

**T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**EPİLEPSİ HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE  
DEPRESYON VE ANKSİYETE**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. Ayşe AKINCI**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Erdal YILMAZ**

**ELAZIĞ  
2014**

## DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan Orhan

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Erdal YILMAZ

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı**

Tez tarafınızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Erdal YILMAZ

**Danışman**

**Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri**

.....

.....

.....

.....

.....

## TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmam ve asistanlık eğitimim süresince sahip olduğu bilgi birikimi ve görüşleriyle beni yönlendiren, her zaman desteğini hissettiğim, hekim olarak örnek aldığım değerli hocam ve Anabilim Dalı Başkanımız sayın Prof. Dr. Erdal YILMAZ'a, pediatri asistanlığım boyunca verdikleri emek ve destekleri için başta sayın Prof. Dr. Saadet AKARSU'ya, sayın Prof. Dr. Yaşar DOĞAN'a, sayın Prof. Dr. Metin Kaya GÜRGÖZE'ye, sayın Doç. Dr Mehmet KILIÇ'a, sayın Doç. Dr. Erdal TAŞKIN'a, sayın Yrd. Doç. Dr. Hepsen Mine SERİN'e ve sayın Yrd. Doç. Dr. İhsan ESEN'e, anketlerin değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen Psikiyatri A.B.D öğretim üyesi sayın Yrd. Doç. Dr. Osman Mermi'ye, pediatri uzman hekimlerine, birlikte uyum içinde çalıştığım bütün pediatri poliklinik ve servis çalışanlarına ve tez hastalarımın takiplerinde yardımları olan araştırma görevlisi arkadaşlarıma, hayatta bana güç veren canım oğullarıma ve aileme teşekkür ederim.

Dr. Ayşe AKINCI

## ÖZET

Epilepsi, doğuştan veya sonradan edinilmiş bozukluklardan kaynaklanan santral sinir sistemi işlevsizliğinin neden olduğu, tekrarlayan nöbetlerle seyreden, çocukluk ve ergenlik döneminde en yaygın görülen kronik nörolojik hastalıktır. Nöbetler hastalığın temel belirtisidir.

Epilepsi kronik bir hastalıktır ve tanısı koyulan çocuklarda kognitif fonksiyonlar ile davranışsal fonksiyonları etkiler. Epilepsinin etkisi sadece nöbet geçiren çocuklar ile sınırlı değildir, belirli bir dereceye kadar bütün aileyi etkilemektedir. Nöbetlerin başlaması ile ilgili tahmin edilemeyen zamanlama, akademik başarının oluşmaması, sosyal damgalanma çocuk için olduğu kadar aile için de çok önemli sorunlar yaratmaktadır.

Ailede bir hastalık veya aile bireyleri ile ilgili bir belirsizlik olduğunda bütün aile etkilenir. Bir çocuğa kronik hastalık tanısı konması uzun dönemde ebeveyn ve diğer aile üyeleri üzerinde ruhsal ve psikososyal risklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmanın amacı epilepsinin, epilepsili çocukların annelerinin psikolojik profilleri (depresyon ve anksiyete) üzerinde nasıl etki ettiğini göstermektir.

Çalışmamıza epilepsi tanısı ile takipli hastaların anneleri ( n=100) ve sağlıklı kontrol grubu (n=100) olan toplam 200 olgu dahil edildi. Epilepsi tanısı ile takipli hastaların annelerine ve sağlıklı kontrol grubuna depresyon için Beck Depresyon Envanteri, anksiyeteyi değerlendirmek için State-Trait Anksiyete Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri uygulandı. Sonuçlar psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirildi. Beck depresyon puan ortalaması çalışma grubunda 15,04±11,08; kontrol grubunda ise 13,90±10,77 olarak bulundu. Çalışma grubunda puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olmakla birlikte depresyon bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

Beck anksiyete puan ortalaması çalışma grubunda 12,61±10,50, kontrol grubunda 8,17±5,36 olarak bulundu ve iki grup arasında anksiyete bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0.05).

Annelerin durumluluk anksiyete seviyelerinin değerlendirilmesinde kullanılan STAI 1 ortalama puanı çalışma grubunda 42,89±7,95, kontrol grubunda 41,20±7,35 olarak bulundu, iki grup arasında durumluluk anksiyetesi açısından

istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Süreklilik anksiyetesini değerlendiren STAI 2 testinde ise ortalama puan çalışma grubunda  $50,05\pm6,93$ , kontrol grubunda  $46,86\pm6,37$  olup, iki grup arasında süreklilik anksiyetesini bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,05$ ).

Sonuç olarak epilepsi aile üyelerinin ruh sağlığını tehdit eden, ailelerin yaşam kalitesinde azalmaya ve psikolojik profillerinde bozulmaya neden olan kronik bir hastalıktır ve ailelerin psikolojik destek almaları konusunda farkındalık yaratılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Epilepsi, anne, depresyon, anksiyete

## ABSTRACT

### DEPRESSION AND ANXIETY IN MOTHERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY

Epilepsy is chronic neurologic disease that is caused by central nervous system dysfunction which manifests with repetitive seizures. It is the most common neurological disorder seen in children and adolescents. Seizures are the fundamental symptom.

Epilepsy is a chronic disease which effects cognitive and behavioural functions. The effect of epilepsy is not only on the child, the whole family can be effected by the disease. Social status, academic unsuccess and the unkown time of seizures present a hard challenge for both the child and family.

When a member of the family has a disease the whole family is affected. A child being diagnosed with a chronic disease means psycosocial and mental risks for the parents in the long term.

The purpose of our study is to determine the effect of epilepsy on the parents' psychological (depression and anxiety) profile.

100 epileptic children and 100 healthy (control group) children families were taken into our study. The families were assessed using the Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory and Beck Anxiety Inventory. Results were evaluated by a psychiatry specialist. Beck depression scores in the study group  $15.04 \pm 11.08$ ,  $13.90 \pm 10.77$  in the control group were found . In the study group was higher than the mean score of the control group, although there were no statistically significant differences in terms of depression ( $p > 0.05$ ).

Beck mean anxiety score in the study group  $12.61 \pm 10.50$ ,  $8.17 \pm 5.36$  in the control group were found between the two groups revealed no statistically significant differences in terms of anxiety ( $p < 0.05$ ).

The results of the STAI 1 test which assesses situational anxiety showed that the study groups had a value of  $42.89 \pm 7.95$ , control group had  $41.20 \pm 7.35$ . Situational anxiety difference was not found between the groups ( $p > 0,05$ ). The results of the STAI 2 test which checks for continuous anxiety showed the control group to have a value of  $50.05 \pm 6.93$ , the control group  $46.86 \pm 6.37$ , thus there was significant difference between the two groups for continuous anxiety ( $p < 0.05$ ).

As a result, epilepsy is a chronic disease which affects the whole families' mental health, lowers their quality of life and disrupts their psychological profile. Families should be encouraged to have psychological support.

**Key words:** Epilepsy, mother, depression and anxiety

## İÇİNDEKİLER

<b>BAŞLIK SAYFASI</b>	<b>i</b>
<b>ONAY SAYFASI</b>	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>viii</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b>	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Epilepsi	2
1.1.1.Epilepsi Tanımı ve Sıklığı	2
1.1.2. Epilepsinin Patofizyolojisi	3
1.1.3. Epilepsinin Sınıflaması	4
1.1.4. Epilepsi Etiyolojisi	7
1.1.5. Epilepside Tanı-Ayırıcı Tanı	7
1.1.6. Epilepside Tedavi Prensipleri	8
1.2. Depresyon	9
1.2.1. Depresyon Tanımı	9
1.2.2. Depresyon Sıklığı	10
1.2.3. DSM-IV Tanı Kriterlerine Göre Majör Depresyon Tanımı	10
1.3. Anksiyete	12
1.3.1. Anksiyete Kavramı	12
1.3.2. Anksiyete Bozukluklarının Nedenleri Ve Risk Faktörleri	14
1.4. Epilepsi Ve Aile Üzerindeki Psikolojik Etkileri	14
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>16</b>
2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	17
2.2. Beck Anksiyete Ölçeği	17
2.3. Beck Depresyon Envanteri	17
2.4. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI TX-1, STAI TX-2)	18
2.5. İstatistiksel değerlendirme	19

<b>3. BULGULAR</b>	<b>21</b>
<b>4. TARTIŞMA</b>	<b>25</b>
<b>5. KAYNAKLAR</b>	<b>29</b>
<b>6. EKLER</b>	<b>37</b>
<b>7. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>45</b>

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Epilepsilerin ve Epilepsi Sendromlarının Uluslararası Sınıflaması	5
<b>Tablo 2.</b> Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE) 2001 Sınıflaması	6
<b>Tablo 3.</b> Nöbetlerin etiyolojik sınıflaması	7
<b>Tablo 4.</b> DSM-IV-TR'ye göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması	13
<b>Tablo 5.</b> Anksiyetenin bilişsel, bedensel ve davranışsal belirtileri	13
<b>Tablo 6.</b> Çalışma ve kontrol grubunda bulunan çocuk ve annelerin sosyodemografik verileri	21
<b>Tablo 7.</b> Epilepsi grubunda nöbet ile ilgili veriler	22
<b>Tablo 8.</b> Epilepsi ve kontrol grubunun depresyon ve anksiyete puanları	23
<b>Tablo 9.</b> Epilepsi ve kontrol grubunda depresyon düzeyleri	23
<b>Tablo 10.</b> Epilepsi ve kontrol grubunda anksiyete düzeyleri	23

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ATP az</b>	: Adenozin trifosfat
<b>BAÖ</b>	: Beck Anksiyete Ölçeği
<b>BDE</b>	: Beck Depresyon Envanteri
<b>Ca</b>	: Kalsiyum
<b>DSM-IV-TR</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>EEG</b>	: Elektroensefalografi
<b>GABA</b>	: Gama amino bütirik asit
<b>ICD</b>	: International Clasification of Diseases
<b>ILAE</b>	: Uluslararası epilepsi ile savaş birliği
<b>K</b>	: Potasyum
<b>MSS</b>	: Merkezi sinir sistemi
<b>Na</b>	: Sodyum
<b>SD</b>	: Standart deviasyon
<b>SPSS</b>	: Statistical package for social sciences
<b>STAI TX- 1</b>	: State-Trait Anxiety Inventory (Durumluluk Kaygı Envanteri)
<b>STAI TX- 2</b>	: State-Trait Anxiety Inventory (Sürekli Kaygı Envanteri)

## 1. GİRİŞ

Epilepsi, doğuştan veya sonradan edinilmiş bozukluklardan kaynaklanan santral sinir sistemi işlevsizliğinin neden olduğu, tekrarlayan nöbetlerle karakterize, çocukluk ve ergenlik döneminin en yaygın kronik nörolojik hastalığıdır. Nöbetler hastalığın temel belirtisidir (1).

Kronik hastalık, normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakan patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen bir durum olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk çağı hastalıkları eğer son bir yıl veya daha fazla bir süredir çocuğun normal aktivitelerini etkiliyor, hastane ve evde çok zaman geçirmesini gerektiriyorsa, sağaltım ve tıbbi gideri fazlaysa çocukluk dönemi kronik sağlık sorunu olarak da tanımlanır (2). Çocukluk çağı kronik hastalıkları hastanın yaşamına ve tüm aile üzerinde önemli etkiye sahiptir. Genel nüfustaki çocukların ortalama %10-20'si kronik hastalıklara sahiptir. Çocukluk döneminin en yaygın kronik hastalıkları astım, epilepsi, diyabet ve artritlerdir (3).

Ailede bir hastalık veya aile bireyleriyle ilgili bir belirsizlik olduğunda bütün aile etkilenir. Çocukluk dönemi kronik hastalıkları belirti, sağaltım yöntemi, seyri, günlük aktivite kısıtlaması uzun dönem etkisi gibi nedenlerle aileye birçok yük getirmektedir (4, 5). Bir çocuğa kronik hastalık tanısı konması uzun dönemde ebeveyn ve diğer aile üyeleri üzerinde ruhsal ve psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (6, 7).

Anne-baba için değerli olan çocuğun sağlığında bir aksaklık ya da sorunun oluşmasının ardından, ebeveynler çeşitli emosyonel (duygusal) dönemlerden geçer. Bu dönemler öfke, çaresizlik, suçluluk, ümitsizlik, izolasyon, anksiyete, depresyon gibi acı veren duyguları içerir (8).

Epilepsi, tanı konulan çocuklarda bilişsel ve davranışsal fonksiyonları etkileyen kronik bir hastalıktır. Epilepsinin etkisi sadece nöbet geçiren çocuklar ile sınırlı değildir. Belirli bir dereceye kadar bütün aileyi etkilemektedir. Nöbetlerin başlaması ile ilgili tahmin edilemeyen zamanlama, akademik başarının oluşamaması, sosyal damgalanma çocuk için olduğu kadar aile için de çok önemli sorunlar

yaratmaktadır Ailenin sorumluluğu arttıkça, aile aktivitelerinde de bir azalma görülmektedir (9).

Literatürde kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde depresyon, anksiyete, uyku sorunları gibi psikolojik sorunların daha yüksek seviyelerde görüldüğü bildirilmiştir (10-14).

Bu çalışmanın amacı epilepsi tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin yaşadığı emosyonel durumların düzeyinin araştırılması ve epilepsili çocuğa sahip olmanın annelerin psikolojik profilleri (depresyon ve anksiyete) üzerinde nasıl etki ettiğini göstermektir.

## **1.1. Epilepsi**

### **1.1.1.Epilepsi Tanımı ve Sıklığı**

Epilepsi (Yunanca 'Epilepsia') kelime olarak yakalamak, birden tutulmak anlamındadır ve değişik nedenlerle beyinde nöronların anormal elektriksel boşalımı ile ortaya çıkan epizodik serebral disfonksiyon olarak tanımlanır (15). Epileptik nöbet ani, paroksizmal, yüksek voltajlı elektriksel boşalmalar sonucu MSS'nin bir parçası ya da tümünün önüne geçilemeyen aşırı aktivitesidir (16).

Nöbetin klinik bulguları ise bu anormal deşarjın kaynağına ve yayılımına bağlı olarak motor, duysal, otonomik, psişik bulgular şeklinde olabileceği gibi, bilinç bozukluğu ile birlikte de olabilir (17). Nöbet sırasında görülebilen bilinç kaybı, anormal sensoriyal veya motor aktivite ve davranışta fonksiyon bozukluğu tekrarlayıcı nitelikte ise 'epilepsi' deyimi kullanılır. Bu tanıma göre tek bir epileptik nöbetin varlığında epilepsiden bahsedilemez (18). Aynı şekilde 24 saat içinde geçirilen birden çok nöbet de, tek bir olay olarak değerlendirilmektedir (19). Bunların dışında, beyinde akut olarak gelişen yapısal, metabolik ve diğer sistemik bozuklukların uyardığı epileptik nöbetler, durumla ilişkili nöbetler ya da akut semptomatik nöbetler olarak adlandırılır ve tekrarlarsa dahi epilepsi olarak sayılmazlar (20).

Beynin en sık görülen nörolojik hastalıklarından biri olan epilepsinin insidansı ve prevalansı birçok çalışmada farklılık gösterir. Bu farklılığın nedeni, sıklıkla toplumlara göre değişiklik gösteren sınıflandırma, teşhis ve olgu araştırmasındaki metodların farklılığından ileri gelmektedir. Bununla birlikte epilepsi

prevalansı ortalama her 1000 kişide 5- 10 iken, insidansı yaklaşık 50/100.000 civarındadır (21).

Çocukluk dönemi epilepsi yaygınlığı yaklaşık olarak %0.5 kadardır. Epilepsilerin yaklaşık olarak %50'si 5 yaşından, %75'i ise 20 yaşından önce başlamaktadır (22, 23). Serdaroğlu ve ark. (24) 0-16 yaş arası Türk çocuklarındaki epilepsi prevalansını %0.8 olarak bildirmişlerdir.

### **1.1.2. Epilepsinin Patofizyolojisi**

Epileptik nöbetler, nöron gruplarının senkronize deşarjından kaynaklanır. Beyinde epileptik boşalmaların başlamasına, yayılmasına ve durmasına neden olan spesifik mekanizmalar tam olarak bilinmemektedir. Bütün epileptik sendromların tek özelliği nöronal eksitabilitenin artmasıdır (25).

Epilepsi oluşumunda rolü olduğu kabul edilen güçlü hipotezler;

1-Nöronal reseptörlerin yeniden organize olarak dağılımlarının değişimi (up veya down regulasyon)

2-GABAerjik inhibisyonun epileptogenezi baskılamak yerine, paradoksal olarak fonksiyonel değişimler yaratması ve epileptik aktiviteyi artırması olarak kabul edilir (26).

Yapılan çalışmalarda kortikal nöronların membran potansiyellerinde ve ateşlenme şekillerinde bazı karakteristik bozukluklar saptanmıştır. Bu durum paroksizmal depolarizasyon kayması olarak adlandırılır ve eksitatör nörotransmitterler olan glutamat ve aspartat ile inhibitör nörotransmitter gama-aminobütirik asit (GABA) sistemleri arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır. Ayrıca membranlardaki iyon kanallarındaki bozuklukların da paroksizmal depolarizasyon kaymasında etkili olduğu ileri sürülmektedir (27).

Epileptojenik odaktaki gliozisli hücrelerin, hücre dışı potasyum iyonlarını tamponlama kabiliyeti bozulduğundan, hücre dışındaki potasyum iyonlarının artışına yol açarak, nöronların uyarılabilme eşliğinin artmasına ve epilepsi nöbetlerinin oluşmasına yol açar. Ayrıca epileptojenik bölgelerde sodyum, potasyum adenozin trifosfataz (Na, K/ATPaz) aktivitesinin azalması nedeni ile hücre dışı potasyum ( $K^+$ ) iyon konsantrasyonu artar. Bu şekilde nöronlar uyarılarak deşarjların oluşması ve yayılması kolaylaşır. Epilepsiye eğilim yaratan diğer mekanizma, sinaptik eksitasyon

ve yavaş inaktive edici kalsiyum ( $Ca^{2+}$ ) iletkenliği ile ortaya çıkan uzamış depolarizasyona yanıt olarak kortikal nöronların yüksek frekanslarda ateşleme yetileridir (27).

### **1.1.3. Epilepsinin Sınıflaması**

Epilepsilerin sınıflandırılması iki eksen üzerine oturur (28).

#### **Birinci eksen temel ayrımı oluşturur;**

1)Başlangıçtaki klinik ve EEG değişikliklerinin her iki beyin hemisferini birden tuttuğu jeneralize nobetlerle seyreden epilepsilere “jeneralize epilepsiler” denir.

2) Nöbet semiyolojisinin veya inceleme bulgularının lokalize bir kaynağı gösterdiği parsiyel nobetlerle seyreden epilepsilere “lokalizasyonla ilişkili (lokal, parsiyel, fokal) epilepsiler ” denir. Bunlar beynin belli alanlarından çıkan lokalize deşarjlardır.

3) Hastanın bir arada veya ardı ardına hem fokal hem jeneralize nöbetlerinin izlendiği ve EEG bulgularının olduğu bir başka durum da “fokal mi jeneralize mi olduğu belirsiz epilepsiler” dir.

#### **İkinci eksen etyolojiyle ilişkilidir;**

1) Herediter yatkınlık dışında bir sebebi olmayan epilepsilere“ idyopatik epilepsiler” denir.

2) Sebebi bulunan epilepsilere “ semptomatik epilepsiler ” denir.

3) Semptomatik olduğu düşünüldüğü halde sebep bulunamayan epilepsilere de “ kriptojenik epilepsiler” denir.

Nöbet tipleri ve başlangıç yaşları ile tedaviye yanıtı, klinik gidişleri ve ortak EEG bulguları mevcut, fakat etyolojileri farklı olabilen durumlar“ epilepsi sendromu” adını alır (29).

Epileptik nöbetlerin ilk sınıflandırması Uluslararası Epilepsiyle Savaş Birliği (ILAE) tarafından 1969 yılında kabul edilmiştir. 1969 ILAE sınıflaması altı kritere dayanır. Bunlar; nöbetin klinik tipi, EEG'nin interiktal ve iktal özellikleri, anatomik durum, etyoloji ve yaştır. Bu sınıflandırma 1981 yılında yeniden düzenlenmiş olup, halen kullanılmaktadır

Son yıllarda epilepsi sınıflandırmasından çok epileptik sendromları şekillendirecek bir tablo yapmak için çalışmalar yoğunlaştırılmıştır. ILAE, 1989

yılında epileptik sendromları bir arada toplayan uluslararası epilepsi ve epileptik sendrom sınıflaması ortaya çıkarmıştır (Tablo 1) (28). Daha sonra ILAE tarafından 2001 yılında sınıflama daha da genişletilmiştir (Tablo 2) (30).

**Tablo1.** Epilepsilerin ve Epilepsi Sendromlarının Uluslararası Sınıflaması (ILAE,1989)

<b>Lokalizasyonla ilişkili (fokal, lokal, parsiyel) epilepsiler ve sendromlar</b>	<p><b>1.1. İdyopatik (başlangıcı yaşla ilişkili)</b></p> <p>Çocukluk çağıının iyi huylu sentrotemporal dikenli epilepsisi Çocukluk çağı oksipital paroksizmlili epilepsisi Primer okuma epilepsisi</p> <p><b>1.2. Semptomatik</b></p> <p>Kronik progresif epilepsia partialis continua (Kojewnikow sendromu) Özgül başlatılma tarzı olan nöbetlerle niteli sendromlar (Refleks epilepsi) Lob epilepsileri (temporal, frontal, pariyetal, oksipital lob epilepsileri)</p> <p><b>1.3. Kriptojenik</b></p>
<b>Jeneralize epilepsiler ve sendromlar</b>	<p><b>2.1. İdyopatik (başlangıcı yaşla ilişkili)</b></p> <p>İyi huylu neonatal familyal konvülziyonlar İyi huylu neonatal konvülziyonlar Çocukluk çağı absans epilepsisi ('piknolepsi') Jüvenil absans epilepsisi Jüvenil miyoklonik epilepsi ('impulsif petit mal') Uyanıklık grand mal nöbetli epilepsi Yukarda tanımlanmamış başka idyopatik jeneralize epilepsiler Özgül başlatılma tarzı olan nöbetlerle niteli sendromlar</p> <p><b>2.2. Kriptojenik veya semptomatik</b></p> <p>West sendromu (infantil spazmlar) Lennox-Gastaut sendromu Miyoklonik-astatik nöbetli epilepsi Miyoklonik absans nöbetli epilepsi</p> <p><b>2.3. Semptomatik</b></p> <p>Nonspesifik etyoloji -Erken miyoklonik ensefalopati -Supresyon burst'lu erken infantil epileptik ensefalopati -Yukarda tanımlanmamış başka semptomatik jeneralize epilepsiler Spesifik sendromlar</p>
<b>Fokal mi jeneralize mi olduğu belirsiz epilepsiler</b>	<p><b>3.1. Hem jeneralize hem fokal nöbetli</b></p> <p>Yenidoğan nöbetleri Sütçocukluğu çağı ağır miyoklonik epilepsi Yavaş dalga uykusunda sürekli diken-dalgalı epilepsi Edinilmiş epileptik afazi (Landau-Kleffner sendromu) Yukarda tanımlanmamış başka belirsiz epilepsiler</p> <p><b>3.2. Kesin jeneralize veya fokal özellikleri olmayan</b></p>
<b>Özel sendromlar</b>	<p><b>4.1. Özel duruma bağlı epilepsiler</b></p> <p>Febril konvülziyonlar İzole nöbetler veya status epileptikus Akut toksik veya metabolik nedene bağlı nöbetler</p>

**Tablo 2. Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE) 2001 Sınıflaması**

Sendrom grupları	Spesifik sendromlar
<b>Çocukluk çağı fokal epilepsisi</b>	- Benign infantil nöbetler (ailesel olmayan) - Sentrotemporal dikenli benign oksipital lob epilepsisi - Erken başlangıçlı çocukluk çağı oksipital epilepsisi (panayiopoulos) - Geç başlangıçlı çocukluk çağı oksipital epilepsisi (Gestaut tipi)
<b>Ailesel fokal epilepsiler (otozomal dominant)</b>	- Benign ailesel neonatal nöbetler - Benign ailesel infantil nöbetler - Otozomal dominant nokturnal frontal lob epilepsisi - Ailesel temporal lob epilepsisi - Ailesel çeşitli odaklardan kaynaklanan fokal epilepsi
<b>Semptomatik fokal epilepsi</b>	- Limbik epilepsi; hipokampal sklerozlu mezial temporal lob epilepsisi - Spesifik etyolojisi tespit edilmiş mezial temporal lob epilepsisi - Lokalizasyon ve etyolojisi tespit edilmiş diğer tipler - Neokortikal epilepsi; * Rasmussen sendromu * Hemikonvülsiyon-hemipleji sendromu * Erken başlangıçlı gezici parsiyel nöbet
<b>İdiyopatik jeneralize epilepsiler</b>	- Süt çocuğu benign myoklonik epilepsisi - Myoklonik absanslı epilepsi - Myoklonik astatik epilepsi - Çocukluk çağı absans epilepsisi - Değişik fenotipli idiyotik jeneralize epilepsiler * Jüvenil absans epilepsi * Jüvenil myoklonik epilepsi * Sadece tik nöbetle karakterize epilepsi - Febril nöbetlerle birlikte jeneralize epilepsiler
<b>Refleks epilepsi</b>	- İdiyopatik fotosensitif oksipital lob epilepsisi - Diğer görsel sensitif epilepsiler - Primer okuma epilepsisi - Startle epilepsi
<b>Epileptik ensefalopati</b>	- Erken myoklonik ensefalopati - Ohtahara sendromu - Dravet sendromu - Lennoux-Gastaut sendromu - Landau- Kleffner sendromu - Yavaş uyku dalga esnasında sürekli diken ve dalgalı apilepsi - Nonprogresif ensefalopatilerle birlikte seyreden myoklonik epilepsi
<b>Progresif myoklonik epilepsi</b>	
<b>Epilepsi teşhisi gerekli olmayan nöbetler</b>	- Benign yenidoğan nöbetleri - Febril nöbetler - İlaç ve kimyasalların indüklediği nöbetler - Nadiren tekrarlayan nöbetler (oligoepilepsi) - Tek ya da izole küme halinde nöbetler - Refleks nöbetler - Posttravmatik nöbet

#### 1.1.4. Epilepsi Etyolojisi

Epilepsilerin etyolojisinde genetik eğilim, konjenital yapısal bozukluklar, metabolik hastalıklar, santral sinir sistemi enfeksiyonları, prematürite, prenatal, perinatal ve postnatal hipoksik olaylar, serebrovasküler olaylar, travma, nörodejeneratif hastalıklar yer almaktadır (31). Epilepsi etyolojisi Tablo 3'te özetlenmiştir (32).

**Tablo 3.** Nöbetlerin etiyolojik sınıflaması

<b>Prenatal Faktörler</b>	<b>Perinatal faktörler</b>	<b>Postnatal Faktörler</b>
1-Genetik nedenler <ul style="list-style-type: none"><li>• Otozomal dominant</li><li>• Otozomal resesif</li></ul>	1-Hipoksi	1-SSS primer enfeksiyonları
2-Metabolik Hastalıklar	2-Enfeksiyon	2-Kafa travması
3-Konjenital yapısal anomaliler <ul style="list-style-type: none"><li>• Nörokutanöz sendromlar (Tüberoskleroz vb)</li><li>• SSS gelişim anomalileri (Porensfali, AV malformasyon vb)</li></ul>	3-Sarılık	3-İntrakraniyal kanamalar
4-İntrauterin enfeksiyonlar (TORCHvb)	4-Prematürite	4-Serebrovasküler olaylar
5-İntrauterin anoksi (Radyasyon, toksemi, DM, vb)		5-Hipertansif ensefalopati
		6-Diğer ensefalopatiler <ul style="list-style-type: none"><li>• Toksik alerjik</li><li>• Metabolik (hipoglisemi), elektrolit imbalansı</li><li>• Hiperpreksi</li><li>• Anoksi</li><li>• Depo hastalıkları</li><li>• Piridoksin yetersizliği, bağımlılığı</li><li>• Dejeneratif, mitokondriyal, peroksizomal hastalıklar</li></ul>

#### 1.1.5. Epilepside Tanı-Ayırıcı Tanı

Hekim çoğunlukla nöbeti gözleyemeyeceği için nöbet hakkındaki bilgiyi hasta veya hasta yakınlarından alır. Tanımlanan nöbet(ler)in epileptik olup olmadığı, epileptik ise, ne tür olduğu, etiyolojik tanı, tedavi ve prognoz açısından meselenin nasıl ele alınması gerektiği yolundaki karar aşamalarında anamnez bilgilerinin yeri, nörolojik muayene verileri ve laboratuvar araştırmalarından daha önemlidir. Yanlış olarak epilepsi tanısı alan durumlar, gelişmiş merkezlerde dahi %30'lara varan oranlarda bildirilmekte ve bu durumların başında konversiyonlar ve senkoplar gelmektedir. Tam bir fizik ve nörolojik muayene, sistemik bir hastalığın veya yapısal nörolojik bir bozukluğun olup olmadığını göstermesi açısından önem taşır. Laboratuvar incelemeleri, menenjit ve ensefalit şüphesi taşıyan hastalarda lomber ponksiyonu da içermelidir (33).

Anamnezin, muayene bulgularının ve EEG'nin fokal bir bozukluğu işaret ettiği hastalarda görüntüleme yapılmalıdır. EEG tanıda ve tedavide çok önemli bir yer tutar. Ancak klinik olarak epilepsisi olan hastaların %20 kadarında EEG normal bulunur. Bunun yanında hayatlarında hiçbir zaman nöbet geçirmemiş sağlıklı insanların %2- 5'inin EEG lerinde epilepsiye benzer değişiklikler görülür (33).

Epilepsi tanısı alan hastaların %20'si non epileptik fenomenlere bağlıdır. Senkop, migren, konvülsiyon, simülasyon ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Epileptik hastaların komplike migren, konversiyon veya simülasyon ile de başvurabilecekleri hatırlanmalıdır. Aynı hastada her iki semptom ve hastalık birlikte bulunabilir (34).

Ayırıcı tanıda yaklaşım nöbetin mümkünse gözlenmesi, EEG ve video ile monitorize edilmesidir. Antikonvulziflere yanıt vermediği zaman olay bir kez daha gözden geçirilmeli, senkop gibi kardiyak olaylardan kaynaklanan nöbetler de tekrar incelenmelidir (34).

### **1.1.6. Epilepside Tedavi Prensipleri**

Antikonvülzan tedavisinde bazı ilkelerin benimsenmesi başarı oranını yükseltir.

Bu ilkeler şöyle sıralanabilir:

- İlaç seçiminin nöbet tipine göre yapılması
- Tedaviye tek ilaç ile başlanması
- İlaç preparatlarının seçiminde hastanın yaş, mental durumu ve ailenin sosyoekonomik düzeyinin dikkate alınması
- Antikonvülzanların farmakokinetiklerinin elverdiği ölçüde seyrek aralıklarla verilmesi
- Kan düzeyinin stabilize olması için zaman verilmesi
- Hedeflenen doza yavaş ulaşılması
- Nöbetler kontrol altına alınmaya veya yan etkiler ortaya çıkıncaya kadar doz artırılmadan bir antikonvülzan ilaçtan vazgeçilmemesi
- Nöbetleri kontrol altına alınmış hastalarda nedensiz ilaç değişimi yapılmaması
- Hastaların en az altı ayda bir kontrol edilmesi (35, 36) .

Monoterapi ile ilaca ait yan etkiler daha az görülür, ilaç etkileşim sorunu ile karşılaşmaz. Bilişsel işlevler daha az etkilenir ve daha ucuz tedavi olanağı sağlanır. İlaç sayısı arttıkça hastaların ilaçları düzenli kullanma olasılığı azalır ve yan etkiler nöbet kontrolündeki etkinliğe göre daha çok artar. Nöbetlerin kontrol altına alınmadığı durumlarda veya hastanın farklı antikonvülzanlara yanıt veren farklı tipte nöbetlerinin bulunması durumunda politerapi uygulanabilir. Kan düzeyinin stabilize olması için zaman verilmesi önemlidir. Çoğu antikonvülzanlarda bu süre iki haftayı aştığından en az iki hafta beklenmeden ilacın etkin olmadığına karar verilmemelidir. Bu arada ortaya çıkan hafif nöbetleri dikkate almayıp sık ve ciddi nöbetlerde başka antikonvülzanlara geçilmelidir (36, 37) .

Nöbetler kontrol altına alınıncaya kadar veya yan etkiler ortaya çıkıncaya kadar doz artırılmadan bir antikonvülzandan vazgeçilmemelidir. Bir ilacın etkili olmadığına karar verebilmek için en az 2-3 ay süre ile etkili ve önemli yan etki oluşturmayacak dozda kullanılması gerekir. İlaça rağmen nöbetleri devam eden ve ilacı düzenli almadığı düşünülen hastalarda veya toksisite kuşkusunda kan düzeyi belirlenmelidir.

Antikonvülzan tedavi nöbetlerin kontrol altına alınmasını sağlar fakat epilepsi nedenini ortadan kaldırmaz. Nedene yönelik tedavi semptomatik konvülsiyonlarda ve bir ölçüde de epileptik cerrahi de söz konusu olabilir. Bu nedenle herhangi bir hastalık gibi iyileşme kararı vermek ve tedavi süresini kesin olarak belirlemek zordur. Tedavi şartlarının hastanın yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik olduğunun unutulmaması gerekmektedir (37, 38).

## **1.2. Depresyon**

### **1.2.1. Depresyon Tanımı**

Depresif duygu durumun literatürde net bir tanımı yoktur. Dünya Sağlık Örgütüne göre depresyon tanımı, depresif ruh hali, ilgi ve zevkin azalması, azalmış enerji, uyku veya iştahın bozulması, suçluluk hissi gibi belirtilerle karakterize sık görülen mental bir hastalıktır (39). Depresyon tanımlamasının odak noktasını üzüntülü duygu-durum (depresyon), azalan keyif alma kapasitesi (anhedoni) oluşturmaktadır. Duygu-durum değişikliği depresyonun en temel ögesi olarak düşünülür; acı ve üzüntü duygusu, hoş olmayan olaylara aşırı duyarlılık, mutluluk

verici olaylara duyarsızlık, beklenti memnuniyetinde azalma, zevk alamama, affektte küntleşme, apati şeklinde dışa vurum olarak belirtilebilir. Çökkün duygu-durum terimi negatif affektif yansımayı simgeler ve çökkün, kederli, dokunaklı, irritabl veya anksiyöz gibi çeşitli şekillerde tanımlanır (40, 41).

Depresyonda genel olarak üç alanda bozukluk olduğu söylenebilir:

- 1) Emosyonel alanda (disfori, irritabilite, anhedoni, toplumdan uzaklaşma)
- 2) Kognitif alanda (kendini kınama, değersizlik ya da suçluluk duyguları, umutsuzluk, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde toplamada güçlük çekme, bellek bozukluğu, hezeyanlar ya da halüsinasyonlar)
- 3) Vegetatif alanda (yorgunluk-bitkinlik, enerji kaybı, ansomnia-hipersomnia, anoreksiya-hiperfaji, psikomotor retardasyon/ajitasyon, libido kaybı) (42-45).

### **1.2.2. Depresyon Sıklığı**

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Kabaca toplumda her 10 kişiden birinde izlenmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8-10 erkekten birisi yaşamı boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir. Kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha fazla görülmektedir. Majör depresyon orta yaşlarda (20-40 yaş) daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu majör depresyon prevalansını, Angst'ın (46) çalışmasında %4,4-%19,6 ve Kessler ve ark. (47) çalışmasında %17 olarak bulmuşlardır. Doğan ve ark.'nın (48, 49) çalışmasında, ülkemizdeki depresyon yaygınlığı (%8-20) diğer ülkelerdeki oranlara benzer bulunmuştur. Yine Kessler ve ark. (47) aynı çalışmasında 1 yıllık süre içinde toplumun %10,3'ünde majör depresyon tespit edilmiştir. 1 yıllık prevalans kadınlarda %8, erkeklerde %3 civarındadır. Witchen (50) yaşam boyu tekrarlayan kısa depresyon oranını %11 olarak bildirmişlerdir.

### **1.2.3. DSM-IV Tanı Kriterlerine Göre Majör Depresyon Tanımı**

**A.** İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin veya daha fazlasının bulunmuş olması semptomlardan en az birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı veya zevk alamama olması gerekir.

- 1) Ya hastanın bildirmesi (üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (ağlamaklı bir görünüm) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu

süren depresif duygudurum bulunması (çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygu durum bulunabilir)

2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bu etkinliklerden zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması)

3) Perhizde değilken önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma (bir ayda beden ağırlığını %5'inden fazla değişim) ya da hemen her gün iştahta artma ya da azalma olması (çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması)

4) Hemen her gün uykusuzluk (insomnia) ya da aşırı uyuma (hipersomnia ) olması

5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (bu belirtilerin özellikle başkaları tarafından gözleniyor olması gerekir)

6) Hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı olması

7) Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8) Hemen her gün düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık olması (ya hasta tarafından ifade edilir ya da başkaları bunu gözlemler)

9) Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özgül bir plan olmaksızın yineleyici intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarısı olması

**B.** Bu belirtiler bir karışık atak (mikst atak) belirtilerini karşılamamaktadır.

**C.** Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

**D.** Bu belirtiler bir maddenin (ilaç kötüye kullanım ya da bir tedavi ilacı kullanımı) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. hipotroidizm) bağlı değildir.

**E.** Bu belirtiler yaşla açıklanamaz. Yasta sevilen birinin kaybindan sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler işlevsellikte belirgin bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (51, 52).

Majör depresif bozuklukta hastalık dönemleri genellikle haftalar ya da aylar boyu sürebilen prodromal dönemin ardından başlar. DSM- IV-TR major depresif bozukluk tanısı için;

1) Disforik duygudurum ya da alışlagelmiş etkinliklere karşı ilgide azalma olması,

2) Ek olarak en az dört klasik depresif belirti ve bulgu olması,

3) Bunların en az iki haftadır sürüyor olması,

4) Bu belirti ve bulguların depresif belirtilere yol açabilen başka bir süreç, örneğin yas, sıklıkla depresyonla iç içe giden fiziksel bir durum ya da başka bir akıl hastalığıyla açıklanamıyor olması gereklidir. Tek hastalık dönemi olabilir ya da sıklıkla görüldüğü gibi yineleyici ya da her iki türlü de olabilir. Günümüzdeki tanıma göre bir kişide olumsuz bir yaşam olayının ardından 14 gün süren moral bozukluğu ve kendine olan güvende azalma, uyku ve konsantrasyon bozukluğu ve cinsel ilgide azalma gibi belirtiler ortaya çıkarsa bu kişi ılımlı şiddette major depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılıyor demektir (51, 52).

### **1.3. Anksiyete**

#### **1.3.1. Anksiyete Kavramı**

Anksiyete (anxiety), Latince “tıkanma”, “boğulma” anlamına gelen “angere” kökünden türetilmiştir. Anksiyete, nedeni bilinmeyen, belirsiz korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit duygu durumudur (53).

Günümüzde psikiyatri alanında iki büyük tanısal sınıflama sistemi vardır. Bunlardan ilki Amerikan Psikiyatri Birliğine ait DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) diğeri ise Dünya Sağlık Örgütüne ait ICD (International Clasification of Diseases) sistemleridir. Bugün her iki sistem birbirine hem tanı kategorileri hem de tanı ölçütleri açısından çok yakınlaşmışlardır. Anksiyete bozukluklarının bu iki tanısal sınıflama sistemi içerisinde yer alış biçimleri son elli yıl içerisindeki anksiyete ve anksiyete bozuklukları kavramının gelişimine de ışık tutmaktadır (41, 52 ).

**Tablo 4.** DSM-IV-TR'ye göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması (53)

1. Panik Bozukluğu (agorofobili, agorofobi ile birlikte olmayan)
2. Fobik bozukluklar ( özgül fobi, sosyal fobi, agorofobi)
3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu
4. Obsesif Kompulsif Bozukluk
5. Stres bozuklukları ( akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu)
6. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
7. Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu
8. Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu

Anksiyete tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duyguya vücutta bir takım duyumlar eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması gibi duyumlar örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de anksiyetenin sık görülen belirtilerdendir. Anksiyetenin ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürür. Anksiyetenin klinik görünümleri kişiden kişiye büyük ölçüde değişir. Bazı hastalarda kas gerginliği önde gelir ve bu kişiler kas katılığından ya da spazmından, baş ağrısından ve boyun tutulmasından yakınırırlar.

**Tablo 5.** Anksiyetenin bilişsel, bedensel ve davranışsal belirtileri (54)

<b>Bedensel</b>	<b>Bilişsel</b>	<b>Davranışsal</b>
Nefes almada zorluk	Katastrofik düşünceler	Motor huzursuzluk
Boğulma	Endişeler, kaygılar	Kaçınma
Çarpıntı hissi	İntrusif düşünceler	Güvenlik davranışları
Terleme	İntrusif imgeler	Kompulsiyonlar
Titreme	Obsesyonlar	Yardım arama
Vertigo, senkop		
Sersemlik		
Göğüs ağrısı		
Hiperventilasyon		
Epigastrik ağrı, yanma		
Myalji		
Hipertansiyon		
Pupil dilatasyonu		

Anksiyete bozuklukları prevalansını araştıran en kapsamlı çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün 1996 yılında sonuçlarını yayınladığı Sartorius ve ark. (55)

yürüttüğü çalışmadır. Ondört ülkede 15 merkezde yürütülen, 25000 erişkinin psikiyatrik bozukluklar açısından tarandığı çalışma sonucunda anksiyete bozuklukları prevalansı %10.5 bulunmuştur (56, 57). Amerikan toplumunda yaklaşık olarak dört kişiden birinde anksiyete bozukluğu saptanmıştır (53). Genel olarak yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30.5, erkeklerde %19.2'dir. Tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12.6 iken yaşam boyu sıklık %14.6'dır (58).

### **1.3.2. Anksiyete Bozukluklarının Nedenleri Ve Risk Faktörleri**

Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında birden çok faktörün rol oynadığına inanılır. Genetik, ailesel geçmiş ve yetiştirme biçimi, şartlanma, son dönem stresleri, kişisel inanç ve tutumlar, duygularını ifade edebilme yeteneği anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında- önemli olan faktörlerdir. Bilimsel kanıtlar, aralarında bir ölçüye kadar farklılıklar olsa da tüm psikiyatrik bozuklukların ortak risk faktörlerine sahip olduklarına işaret etmektedir. Ailede anksiyete ve depresyon hikayesi genetik bir yüklülüğe ve riske işaret eder. Cinsiyet anksiyete bozukluklarında önemli bir diğer risk faktörüdür. Anksiyete bozukluklarının kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır (53).

### **1.4. Epilepsi Ve Aile Üzerindeki Psikolojik Etkileri**

İnsanlık tarihinin başlangıcından beri çocuk anne ve babanın en değerli varlığı olarak gözetilmiş, korunmuş, sevilmiş ve en iyi şekilde büyütülmeye çalışılmıştır. Sağlıklı olmak yaşamın sürdürülmesinde temel unsurdur. Sağlıklı olmayan çocuğa sahip yetişkinlere en iyi yaşam koşulları sağlansa da, bu olanaklardan yararlanmaları mümkün olmayabilir. Bunun en etkin sebebi hastalığın ailenin üzerinde yarattığı psikolojik travmadır (59).

Fiziksel hastalık kişinin fizyolojik ve psikolojik bütünlüğüne karşı tehdit oluşturur. Bu durum, birey bir çocuk ise psikolojik kaygılar yaratarak ebeveynleri daha çok etkiler. Ebeveynler bu durumun ne kadar süreceği ve çocuklarının normal yaşamına ne zaman geri döneceği ile ilgili kaygılar duyar (60).

Kronik hastalıklar 3 ay ya da daha fazla sürmesi beklenen, uzun süreli hastalıklardır (61). Tüm çocuk popülasyonunun %10-20'sinde güncel aktiviteyi etkileyen ya da hergün tedavi gerektiren kronik sağlık sorunları bulunmaktadır (2).

Epilepsi, tanı konulan çocuklarda davranışsal ve bilişsel fonksiyonları etkileyen kronik bir hastalıktır. Epilepsinin etkisi sadece nöbet geçiren çocuklar ile sınırlı kalmayıp, belirli bir dereceye kadar bütün aileyi etkilemektedir. Nöbetlerin başlaması ile ilgili tahmin edilemeyen zamanlama, akademik başarının oluşmaması, sosyal damgalanma çocuk için olduğu kadar aile için de çok önemli sorunlar yaratmaktadır. Ailenin sorumluluğu arttıkça, aile aktivitelerinde de bir azalma görülmektedir (9). Farklı çalışmalarda epilepsi tanısı olan çocukların ailelerinde stres seviyelerinin anlamlı yüksek olduğu görülmüştür (62). Rodenburg ve ark. (23), epilepsili çocukların ailesel faktörleri ve psikopatolojileri ile ilgili yaptıkları çalışmalarında, kontrol grubu ile kıyaslandığında epilepsili çocukların aileleri bütün ailesel faktörlerde kötü sonuçlar göstermiştir. Bu faktörler aile çocuk arasındaki ilişkinin kalitesinde düşüklük, annelerde daha çok depresyon belirtisi ve ailesel fonksiyonlarda problemleri kapsamaktadır (23). Epilepsinin diğer kronik hastalıklara göre aile üzerindeki etkisi ele alındığında, epilepsili çocuğu olan ailelerin diğer hastalıklara sahip çocukların ailelerine göre daha çok etkilenim gösterdikleri bildirilmiştir (63). Genel kural olarak anneler çocukların bakımı ile daha çok ilgilendiğinden kronik hastalıklardan daha çok etkilenmektedirler (64). Ferro ve Specceley (14) yaptıkları bir çalışmaya göre epilepsili bir çocuğa bakan anneler depresyon bazlı ölçümlere göre eşik puanlar ya da daha yüksek puanlar göstermektedirler. İseri ve ark. (65) çalışmasında da epilepsisi bulunan çocukların ailelerindeki posttravmatik stres bozukluğu ve majör depresif bozukluk oranları çok yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaların tersine Baki ve ark. (66) ise epilepsili çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeylerinde kontrol grubuna göre anlamlı farklılık olmadığını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda epilepsili çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete seviyelerinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi insan denekleri üzerinde uygulanan araştırmalardaki etik ilkeler benimsenmiştir. Araştırmamız 05 karar no ve 03/12/2013 tarihi ile Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yerel Etik Kurulundan yapılabilir onayı almıştır

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı ve Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu çalışmaya Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Polikliniğinde epilepsi tanısı ile takip edilen çocuğu olan 100 anne dahil edildi. Kontrol grubu olarak Genel Çocuk polikliniğine başvuran, çalışma grubu ile aynı sayıda, kronik hastalığı olmayan, yaş ve eğitim düzeyleri epilepsili çocuk anneleri grubu ile uyumlu, sağlıklı çocuğu olan anneler alındı.

### 1-Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- a) Çocuğun yaşının 1 yaşından büyük olması
- b) Çocukların epilepsi tanısıyla en az 3 ay süreyle takip ediliyor olması
- c) Anne yaşının 20 yaş ile 60 yaş arasında olması
- d) Annenin psikiyatrik bir rahatsızlığının olmaması, herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmaması (örn. depresyon, kişilik bozuklukları), klinik görüşme ile mental retardasyonun dışlanması
- e) Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

### 2. Çalışmaya dahil olmama kriterleri:

- a) Çalışma yapıldığı sırada annenin ölçek formunu doldurmasına engel olabilecek psikiyatrik rahatsızlığının olması (örn. psikoz)
- b) Çalışma yapıldığı sırada annenin alkol ya da psikoaktif maddeye bağlı bulgularının olması

### 3. Çalışmadan çıkarılma kriterleri:

Hastanın kendi isteğiyle çalışmadan çıkmak istemesi haricinde çalışmadan çıkarılma kriteri yoktur.

Tüm katılımcılara çalışmaya katılmadan önce “bilgilendirilmiş onam formu” verildi. Okuması sağlanarak çalışmaya katılmayı kabul edenlerin formu imzalamaları talep edildi. Katılımcılara sosydemografik bilgi formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI 1-2), Beck Depresyon Ölçeği anketleri uygulandı.

**Kullanılan Ölçekler:** Psikolojik değerlendirme ölçekleri hastanın psikişik, davranışsal özelliklerini ve bireysel veya toplumsal ilişkilerini sayısal olarak ifade etmeye ve karşılaştırma yapmaya yarar. Psikolojik değerlendirme ölçekleri çok farklı amaçlar için kullanılırsa da pratikte sıklıkla tarama, tanı koyma, hastalığın şiddetini ve bu şiddetin tedaviyle değişimini belirleme amacıyla kullanılır (67). Psikolojik testler, kişinin davranışını standart koşullar altında gözlemlemek ve tanımlamak için kullanılan sistematik bir yöntem şeklinde tanımlanmaktadır (68).

### **2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Çalışmaya katılan tüm çocukların yaşı, tanısı, cinsiyeti, hastalık süresi, engellilik düzeyi, nöbet tipi, nöbet sıklığı, kullanılan antiepileptik ilaç sayısı ve tedavi sürelerini içerir. Çalışmaya katılan tüm annelerin yaşı, medeni hali, yaşadıkları yer, eğitim durumları, çalışma durumları, gelir düzeyleri, çocuk sayıları gibi bilgileri içermektedir.

### **2.2. Beck Anksiyete Ölçeği**

Beck Anksiyete Ölçeği Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından geliştirilen, ergen ve yetişkinlere uygulanan bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Her bir soru 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmektedir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir (69). Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından yapılmıştır (70).

### **2.3. Beck Depresyon Envanteri**

Beck depresyon envanteri (BDE), Beck ve ark. (71) tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. BDE'deki maddeler asıl olarak depresyonlu hastaların psikoanalitik tedavileri sonucunda yapılan gözlemlere dayanmaktadır. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır ve her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli

forma göre sıralanmıştır. Hastalardan şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. 1978 yılında ölçeğin tümü revize edilerek şiddeti tanımlayan duplikasyonlar ayıklanmış ve hastaların bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir. Ölçeğin orijinali klinisyenin yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmış iken, ölçek daha sonra kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır. Şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16=Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır. Alt ölçek skorları kognitif afektif faktör ve somatik performans faktör ile hesaplanmaktadır (71). Ölçeği doldurmak yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Ancak bu süre hastanın eğitim düzeyine göre değişebilir. Ayrıca, ciddi obsesyonu olan hastalarda uygulama daha da uzun sürebilir.

Ölçek Türkçeye Beck Depresyon Envanteri ( BDE) ve Beck Depresyon Ölçeği adıyla iki ayrı form olarak çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış, ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (72, 73).

BDE'nin avantajları hasta tarafından doldurulması, basit bir dile sahip olması ve skorlamanın kolay olmasıdır. Dezavantajları ise; kadınlar, yaşlılar, adolesanlarda, düşük eğitim düzeyinde ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığında olduğundan yüksek skorların işaretlendiğinin bildirilmiş olmasıdır (72).

#### **2.4. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI TX-1, STAI TX-2)**

**1) Durumluk Kaygı Envanteri:** Bireyin belirli bir alanda ve belirli bir koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler.

**2) Sürekli Kaygı Envanteri:** Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (1970), Öner ve Le Compte tarafından Türkçeye uyarlanmış, Likert formatında, 20'si durumluluk, 20'si de sürekli kaygı ölçmeye yönelik toplam 40 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin uygulandığı bireylerin işaretleyeceği bölümde 4 ayrı seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler ifade edilen davranışların ve duyguların yoğunluğunu belirlemek amacı ile "hiç" "biraz" "çok" "tamamıyla" seçeneklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük

puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Durumluk Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanında, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır (74). Durumluk kaygı formunun sadece o anda hissedilenler ile ilgili bilgi verirken, sürekli kaygı envanteri son 7 gündür hissedilenleri ölçmek üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin normal ve hasta örnekleriyle yapılan çalışmalar sonucu elde edilen güvenirlik katsayılarının. 83 ile. 87 arasında değiştiği bildirilmektedir (75).

Bu formlar sırayla ek -1, ek-2, ek-3, ek-4, ek-5 de yer almaktadır.

## **2.5. İstatistiksel değerlendirme**

Olguların verileri SPSS (statistical package for social sciences) 15.0 programında oluşturulan veri tabanına girildi ve verinin istatistiksel analizleri yine aynı program ile yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Parametrik sonuçlar (ikili grupların normal dağılım gösteren veriler yönünden ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına  $\text{ortalama} \pm \text{SD}$  değeri verilerek) standart t testi ile parametrik olmayan sonuçlar (normal dağılım göstermeyen veriler yönünden ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ortanca (minimum-maksimum) değeri verilerek) Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Epilepsinin süresi ve dirençli epilepsi ile

Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete envanteri sonuçları arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirildi. p değerinin  $<0,05$  olması istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edildi.

### 3. BULGULAR

Çalışmaya epilepsi tanısı olan çocuğa sahip 100 anne ile kronik hastalığa sahip çocuğu olmayan 100 anne kontrol grubu olarak alındı. Çalışma grubu Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nöroloji Polikliniğinde epilepsi tanısı ile takip edilen hastaların annelerinden, kontrol grubu ise Genel Pediatri polikliniğine başvuran çocukların annelerinden oluşturuldu.

Çalışma grubunda bulunan annelerin yaş ortalaması  $33,80 \pm 6,56$  (20-50) yıl, kontrol grubunda bulunan annelerin yaş ortalaması  $32,39 \pm 7,10$  (19-48) yıl olup, iki grup arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p > 0,05$ ). Çalışma grubundaki çocukların yaş ortalaması  $6,97 \pm 4,82$  (1-17) yıl, kontrol grubundaki çocukların yaş ortalaması  $6,74 \pm 4,47$  (1-17) yıl olup iki grup arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p > 0,05$ ). Okur-yazarlık oranı ve ekonomik durum bakımından iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6.** Çalışma ve kontrol grubunda bulunan çocuk ve annelerin sosyodemografik verileri

	Epilepsi grubu		Kontrol grubu	
	n	%	n	%
<b>Cinsiyet (erkek/kız)</b>	60/40	(60/40)	58/42	(58/42)
<b>Okur-yazar (Evet/hayır)</b>	92/8	(92/8)	87/13	(87/13)
İlkokul	74	(80,43)	70	(80,45)
Lise	15	(16,30)	12	(13,79)
Üniversite	3	(3,27)	5	(5,76)
<b>Ekonomik durum</b>				
Kötü	5	(5)	8	(8)
Orta	72	(72)	67	(67)
İyi	23	(23)	25	(27)

Çalışma grubunda bulunan hastaların yaş aralığı  $6,97 \pm 4,82$  yıl (1-17 yıl) tanı konduğu yaş  $3,84 \pm 3,48$  yıl (1-13 yıl), nöbet süresi  $39,67 \pm 40,36$  ay (3-160 ay) idi. Tablo 7 çalışma grubunda bulunan epileptik çocukların hastalığı ile ilgili bilgileri göstermektedir.

**Tablo 7.** Epilepsi grubunda nöbet ile ilgili veriler

	Ortalama ± Standart Sapma	
	n	%
<b>Nöbet tipi</b>		
Jeneralize	75	75
Parsiyel	25	25
<b>Nöbet sıklığı</b>		
<10/yıl	48	48
1-2/ay	37	37
2-3/hafta	15	15
<b>Antiepileptik ilaç</b>		
Monoterapi	61	61
Politerapi	39	39
Dirençli epilepsi (evet/hayır)	45/55	45/55
Eşlik eden motor/mental Gerilik	81/19	81/19

Çalışma grubunun depresyon düzeyini değerlendiren Beck depresyon envanteri sonuçlarına bakıldığında Beck depresyon puan ortalaması  $15,04 \pm 11,08$  olup, 100 annenin 60'ında depresyon saptandı. Bu annelerin depresyon seviyeleri, 20 annede hafif, 27 annede orta ve 13 annede ağır derecede olarak bulundu. Annelerin 40'ında ise depresyon saptanmadı. Kontrol grubunda ise Beck depresyon puan ortalaması  $13,90 \pm 10,77$  olarak bulundu. Kontrol grubu annelerin %55'inde depresyon saptanırken, depresyon seviyeleri 16 annede hafif, 36 annede orta, 3 annede ise ağır derecede idi. Çalışma grubunda depresyon puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ). (Tablo 8, Tablo 9)

Çalışma ve kontrol grubunun anksiyete düzeylerini belirlemek için Beck anksiyete envanteri kullanıldı. Çalışma grubunda bulunan annelerin %55'inde anksiyete saptanırken, %45'inde yoktu. Anksiyete seviyeleri 25 annede hafif, 16 annede orta, 14 annede ağır derecede bulundu. Kontrol grubunda ise annelerin %46'sında anksiyete saptanırken, %54'ünde anksiyete bulunmadı. Bu gruptaki annelerin anksiyete seviyeleri 34 annede hafif, 12 annede orta derecelerde idi. Kontrol grubunda şiddetli seviyede anksiyetesi olan anne yoktu (Tablo 10). Beck anksiyete puan ortalaması çalışma grubunda  $12,61 \pm 10,50$ , kontrol grubunda  $8,17 \pm 5,36$  olarak bulundu ve her iki grup arasında anksiyete bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8).

Annelerin durumluluk ve süreklilik anksiyete seviyelerinin değerlendirilmesinde STAI 1 ve STAI 2 testleri kullanıldı. STAI 1 ortalama puanı çalışma grubunda 42,89±7,95, kontrol grubunda 41,20±7,35 olarak bulundu, iki grup arasında durumluluk anksiyetesi açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). STAI 2 testinde ise ortalama puan çalışma grubunda 50,05±6,93, kontrol grubunda 46,86±6,37 olup, iki grup arasında süreklilik anksiyetesi bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ( $p<0,05$ ).

**Tablo 8.** Epilepsi ve kontrol grubunun depresyon ve anksiyete puanları (ortalama değerler ±SD)

	<b>Epilepsi grubu</b>	<b>Kontrol grubu</b>	<b>p değeri</b>
<b>Beck depresyon</b>	15,04±11,08	13,90±10,77	0,285
<b>Beck anksiyete</b>	12,61±10,50	8,17±5,36	0,006
<b>STAI 1</b>	42,89±7,95	41,20±7,35	0,060
<b>STAI 2</b>	50,05±6,93	46,86±6,37	0,001

**Tablo 9.** Epilepsi ve kontrol grubunda depresyon düzeyleri

	<b>Epilepsi grubu (n: 100)</b>	<b>Kontrol grubu (n: 100)</b>
<b>Yok</b>	40	45
<b>Hafif</b>	20	16
<b>Orta</b>	27	36
<b>Şiddetli</b>	13	3

**Tablo 10.** Epilepsi ve kontrol grubunda anksiyete düzeyleri

	<b>Epilepsi grubu (n: 100)</b>	<b>Kontrol grubu (n: 100)</b>
<b>Yok</b>	45	54
<b>Hafif</b>	25	34
<b>Orta</b>	16	12
<b>Şiddetli</b>	14	0

Çalışma grubunu oluşturan 100 hastanın epilepsi tanı süresi ortalama 39,67±40,36 ay (3-160 ay) olarak bulundu. Hastalığın süresi ile annelerde saptanan depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p<0,05$ ).

Çalışma grubunda bulunan hasta çocukların %45'i dirençli epilepsi tanısı ile takip edilen hastalar olup, annelerinde saptanan depresyon ve anksiyete seviyeleri ile epilepsinin dirençli olup olmaması arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı ( $p<0,05$ ).

Çalışma grubunda ekonomik durum kötü-orta-iyi olarak ayrıldı. Ekonomik durumu kötü olan 5 annenin 3'ünde, orta olan 72 annenin 46'sında, iyi olan 23 annenin 11'inde depresyon saptandı. Üç grup arasında depresyon bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ( $p<0.05$ ).

Anksiyete ve ekonomik durum değerlendirilmesinde; ekonomik durumu kötü olan 5 annenin 3'ünde, orta olan 72 annenin 41'inde, iyi olan 23 annenin 11'inde anksiyete saptandı. İstatistiksel olarak 3 grup arasında anksiyete bakımından farklılık bulunmadı ( $p<0.05$ ).

#### 4. TARTIŞMA

Çocukluk kronik hastalıkları hastanın yaşamına ve tüm aile üzerinde önemli etkiye sahiptir (76). Genel nüfustaki çocukların ortalama %10-20'si kronik hastalıklara sahiptir (3). Epilepsi ani belirtileri ve bu belirtilerin ne zaman ortaya çıkacağı tahmin edilememesi özelliği ile diğer kronik hastalıklardan farklıdır. Epileptik nöbetler sadece beklenmedik bir zamanda meydana gelmez, aynı zamanda içinde bulunduğu özel koşullara bağlı olarak utandırıcı olmaktan tehlikeli olmaya birçok şekilde oluşabilir (77).

Kronik hastalık neden olduğu psikolojik, sosyal sonuçları ile hem çocuğu hem de aileyi etkilemektedir. Bir yanda çocuğun sağlık durumu ebeveynin psikolojik durumuna bağlı iken, diğer yanda ebeveynin işlevlerinin sağlıklı olması çocuğun sağlıklı olmasını etkilemektedir (78). Çocuğun bakım sorumluluğu, psikolojik tepkiler (anksiyete, korku, öfke, depresyon ve suçluluk), tahmin edilemeyen tıbbi giderlerin oluşturduğu ekonomik yükler, çocuklarının geleceği ile ilgili belirsizlikler aileye ağır yük getirmektedir (79).

Günümüzde kronik hastalığı olan bir çocuğun ailesinin uyum süreci ile ilgili bilgiler sınırlıdır (80). Çocuklarına ilk kez kronik hastalık tanısı konan aileler birçok yönden etkilenirler. Aileler suçluluk, çaresizlik, kaygı, utanma, kızgınlık veya perişan olma gibi duygular hissedebilir ve bu durum da çocuğun sağaltımını olumsuz olarak etkileyebilir (81).

Kronik bir hastalığa sahip olan bir çocuğa bakmak, ebeveynler için önemli bir stres kaynağıdır. Duygusal stres (zorlanma) özellikle tanı anında ve hastalığın şiddetlendiği dönemlerde sık karşılaşılan bir durumdur. Kronik hastalık tanılı çocuğun bakımını çoğunlukla anneler üstlenir ve aile yaşamına yansıyan negatif etkilerde babalara oranla daha fazla etkilenebilirler (82).

Annelerde babalara oranla depresyonun daha yüksek oranda görülmesi üç nedenden dolayı olabilir: başa çıkmada cinsiyet farklılığının rol oynaması, aile yapısının temelini oluşturan rol modelleri, sosyal desteklerden faydalanma farklılıkları. Anne, çocuğun primer bakımından ve hastalıkla ilgilenmeden (doktor kontrolleri, ilaçların çocuğa eksiksiz ve zamanında verilmesi, refakatçi olma) genellikle kendini sorumlu tutar. Çalışan anne işini bırakır. Birçok zaman anne çocuğun hastalığıyla direkt olarak yüzleşerek hastalıkla başa çıkmaya çalışır. Baba

ise çoğu zaman ailenin ekonomik sorumluluğunu üstlenmiştir. Murphy ve ark. (83) babaların işte geçirdikleri zamanı arttırarak hastalıkla başa çıkmayı başardıklarını savunmuştur.

Literatürde birçok araştırmada çocukluk çağı kronik hastalıklarının aileye psikolojik ve psikososyal etkileri incelenmiş, çeşitli sonuçlar yayımlanmıştır. Birçok çalışma, kronik hastalığa sahip çocukların anne ve babalarının emosyonel açıdan risk altında olduğunu vurgulamaktadır (10, 84, 85).

Toros ve ark. (10), kronik hastalığı olan çocukların anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeylerini araştırdıkları çalışmada katılımcıları 3 gruba ayırmışlar. Grup 1: kanser tanılı çocukların anne-babaları, grup 2: diyabet, kronik böbrek hastalığı, talasemi, hemofili gibi diğer kronik hastalığı olan çocukların anne-babaları, grup 3: sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan oluşan kontrol grubu. Kanseri tanıyan çocukların anne ve babalarında, diğer kronik hastalık tanılı çocukların anne-babalarından ve kontrol grubundan daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri saptanmıştır. Öztürk ve ark.(84)'nin yaptıkları bir çalışmada hemofili tanılı çocukların annelerinde emosyonel zorlanmayı araştırmışlar. Çalışmada annelerin %83'ünün hastalığın kendi yaşamlarını kısıtladığı ve ruhsal durumlarını etkilediği düşüncesinde olduğunu saptamışlardır. Kontrol grubuna göre hemofili tanısı alan çocukların annelerinde Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan saptanmıştır.

Uğuz ve ark. (85) mental retarde, otizm, serebral palsi tanısı almış çocukların annelerinde engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre depresyon ve anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Epilepsili çocuk ve bunların bakımlarıyla ilgilenen kişilerde, belirsizlik ve ani kontrol kaybıyla depresyon ve anksiyete arasında ilişkiler vardır (86). Mevcut araştırmalar kronik hastalığı olan çocukların annelerinin stres faktörlerine bağlı olarak daha fazla örselenebilir olduklarını bildirmektedir (12, 80, 87).

Shore ve ark.'nın (88) 1998 yılında Cushner-Weinstein ve ark.'nın (62), 2003 yılında yaptıkları araştırmalara göre epilepsisi bulunan çocuğun ailesinde çok yüksek stres seviyeleri görülmüştür. Rodenburg ve ark. (89) epilepsili çocukların ailesel faktörleri ve psikopatolojileri ile ilgili çalışmada, kontrol grubu ile kıyaslandığında epilepsili çocukların aileleri bütün ailesel faktörlerde kötü sonuç

göstermişlerdir. Ailesel faktörler düşük aile-çocuk ilişkisi, annelerde daha çok depresyon belirtisi ve ailesel fonksiyonlarda problemleri kapsamaktadır (89). Ferro ve Speechley'in (90) çalışmasında da epilepsili bir çocuğa bakan annenin depresyon bazlı ölçümlere göre eşik puanlar ya da daha yüksek puanlar gösterdiği bildirilmiştir. Ülkemizde İseri ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da epilepsisi bulunan çocukların ailelerinde posttravmatik stres bozukluğu ve majör depresif bozukluk oranları çok yüksek bulunmuştur (65).

Pekcanlar ve ark. (9), epilepsi tanısı olan 50 çocuk hasta ve annesinin dahil olduğu çalışmalarında annelerin depresyon ve anksiyete seviyelerini, ebeveyn tutumlarını ve aile fonksiyonlarını incelemişlerdir. Depresyon ve anksiyete seviyeleri çalışma grubundaki annelerde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Dirençli epilepsi tanısı olan çocukların annelerinde daha yüksek anksiyete seviyeleri belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer şekilde çalışma grubunda bulunan annelerde anksiyete seviyeleri kontrol grubuna göre yüksek oranda bulundu. Ancak dirençli epilepsi ile anksiyete seviyeleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Bu çalışmadan farklı olarak bizim çalışmamızda depresyon seviyeleri bakımından çalışma ve kontrol grubu arasında istatistiksel farklılık saptanmadı.

Literatürde bulunan çoğu çalışmanın aksine Baki ve ark.'ı (66), epilepsi tanısı olan 35 çocuk ve genç ile annelerinin depresyon ve anksiyete seviyelerini değerlendirmişlerdir. Epilepsi tanısı olan hastalarda depresyon seviyelerinin kontrol grubuna göre yüksek olduğunu, anksiyete seviyelerinde ise kontrol grubuna göre farklılık olmadığını saptamışlardır. Epilepsili çocuğa sahip annelerde ise hem depresyon, hem de anksiyete seviyelerinin kontrol grubundan daha fazla olmadığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da Baki ve arkadaşlarını destekler şekilde epilepsi hastalığı bulunan çocukların anneleri ile kronik bir hastalığı bulunmayan çocukların anneleri arasında Beck depresyon ölçeklerinde depresyon puanlaması kontrol grubuna göre yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak kontrol grubuna göre çalışma grubunda Beck anksiyete ölçeğinde ve STAI 2'de istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan saptanmıştır.

Williams ve ark.'da (91) epilepsi tanılı çocuğu olan 200 ebeveynde (179 anne, 21 baba) anksiyete düzeylerini değerlendirmişlerdir. Ortalama anksiyete değerlerinin normal sınırlarda olduğunu, nöbet tipi ve nöbet sıklığı ile ilişkili olmadığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda annelerde saptanan anksiyete ile nöbetin tedaviye dirençli olması arasında ilişki bulunmadı.

Çinde farklı testler (Zund depresyon skalası, Zund anksiyete skalası) kullanılarak yapılan bir başka çalışmada da epilepsi tanısı olan çocuğa sahip ebeveynlerde depresyon ve anksiyete seviyelerinin sağlıklı çocuğu olan ailelere göre yüksek olduğu gösterilmiştir (92). Bizim çalışmamızda depresyon puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olmakla birlikte, istatistiksel anlamlı farklılık yoktu. Bu durumun ailelerin inançları gereği hastalığı kaderleri gibi görüp, kabullenmeleri ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Epileptik nöbetlerin ne zaman ortaya çıkacağıının tahmin edilememesi, ilaç tedavisinin düzenli olarak sürdürülmesinin gerekliliği, nöbetlerle ilişkili yaralanma ve ölüm riski gibi faktörler ailelerin başa çıkması gereken durumları oluşturmaktadır. Bu nedenlere bağlı olarak birçok anne çalışma hayatına devam edememektedir. Epilepsi aile üyeleri arasındaki ilişkiyi etkilemekte, ayrıca ailelerin sosyal hayatında kısıtlamalara neden olmaktadır. Bunların dışında kronik hastalığın aileye getirdiği ekonomik yük ayrı bir stres kaynağı olmaktadır. Tüm bu nedenlerle çocukluk çağı epilepsisi, anne-babaların fiziksel ve ruhsal sağlığında ciddi etkilenmeye yol açmaktadır. Sonuç olarak, epilepsi, ailelerin yaşam kalitesinde azalmaya ve psikolojik profillerinde bozulmaya neden olan kronik bir hastalıktır ve ailelerin psikolojik destek almaları konusunda farkındalık yaratılması gerekmektedir.

## 5. KAYNAKLAR

- 1- Engel J. A proposed diagnostik scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia* 2001; 42: 796-803.
- 2- Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic pediatric conditions on parental quality of life. *Qual Life Res* 2006; 15: 1121-1131.
- 3- Meltzer LJ. Mothers of children with chronic illnesses: a caregiver burden model and summer camp as respite care (Ph. D. dissertation). United States-Florida: University of Florida, 2002; 166: 1749-1755.
- 4- Enoch W. How families cope with chronic childhood illness. Ph. D. dissertation, New York University, United States- New York: ProQuest Digital Dissertations database, 1991; 13: 190-248.
- 5- Hobdell EF, Grant ML, Valencia I, Mare J, Kothare SV, Legido A, Khurana DS. Chronic sorrow and coping in families of children with epilepsy. *J Neurosci Nurs* 2007; 39: 76-82.
- 6- Eiser C. Effects of chronic illness on children and their families. *Advances in Psychiatric Treatment* 1997; 3: 204-220.
- 7- Vandvik IH, Eckblad G. Mothers of children with recent onset of rheumatic disease: associations between maternal distress, psychosocial variables, and the disease of the children. *J Dev Behav Pediatr* 1991; 12: 84-91.
- 8- Cimete G, Kuşuoğlu S. Çocuklarını kanser nedeniyle kaybeden ailelerin, kayıp öncesi ve sonrası yaşadıkları keder süreci. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2002; 3: 34-44.
- 9- Pekcanlar AA, Hiz Kurul S, Ozek H, Cengizhan S, Emiroglu N, Ellidokuz H. Maternal reactions to a child with epilepsy: Depression, anxiety, parental attitudes and family functions. *Epilepsy Research* 2011; 3: 213-220.
- 10- Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klin Psikiyatr* 2003; 6: 18-26.
- 11- Pejovic-Milovancevic M, Popovic-Deusic S, Aleksic O. Personality characteristics of parents in hospitalized children. *European Child & Psychiatry* 2003; 2: 12-125.

- 12- Shore CP, Austin JK, Huster GA, Dunn DW. Identifying risk factors for maternal depression in families of adolescents with epilepsy. *JSPN* 2002; 7: 71-80.
- 13- Rodenburg R, Marie Meijer A, Deković M, Aldenkamp AP. Family predictors of psychopathology in children with epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47: 601-614.
- 14- Ferro MA, Speechley KN. Depressive symptoms among mothers of children with epilepsy: a review of prevalence, associated factors, and impact on children. *Epilepsia* 2009; 5: 2344-2354.
- 15- Engel J, Caldecott-Hazard S, Bandler R. Neurobiology of behavior: anatomic and physiological implications related to epilepsy. *Epilepsia* 1986; 27: 3-13.
- 16- Adams RD, Victor M. Principles of neurology. New York: Mc Graw-Hill Medical Pub. Division, 1989: 258.
- 17- Erdinç O. Nöbetlerin semiyolojisi ve sınıflaması. *Epilepsi*. İstanbul: US Yayınları, 2001; 5: 17-18.
- 18- Shovon SD. Epidemiology, classification, natural history and genetics of epilepsy. *Lancet* 1990; 336: 93- 6.
- 19- Blume WT, Luders HO, Mizrahi E. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE task force on classification and terminology. *Epilepsia* 2001; 42: 1212.
- 20- Commission on epidemiology and prognosis of the ILAE. Guidelines for epidemiological studies on epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34: 592-596.
- 21- Sander JW, Ngugi AK, Kariuki SM. Incidence of epilepsy. *Neurology* 2011; 77: 1005–1012.
- 22- Noeker M, Haverkamp-Krois A, Haverkamp F. Development of mental health dysfunction in childhood epilepsy. *Brain Dev* 2005; 27: 5-16.
- 23- Rodenburg R, Meijer AM, Dekovic M. Parents of children with enduring epilepsy: predictors of parenting stress and parenting . *Epilepsy Behav* 2007; 11: 197-207.

- 24- Serdaroğlu A, Ozkan S, Aydın K, Gücüyener K, Tezcan S, Aycan S. Prevalence of epilepsy in Turkish children between the ages of 0 and 16 years. *J Child Neurol* 2004; 19: 271-274.
- 25- Engelborghs S, D’Hooge R, De Deyn PP. Pathophysiology of epilepsy. *Acta Neurol Belg* 2000; 100: 201-213.
- 26- Bora İ, Yeni NS, Gürses C. *Epilepsi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2008: 17-51.
- 27- Browne TR, Holmes GL. *Handbook of Epilepsy*. Second ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1-197.
- 28- Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389-399.
- 29- Gregory LH, Stafstrom CE. Child and Adolescent Neurology in. PhD-Chapter 8, The Epilepsies 1999: 184.
- 30- Everitt AD, Sander JW. Classification of the epilepsies: time for a change? A critical review of the International Classification of the Epilepsies and Epileptic Syndromes (ICEES) and its usefulness in clinical practice and epidemiological studies of epilepsy. *Eur Neurol* 1999; 42: 1-10.
- 31- Mac TL, Tran DS, Quet F, Odermatt P, Preux PM, Tan CT. Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review. *Lancet Neurol* 2007; 6: 533-43.
- 32- Özkara Ç, Ataklı D. *Epilepsi*. Birinci Baskı. İstanbul: US Yayınları, 2001; 5: 14-19.
- 33- Engel J. Seizures and Epilepsy. Philadelphia, Davis FA, Roger J, Dravet C (ed). *Epileptic Syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence*. London: John Libbey Eurotext, 1985: 310-315.
- 34- Yalaz K. Çocukluk çağı nöbetlerinde genel bakış. *Katkı Pediatr Derg* 1994; 15: 447-452.
- 35- Baykan B, Gürses C. *Epilepsi*. Nöroloji İ.Ü İstanbul Tıp Fak. Temel Klinik Bilimler Ders Kitapları. A. Emre Öge (Ed). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004: 279-309.

- 36- Sander J.W. The Use of Antiepileptic Drugs-Principles and Practice. *Epilepsia* 2004; 45: 28-34.
- 37- Bora İ, Taşkapıoğlu Ö. Epilepsi tedavisinde yeni yönelimler. *Epilepsi* 2003; 9: 91-102.
- 38- Yamatogi Y. Principles of antiepileptic drug treatment of epilepsy. *Psychiatric Clin Neurosci* 2004; 58: 3-6.
- 39- The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization, 2001: 30.
- 40- Klein DN. Social adjustment in the offspring of parents with bipolar affective disorder. *J Psychopathol Behav Assess* 1986; 8: 355-366.
- 41- Kaplan HI, Sadock BJ. *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, second edition, New York: New York University Medical Center, Press Williams and Wilkins. 1995: 97-112.
- 42- Bell JA. Affective disorders. Scully JH (Ed). *Psychiatry*. Pennsylvania: Harwal Publishing Company, 1985: 52-54.
- 43- Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara: HYB Yayıncılık, 2007: 15-19.
- 44- Köroğlu E. *Psikonozoloji, Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: HYB Yayıncılık, 2004: 32-40.
- 45- Işık E. *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003: 20-32.
- 46- Angst J. Epidemiology of depression. *Psychopharmacology* 1992; 106: 71-74.
- 47- Kessler RC1, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- 48- Doğan O, Gülmez H, Ketenöglü C. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas: Dilek Matbaası, 1995: 140-145.

- 49- Doğan O. Bir psikiyatrik epidemiyoloji alan araştırması örneği. Antalya: Bahar Sempozyumları 2, 1996: 42-44.
- 50- Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety* 2002; 16: 162–171.
- 51- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-4). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000: 31-42
- 52- Kashani JH, Carlson GA, Beck NC, Hooper EW, Corcoran CM, McAllister JA, et al. Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 931-934.
- 53- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock’s *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A (Çev Ed). Sekizinci Baskı, İstanbul: Güneş Kitabevleri, 2010: 1559-1800.
- 54- Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007: 296-303.
- 55- Sartorius N, Katschnig H, Krautgartner M. Quality of life in depression. Katschnig H, Freeman H (editors). *Quality of Life in Mental Disorders*. 2nd ed. Chichester: Wiley, 2006: 129–140.
- 56- Herrmann C, Buss U, HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version, Verlag Huber, Bern, 1995: 210-239.
- 57- Kaplan HI, Sodock BJ, *Pocket Handbook of Clinical Pschiatry*. Anxiety Disorders, Baltimore: Williams & Wilkins, 1990: 96-99.
- 58- Reiger DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders. *J Psychiatry Res Suppl* 1990; 2: 3-14.
- 59- Gültekin G, Baran G, Hastalık ve Çocuk. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2005; 8: 13-15.
- 60- Özkan M. Kronik Hastalıkların Aileler Üzerindeki Psikiyatrik ve Psikososyal Etkileri [http: //www.psikiyatriktip.com/aras-aile.htm](http://www.psikiyatriktip.com/aras-aile.htm).

- 61- Perrin EC, Newacheck P, Pless IB, Drotar D, Gortmaker SL, Leventhal J, et al. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatrics* 1993; 91: 787 -793.
- 62- Cushner-Weinstein S, Dassoulas K, Salpekar JA, Henderson SE, Pearl PL, Gaillard WD, Weinstein SL. Parenting stress and childhood epilepsy: the impact of depression, learning, seizure-related factors. *Epilepsy Behav* 2003; 13: 109-114.
- 63- Chiou HH, Hesieh LP. Parenting stress in parents of children with epilepsy and asthma. *J. Child Neurol* 2008; 23: 301-306.
- 64- Kovacs M, Finkelstein R, Feinberg TL, Crouse-Novak M, Paulauskas S, Pollock M. Initial psychological responses of parents to the diagnosis of insulin dependent diabetes mellitus in their children. *Diabetes Care* 1985; 8: 568-575.
- 65- Iseri PK, Ozten E, Aker AT. Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder is common in parents of children with epilepsy. *Epileps Behav* 2006; 8: 250-255.
- 66- Baki O, Erdogan A, Kantarci O, Akisik G, Kayaalp L, Yalcinkaya C. Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 958-964.
- 67- Ebrinc S. Psychiatric rating scales and their use in clinical studies. *Psikofarmokol Derg* 2000; 10: 109-116.
- 68- Cansever G. Klinik Psikolojisinde Değerlendirme Teknikleri. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi İdari Bilimler Fakültesi Yayınları, 1982: 10-17.
- 69- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7
- 70- Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother: Int Quaterly* 1998; 12: 28-35.
- 71- Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği ve Güvenirliği. *Psikol Derg* 1989; 6: 3-13.

- 73- Tegin B. Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck Modeline Göre Bir İnceleme. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1980.
- 74- Özusta Ş. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarılama, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi 1993.
- 75- Arkar H, Şafak C. Klinik bir örneklemede Beck depresyon envanterinin boyutlarının araştırılması. Türk Psikol Derg 2004; 19: 117-123.
- 76- Er DM. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlık Hastalık Derg 2006; 49: 155-168.
- 77- Thompson PJ, Upton D. The impact of chronic epilepsy on the family. Seizure 1992; 1: 43-48.
- 78- Rausch KFM. Moderating effects of family coping style on the relationship between physical and mental health of children with chronic illness (Psy.D. dissertation). United States -Texas, Our Lady of the Lake University, 2002: 980-1010.
- 79- Fritts SL. The impact of chronic illness on the family, the educators, and the community: an ethnographic research study (Ed.D. dissertation). United States-California, California State University, Fresno and University of California, Davis, 2004: 880-900.
- 80- Shore, CP. Maternal adaptation to a child's epilepsy (Ph. D. dissertation). United States-Indiana, Indiana University, 2002: 140-158.
- 81- Pitts M. Psychology of Health: An Introduction. London: UK, Routledge, 1998: 120-138.
- 82- Wood LJ, Sherman EMS, Hamiwka LD. Maternal depression: The cost of caring for a child with intractable epilepsy. Pediatr Neurol 2008; 39: 408-422.
- 83- Bennett Murphy LM, Flowers S, McNamara KA, Young-Saleme T. Fathers of children with cancer: involvement, coping and adjustment. JPHC 2008; 22: 82-189.

- 84-** Öztürk M, Zülfikar B, Sayar K. Hemofilili çocuklar ve annelerinde emosyonel zorlanma. *Yeni Symposium*. 2005; 43: 157-162.
- 85-** Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klin Psikiyatr* 2004; 7: 42-47.
- 86-** Fritz SP. Predicting maternal adherence and child health status in childhood epilepsy: an exploratory model (Ph.D. dissertation). United States–Florida, University of Florida, 2003:148-160.
- 87-** Shore PC, Austin JK, Dunn WD. Maternal adaptation to a child’s epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004; 5: 557-568.
- 88-** Shore C1, Austin J, Musick B, Dunn D, McBride A, Creasy K. Psychosocial care, needs of parents of children with new-onset seizures. *J Neurosci Nurs* 1998; 30: 169-174.
- 89-** Rodenburg R, Marie Meijer A, Deković M, Aldenkamp AP. Family predictors of psychopathology in children with epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47: 601-614.
- 90-** Ferro MA, Speechley KN. Depressive symptoms among mothers of children with epilepsy: a review of prevalence, associated factors, and impact on children. *Epilepsia* 2009; 50: 2344-2354.
- 91-** Williams J, Steel C, Sharp GB, Delos Reyes E, Phillips T, Bates S, et al. Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003; 4: 483–6.
- 92-** Lv R, Wu L, Jin L, Lu Q, Wang M, Qu Y, Liu H. Depression, anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy. *Acta Neurol Scand* 2009; 120: 335-41.

## 6. EKLER

### Ek-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ (AYDINLATILMIŞ) OLUR FORMU

**Yapılacak araştırmanın tanımı:** Epilepsi tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin yaşadığı psikolojik sorunların derecesini karşılaştırmak amacıyla yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Epilepsi tanısı alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin anksiyete ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni yakınınızda bu rahatsızlıklardan birinin bulunmasıdır. Araştırmada kullanılan araçlar ölçek formlarıdır. Eğer araştırmaya katılmayı ederseniz Dr. Ayşe AKINCI tarafından birebir görüşme yapılarak ölçek formlarının ne olduğu ve nasıl doldurulması gerektiği anlatılacak ve size doldurmanız gereken ölçek formlar verilecektir. Ölçek formlarında doğru ya da yanlış cevap yoktur. Verdiğiniz cevapların sayısal karşılıkları mevcuttur. Bu sayısal değerler çalışmada kullanılacaktır. Yapmanız gereken size verilen formları hür iradenizle cevaplamanızdır. Araştırmada “katılımcı” ların (denek) vücudundan, çalışılmak üzere örnek (kan, idrar, dışkı örneği vs.) alınmayacak, herhangi bir vücut örneğiyle ilgili test (kan testi, idrar testi, dışkı mikroskopisi vs.) yapılmayacak, herhangi bir görüntüleme yöntemi (röntgen, bilgisayarlı tomografi vs.) uygulanmayacak, ilaç tedavisi başlanmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Görüşme sırasında ya da formda verdiğiniz bilgiler tarafımızca saklı tutulacaktır. Çalışmanın devamı sırasında ortaya çıkabilecek sorun ve riskler katılımcının kendisine iletilecektir.

**Yapılacak araştırmanın getireceği olası yararlar:** Böyle bir analiz yukarıda belirtilen rahatsızlığı bulunan kişilerin yakınlarının yaşadığı psikolojik sorunların düzeyini belirleyecektir. Şu anda bu çalışmanın size, hemen bir fayda olarak geri dönüp dönmeyeceğini bilmiyoruz. Ancak bu çalışma ile ilgili rahatsızlıkları bulunan kişilerin yakınlarında anlamlı istatistiksel (sayısal) veriler saptanması, ilgili kişiler için psikolojik danışmanlıktan medikal (tıbbi) tedaviye kadar geniş bir alanda hizmet verilmesi amacıyla hem toplumun hem de sağlık hizmetlerinde çalışanların ilgi ve duyarlılığı arttırılmaya çalışılacaktır; bu sebeptendir ki bu araştırma, ilgili rahatsızlıklara sahip bireylerin yakınları için ileriye dönük fayda sağlayabilir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size veya yakınınıza uygulanan/uygulanacak herhangi bir

tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

#### ***Hasta Yakınının Beyanı***

Sayın Yrd. Doç. Dr. Hepsen Mine SERİN gözetiminde, Dr. Ayşe AKINCI tarafından Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Kliniği ve Çocuk Nöroloji Polikliniğinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, hangi araştırmacıyı, hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Sorumlu Araştırmacının Telefonu:

Dr. Ayşe AKINCI ;

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Kliniği ve Çocuk Nöroloji Polikliniği

Tel : 0505 897 1313 / 0424 233 35 55 - 2346

#### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

İmza

#### **Katılımcı ile görüşen hekim**

Adı soyadı, unvanı:

İmza

***Tarih:***

## Ek- 2: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

**Adı soyadı: tarih:**

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun seçeneği seçerek belirleyiniz.

**Hafif:** Beni pek etkilemedi;

**Orta:** Hoş değildi ama katlanabildim;

**Ciddi:** Dayanmakta çok zorlandım

	Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2. Sıcak / ateş basmaları	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	0	1	2	3
4. Gevşeyememe	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6. Baş dönmesi veya sersemlik	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme korkusu	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma	0	1	2	3
10. Sinirlilik	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	0	1	2	3
12. Ellerde titreme	0	1	2	3
13. Titreklik	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19. Baygınlık	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması	0	1	2	3
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	0	1	2	3

### Ek-3: DURUMLUK-SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI FORM TX-1)

Yönerge: aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

#### Ek-4: DURUMLUK-SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI FORM TX-2)

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
21. genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. genellikle kendimi güvende hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. genellikle kendimi hüznü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

### **Ek-5: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)**

**Yönerge:** Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son 1 hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

#### **ADI SOYADI:**

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
b) Kendimi üzgün hissediyorum.  
c) Her zaman üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.  
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.  
b) Gelecek konusunda umutsuzum.  
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.  
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum.  
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.  
b) her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.  
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.  
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.  
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.  
b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.  
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.  
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.  
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.  
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.

- d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.  
b) kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.  
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.  
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.  
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.  
d) Eğer fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.  
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.  
d) Eskiden ağlayabilirdim şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.  
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.  
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.  
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.  
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.  
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.  
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.  
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.  
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.  
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.  
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.  
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.  
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.  
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.  
d) Hiç çalışamıyorum.

16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.  
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.  
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.  
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.  
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.  
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.  
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.  
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.  
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.  
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.  
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kilo verdim.  
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kilo kaybettim.  
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.  
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.  
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.  
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.  
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.  
d) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

## 7. ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında Ankara'da doğdum. İlk ve orta öğretimimi Ankara Çizmeci İlköğretim Okulu'nda tamamladıktan sonra 1991 yılında Keçiören Lisesi'ne başladım. 1994 yılında mezun olarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tıp Fakültesi eğitimine başladım. 2000 yılında mezun olup 8 yıl Ankara ve Adana'da pratisyen hekim olarak çalıştım 2008 yılında Tıpta Uzmanlık Sınavı ile Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak göreve başladım. Yabancı dilim İngilizcedir.