalışmaya alınma koşullarını karşılayan ve gönüllü hastalarla, onayları alınarak, ardışık olarak görüşmek suretiyle oluşturulmuştur. Uygulanan materyaller sonucunda psikiyatrik komorbiditesi olan epilepsi hastaları ile psikiyatrik komorbiditesi olmayan grup yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır. Görüşmeler interiktal dönemde yapılmıştır.

ÇALIŞMAYA ALINMA KRİTERLERİ

Epilepsi hastaları çalışmaya alınırken şu özelliklerle-

rin bulunmasına dikkat edilmiştir:

1. 17 yaşından büyük ve 60 yaşından küçük olanlar,
2. Nöbet tipi kompleks parsiyel veya jeneralize olanlar ve en az 1 yıldan beri kesinleşmiş epilepsi tanısı ile takip edilenler,
3. Son 6 ay içerisinde en az bir nöbet geçirmiş olanlar,
4. Hâlen herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanımı öyküsü olmayanlar,
5. Nöbetleri tümoral, metabolizma bozukluğu veya akut enfeksiyon gibi nedenlere doğrudan bağlı olmayanlar,
6. Yaşam kalitesini etkileyebilecek kronik özellik kazanmış ciddi bir başka tıbbî sorun ve/veya bir nörolojik hastalığı olmayanlar,
7. Tüm bunlarla birlikte yeterli ve sağlıklı bir iletişim kurabilme yeteneği olanlar çalışmaya alınmıştır.

ARAÇLAR

Çalışmaya alınan hastalara sırasıyla

1. Sosyodemografik Bilgi Formu
2. Epilepsi Bilgi Formu
3. SCID-I
4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu [WHOQOL- BREF] uygulanmıştır.

SCID-I: DSM- IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme [SCID-I], majör DSM-IV Eksen I tanıların konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Çalışmamızda hastanede yatmayan hastalar için geliştirilmiş olan SCID-OP formu kullanılmıştır. Formun Türkçe'ye çeviri ve uyarlaması Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Sorias ve ark.1988).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu [WHOQOL- BREF]: Dünya sağlık örgütü tarafından geliştirilen ölçek 26 item ve 5 bölümden oluşmaktadır: Bedensel alan, bağımsızlık düzeyi, ruhsal

alan, sosyal ilişkiler ve çevre. Kişinin algıladığı yaşam kalitesini konu edinir. Sorular son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanmaktadır. Ölçek likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Eser ve ark.1999 a, b).

İstatistik değerlendirme yöntemleri:

Araştırmada SPSS 8,0 istatistik programı kullanılmıştır. Nicel değerlendirmeler için student's-t ve one-way anova testleri, nitel değerlendirmeler için ki-kare testleri uygulanmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik Bilgi Formu'ndan elde edilen veriler aşağıda sunulmuştur. Buna göre hasta grubunun yaş ortalaması 30.8 ± 12 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 29.6 ± 9.6 olarak bulunmuştur. Hasta grubunun %46.7'si kadın [n=14], %53.3'ü erkek [n=16] ve kontrol grubunun %60'ı kadın [n=18], %40'ı erkektir [n=12]. Yaş ve cinsiyet yönünden gruplar benzer dağılım göstermektedir [p>0.05].

Hasta ve kontrol grubunda eğitim düzeyinin ilk ve ortaokul mezunu olarak kümelendiği saptanmış; istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmaya katılanların medeni durumu ve çocuk sahibi olup olmadığı araştırıldığında da benzer dağılım göstermektedirler: Hasta grubunun %53.3'ünün [n=16] evli ve %46.7'sinin [n=14] bekâr, kontrol grubunun %50'sinin [n=15] evli ve yine %50'sinin [n=15] bekâr olduğu bulunmuştur. Hasta grubundan 12 ve kontrol grubundan 14 kişinin çocuğu vardır. Hasta grubunun %13.3'ünün [n=4] yüksek gelir seviyesine sahip olduğu ve geri kalanların orta-düşük seviyede gelir düzeyinde olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte kontrol grubunun %33.3'ü [n=10]

yüksek gelir düzeyine sahiptir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

Buna göre hasta grubunda yakın tarihte nöbet geçirme oranının yüksek olması şeklinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tesbit edilmiştir [p<0.05].

Bununla birlikte gruplar; "ailede psikiyatrik hastalık öyküsü", "el dominansı", "nöbet tipleri", "epilep-

Tablo1: Grupların son nöbet tarihlerine göre dağılımı:

Hasta	Son 1 hafta		Son 1 ay		Son 6ay		Ki kare	P değeri
	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
	13	43.3	11	36.7	6	20	7.523	0.023
Kontrol	9	30	5	16.7	16	53.3		

Tablo2: Hasta grubunun tanı dağılımı:

Tanı	Sayı	Yüzde %
Depresyon	13	43
Psikotik bozukluklar	2	6.6
Distimi	1	3.3
Panik bozukluk	4	13.3
Obsesif kompulsif bozukluk	1	3.3
Alkol madde kullanım bozuklukları	1	3.3
Depresif duygudurumlu uyum bozukluğu	7	23.3
Yaygın anksiyete bozukluğu	1	3.3

si nedeniyle hastâneye yatış öyküsü", "febril konvülsiyon öyküsü", "nöbet sıklığı", "status epileptikus öyküsü", "âilede epilepsi öyküsü", "anne-baba akrabalığı öyküsü", "antiepileptik kullanım öyküsü" açısından karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Grupların intihar girişimi öyküsü incelendiğinde hasta grubunda 2 kişinin [%6.7] daha önce intihar giri-

şiminde bulunduğu tesbit edilmiştir. Anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Hasta grubunda tanı dağılımı tablo 2'de verilmiştir.

Buna göre en fazla depresyon ve depresif duygudurumlu uyum bozukluğu görülmektedir.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması:

Yaşam kalitesi ölçeğinde hasta ve kontrol grubu arasında sadece istatistiksel anlamlılığı saptanmış olan alt parametreler tablo şeklinde sunulmuştur. Yaşam kalitesi alt parametreleri 5 farklı alanda değerlendirilmektedir. Bunlar ruhsal alan, bedensel alan, bağımsızlık düzeyi, çevre ve sosyal ilişkidir.

TARTIŞMA

Çalışmada komorbiditesi olan epilepsi hastalarının sayısı 30 olacak şekilde toplam 93 epilepsi hastası ile görüşülmüş olup psikiyatrik komorbidite oranı %32 olarak saptanmıştır.

Komorbidite tanıları arasında en sık depresif mizaçlı uyum bozukluğuna rastlanılmıştır. Yapılan çalışmalarda da epileptik hastalarda en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluğun duygulanımsal değişiklikler

Tablo3: Ruhsal alan-1/Karşılaştırma [Soru 1: Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?]

	Çok kötü Sayı	%	Biraz kötü Sayı	%	Ne iyi ne kötü Sayı	%	Oldukça iyi Sayı	%	Çok iyi Sayı	%	Ki kare	P
Hasta	2	6.7	8	26.7	16	53.3	4	13.3	0	0	15.310	0.004
Kontrol	0	0	1	3.3	13	43.3	14	46.7	2	6.7		

"Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo4: Ruhsal Alan-2/ Karşılaştırma [soru 2: Yaşam kalitenizden ne kadar hoşnutsunuz?]

	Çok kötü Sayı	%	Biraz kötü Sayı	%	Ne iyi ne kötü Sayı	%	Oldukça iyi Sayı	%	Çok iyi Sayı	%	Ki kare	P
Hasta	6	20	6	20	13	43.3	5	16.7	0	0	14.299	0.006
Kontrol	1	3.3	2	6.7	9	30	15	50	3	10		

"Yaşam kalitenizden ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tesbit edilmiştir. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo5: Ruhsal Alan-3/ Karşılaştırma [soru 5: Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?]

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Aşırı derecede		Ki kare	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	3	10	9	30	12	40	5	16.7	1	3.3	20.117	0.001
Kontrol	0	0	3	10	4	13.3	17	56.7	6	20		

“Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tesbit edilmiştir. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo6: Ruhsal alan-4 / Karşılaştırma [soru 6: Yaşamınızı ne derece anlamlı buluyorsunuz?]

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Aşırı derecede		Ki kare	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	6	20	5	16.7	15	50	4	13.3	0	0	29.905	0.001
Kontrol	1	3.3	1	3.3	3	10	20	66.7	5	16.7		

“Yaşamınızı ne derece anlamlı buluyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo7: Ruhsal alan-7/ Karşılaştırma [soru 19: Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?]

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Ki kare	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	4	13.3	5	16.7	10	33.3	9	30	2	6.7	15.291	0.004
Kontrol	0	0	1	3.3	5	16.7	13	43.3	11	36.7		

“Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tesbit edilmiştir. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

([özellikle de depresyon] olduğu bildirilmektedir (Fenwick 1995).

Epilepsi hastalarında saptanan depresyona yatkınlık sosyal destek eksikliği, düşük benlik saygısı, epilepsiye bağlı stigmatizasyon, nöbetler nedeniyle ortaya çıkan kontrol duygusunun yitimi ve hastalık nedeniyle iş veya ehliyet sahibi olamama gibi birçok psikososyal nedene bağlıdır (Collings 1990).

Çalışmaya alınan hasta ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Gruplar yaş orta-

laması, cinsiyet dağılımı ve eğitim düzeyleri açısından benzer bulunmuştur.

Gruplar ekonomik durumlarına göre kıyaslandığında kontrol grubunda yüksek gelir düzeyi %33.3 iken, hasta grubunda bu oranın %13.3 olduğu bulunmuş, fakat istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tesbit edilmemiştir.

Epileptik hastalarda yaşanan stigmatizasyon kişinin yaşamında pek çok alanda sorun yaşamasına neden olur. “Saygınlığını yitirme” olarak tanımlanan stigmatizasyon beraberinde psikiyatrik bozuklukları

Tablo8: Ruhsal alan-8/ Karşılaştırma [soru 26: Ne sıklıkla hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?]

	Hiçbir zaman		Nadiren		Ara sıra		Çoğunlukla		Her zaman		Ki kare	P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	8	26.7	7	23.3	15	50	0	0	0	0	26.100	0.001
Kontrol	2	6.7	1	3.3	10	33.3	13	43.3	4	13.3		

“Ne sıklıkla hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo9: Çevre-1/Karşılaştırma [Soru 8: Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?]

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Aşırı derecede		Ki kare	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	2	6.7	9	30	11	36.7	5	16.7	3	10	15.249	0.004
Kontrol	1	3.3	1	3.3	6	20	17	56.7	5	16.7		

“Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tesbit edilmiştir. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo10: Çevre-2 /Karşılaştırma [Soru 9: Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?]

	Hemen hemen hiç		Çok az		Orta derecede		Çokça		Aşırı derecede		Ki kare	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	0	0	2	6.7	19	63.3	5	16.7	4	13.3	12.745	0.013
Kontrol	1	3.3	1	3.3	7	23.3	16	53.3	5	16.7		

“Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

da getirir; bu da benlik saygısı, çalışma hayatı ve aile yaşamını etkileyerek sosyoekonomik düzeyde düşüşe neden olur (Cramer 1996).

Gruplar havale öyküsü açısından karşılaştırıldıklarında hasta grubunda 14 kişide [%46.7] kontrol grubunda ise 7 kişide [%23.3] havale öyküsü olduğu tesbit edildi. Ancak, istatistiksel anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Gruplar intihar girişimi açısından karşılaştırıldıklarında hasta grubunda 2 kişide [%6.7] oranında intihar girişimi bulunurken kontrol grubunda intihar girişimi tesbit edilmemiştir. Bununla birlikte özellikle

depresif dönemlerde intihar riskinin arttığı bilinmektedir (Perrine ve Congett 1994).

Gruplar son nöbet geçirme tarihleri açısından karşılaştırıldıklarında; hasta grubunda son 1 hafta ile 1 ay içerisinde nöbet geçirme oranının %80, kontrol grubunda ise %46.7 olduğu ve bunun istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda epileptik hastalarda postiktal dönemde pek çok psikiyatrik tablonun görülebildiği bildirilmektedir. Postiktal depresyon, sık görülen bir tablodur ve nöbet sonundaki inhibisyon mekanizması sonu-

Tablo11: Çevre-6 /Karşılaştırma [soru 23: Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?]

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Ki kare	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	3	10	8	26.7	10	33.3	7	23.3	2	6.7	17.056	0.002
Kontrol	0	0	1	3.3	5	16.7	17	56.7	7	23.3		

“Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tesbit edilmiştir. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo11: Çevre-6 /Karşılaştırma [soru 23: Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?]

	Hiç hoşnut değil		Çok az hoşnut		Ne hoşnut ne de değil		Epeyce hoşnut		Çok hoşnut		Ki kare	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hasta	3	10	4	13.3	10	33.3	13	43.3	0	0	11.606	0.021
Kontrol	0	0	1	3.3	6	20	18	60	5	16.7		

“Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla skorun daha düşük olduğu belirlenmiştir.

cu olduğu bildirilmiştir (Blummer 1992). Yine epileptik hastalarda postiktal dönemde başıboş dolaşma şeklinde füğ tabloları ortaya çıkabilir (Perrine ve Congett 1994).

Gruplar yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldıklarında 26 parametreden 9’unda istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır.

“Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?” ve “Yaşam kalitenizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorularında hasta grubunda istatistiksel anlamlılık gösterecek şekilde skorların düşük olduğu gözlenmiştir. Epilepsi hastalarında genel popülasyona göre düşük olan yaşam kalitesinin psikiyatrik komorbiditesi olan grupta daha da azaldığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda hafif depresyonlarda yaşam kalitesi skorlarında hafif azalma tesbit edilirken, orta ve ağır depresyon durumunda belirgin düşme gözlenmektedir (Cramer ve Blum 2003).

“Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?” ve “yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?” soruları açısından hasta grupta yaşam kalitesi skorlarında belirgin düşme saptanmış, bu istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Komorbiditesi olan hasta grubunda tanı dağılımı açısından en sık görülen hastalığın depresyon olması bu bulguyu açıklamaktadır. Wiegartz ve arkadaşları majör depresyon tanısı kon-

muş epileptik kişilerde hâlen veya geçirilmiş bir depresyon öyküsü olmayan kişilere kıyasla daha düşük yaşam kalitesi oranı bulmuşlardır (Wiegartz ve ark. 1999). Gilliam (2002) interiktal depresif sendrom ile yaşam kalitesi arasında lineer bir ilişki saptamış, Beck depresyon envanteri gibi öz-bildirim ölçeklerinde daha şiddetli semptomu olan vak’aların daha düşük yaşam kalitesine sâhip olduğunu bildirmiştir.

“Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?” sorusu açısından da hasta grubunda istatistiksel anlamlı farklılık yaratacak şekilde düşük skorlar saptanmıştır. Epileptik hastalar kontrol edilemez nöbetler yaşamaları nedeniyle kontrol duygusu kaybı yaşarlar. Au ve arkadaşları (2002) “kontrol duygusu kaybının” düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bu bulgu nöbet kontrolünde güçlük çekilen hastalarda ortaya çıkan yaşamlarını kontrol edememe ve umutsuzluk duygusuyla, bu da depresif duygudurum ile ilişkilidir. Bu umutsuzluk duygusu düşük yaşam kalitesi şeklinde kendisini göstermektedir.

Sosyal çevre ve desteğinin değerlendirildiği “Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusu açısından hasta grubunda destek eksikliğinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu saptanmıştır.

Epileptik hastalarda sosyal izolasyona sık rastlanır (Arnston ve ark. 1986). Thompson ve Oxley (1988), nöbetleri yeterince kontrol altına alınmamış epileptiklerin yaşamında en büyük tatminsizliklerin sosyal fonksiyon alanında olduğunu bildirmişlerdir.

Epileptik hastalar nöbetleri nedeniyle sıklıkla stigmatizasyona mâruz kalmaktadır (Jacoby 1994). Stigmatizasyonun beraberinde getirdiği sosyal çevre desteğinin eksikliği de ek psikiyatrik tabloların oluşumuna neden olur (Moore ve Baker 1997).

“Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?” ve “Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?” sorusu skorlar açısından karşılaştırıldığında yine hasta grupta istatistiksel anlamlılık yaratacak şekilde düşüklük tesbit edilmiştir. İş durumunu, maddi yeterliliği, eğitimi ve ev işlerini sürdürebilmek epilepsi hastalarında ciddi bir problemdir. Komorbid psikiyatrik hastalıklar da epilepsi hastalarının yaşadığı güçlükleri arttırmaktadır.

“Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?” sorusuna verilen cevaplarda hasta grupta düşük skor nedeniyle, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastalar gerek yaşadıkları stigmatizasyon, gerekse epileptik nöbetler sonucunda, “öğrenilmiş çaresizlik duyguları” hissederek (Abramson 1978). Epilepsi hastalarının “öğrenilmiş çaresizlik duyguları” ve azalmış benlik saygısı nedeni ile kendilerinden memnuniyetleri düşük durumdadır. Epilepsi üzerine eklenen depresyon ve psikoz gibi hastalıklarda da karamsarca düşünce yapısı bu duruma katkıda bulunur (Hermann 1996).

“Ne sıklıkla hüznün, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı farklılık yaratacak şekilde hasta grubunda daha düşük skorlar saptanmıştır. Bu bulgu hasta grubunda depresyon ve depresif mizaçlı uyum bozukluğu tanısının ağırlıkta olması ile açıklanabilir. Yaşam kalitesi ölçeğinin diğer parametrelerinde istatistiksel fark bulunmaması ise örneklem grubunun sayısının yetersizliği ile açıklanabilir.

Sonuç olarak WHOQL-BREF ölçeği ile değerlendirilen epilepsi hastalarından komorbid psikiyatrik hastalığı olan grupta yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu düşünmekteyiz.

SONUÇ

Çalışmaya alınan epilepsi hastalarının direkt olarak sorulmadığı takdirde psikiyatrik sorunlarını belirtmedikleri, bu nedenle yaşam kalitesini bozan ve tedavi maliyetini arttıran bir durumla karşılaştığı fark edilmiştir. Ayrıca epilepsi hastalarında özellikle postiktal depresyon durumunda özkıym girişimlerinin sık olduğu bilinmektedir. Bu nedenle epilepsi polikli-

niğine başvuran hastalar ile ayrıntılı psikiyatrik görüşme yapılması ve tesbit edilen psikiyatrik bozukluklarının tedavisi, hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde arttıracak gibi, yaşam sürelerini de uzatacaktır.

KAYNAKLAR

- Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol*; 87: 49-74.
- Arnston P, Drodge D, Norton R and Murray E (1986) The Perceived Psychosocial Consequences of Having Epilepsy. Whitman S, Hermann B, editors. *Psychopathology in Epilepsy: Social Dimensions*. Buckingham: Open University Press, 144-161.
- Au A, Li P, Chan J, et al (2002) Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy Behav*; 3: 50-57.
- Blummer D (2000) Psychiatric aspectd of interactable eplepsy. *Adv Exp Med Biol*; 497: 133-147.
- Blummer D (1992) Postictal depression: significance for the neurobehavioral disorder of epilepsy. *J Epilepsy*; 5: 214-219.
- Collings, J (1990) Epilepsy and well-being, *Soc Sci Med*; 31; 165-170.
- Cramer J (1996) Quality of life assessment for people with epilepsy. In *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, second edition. Spilker B, editor. Philadelphia, New York: Lippincot-Raven: 909-918.
- Cramer J, Blum D, Reed M and Fanning K for the epilepsy impact Project group (2003) The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. *Epilepsy Behav*; 515-521.
- Djibuti M, Sharkarishvili R (2003) Influence of clinical, demographic, and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 74: 570-573.
- Eser SY, Fidaner H, Fidaner C ve ark. (1999a) Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. *3P Dergisi*; 7(Ek. 2): 5-13.
- Eser SY, Fidaner H, Fidaner C ve ark. (1999b) WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi*; 7(Ek. 2): 23-40.
- Fenwick P (1995) *Psychiatric Disorder and Epilepsy*. Epilepsy. 2nd Edition. Hopkins A, Shorvon S, Cascino G, editors. Chapman & Hall.
- Fidaner H, Billington R, Eser E, Elbi H (1998) Yaşam kalitesi ve ruh sağlığı. 34. Ulusal Psikiyatri kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı; 53-56.
- Gilliam F (2002) Optimizing health outcomes in active epilepsy. *Neurology*; 58: 9-20.
- Güneri S (2000) Şizofrenide Yaşam Niteliği. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Hermann BP, Seidenberg M, Bell B (2004) Psychiatric co-morbidity in chronic epilepsy: identification, consequences and treatment of major depression. *Epilepsia*; 41: 3-41.
- Hermann BP, Trenery MR, Colligan RC (1996) Learned helplessness, attributitional style and depression in epilepsy. *Epilepsia*; 37: 680-686.
- Jacoby A (1994) felt versus enacted stigma: a concept revisited. Evidence from a study of people with epilepsy in remission. *Soc Sci Med*; 38: 269-274.
- Jalava M and Sillanpaa M (1996) Concurrent illness in adult with childhood-onset epilepsy: a population-based 35-year follow-up study. *Epilepsia*; 37: 1155-63.
- Johnson E, Jones J, Seidenberg M, Hermann P (2004) The Relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*; 45: 544-550.
- Moore PM, Baker GA (1997) Nonepileptic attack disorder: a psychological perspective. *Seizure*; 6: 429-434.
- Perrine K. and Congett S (1994) Neurobehavioral Problems in Epilepsy II: special issues. 12: 129-151.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1988) DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi. Türkçe versiyonu. Çeviri editörü: Sorias S, İzmir Bornova: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD.
- Thompson PJ, Oxley J (1988) Socioeconomic accompaniments of severe epilepsy. *Epilepsia*; 29 Suppl 1: 9-18.
- Torta R, Keller R (1999) Behavioral, psychotic and anxiety disorder in epilepsy: etiology, clinical features and therapeutic implications. *Epilepsia*; 40: 2-20.
- Wiegartz P, Seidenberg M, Woodard A, et al (1999) Comorbid psychiatric disorder in chronic epilepsy: recognition and etiology of depression. *Neurology*; 53: 3-8.