TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

EPİLEPSİSİ OLAN ÇOCUKLARDA PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Mehmet ÇOLAK

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Ayla SOYKAN AYSEV

ANKARA
2012

TUTANAK

Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr.Mehmet Çolak'ın tez değerlendirme jürisi (Prof.Dr.Ayla Aysev, Doç.Dr.Birim Günay Kılıç, Doç.Dr.Cihat Kağan Gürkan) 21.02.2012 Salı günü saat 10.00 da Anabilim Dalımız Dershanesinde toplanarak, "Epilepsisi Olan Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar ve Psikiyatrik Bozuklukların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli tezi ile ilgili savunması alınmış ve değerlendirilmiş olup, çalışmasının Fakültemizce kabul edilen Uzmanlık Tez Yazım Klavuzuna uygun olduğu ve sözlü savunmasının da başarılı olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç.Dr.Birim Günay Kılıç
(Üye)

Doç.Dr.Cihat Kağan Gürkan
(Üye)

Prof.Dr. F.Ayla Aysev
(Başkan)

TEŞEKKÜR

Tezimin ve eğitimimin tüm aşamalarında desteğini her zaman yanımda hissettiğim tez danışmanım, Prof. Dr. Ayla Aysev hocama,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren değerli hocalarım, Prof. Dr. Efser Kerimoğlu, Prof. Dr. Melda Akçakın, Prof. Dr. Neşe Erol, Prof. Dr. Emine Kılıç, Prof.Dr. Runa Uslu, Doç. Dr. Birim Günay Kılıç ve Doç. Dr. Kağan Gürkan'a,

Tez çalışmamda desteklerinden dolayı psikolog Belgin Üstün Güllü'ye,

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı öğretim üyeleri ve uzmanlarına,

Başta dostum Egemen Aktaş olmak üzere, birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum asistan ve psikolog arkadaşlarıma,

Yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen anabilim dalımızın tüm çalışanlarına,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, sevgili eşim Mehtap'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ONAY……ii

TEŞEKKÜR.....iii

İÇİNDEKİLER…….……...iv

TABLOLAR DİZİNİ…….……..……v

ŞEKİLLER DİZİNİ…….vii

1. GİRİŞ VE AMAÇ…….……..……1

2. GENEL BİLGİLER…….....…….3

3. YÖNTEM……..…….22

4. BULGULAR……..……30

5. TARTIŞMA……..……49

6. SONUÇ VE ÖNERİLER……..……57

7. ÖZET…….……60

8. ABSTRACT……..……62

9. KAYNAKLAR……..…….....64

EKLER……..……..…….…..85

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 4.1.1. Cinsiyet Oranları Dağılımı ……. 30

Tablo 4.1.2 Grupların Yaş Ortalamaları …….. 31

Tablo 4.1.3 Grupların Anne ve Baba Yaş Ortalamaları …… 31

Tablo 4.1.4. Anne Eğitim Durumu …….. 32

Tablo 4.1.5. Baba Eğitim Durumu ……. 33

Tablo 4.1.6. Anne Çalışma Durumu …….. 34

Tablo 4.1.7. Baba Çalışma Durumu …….. 34

Tablo 4.1.8. Ailelerin Aylık Gelir Ortalamaları …….. 34

Tablo 4.2.1. Epilepsisi Olan Olguların İlk Nöbet Yaşı (yıl) ve Son Nöbetten Sonra Süre (ay) Ortalamaları…….……..…..… 35

Tablo 4.3.1 Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Bozukluk Oranları Bakımından Karşılaştırılması…… …… ….. 36

Tablo 4.3.2 Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Tanı Sayıları Bakımından Karşılaştırılması…… 37

Tablo 4.3.3. Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun Tanı Dağılımları Bakımından Karşılaştırılması …….. 37

4.4.1. Epilepsi ve Kontrol Grubunun Çocuk Depresyon Ölçeği ve Çocuk Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması ……..…… 38

Tablo 4.4.2. Epilepsi ve Kontrol Grubunun Anne Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması ……. 38

Tablo 4.4.3. Epilepsi Grubu ile Kontrol Grubunun Ruhsal Belirti Tarama Listesi Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması ……. 40

Tablo 4.4.4 Epilepsi Grubu ile Kontrol Grubunun Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması……. 41

Tablo 4.5.1. Epilepsi Grubu ile Kontrol Grubunun Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ-Çocuk Formu) Puanlarının Karşılaştırılması ……. 41

Tablo 4.5.2. Epilepsi Grubu ile Kontrol Grubunun Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ Anne-baba Formu) Puanlarının Karşılaştırılması …….. 43

Tablo 4.5.3 Epilepsi Grubunda; Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Olguların Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu ve Anne-baba Formu Puanlarının Karşılaştırılması……... 44

Tablo 4.5.4 Epilepsi Grubunda Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu ve Anne-baba Formu Puanlamalarının İlişkisi……. 46

Tablo 4.6.1. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu Ölçek Toplam Puanlarının Diğer Ölçek Puanlarıyla İlişkisi …….. 47

Tablo 4.6.2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Anne-baba Formu Ölçek Toplam Puanlarının Diğer Ölçek Puanlarıyla İlişkisi ……... 48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 4.1.1. Cinsiyet Oranları Dağılımı…….…… 30

Şekil 4.1.2 Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun Yaş, Anne Yaşı ve Baba Yaşı Ortalamaları……. 32

Şekil 4.1.4. Anne Eğitim Durumu……... 33

Şekil 4.1.5. Baba Eğitim Durumu …….. 33

Şekil 4.2.1. Epilepsisi Olan Olguların Kullandığı Antiepileptik İlaç Sayıları……. 35

Şekil 4.2.2 Epilepsisi Olan Olgularda AEİ Yan Etkisi Görülme Sıklığı…….. 35

Şekil 4.3.1. Olguların Psikiyatrik Bozukluk Oranları……. 36

Şekil 4.3.2 Olguların Psikiyatrik Tanı Sayıları……... 37

Şekil 4.4.1 Epilepsi ve Kontrol Grubunun ÇDÖ, ÇSKE, ÇDKE, Anne DKE ve Anne SKE Puanı Ortalamaları…….. 39

Şekil 4.5.1. Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun ÇİYKÖ (Çocuk Formu) FSTP, PSTP ve ÖTP Puanı Ortalamaları…….. 42

Şekil 4.5.2. Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun ÇİYKÖ Anne-baba Formu FSTP, PSTP ve ÖTP Ortalamaları…….. 43

Şekil 4.5.3 Epilepsi Grubunda Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Olguların ÇİYKÖ (Çocuk Formu) FSTP, PSTP ve ÖTP Ortalamaları……... 45

Şekil 4.5.4 Epilepsi Grubunda Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Olguların ÇİYKÖ Anne-baba Formu FSTP, PSTP ve ÖTP Ortalamaları…… 45

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Süreğen hastalıklar, normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik oluşturan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, uzun süre boyunca bakım, rehabilitasyon ve destek gerektiren durumlar olarak tanımlanmaktadır (Murry, 1987). Süreğen hastalıklar; fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişim sürecinde bulunan çocukların gelişimlerinde sorun yaratarak, yaşa uygun gelişimsel becerilerin oluşmasında aksamalara neden olabilmektedir (Steiner, 1997). Süreğen hastalığı olan çocuklar psikopatoloji yönünden risk altındadır, genel toplumla karşılaştırıldıklarında 2-4 kat yüksek psikopatoloji oranına sahiptirler (Campbell ve Cardona, 2007).

Epilepsi, çocukları etkileyen en yaygın süreğen bozukluklardan biridir (Rao ve ark., 2007). Epilepsisi olan çocuklar psikiyatrik bozukluklar açısından risk altındadırlar (Dunn ve Austin, 1999). Epilepsi tanısı alan çocuklarda, toplum geneline ve merkezi sinir sistemi (MSS) dışı süreğen hastalığı olan çocuklara göre daha yüksek oranlarda psikiyatrik bozukluklar saptanmaktadır (Davies ve ark., 2003).

Epilepsisi olan çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), duygudurum ve kaygı bozuklukları, otistik spektrum bozuklukları, psikotik belirtiler, intihar düşüncesi ve girişimleri normal kontrollere göre daha sık saptanmaktadır (Caplan ve ark., 1998, 2005, Dunn ve ark., 2003, Davies ve ark., 2003, Ott ve ark., 2003).

Epilepsisi olan çocuklarda nöbetin tipi, sıklığı, başlangıç yaşı, hastalığın ne zamandır süregeldiği, kontrol altında olup olmadığı, kullanılan ilaç sayısı ve ek santral sinir sistemi hastalığı gibi nöbet ile ilgili faktörler, psikososyal değişkenler ve yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler psikopatoloji gelişimi ile ilişkili olabilmektedir (Davies ve ark., 2003, Mensah ve ark., 2006).

Epilepsi tanısı alan çocuklarda sık görülen psikiyatrik bozukluklar genelde tespit edilememekte ve bu nedenle tedavileri yapılamamaktadır. Epilepsisi ve psikiyatrik

bozukluğu olan çocukların yaklaşık üçte ikisinin psikiyatrik tedavi almadıkları saptanmıştır (Caplan ve ark., 2005, Ott D ve ark., 2003). Tedavi edilmeyen psikiyatrik bozukluklar epilepsisi olan çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Adewuya ve Oseni, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; "Bireyin hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer dizgelerinin bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" şeklinde tanımlamaktadır (Fidaner ve ark., 1999).

Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalar epilepsinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir (Austin ve ark., 1996, Hoare ve ark., 2000). Nöbet sıklığı, hastalığın başlangıç yaşı, kullanılan ilaç sayısı, ebeveyn anksiyetesi ve çocuk anksiyete ve depresyon belirtileri epilepsi tanısı alan çocuklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında sıralanmaktadır (Yong ve ark., 2006, J.Wood ve ark., 2008).

Bu çalışmada;

Epilepsisi olan çocuklarda psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılması ve çocuğun yaşam kalitesi düzeyi ile annenin psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsi

Epilepsi, çocukluk çağı süreğen hastalıkları arasında en sık görülenlerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü; epilepsiyi, beyinde aşırı uyarılabilir hale gelmiş bir nöron topluluğunun, yineleyici bir yapıda, anormal deşarjlarına bağlı olarak ani ve geçici, motor, duyusal, otonomik veya psişik bir olayı ile sonuçlanan beynin bir bölümünün ya da tamamının fonksiyon bozukluğu olarak tanımlamıştır.

2.2. Sınıflama

Epilepsiler Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği'nin (ILAE) önerdiği, etyoloji ve nöbet tipi sistemlerine göre sınıflandırılırlar. Etiyolojilerine göre idiyopatik ve semptomatik olarak sınıflanmaktadır. İdiyopatik nöbetler, bilinen bir yapısal nedenle ilişkili değildir, semptomatik nöbetlerin ise tümör, travma, enfeksiyon, kanama gibi yapısal bir beyin lezyonu ile ilişkisi vardır. Etiyolojisi bilinmeyen nöbetler ise kriptojenik olarak sınıflandırılır. Nöbet tipine göre sınıflamada; nöbetler beynin etkilenen alanlarına göre jeneralize ve fokal nöbetler olarak ayrılırlar. Jeneralize nöbetler, her iki hemisferi kapsar. Parsiyel nöbetler, bilinç değiminin eşlik etmediği parsiyel elementer nöbetler ve bilinç değişiklikleri ile giden parsiyel kompleks nöbetleri içerir. Bu nöbetler sıklıkla temporal lob ve limbik sistemden çıkar. Fokal başlayıp her iki hemisfere yayılan nöbetler ise ikincil jeneralize nöbetler olarak tanımlanırlar (Gürkan, 2007).

EPİLEPSİ SINIFLAMASI (ILAE-1981)

I. Parsiyel Nöbetler:

A. Basit Parsiyel Nöbetler (Bilinç değişikliği olmayan)

1. Motor semptomlu
2. Duyumsal ya da duyusal semptomlu
3. Otonomik semptomlu

4. Psişik semptomlu

B. Kompleks Parsiyel Nöbetler (Bilinç değişikliği olan)

1. Başlangıcı basit parsiyel olup sonradan bilinç tutulumu olanlar

2. Bilinç tutulması ile başlayanlar

C. Sekonder Jeneralizasyon Gösteren Parsiyel Nöbetler

II. Jeneralize Nöbetler:

A. Absans Nöbetleri

1. Tipik absans

2. Atipik absans

B. Miyoklonik Nöbetler

C. Klonik Nöbetler

D. Tonik Nöbetler

E. Tonik-Klonik Nöbetler

F. Atonik Nöbetler

III. Sınıflandırılamayan Epilepsi Nöbetleri: (Veri yetersizliği, ya da olgunun özelliği içinde nöbetlerin yukarıdaki formlara benzemediği durumlar için geçerlidir.

2.3. Epidemiyoloji

Epilepsi sıklığını belirlemek için yapılan çeşitli çalışmalarda genel tolumda 5-8/1000 olduğu görülmüştür (Annegers, 1993). Epilepsi yaygınlık değerleri, öncelikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında bir takım farklılıklar göstermekte ve genel olarak gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek olmaktadır (Camfield ve ark., 1996). Ülkemizde 0-16 yaş grubunda, Serdaroğlu ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan ülke genelindeki araştırmada epilepsi yaygınlığı %0.8 olarak bulunmuştur.

Yaşa göre epilepsi sıklığı hayatın ilk yılında en yüksektir (120/100,000), 1-10 yaş arasında 40-50/100,000, on yaşından ergenlik sonuna dek ise 20/100,000' dir (Camfield ve Camfield, 2006). Epilepsi olgularının %50'sinin çocukluk ve ergenlik döneminde başladığı, %25'inin ise 60 yaşından sonra ortaya çıktığı bildirilmektedir (Sander ve ark., 1990).

2.4.Prognoz

Çocuklarda yaş, epilepsinin türü, etiyolojik bir nedenin saptanması, tedaviye başlama dönemi, başlangıçta ya da izlemde EEG bozukluğu, hastanın nöropsikolojik gelişimi, başlanılan çoklu ilaç tedavisi epilepsi prognozunu etkileyen başlıca etmenlerdir (Hauser, 1994).

Yaş ve epilepsi türü önemli faktörlerdir. Özellikle ilk bir yıl içindeki nöbetlerin prognozu oldukça kötüdür. Yaşa göre yapılan çalışmalarda en yüksek ölüm oranının 0-1 yaş arasında olduğu görülmüştür (Annegers ve ark., 1995).

Çocuklarda primer jeneralize epilepsi %80, tipik absans epilepsi %90 oranında iyi prognaza sahipken; miyoklonik epilepsilerin prognozu, özellikle infantil spazm gibi sendromlar da oldukça kötüdür ve %90 oranında tedaviye yanıt vermezler. Basit ve sekonder jeneralize parsiyel epilepsilerin prognozu kompleks parsiyel nöbetlerden daha iyidir (Annegers ve ark., 1979, Tamei ve ark., 1983, Ernes ve ark.,1984).

Tedaviye erken başlanması nöbet sayısının az ve süresinin kısa olması nedeniyle iyi prognozla ilişkilidir. Epilepsilerin %10-20'si kötü prognozludur ve uygulanan çoklu ilaç tedavisine yanıt vermezler. Çocuğun nörolojik gelişiminin iyi olması ve çocukta santral MSS'de organik bir neden olmaması iyi prognoza işaret etmektedir (Newmark, 1983).

2.5.Epilepsi Olan Çocuklarda Psikopatoloji

Pek çok çalışma epilepsisi olan çocuklarda davranış sorunlarının ve psikopatolojinin normal topluma ve diğer süreğen hastalıklara göre daha yüksek oranda olduğunu göstermiştir (Howe ve ark., 1993, McDermot ve ark., 1995). Bunun nedeni olarak epilepsinin süreğen hastalık etkisinin yanında, merkezi sinir sistemini doğrudan etkilemesi gösterilmektedir. Kırk altı çalışmayı inceleyen bir meta analiz çalışması, epilepsisi olan çocukları tedavi eden hekimlerin, nörolojik ve psikososyal-ailesel faktörleri birlikte ele alması gerektiğini belirtmiştir. Bu çalışmaya göre epilepsisi olan çocuklar genel topluma göre hem dışayönelim hem de içeyönelim bozuklukları

açısından artmış risk altındadırlar. Diğer süreğen hastalıklarla yapılan karşılaştırmalar, psikopatolojinin kısmen epilepsinin süreğenliğine atfedilebileceğini ancak dikkat, düşünce ve sosyal sorunların göreceli olarak epilepsiye özgü olduğunu düşündürmüştür. Kardeşlerle yapılan karşılaştırmalar, ailesel etmenlerin psikopatolojide etkili olabileceğini göstermiştir (Rodenburg ve ark., 2005b).

Epilepsisi olan çocuklarda ruh sağlığı problemlerinin yaygınlığı %16- %77 arasında değişmektedir (Baker ve ark., 2005, Hoie ve ark., 2006, Rodenburg ve ark., 2006). Bu oran diyabeti olan çocuklarda %11, genel pediatrik toplumda %9'dur (Davies ve ark., 2003). Psikopatoloji oranlarındaki bu farklılık, çalışmalar arasındaki yöntemsel farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Genellikle ebeveyn ve çocuğu içeren yapılandırılmış görüşmeler ve klinisyen raporları, öz bildirim ölçeklerine göre daha yüksek psikopatoloji oranları tanımlamaktadır (Ott ve ark., 2001).

Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) kullanılarak yapılan çalışmalarda epilepsisi olan çocukların %21-53,8 oranında davranışsal sorunlar sergilediği görülmüştür (Austin ve ark., 2001, Datta ve ark., 2005, Dunn ve ark., 1997). Uzunlamasına bir çalışmada yeni başlangıçlı idiyopatik epilepsisi olan çocukların, sağlıklı kontrollere göre başlangıçta daha fazla davranışsal surunlar gösterdiği ve izlem sürecinde bu sorunların devam ettiği belirtilmiştir (Oostrom ve ark., 2005). Süreğen epilepsisi olan çocuklarla yapılan uzunlamasına çalışmalar çocukluk çağında tanımlanan ÇDDÖ içe yönelim ve dışa yönelim davranışlarının ergenlikteki benzer problemleri yordadığı saptanmıştır (Sbarra ve ark., 2002).

Thome-Souza ve arkadaşlarının 78 epilepsi tanısı alan çocuk ve ergene ÇDŞG-ŞY uygulayarak yaptıkları bir çalışmada, hastaların %70'i en az bir ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Hastaların %36'sı Major Depresif Bozukluk (MDB), %26'sı DEHB, %16'sı Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB) tanısı almışlardır (Thome-Souza ve ark., 2004).

Epilepsisi olan çocuklarda Güçler Güçlükler Anketi (GGA) kullanılarak yapılan çalışmada, olası psikiyatrik bozukluk %77 olarak saptanmıştır (Hanssen-Bauer ve ark.,

2007). Epilepsisi olan ergenlerde GGA psikiyatrik semptom puanları, sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Lossius ve ark., 2006).

2.5.1.Risk Faktörleri

Epilepsinin hem nöbetleri hem davranış problemlerini içeren yaygın bir bozukluk olduğunu ileri sürülmüştür (Aicardi, 1996). Austin ve arkadaşları (2002) bu görüşe destek veren bulgularının bulunduğunu belirterek, epilepsi tanısı konmadan önce ve yeni başlayan nöbetleri olan hastalarda davranış problemleri görüldüğünü, bu durumun nöbetler ve davranış problemlerinin altında yatan ortak bir nörolojik bozukluk olduğuna işaret ettiğini vurgulamışlardır.

Epilepsi tanısı alan çocuklarda psikopatolojinin ortaya çıkışını belirleyen çoğul risk faktörleri bulunmaktadır. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu gibi demografik faktörler ile ilişkili sonuçların tutarsız olduğu görülmektedir. Ancak çocuğun bilişsel fonksiyonları ve aile risk faktörleri ile epilepsi tanısı alan çocuklarda psikopatoloji arasında tutarlı bir ilişki bulunmaktadır (Plioplys, 2007).

Nöbetlerin başlama yaşı bilişsel problemlerin gelişmesinde etkili bulunmuş fakat davranış problemlerinin gelişmesinde etkili bulunmamıştır (Dunn, 2003). Kaygı ve depresyon belirtilerini inceleyen bir araştırmada, belirtilerin ergenlik döneminde daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Oğuz ve ark., 2002). Cinsiyetle ilgili etkiler tutarlı değildir, eski çalışmalarda özellikle kompleks parsiyel nöbeti olan erkek çocukların daha fazla davranış sorunu olduğu belirtilirken (Hermann ve ark., 1988), daha sonra yapılan çalışmalar, kız çocuklarında daha fazla davranış sorunu olduğunu bildirmiştir (Austin ve ark., 2000). Cinsiyet açısından fark olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Mitchell ve ark., 1994).

Epilepsi ile birlikte başka bir nörolojik bozukluğun bulunduğu durumlarda, sadece epilepsinin olduğu durumlara göre davranış sorunu gelişme riskinin iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Dunn, 2003).

Genel pediatrik toplumda ebeveyn psikopatolojisi, yetersiz ebeveynlik ve değişken aile çevresi psikopatoloji riskini arttırır (Pilowsky ve ark., 2006, Weissman ve ark., 2006). Benzer şekilde, epilepsisi olan çocuklarda diğer aile faktörleri, nöbetle ilişkili değişkenler ve çocuğun özellikleri kontrol edildiğinde bile, ebeveyn çocuk ilişkisinin kalitesi ve ebeveynlik stili psikopatoloji üzerine güçlü bir etkiye sahiptir (Austin ve ark., 2004, Rodenburg ve ark., 2005a). Ailenin yeterliliği, ailenin hastalığa uyumu, aşırı kontrolcü ebeveynlik stili, ebeveyn çocuk ilişkisi ve anne depresyonu gibi aile risk faktörleri, epilepsisi olan çocuklarda psikopatoloji ile ilişkili bulunmuştur (Austin ve ark, 2004 , Oostrom ve ark., 2003, Rodenburg ve ark., 2005a).

Nöbet değişkenleri ile veriler tutarlı değildir. Yeni başlangıçlı nöbetlerde, parsiyel nöbetleri olan çocuklarda jeneralize nöbetleri olan çocuklara oranla daha fazla davranış sorunları görülürken (Austin ve ark., 2001), süreğen epilepsilerde iki nöbet tipi arasında farklılık saptanmamıştır (Austin ve ark., 1992, Ott ve ark., 2001). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da komplex parsiyel epilepsisi olan ve jeneralize epilepsisi olan çocuklar arasında davranışsal sorunlar açısından fark bulunmamıştır (Gürkan ve Tüzün, 2003). Bazı çalışmalar nöbet tipi (Maldenbaum ve Burack,1997), nöbet şiddeti (Ettinger ve ark., 1998), nöbet kontrolü (Ott ve ark., 2001), başlangıç yaşı (Kolfen ve ark., 2001), kullanılan antiepileptik ilaçlar (Kolfen ve ark., 2001, Oğuz ve ark., 2002) ve epilepsi süresi (Hoare 1984) ile psikopatoloji arasında ilişki olduğunu belirtirken, çalışmaların büyük çoğunluğunda epilepsinin başlangıç yaşı, nöbet sıklığı, nöbet tipi, epileptik odağın lateralizasyonu ile epilepsisi olan çocuklarda psikopatoloji arasında ilişki saptanmamıştır (Austin ve ark., 1996, Caplan ve ark., 2004). Epileptik sendromlar önemli risk faktörlerindendir. West sendromu, Lennox Gastaut sendromu gibi ağır seyirli sendromlar daha fazla davranışsal ve bilişsel sorunlara yol açar (Dunn ve Austin 2004).

Çoğul ilaç tedavisi, fenobarbital ve fenitoin, özellikle yüksek dozlarda bilişsel fonksiyon üzerinde zararlı etkilere sahiptir. Karbamazepin ve valproat daha az zararlı etkiler göstermektedir (Billard, 1999, Brunbech ve Sabers, 2002).

2.5.2. DEHB ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları

DEHB epilepsisi olan çocukları genel toplumdaki çocuklara göre 3-5 kat fazla etkilemektedir. DEHB için DSM IV' e dayalı kriterlerin kullanıldığı klinik örneklemle yapılan bazı çalışmalarda, epilepsisi olan çocuklarda % 14 ile % 38 arasında DEHB belirtileri olduğu saptanmıştır (Thome-Souza ve ark., 2004, Jones ve ark., 2007)

Epilepsisi olan çocuklardaki DEHB belirtileri genel çocuk psikiyatrisi pratiğinde karşılaşılandan farklılık gösterebilir. Çocuk psikiyatrına doğrudan başvuran DEHB olan çocuklar sıklıkla bileşik tip DEHB belirtileri gösterirler ve erkek çocuklarda görülme sıklığı kızlardan yaklaşık üç kat daha fazladır. Oysa epilepsisi olan çocuklarda dikkat eksikliği önde gelen tip daha ön plandadır ve kız-erkek oranının eşit olduğu bilinmektedir (Dunn ve Austin, 2004). Yapılan bir çalışmada DEHB dikkat eksikliği önde gelen tipin % 24, DEHB bileşik tipin % 11.4 ve DEHB hiperaktivite- impulsivite önde gelen tipin % 2.3 sıklıkta olduğunu belirtilmiştir (Dunn ve ark., 2003). Bu bulgulara paralel olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada epilepsisi olan çocukların psikiyatrik başvurusunu öngören en önemli psikiyatrik belirtinin dikkat eksikliği olduğu ortaya konmuştur (Gürkan ve Tüzün, 2006).

Epilepsisi olan çocuklarda, dikkatsizlik ile en tutarlı şekilde ilişkili risk faktörleri; ek nörolojik bozukluklar, dirençli nöbetler, nöbet süresi, nöbet sıklığı, barbiturat ve bezodiyazepin gibi belli antiepileptik ilaçlardır (Aldenkamp ve ark., 2003, Loring ve Meador, 2004). Nöbet sıklığı, kullanılan AEİ sayısı ve epilepsi süresi ile DEHB arasında ilşki olmadığı belirten çalışmalar da bulunmaktadır. (Sherman ve ark., 2007, 2010, Hermann ve ark., 2007).

Epilepsi DEHB olan çocuklarda normal kontrollere göre daha sık görülmektedir. İzlanda'da yapılan toplum çalışmasında DEHB dikkat eksikliği önde gelen tip olan çocuklarda 3.7 kat artmış epilepsi riski olduğu saptanmıştır (Hesdorffer ve ark., 2004).

Davis ve arkadaşları (2010) DEHB olan çocuklarda epilepsi sıklığının DEHB olmayan çocuklara göre 2.7 kat yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Elektroensefalogram (EEG) bozuklukları DEHB olan çocuklarda daha sık görülmektedir. Toplumda % 3.5 EEG bozukluğu oranına karşın, DEHB olan çocuklarda bu oranın % 6.1 olduğu belirtilmiştir (Richer ve ark., 2002). DEHB olan 517 çocuğun tıbbi kayıtlarının incelendiği çalışmada % 7.5 oranında EEG bozukluğu tespit edilmiştir (Socanski ve ark., 2010). EEG bozuklukları kızlarda DEHB dikkat eksikliği önde gelen tipte daha sık görülmektedir.

Bazı yazarlar DEHB'nin epilepsi gelişimi için bir risk faktörü olduğunu ve her ikisinin de ortak bir merkezi sinir sistemi probleminden kaynaklandığını savunmaktadırlar. DEHB'li çocuklarda EEG bulgularının anormalliğindeki artış, bu görüşü desteklemektedir; ancak tersine olarak DEHB'li çocukların boylamsal takip çalışmalarında nöbet ortaya çıkışının artmadığını gösteren çalışmalar da vardır (Dunn ve Austin 2004).

2.5.3 Depresyon

Depresyon, epilepsisi olan çocuklarda sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Epilepsisi olan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda %26 (Ettinger ve ark.,1998), %33 (Alwash ve ark.,2000), %23 (Dunn ve ark., 1999) depresyon oranları saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise epilepsisi olan çocuk ve ergenlerin % 14 depresif uyum bozukluğu ve depresyon tanısı (Gürkan ve Tüzün, 2003) ve % 28,6 (Oğuz ve ark., 2002) oranında depresyon tanısı aldıkları bildirilmiştir.

Farklı çalışmalarda epilepsisi olan çocuklarda depresyonun ve intihar düşüncelerinin sık olduğu ancak psikiyatrik başvuru ve tedavi almalarının yetersiz olduğu ortaya konmuştur (Caplan ve ark., 2005, Ettinger ve ark., 1998)

Çocukluk çağı depresyonunda görülen belirtiler erişkin depresyonundan farklılık gösterir. Çocukluk çağı depresyonunda irritabilite, öfke ve akademik başarıda düşme görülebilir (Plioplys, 2003). Depresyonda olan çocuklar psikomotor ajitasyon, anksiyete belirtileri, fobik bozukluklar gösterbilir (Weller ve ark., 2002). Ayrıca somatik yakınmalar depresyonla ilişkili olabilir (Luby ve ark., 2003). Sık görülen bir bozukluk olmasına karşın depresyonun epilepsisi olan çocuklarda gözden kaçmasının, depresyonun atipik görünümünden kaynaklandığı düşünülmektedir (Devinsky, 2003).

Antiepileptik ilaçların davranışsal ve bilişsel yan etkileri vardır ve depresyon için bir risk faktörüdür. Epilepsisi olan çocuklarda fenobarbital kullanımı depresyon ve artmış intihar riski ile ilişkilidir (Brent ve ark., 1990, Baker, 2006). Levetirasetam, topiramat, tiagabin, zonisamid gibi yeni AEİ'ların epilepsisi olan hastalarda artmış depresif belirtiler ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Schmitz, 2006). Fakat epilepsisi olan ergenlerle yapılan bir çok çalışmada AEİ'ların depresyon ve duygudurum problemleri için tutarlı bir yordayıcı olmadığı gösterilmiştir (Caplan ve ark., 2005, Williams ve ark., 2003, Alwash ve ark., 2000).

Depresyonu olan çocuk hastalar duygusal, davranışsal, bilişsel ve fiziksel pek çok belirtinin yanında intihar ve ölüm düşünceleri de taşırlar. Caplan ve arkadaşları epilepsisi olan yüz yetmiş bir çocuk ile yaptıkları çalışmada, %20 oranında intihar düşüncesi bulunduğunu ancak hiçbir çocuğun intihar girişiminde bulunmadığını bildirmişlerdir (Caplan ve ark., 2005). Ülkemizde epilepsisi olan çocuklarla yapılan çalışmada da depresyon ve kaygının bu çocuklar arasında yaygın olduğu ve intihar düşüncesinin %17,1 oranında olduğu saptanmıştır (Oğuz ve ark., 2002). Epilepsisi olan çocuk ve ergenlerde %66- 70 oranında karşılanmamış psikiyatrik tedavi ihtiyacı bildirilmektedir

(Ott ve ark., 2003), bununla birlikte epilepsisi olan erişkinlerde yüksek depresyon ve kaygı bozukluğu oranları olması (Jones ve ark., 2005); tedavi edilmemiş depresyon ve kaygının erişkin dönemde devam ediyor olduğunu düşündürmektedir. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, özellikle de depresyon, epilepsisi olan çocuklarda intihar riskini arttırmaktadır (Kovacs ve ark., 1993), bu yüzden bu bozuklukların zamanında fark edilmesi ve tedavi edilmesi çok önemlidir.

2.5.4.Kaygı Bozuklukları

Kaygı bozukluklarının da epilepsisi olan çocuklar arasında yaygın bir psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmektedir. Ancak çalışmaların azlığı nedeniyle yaygınlığını belirlemek zordur. Ölçütleri iyi belirlenmiş toplum tabanlı çalışmalar, yaygınlığı % 14,8 ile % 25 arasında vermektedirler (Vazquez ve Devinsky, 2003).

ÇDŞG-ŞY ile yapılan çalışmada duygudurum ve anksiyete bozuklukları oranı epilepsisi olan 171 çocukta %33, epilepsisi olmayan 93 çocukta %6 olarak saptanmıştır (Caplan ve ark., 2005). Nijeryalı ergenlerle yapılan çalışmada anksiyete bozukluklarının %31.4 olduğu belirtilmiştir (Adewuya ve Ola, 2005). Çocuklar İçin Belirgin Anksiyete Ölçeği Düzenlenmiş Formu ile yapılan çalışmalarda, epilepsisi olan, 6-16 yaşlarında 101 çocuğun %23'ü (Williams ve ark., 2003), 7-18 yaşlarında 44 çocuğun %16'sı (Ettinger ve ark., 1998) düşük-orta anksiyete semptomları bildirmiştir. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile ülkemizde yapılan, epilepsisi olan çocukların epilepsisi olmayan çocuklarla karşılaştırıldığı çalışmalarda bulgular tutarlı değildir. Bir çalışmada artmış oranlar bulunmuş (Oğuz ve ark., 2002), diğer çalışmada normal kontrol grubuyla fark saptanmamıştır (Baki ve ark., 2004).

Kaygı bozuklukları; ergenlerde, tedaviye dirençli ve çoğul ilaç tedavisi alan hastalarda, öğrenme ve davranış bozuklukları olanlarda daha yaygın görülmektedir (Williams ve ark., 2003, Dunn ve Austin, 2004).

2.5.6.Psikoz

Epileptik psikozlar nöbetlerle ilişkili iktal, interiktal, postiktal, alternatif ve ilaçla ilişkili psikozlar olmak üzere bir grup bozukluğu içerir (Kanner, 2000). Epilepsisi olan erişkinlerle yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, şizofreni benzeri psikoz oranının genel topluma göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Qin ve ark., 2005). Epilepsisi olan erişkinlerin aksine postiktal psikoz ve iktal psikoz çocuklarda nadir görülmektedir (Nissenkorn ve ark., 1999, La Vega-Talbot ve ark., 2006). Buna karşın kompleks parsiyel epilepsisi olan çocukların yaklaşık %10'u interiktal şizofreni benzeri psikoza sahiptir (Caplan ve ark., 1998). Bu çocuklarda sanrı, varsanı, formal düşünce bozukluğu görülür fakat negatif belirtiler görülmez. Japonya'da yapılan bir araştırmada, çocukluk dönemi epilepsi kliniklerinde psikoz oranı %0,7 olarak bildirilmiştir (Matsuura ve Trimble, 2000).

Psikozun ortaya çıkışı genellikle kötü nöbet kontrolü ile ilişkilidir (Dunn ve Austin, 2004, Pellock, 2004). Ayrıca temporal lob epilepsisi tanısı alan, erken başlangıçlı epilepsisi olan ve düşük zeka düzeyine sahip hastalarda psikoz daha sık görülmektedir (Kanemoto ve ark., 2001).

2.5.7.Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

Epilepsisi olan çocuklarda YGB sıklığı ile ilgili kısıtlı bilgi bulunmaktadır. Otizm tarama ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada epilepsisi olan çocukların % 32'si YGB ölçütlerini karşılamıştır (Clarke ve ark., 2005). Buna karşın epilepsisi olan çocuklarla yapılan bir klinik çalışmada, mental retardasyonu olmayan grupta YGB %9 oranında bulunmuştur (Thome-Souza ve ark., 2004). Toplum tabanlı epidemiyolojik bir

çalışmada, YGB oranının ek nörolojik bozukluğu olan epilepside % 16 ve ek nörolojik bozukluğu olmayan epilepside %0 olduğu belirtilmiştir (Davies ve ark., 2003).

Otistik Spektrum Bozuklukları olan çocuklar artmış nöbet riskine sahiptir (Kagan-Kushnir ve ark., 2005, Tuchman ve Rapin, 2002). 1986-2000 yılları arasında yayınlanan 25 çalışmanın analizinde, nöbet prevalansı %0-44 arasında bildirilmiştir, bu çalışmaların çoğunluğunda YGB olan çocuklarda % 20- 30 oranında nöbet saptanmıştır (Kagan-Kushnir ve ark., 2005). Çalışma sayısı kısıtlı olmasına rağmen Rett bozukluğunda nöbet prevalansı daha yüksektir ve bu oran % 50-90 arasındadır (Glaze ve ark., 1998, Glaze, 2005, Steffenburg ve ark., 2001). Buna karşın Asperger Bozukluğu'nda nöbet prevalansı yüksek görünmemektedir.

Otizmle ilişkili epilepsi, daha geç yaşta başlama ve tedaviye dirençli olma eğilimindedir. YGB ile birlikte olan epilepsiler genellikle tedaviye daha dirençlidirler. Daha tekrarlayıcı ve uzamış nöbetlerle belirli olan kriptojenik ve semptomatik epilepsilerin bu grupta görülme ihtimali daha fazladır (Pellock, 2004).

2.5.8.Mental Retardasyon

Epilepsi MR olan çocuklarda sık görülmektedir. Epilepsinin şiddeti ile MR'nin düzeyi arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. MR yaygınlığı toplumda %1 iken, epilepsisi olan çocuklarda yaklaşık %40 oranındadır (Rao ve ark.,2007).

Entelektüel kapasiteyi ölçen WISC-R gibi testlerle geniş çocuk popülasyonlarını tarayan çalışmalarda, normal çocuklara göre daha düşük IQ düzeylerine sahip oldukları gösterilmiştir. Bu konuda en büyük çalışmalardan biri Finlandiya'da genel toplumda yapılan çalışmadır. Bu çalışmada, epilepsisi olan ve yaşları 4 ile 15 yaş arasında değişen

21,104 çocuk ve ergende %31.4 oranında mental retardasyon olduğu tespit edilmiştir (Sillanpaa, 1992).

Nöbet tipi ile Zeka Bölümü (ZB) arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Klasik absans dışında tüm nöbet tipleri için ZB normallerden düşüktür. Minör motor nöbetleri ve atipik absansı olan grupta ZB en düşüktür. Nöbet geçirme süresi uzadıkça, ZB düşme eğilimindedir. Ancak epilepsisi olan çocukların ZB'lerinin normallerden farklı olmadığını bildiren çalışmalar da vardır. Ancak bunlar, muhtemelen nöbetleri daha iyi kontrol edilen örneklem seçimi ile ilgili farklılıkları yansıtmaktadır (Solomon ve Pfeffer, 1996, Williams ve ark., 2002).

2.5.9.Öğrenme Bozuklukları

Okuma, yazma ve matematik güçlükleri, epilepsisi olan çocukların üçte birinde görülebilmektedir. Epilepsisi olan çocukları değerlendiren bir çalışmada, en çok matematik güçlüklerinin görüldüğü, daha sonra sırasıyla heceleme, okuma ve anlama zorluklarının yüksek olduğu bulunmuştur (Rao ve ark., 2007).

Öğrenme güçlüğünde etkili olduğu düşünülen faktörler çocuğun yaşı, nöbetlerin başlangıç yaşı, yaşam boyu toplam nöbet sıklığı, çoklu nöbetlerin varlığıdır. Yaşça daha büyük çocuklarda muhtemelen daha uzun süreli hastalığa bağlı olarak akademik başarıda daha fazla bozulma görülmektedir (Aldenkamp, 1990). Epilepsisi olan 173 çocukla yapılan bir çalışmada, absans epilepsi dışındaki jeneralize epilepsilerin olması, DEHB birlikteliği ve erken başlangıç yaşı öğrenme bozuklukları için risk etkenleri olarak bulunmuştur (Fastenue ve ark., 2008).

Epilepsisi baskın hemisferde başlayan çocukların okuma, anlama, yazma ve hesaplama alanlarında epilepsisi baskın olmayan hemisferde başlayan çocuklara göre daha fazla zorluk yaşadıkları gösterilmiştir (Butterbaugh ve ark., 2004). 9–13 yaş

arasındaki epilepsi tanısı alan çocukların aynı zeka düzeyindeki yaşıtlarıyla karşılaştırıldıkları bir çalışmada, epilepsi tanısı alan çocukların daha yavaş okudukları saptanmıştır (Antonello, 1999).

2.6 Epilepsisi Olan Çocuklarda Psikiyatrik Tedavi

Epilepsisi olan bir çocuğa sahip olmak birçok sorunla baş etmeyi gerektirir. Epilepsisi olan çocuklar psikiyatrik bozukluklar açısından risk altındadır. Özellikle çoğul gelişimsel sorunları olan çocukların tedavisi daha karmaşıktır. Aileye ve çocuğa bu konuda yardımcı olmak öncelikle davranışsal sorunları önlemekle mümkündür; ikinci olarak erken tanı ve tedavi önemlidir.

2.6.1 Psikoterapi ve Eğitim

Eğitim, bütün pediatrik epilepsi hastaları için tedavinin değişmez bir parçasıdır; özellikle psikiyatrik ve davranışsal sorunlar olanlar için önem taşır. Çocuğun hastalığı konusunda süreç içinde aileye nelerin olmasının beklendiği anlatılmalıdır. Epileptik belirtilerle nasıl baş edileceği, ilaç verme işleminin nasıl olacağı, takip etmeleri gereken belirtilerin neler olduğu ve nasıl göründüğü tarif edilmelidir (Dunn ve Austin, 2004).

Grup eğitimi ve bireysel eğitsel seansların faydalı olduğuna ilişkin bildiriler bulunmaktadır. Bir çalışmada anne-baba ve çocuklara epilepsi hakkında bilgiler verilerek baş etme teknikleri, karar verme ve iletişim konusunda eğitim verilmiş ve davranış, bilgi, kişisel yeterlilik algısında iyileşmeler olduğu bildirilmiştir (Lewis ve ark., 1990). Hastaların özerklik ve hakimiyet duygusunu geliştirmeye yönelik 8-10 ailelik geniş gruplarla ve ailelerin kaygı duyduğu alanları saptayarak bu alanlarla ilgili 2-3 ailelik küçük gruplarla yapılan eğitsel seansların bilgi düzeyini artırdığı ve destek ihtiyacını azalttığı gösterilmiştir (Dunn ve Austin, 2004). Davranış problemleri

gelişmişse bireysel ve grup tedavileri faydalı olabilir. Epilepsisi olan çocuklara özgü tedavi, nöbetlerin ve davranışsal sorunların duygusal temelli uyarıcılarının değerlendirilmesini de kapsar. Psikoterapi epilepsi ile ilgili sıkıntılara odaklıdır ve gevşeme teknikleri ve baş etme becerilerini geliştirme yöntemleri kullanılabilir. Bu teknikler öz kavram gelişimi yanında nöbetlerin azalmasını da sağlayabilir (Dunn ve Austin 2004).

2.6.2 Psikofarmakolojik Tedavi

Eğer psikoterapi etkisiz ise ilaç tedavisine başvurulur. Epilepsisi olan çocuklarda DEHB tedavisinin etkinlik ve güvenilirliğini tanımlayan çalışma sayısı azdır. İlk yaklaşım nöbet kontrolünü arttırmak ve dikkat üzerinde yan etkileri görülen antiepileptikleri tedaviden çıkartmaktır. Örneğin fenobarbital gibi AEİ'ların saldırganlık, hiperaktivite ve irritabiliteye yol açabileceği unutulmamalı ve gereğinde ilaç değişimine gidilmelidir. Uyku etkinliğini arttırmak yardımcı olabilmektedir. Epilepsisi olan çocuklar kontrollere göre daha çok bozulmuş uyku ve gün içi uykululuk haline sahiptir (Wirrell ve ark., 2005). DEHB olan çocuklarda uyku problemleri, dikkat problemleri ile ilişkili bulunmuştur.

Güncel uygulama verileri DEHB için ilk seçenek olarak stimülan tedavisini önermektedir, ama nöbetleri tetikleme ve nöbet sayısının artması ile ilgili endişeler bulunmaktadır. Geniş kontrollü çalışmalar olmamasına rağmen, çok sayıda açık etiketli çalışma stimülanların epilepsisi olan çocuklarda DEHB tedavisinde güvenli ve etkili olduğunu desteklemektedir. Metilfenidat ile tedavi edilen iyi kontrollü epilepsisi olan çocuklarda, nöbetlerde tekrarlama olmamış ve DEHB semptomlarında düzelme saptanmıştır, ayrıca aktif epilepsisi olan 5 çocuktan üçü daha da kötüleşmiş, ikisi ise düzelmiştir (Gross-Tsur ve ark., 1997). Metilfenidat ile tedavi edilen DEHB ve EEG bozukluğu olan 62 çocukta nöbetlerin tetiklenmediği ve epilepsisi olan 57 çocukta nöbetlerin kötüleşmediği belirtilmiştir (Gücüyener ve ark., 2003).

Bupropion ve trisiklik antidepresanlar gibi stimülan dışı tedaviler DEHB tedavisinde etkili olabilmesine karşın, bu tedaviler nöbet eşiğini düşürme riski nedeniyle epilepsisi olan çocuklarda kullanılmamalıdır (Alldredge, 1999). Atomoksetin üzerindeki çalışmalar, DEHB semptomlarında düzelme olduğunu ve DEHB'li çocuklarda yeni nöbet oluşumunun olmadığı bildirmiştir (Wernicke ve ark., 2006). Epilepsisi olan çocuklarda atomoksetin ile yapılan küçük açık etiketli çalışmalarda nöbet sıklığında artış belirtilmemiştir (Hernandez ve Barragan, 2005). Veriler sınırlı olmasına rağmen, stimulan tedavisi DEHB ve kontrollü epilepsisi veya EEG bozukluğu olan çocuklarda güvenilir görünmektedir (Tan ve Appleton., 2005).

Epilepsiye ek olarak duygu durum bozukluğu olan çocuklarda antidepresanlar yararlı olabilir ancak epilepsisi olan çocuklarda güvenli ve etkili olduklarına ilişkin kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) çocukluk depresyonlarında etkili olduğu bildirilmektedir (Emslie ve ark., 1997, Wagner ve ark., 2003). Genellikle nöbet eşiğinde önemli bir düşüşe yol açmazlar. Erişkin epilepsi hastalılarında sertralin kullanımının önemli bir soruna yol açmadığını bildiren bir açık çalışma bulunmaktadır (Kanner ve ark., 2000). SSGİ'ler epilepsisi olan çocuklarda depresyon ve anksiyete tedavisinde ilk seçenek ilaç tedavisidir. Epilepsisi olan çocuklarda depresyon için sertralin ve fluoksetin kullanılan açık etiketli bir çalışmada 37 çocuğun 35'inde düzelme olduğu ve sadece 2 çocukta nöbet sıklığında artış olduğu bildirilmiştir (Thome-Souza, ve ark., 2007). SSGİ'lerin işe yaramadığı durumlarda diğer antidepresanlar kullanılabilir. Trazodon ve nefazodon etkili olabilir; ancak letarji yapabilirler. Venlafaksin ve bupropion nöbet riskinde hafif bir artışa neden olurlar. Trisiklik antidepresanların çocuklardaki etkinliği ile ilgili veriler net değildir ve nöbet riskinde artış söz konusudur (Dunn ve Austin, 2004). Ancak depresyona yol açabilecek AEİ'Iar kullanılıyorsa tedavi gözden geçirilmeli ve gerekli ise ilaç değişimi yapılmalıdır. Panik bozukluğu, fobiler, obsesif kompulsif bozukluk gibi kaygı bozuklukları olan epilesili çocuklarda kaygı giderici ajanlar kullanılabilir (Franks, 2003). Benzodiyazepinler antikonvülsan etkiye sahiptir ancak aniden kesilmeleri nöbetleri tetikleyebilir (Rao ve ark., 2007).

Epilepsisi olan çocuklarda psikotik belirtiler, nöbet eşiğini düşüren fenotiyazinler ve klozapin dışındaki nöroleptikler ile tedavi edilmelidir (Del Felice ve ark., 2006). Epilepsisi olan ve değişik psikiyatrik bozukluklar nedeniyle risperidon ile tedavi edilen çocukları içeren geniş vaka serilerinde nöbet oranının artmadığı belirtilmiştir (Gonzalez-Heydrich ve ark., 2004). Retrospektif bir çalışmada, epilepsisi olan ve risperidon tedavisi alan çocukların %70'inde kendine zarar verme ve saldırgan davranışların azaldığı görülmüştür ve bu çocukların %94,5 'inde nöbet sıklığında değişiklik saptanmamıştır (Holzhausen ve ark., 2007). Olanzapin ve ketiapin nöbet eşiğini düşürme açısından orta riskli, haloperidol ve risperidon düşük riskli gruptadır (Dunn ve Austin, 2004).

2.7 Epilepsisi Olan Çocuklarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmakta, kısaca kişisel iyilik hali denilen bireyin yasamdan sağladığı doyumun bir bütün seklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir (Fidaner ve ark., 1999). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (Clarke ve Eiser, 2004).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen bazı ölçekler, belirtileri ya da klinik durumu sorgularken, bazıları kişinin işlevsel becerisini, psikososyal iyilik halini, sosyal destek durumunu ve yaşamdan memnuniyetini değerlendirmektedir. Sosyal işlevsellik, arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi, duygusal işlevsellik, beden imgesi, özerklik, bilişsel işlevsellik, aile içi ilişkiler, gelecekten beklentiler yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Bir hastanın sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algısının bilinmesi hekimlerin, hastalarının hastalıkları ile ilgili en çok hangi yönden etkilendiklerini kavrayıp, tedavilerini yönlendirmelerine, tedavi protokollerinde değişiklikler yapmalarına, hasta-hekim ilişkisinin güçlenmesine ve hekim tarafından uygulanan girişimlerin hastanın yasam kalitesini ne yönde etkilediğinin görülmesine olanak sağlar (Fidaner ve ark., 1999).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi doğrudan psikopatolojiyi değerlendirmez, hastanın fiziksel, ruhsal, ve sosyal alanlarda iyilik hali algısını değerlendirir (Lach ve ark., 2006). Çok sayıda çalışma, epilepsisi olan çocuklarda sağlıklı kontrollere göre ve nörolojik olmayan kronik hastalıkları olan çocuklara göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde daha çok bozulma olduğunu göstermiştir (Connolly ve ark., 2006, Miller ve ark., 2003, Raty ve ark., 2003, Hoare ve ark., 2000).

Nöbetlerin sıklığı, yaşam kalitesini belirleyen en önemli etmenlerden biridir. Nöbetleri başarılı olarak tedavi edilen çocuklar, tedaviye dirençli olanlara göre daha iyi psikososyal işlevsellik gösterir ve hayatta daha az güçlük yaşarlar (Pellock, 2004, Benavente-Aguilar ve ark., 2004).

Yaşça büyük ergenler, epilepsinin şiddetinden bağımsız olarak daha düşük yaşam kalitesi bildirmektedir. Bunun nedeni, yaşça büyük ergenlerin yaşamları ve genel sağlıkları üzerinde daha olumsuz bir etki algılamaları olabilir (Devinsky ve ark., 1999).

Epilepsisi olan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesini etkileyen önemli etkenlerden biri AEİ yan etkileridir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile tedavi arasındaki ilişkiyi araştıran bir araştırmada, AEİ yan etkilerinin yaşam kalitesinin tüm alanlarını olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Modi ve ark., 2011).

Epilepsisi olan çocuklarda psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesi ile ilişkisini araştıran çalışmalarda, psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesi ile güçlü şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ergenlerle yapılan bir çalışmada, anksiyete bozuklukları ve depresyonun düşük yaşam kalitesinin yordayıcılarından olduğu belirtilmiştir (Adewuya ve Oseni, 2005). Uzunlamasına bir çalışmada, epilepsisi olan 277 çocuk, tanıdan yaklaşık 9 yıl sonra değerlendirilmiş ve psikiyatrik bozuklukların uzun dönem yaşam kalitesi ile güçlü şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (Baca ve ark., 2011).

Epilepsisi olan çocukların hastalığa uyumu ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; düşük kendilik algısı, akranları tarafından reddedilme, yaşa uygun aktivitelerden kaçınma ve sosyal izolasyona neden olabilen damgalanma yaşantısından etkilenmektedir (Devinsky ve ark., 1999, MacLeod ve Austin, 2003).

Epilepsisi olan çocuklarda yaşam kalitesi ebeveyn psikopatolojisi ile yakından ilişkilidir. Epilepsisi olan çocukların ebeveynleri ve kardeşlerinin genel topluma göre daha yüksek oranda psikiyatrik morbiditeye sahip olduğu gösterilmiştir. Aile üyeleri arasında psikopatolojiyi artıran stres reaksiyonu dışında genetik ve diğer eşlik eden faktörlerin olabileceği düşünülmektedir (Franks, 2003, Kim, 1997).

Ebeveyn aksiyetesi çocuğun aşırı korunmasına ve aktivitelerinin sınırlanmasına, böylelikle hem çocuğun hem de ailenin yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Fazlıoğlu ve ark.,2010). Ailede epilepsi tanılı çocuk ile birlikte kardeşlerin, ebeveyn ve diğer aile üyelerinin bu durumdan olumsuz etkilendiği (Tsuchie ve ark., 2006, Freilinger ve ark., 2006), hastalıkla birlikte aile işlevlerinde bozulmalar olduğu, ebeveynlerin daha kaygılı olduğu ve ailenin yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiği bildirilmiştir (Ferrari, 1983, Adewuya, 2006).

Yong ve arkadaşlarının (2006) epilepsisi olan 418 çocukla yaptıkları ve sosyodemografik verileri, nöbet değişkenlerini, ebeveyn anksiyete ve depresyonunu incelediği çalışmada, ebeveyn anksiyetesinin yaşam kalitesi üzerinde en önemli etken olduğu belirtilmiştir.

3. YÖNTEM

3.1 Örneklem

Araştırma grubu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'na Ekim 2010-Kasım 2011 tarihleri arasında ardışık şekilde başvuran, 8-11 yaşları arasında, en az 6 aydır epilepsi tanısı ile izlenen çocuklardan içleme ölçütlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden 31 çocuk ve annelerinden oluşmuştur. Kontrol grubu, bir ilköğretim okuluna devam eden, 8-11 yaşları arasında olan çocuklardan, yaş bakımından epilepsi grubu ile eşleştirilen, içleme ölçütlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 30 çocuk ve annelerinden oluşmuştur.

Katılımcıların annelerine araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ve annelerine kendilerinin ve çocuklarının gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair imzalı onay formu alınmıştır.

Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi etik komitesi tarafından değerlendirilmiş ve etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığı düşünülerek onay verilmiştir.

3.2 Dışlama ve İçleme Ölçütleri

Çalışmaya epilepsi dışında yaşam kalitesini etkileyebilecek süreğenlik kazanmış tıbbi ve/veya nörolojik herhangi bir hastalığı olan, yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, mental retardasyonu olan (IQ 80'den düşük), nöbeti, tümör, metabolizma bozukluğu ya da akut enfeksiyonlara bağlı olanlar ve herhangi bir psikotrop ilaç kullanımı olanlar çalışmaya alınmamıştır.

Epilepsi grubuna; 8-11 yaş aralığında, idiyopatik epilepsisi olan, epilepsi dışında süreğen bir hastalığı olmayan, zekası normal olan ve psikotrop ilaç kullanımı olmayan çocuklar alınmıştır.

Kontrol grubuna; 8-11 yaş aralığında, süreğen bir hastalığı olmayan, zekası normal olan ve psikotrop ilaç kullanımı olmayan çocuklar alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formunda (EkI) çocuğun yaşı, cinsiyeti, sınıfı, sosyoekonomik durumu, anne-baba yaş, eğitim düzeyleri ve meslekleri yer almaktadır.

3.3.2. Epilepsi Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan Epilepsi Bilgi Formu (Ek-II); nöbet tipi, sıklığı, hastalığın başlangıç yaşı, kullanılan ilaç tedavileri ve yan etkiler gibi bilgileri içermektedir.

3.3.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS Lifetime Version) (ÇDŞG-ŞY)

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS Lifetime Version) çocuk ve ergenlerin DSM III ve DSM IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacı ile geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Kaufman ve ark., 1997). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır.

ÇDŞG-ŞY'nin sorguladığı temel tanı grupları: duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yeme bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanım bozuklukları, uyum bozuklukları ve tik bozukluklarıdır.

ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Anne-baba ve çocuğun kendisi ile yapılan görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Hem içinde bulunduğu zaman, hem de geçmiş zamanla ilgili değerlendirme yapılarak şimdiki ve geçmişteki tanılar saptanır.

Araştırmaya katılan çocuklara ÇDŞG-ŞY uygulanarak çocuklarda DSM IV (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) tanı ölçütlerine göre şimdiki psikiyatrik tanıları belirlenmiştir.

3.3.4. Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)

Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) (Spielberger, 1973) kaygı yatkınlığında kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlamaktadır **(**Ek-III, Ek-IV) Sürekli Kaygı Ölçeği 20 maddeden oluşur. Çocuktan kendini "genellikle" nasıl hissettiğini değerlendirip, maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Her durum için "hemen hemen hiç", "bazen" ve "sık sık" seçenekleri belirlenmiştir. Seçeneklerden "sık sık" seçeneği 3 puan , "bazen" seçeneği 2 puan, "hemen hemen hiç" seçeneği 1 puan olarak değerlendirilir. ÇDSKE'nin Durumluk Kaygı Ölçeği'nde çocuklardan, içinde bulundukları "o anda" kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve ilgili 3 seçenekten birini seçmeleri istenir. Gerginlik, sinirlilik, telaş, tedirginlik gibi duyguların değerlendirilmesini amaçlayan bu ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Sürekli Kaygı Ölçeği'nden ve Durumluk Kaygı Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20'dir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlilik çalışması Özusta (1995) tarafından yapılmıştır.

3.3.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)

Spielberger ve arkadaşları(1970) tarafından yetişkinler için geliştirilen bu envanter (Ek- V) her biri 20 soru içeren, sürekli ve durumluk kaygı olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. İki alt ölçekten de elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılmıştır.

3.3.6. Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Kovacs (1985) tarafından geliştirilen bu ölçek (Ek-VI) çocuklarda depresyon düzeyini ölçmek için kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeği olup, 6-17 yaş arası çocuk ve ergenlere uygulanabilir. Ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarında seçim yapacağı üç cümle bulunmaktadır. Her cümle seti çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler içermektedir. Çocuğun son iki hafta içindeki durumunu değerlendirip, üç seçenek arasından kendine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Verilen cevaplar, 0 ile 2 puan arasında değerlendirilir. Bu puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'dür. Toplam puanın yüksekliği, depresyon düzeyinin şiddetini gösterir. Kesim noktası 19'dur. Ülkemizde uyarlanması Öy (1991) tarafından yapılmıştır.

3.3.7 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKO)

İki – onsekiz yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Ek-VII). Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, 2–4, 5–7, 8–12, 13–18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için Anne-baba formu ve 5–7, 8–12, 13–18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için öz bildirim formu olmak üzere toplam 7 formdan oluşmaktadır. Ergen ve çocuk formları birbirine benzer olmasına rağmen, çocuk ve

ergenlerin bilişsel gelişim düzeylerindeki farklılıktan dolayı çocuk formlarında daha basit sözcükler kullanılmıştır. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan bir yaşam kalitesi ölçeğidir.

Bu ölçek çocuk ve ergenlerin son bir ayını sorgulamaktadır. Beş – yedi yaşları arasındaki çocuklar için 3 seçenekli, 8–18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenler için 5 seçenekli likert tipi ölçek şeklinde geliştirilmiştir. Maddeler 0–100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Ölçekte eksik doldurulan maddelerin olması halinde doldurulmuş maddelerin puanları toplanmakta ve işaretlenmiş madde sayısına bölünmektedir. Ölçeğin %50'sinden fazlası doldurulmamış ise ölçek değerlendirmeye alınmamaktadır. Sonuçta ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır.

ÇİYKÖ 23 maddeden oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Memik ve ark., 2008).

Çalışmamızda ÇİYKÖ 8-12 yaş grubu özbildirim ve anne-baba ölçekleri kullanılarak, olguların yaşam kalitesi değerlendirilmiştir.

3.3.8 Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

SCL-90-R, 90 maddelik bir özbildirim envanteridir (Ek VIII). Derogatis ve Cleary (1977) tarafından geliştirilmiştir. SCL-90-R bir çok hastalıkta kullanılabilecek oldukça

uygun bir envanterdir. Psikiyatrik belirtileri ölçen, 90 sorudan oluşan bu kağıt kalem testinin 10 alt testi vardır: Somatizasyon (kardiyovasküler, gastrointestinal, solunum ve diğer sistemlerle ilgili sorunları yansıtır), Obsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke ve Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce, Psikotizm ve ek maddeler (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk). Her bir madde için işaretlemek üzere beş yargı bulunmaktadır (hiç katılmıyorum, biraz katılıyorum, orta derecede katılıyorum, çok katılıyorum, aynen katılıyorum). Alt ölçek puanları, söz konusu olan bozukluk ile ilgili belirtilerin şiddetini gösterir. En düşük puan 0, en yüksek puan 4'tür. 1 puanın üstü bozukluğun olabileceğini gösterir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Dağ tarafından yapılmıştır (Dağ, 1991).

Çalışmamızda SCL-90 R kullanılarak annelerin psikiyatrik belirtileri ve bu belirtilerin şiddeti değerlendirilmiştir.

3.3.9 Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

ADÖ Miller ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilmiş olan, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini veya getiremediğini belirleyen bir ölçü aracıdır (Ek IX). ADÖ ailenin işlevlerini yerine getirip getirmediği konusunda genel bir değerlendirme yapmak ve sorun alanların ortaya çıkartmak amacıyla oluşturulmuştur. ADÖ, daha önce geliştirilmiş olan McMaster Aile İşlevleri Modeli'nin (McMaster Model of Family Functioning) klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik çalışması Bulut tarafından 1990 yılında yapılmıştır. ADÖ yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlardan altı tanesi McMaster aile işlevler Modeli'nde ele alınan alt ölçeklerdir. Yedinci alt ölçek ise ADÖ'ne eklenmiş olup, ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirmektedir. Yedi alt ölçek şunlardan oluşmaktadır: Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel Fonksiyonlar.

ADÖ 60 maddeden oluşmaktadır. Aile bireyleri her maddenin ailelerini ne kadar tanımladığını 1 ile 4 puan arasında derecelendirir, okudukları test maddelerinden

kendilerine en uygun olanı işaretlemeleri istenir. Elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Her bir ölçek puanındaki artma işlevsellikte daha çok bozulmayı gösterir. Kuramsal olarak 2 ayırt edici bir sayıdır ve 2 puanın üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir.

ADÖ 12 yaş üzeri her aile bireyine uygulanabilir. Aile üyesinin son iki ayı dikkate alarak uygun seçenekleri işaretlemesi istenir (Bulut, 1990).

3.3.10 Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-Yeni Versiyonu (WÇZÖ-Y) (Wechsler Intelligence Scale for Children-R- WISC-R)

6-16 yaş arası çocukları zekâ düzeyini ölçmek amacıyla 1949 yılında Wechsler tarafından geliştirilmiştir. 1974 yılında yaptığı çalışmada bazı değişiklikler yaparak 6-16 yaş aralığındaki 2200 kişilik bir örneklem üzerinde aracın standardizasyon çalışmasını yürütmüştür (Wechsler, 1974). Türk çocukları üzerinde standardizasyonu Savaşır ve Şahin tarafından yapılmıştır (Savaşır ve Şahin, 1995). WÇZÖ-Y, Sözel ve Performans olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Sözel Zekâ Bölümü (SZB) Genel Bilgi, Benzerlikler, Aritmetik, Sözcük Dağarcığı, Yargılama ve Sayı Dizisi alt testlerini; Performans Zekâ Bölümü (PZB) Resim Tamamlama, Resim Düzenleme, Küplerle Desen, Parça Birleştirme, Şifre ve Labirent alt testlerini içermektedir. SZB ve PZB puanlarının toplamında Toplam Zekâ Bölümü (TZB) elde edilmektedir (Wechsler, 1974).

3.4 Uygulama

Katılımcıların anne-babalarına araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ve annelerine kendilerinin ve çocuklarının gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair imzalı onay formu alınmıştır. Araştırmaya katılan çocukların değerlendirmesi iki görüşmede tamamlanmıştır. İlk görüşmede epilepsi grubunun epilepsi ile ilgili bilgileri araştırmacılar tarafından hazırlanan “Epilepsi Bilgi Formu”

kullanılarak değerlendirilmiştir. Daha sonra çocuklara Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) uygulanarak çocuklarda DSM IV (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) tanı ölçütlerine göre şimdiki psikiyatrik tanıları belirlenmiştir. İkinci görüşmede tüm çocuklara uzman psikolog tarafından WÇZÖ-Y zeka testi uygulanmıştır.

Ayrıca çocuklara; ÇDSKE, ÇDÖ ve ÇİYKÖ (Çocuk Formu), annelere; DSKE, SCL-90-R, ÇİYKÖ (Anne-baba) ve ADÖ uygulanmıştır.

3.4.1 İstatistiksel Değerlendirme

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS 16.0 istatistiksel paket programı kullanılarak yapıldı. Analizlere başlamadan önce verilerin birtakım varsayımlara uygunluğu araştırıldı. Normal dağılıma uygunluğun analizi için "Kolmogorov Smirnov Normallik Testi", homojen varyans varsayımının uygunluğu içinse "Levene Test İstatistiği" kullanıldı. İlgili verilerin analizinde varsayımların sağlanıp sağlanmadığı ve verilerin yapısı göz önünde bulundurularak uygulanacak teste karar verildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare ve/veya Fisher's exact testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Student t-testi, varsayımların sağlanmadığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Devamlı verilerde ilişki düzeyini belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Alfa değeri 0. 05'in altında olduğunda istatistiksel anlamlılığın olduğu kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

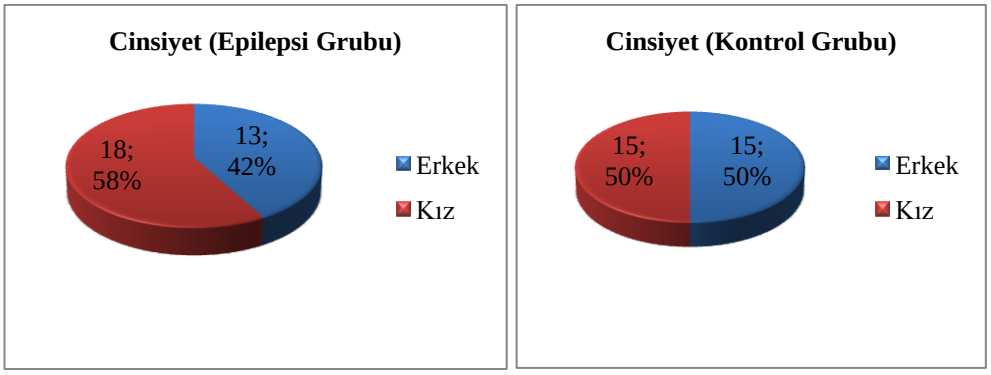
Çalışmamıza alınan, epilepsisi olan 31 olgunun 13'ü (%41,9) erkek, 18'i (%58,1) kız, kontrol grubu olgularının 15'i (%50) erkek 15'i (%50) kız idi. Cinsiyet oranları bakımından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.52).(Tablo 4.1.1, Şekil 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Cinsiyet Oranları Dağılımı

	CİNSİYET		
	Erkek	**Kız**	**TOPLAM**
Epilepsi	13 (%41,9)	18 (%58,1)	**31 (%100)**
Kontrol	15 (%50)	15 (%50)	**30 (%100)**

p = 0,52 (Ki-Kare)

Şekil 4.1.1. Cinsiyet Oranları Dağılımı



Epilepsi grubunun yaş ortalaması 10 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 9,9 olarak bulundu. Her iki grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (p=0.55)(Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2 Grupların Yaş Ortalamaları (yıl olarak)

	N	DAĞILIM ARALIĞI	ORTALAMA YAŞ	SS
Epilepsi	31	8-11	10	1,03
Kontrol	30	8-11	9,9	1,13

T testi, p=0.55 SS: Standart sapma

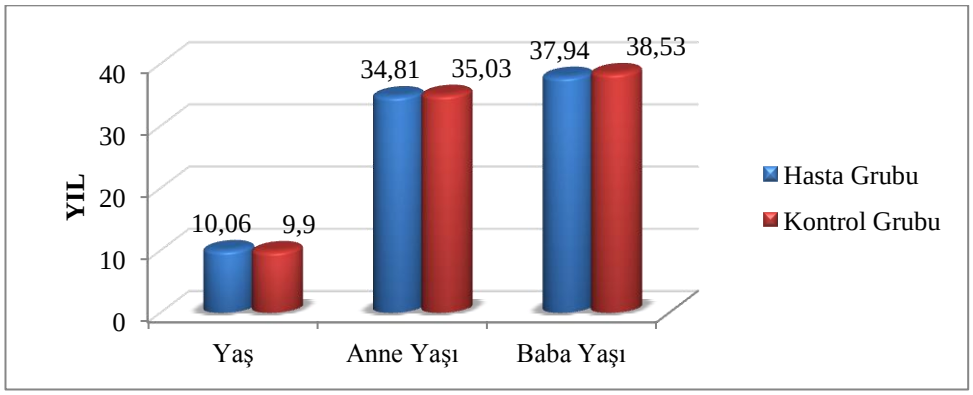
Epilepsi ve kontrol grubu arasında anne ve baba yaşları bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (Anne yaş p= 0.87, Baba yaş p= 0.66). Anne ve baba yaşlarına ait karşılaştırmalar aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.1.3). Ayrıca epilepsi grubu ve kontrol grubunun yaş, anne yaşı ve baba yaşı ortalamaları Şekil 4.1.2'de verilmiştir.

Tablo 4.1.3 Grupların Anne ve Baba Yaş Ortalamaları (yıl olarak)

	ANNE YAŞ			BABA YAŞ		
	Dağılım aralığı	**Ortalama**	**SS**	**Dağılım aralığı**	**Ortalama**	**SS**
Epilepsi	27-46	34.81	5.77	30-48	37,94	5.64
Kontrol	26-49	35.03	5.31	30-51	38.53	5.01

T testi, Anne yaş p= 0.87, Baba yaş p= 0.66 SS: Standart sapma

Şekil 4.1.2 Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun Yaş, Anne Yaşı ve Baba Yaşı Ortalamaları



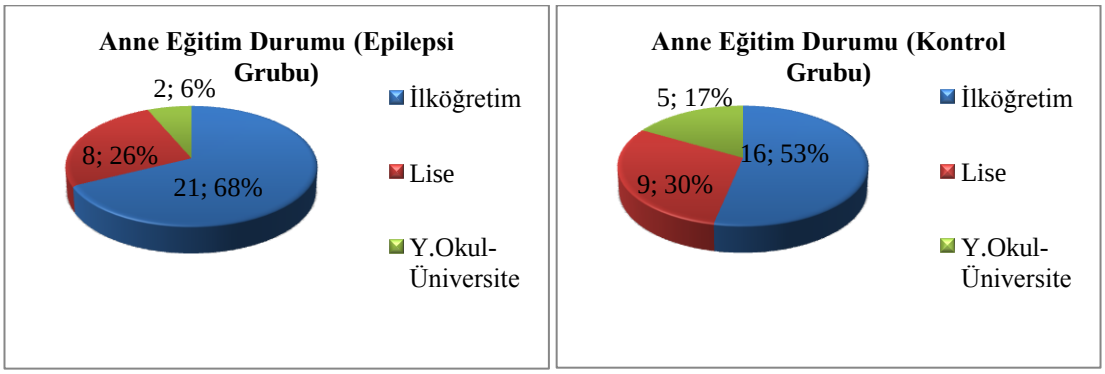
Anne eğitim durumu (p=0,36), anne ve baba çalışma durumu (p=0,47, p=0,67) ve gelir durumu (p=0,99) bakımından epilepsi grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Ancak baba eğitim durumu (p=0,03) bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptandı. Epilepsi grubunda eğitim durumu lise olanların, kontrol grubunda ise yüksekokul veya üniversite olanların daha fazla olduğu saptandı. Bu alanlara ait karşılaştırmalar aşağıdaki tablolarda verilmiştir (Tablo 4.1.4-5-6-7-8). Ayrıca anne eğitim durumu ve baba eğitim durumu Şekil 4.1.4 ve Şekil 4.1.5'te verilmiştir.

Tablo 4.1.4. Anne Eğitim Durumu

ANNE EĞİTİM DURUMU				
	İlköğretim	**Lise**	**Y.Okul-Üniversite**	**TOPLAM**
Epilepsi	21 (%67,7)	8 (%25,8)	2 (%6,5)	**31 (%100)**
Kontrol	16 (%53,3)	9 (%30)	5 (%16,7)	**30 (%100)**

p = 0,36 (Ki-Kare)

Şekil 4.1.4. Anne Eğitim Durumu

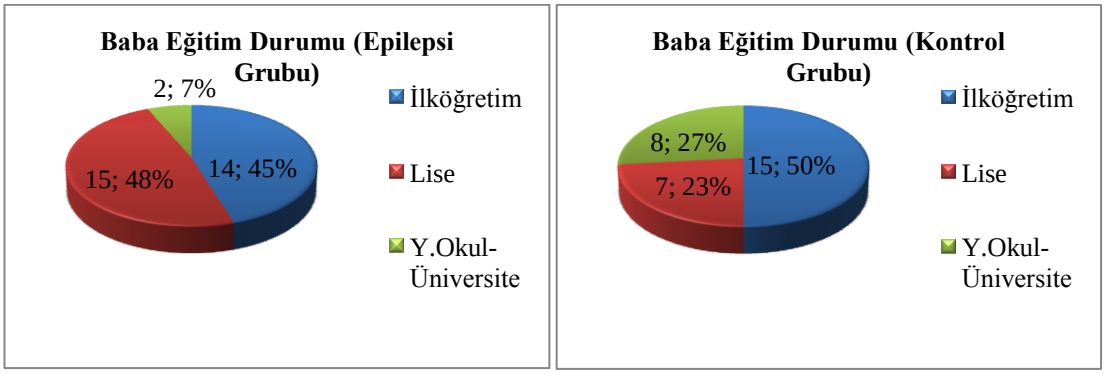


Tablo 4.1.5. Baba Eğitim Durumu

BABA EĞİTİM DURUMU				
	İlköğretim	**Lise**	**Y.Okul-Üniversite**	**TOPLAM**
Epilepsi	14 (%45,2)	15 (%48,4)	2 (%6,5)	**31 (%100)**
Kontrol	15 (%50)	7 (%23,7)	8 (%26,7)	**30 (%100)**

p = 0,03 (Ki-Kare)

Şekil 4.1.5. Baba Eğitim Durumu



Tablo 4.1.6. Anne Çalışma Durumu

ANNE ÇALIŞMA DURUMU			
	Çalışmıyor	**Çalışıyor**	**TOPLAM**
Epilepsi	26 (%83,9)	5 (%16,1)	**31 (%100)**
Kontrol	23 (%76,7)	7 (%23,3)	**30 (%100)**

p = 0,47 (Ki-Kare)

Tablo 4.1.7. Baba Çalışma Durumu

BABA ÇALIŞMA DURUMU			
	Çalışmıyor	**Çalışıyor**	**TOPLAM**
Epilepsi	0(%0)	31(%100)	**31 (%100)**
Kontrol	2 (%6,7)	28 (%93,3)	**30 (%100)**

p = 0,67 (Fisher)

Tablo 4.1.8. Ailelerin Aylık Gelir Ortalamaları

GELİR DURUMU					
	500 TL-1000 TL	**1000 TL-1500 TL**	**1500 TL-2000 TL**	**2000 TL üstü**	**TOPLAM**
Epilepsi	12 (%38,7)	8 (%25,8)	5 (%16,1)	6 (%19,4)	**31 (%100)**
Kontrol	12 (%40)	7 (%23,3)	5 (%16,7)	6 (%20)	**30 (%100)**

p = 0,99 (Ki-Kare)

4.2. Epilepsiye İlişkin Veriler

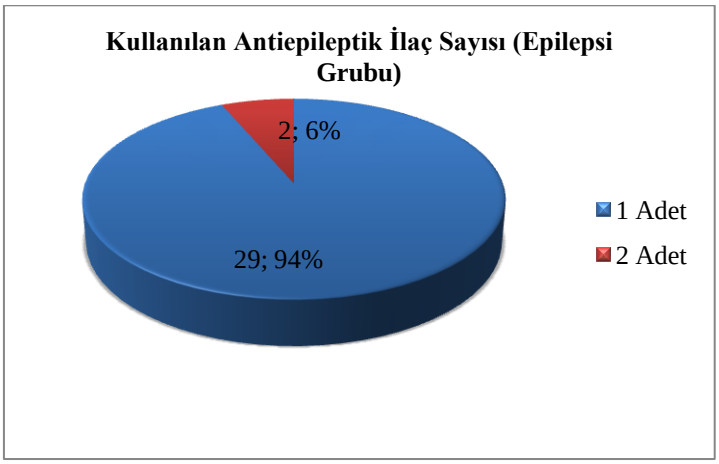
Epilepsi grubunda 11 olguda (%35,5) parsiyel epilepsi, 20 olguda (%64,5) jeneralize epilepsi olduğu saptandı. İlk nöbet yaşı ortalama 7,39 (yıl), son nöbetten sonra geçen süre ortalama 15,61 (ay) olarak bulundu (Tablo 4.2.1). Olguların tamamının yılda 4'ten az nöbet geçirdiği ve epilepsisi olan 31 olgudan sadece 2'sinin (%6,5) son altı ay içinde nöbet geçirdiği saptandı. Epilepsisi olan olguların tamamının antiepileptik tedavi aldığı, 29 olgunun (%93,5) tek antiepileptik ilaç kullandığı, 2 olgunun iki antiepileptik ilaç kullandığı saptandı (Şekil 4.2.1). 27 olguda (%87,1) yan etki gözlenmediği, 4 olguda yan etki gözlendiği (%12,9) saptandı (Şekil 4.2.2).

Tablo 4.2.1. Epilepsisi Olan Olguların İlk Nöbet Yaşı (yıl) ve Son Nöbetten Sonra Süre (ay) Ortalamaları

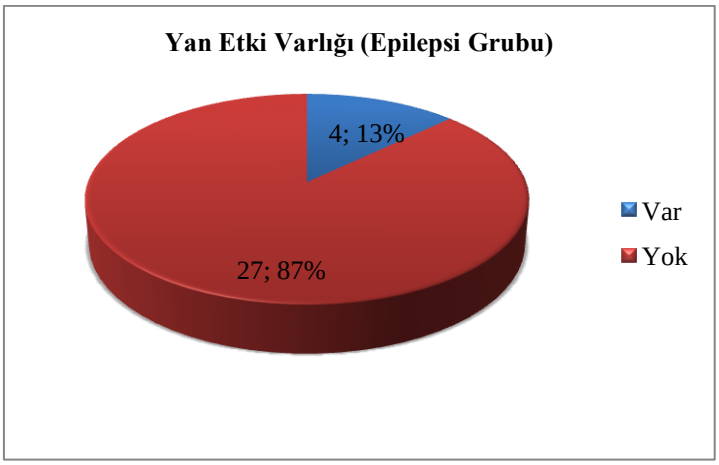
(N=31)	SÜRE	Minimum	Maksimum
İlk nöbet yaşı (yıl) (Ortalama ±SS)	7,39 ± 2,12	2	10
Son nöbetten sonra geçen süre (ay) (Ortalama ±SS)	15,61 ± 8,65	2	37

SS:Standart sapma

Şekil 4.2.1. Epilepsisi Olan Olguların Kullandığı Antiepileptik İlaç Sayıları



Şekil 4.2.2 Epilepsisi Olan Olgularda AEİ Yan Etkisi Görülme Sıklığı



4.3. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklara İlişkin Veriler

Epilepsi grubu ile kontrol grubu arasında psikiyatrik bozukluk oranları bakımından anlamlı fark saptanmadı (p=0,05). Epilepsi grubunda 17 olguda (%54.8) epilepsiye en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptandı. Psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği 17 olgu içinde, 9 olguda (%52.9) bir, 7 olguda (%41.2) iki, 1 olguda (%5.9) üç psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptandı.

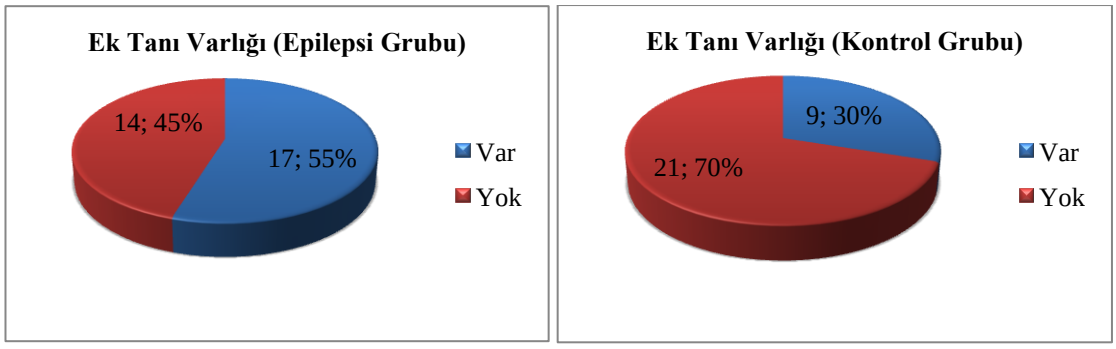
Kontrol grubunda 9 olguda (%30) epilepsiye en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptandı. Psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği 9 olgu içinde 5 olguda (%55.6) bir, 4 olguda (%44.4) iki psikiyatrik bozukluk saptandı (Şekil 4.3.2). Epilepsi grubu ile kontrol grubu arasında psikiyatrik tanı sayıları bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.3.2). Epilepsi grubu ile kontrol grubu arasında psikiyatrik tanılar ayrı ayrı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.3.3). Epilepsi grubu ve kontrol grubunun psikiyatrik bozukluk oranları Tablo 4.3.1 ve Şekil 4.3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3.1 Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Bozukluk Oranları Bakımından Karşılaştırılması

	PSİKİYATRİK BOZUKLUK		
	Var	**Yok**	**TOPLAM**
Epilepsi	17 (%54,8)	14 (%45,2)	**31 (%100)**
Kontrol	9 (%30)	21 (%70)	**30 (%100)**

p = 0,05 (Ki-Kare)

Şekil 4.3.1. Olguların Psikiyatrik Bozukluk Oranları

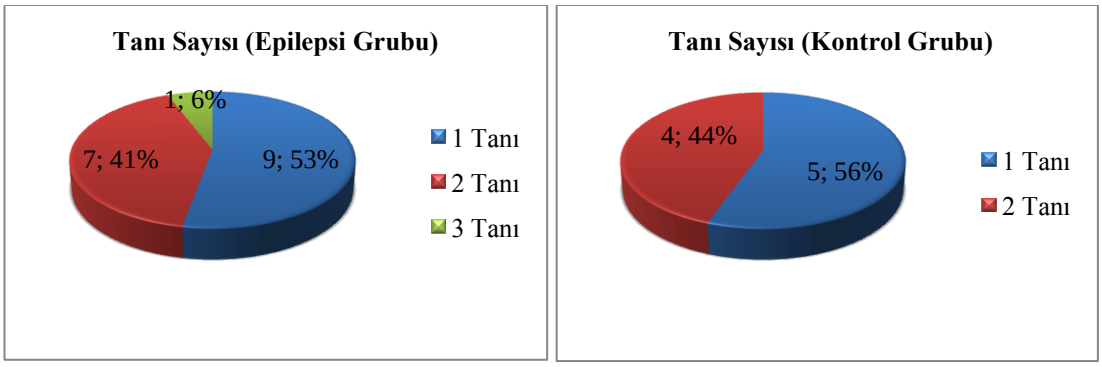


Tablo 4.3.2 Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Tanı Sayıları Bakımından Karşılaştırılması

	EK TANI SAYISI		
	1 Psikiyatrik Tanı	**2-3 Psikiyatrik Tanı**	**TOPLAM**
Epilepsi	9 (%52,9)	8 (%47,1)	**17 (%100)**
Kontrol	5 (%55,6)	4 (%44,4)	**9 (%100)**

p = 0,613 (Fisher)

Şekil 4.3.2 Olguların Psikiyatrik Tanı Sayıları



Tablo 4.3.3. Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun Tanı Dağılımları Bakınından Karşılaştırılması

TANI	EPİLEPSİ GRUBU (N=31)	KONTROL GRUBU (N=30)	P DEĞERİ
Depresyon	2 (%6,5)	0 (%0)	0,49 (Fisher)
Anksiyete Bozuklukları	6 (%19,4)	4 (13,3)	0,73 (Fisher)
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	11 (%35,5)	5 (%16,7)	0,09(Ki-Kare)
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	3 (%9,7)	0 (%0)	0,23 (Fisher)
Tik Bozukluğu	2 (%6,5)	2 (%6,7)	0,99 (Fisher)
Enürezis	1 (%3,2)	2 (%6,7)	0,61 (Fisher)
Enkoprezis	1 (%3,2)	0 (%0)	0,99 (Fisher)

4.4. Kullanılan Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Epilepsi grubu ile kontrol grubu arasında Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) puanları bakımından anlamlı fark saptandı, epilepsi grubunun ÇDÖ ortalama puanları anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,02). Çocuk Sürekli Kaygı Envanteri (ÇSKE) ortalama puanları (p=0,49) ve Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri (ÇDKE) ortalama puanları (p=0,16) bakımından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.4.1). (Şekil 4.4.2)

4.4.1. Epilepsi ve Kontrol Grubunun Çocuk Depresyon Ölçeği ve Çocuk Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	EPİLEPSİ GRUBU *(N=31)*	KONTROL GRUBU (N=30)	P DEĞERİ
ÇDÖ (Ortalama±SS)	9,58 ± 6,56	5,67 ± 4,03	**0,02***[(a)]
ÇSKE (Ortalama±SS)	34,48 ± 8,50	33,16 ± 6,35	0,49
ÇDKE (Ortalama±SS)	27,94 ± 6,66	25,33 ± 3,53	0,16[(a)]

T testi,* p<0.05 (a);MannWhitney U Testi, ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği, ÇSKE: Çocuk Sürekli Kaygı Envanteri, ÇDKE:Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri, SS:Standart sapma

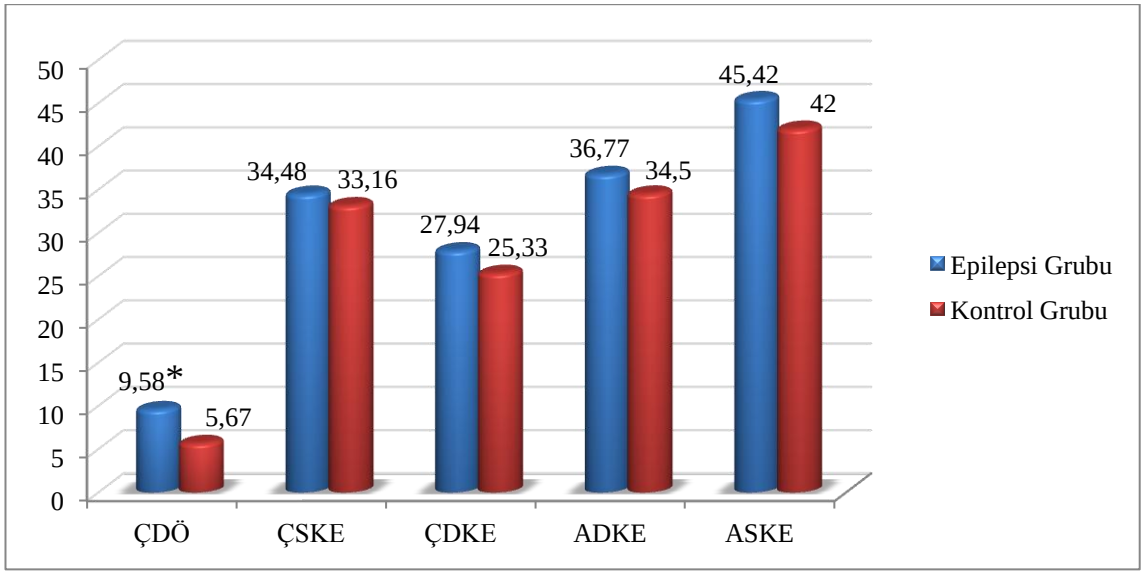
Epilepsi grubu ile kontrol grubu arasında annelerin Sürekli Kaygı Envanteri ortalama puanları (p=0,15) ve Durumluk Kaygı Envanteri ortalama puanları (p=0,30) bakımından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.4.2). (Şekil 4.4.2)

Tablo 4.4.2. Epilepsi ve Kontrol Grubunun Anne Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	EPİLEPSİ GRUBU (N=31)	KONTROL GRUBU (N=30)	P DEĞERİ
DKE (Ortalama±SS)	36,77 ± 9,32	34,50 ± 7,81	0,30
SKE (Ortalama±SS)	45,42 ± 9,47	42 ± 9,01	0,15

T testi, DKE:Durumluk Kaygı Envanteri, SKE: Sürekli Kaygı Envanteri, SS:Standart sapma

Şekil 4.4.1 Epilepsi ve Kontrol Grubunun ÇDÖ, ÇSKE, ÇDKE, Anne DKE ve Anne SKE Puanı Ortalamaları



ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği, ÇSKE: Çocuk Sürekli Kaygı Envanteri, ÇDKE: Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri, ADKE: Anne Durumluk Kaygı Envanteri, ASKE: Anne Sürekli Kaygı Envanteri * p<0.05

Annelere uygulanan Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ölçeği ile annelerdeki psikiyatrik belirtiler ve bu belirtilerin şiddeti değerlendirilmiştir. Epilepsi grubu ile kontrol grubunun ruhsal belirti tarama listesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, sadece Öfke ve Düşmanlık alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p=0,02). Epilepsi grubunun Öfke ve Düşmanlık alt ölçeği puanları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulundu (Tablo 4.4.3)

Tablo 4.4.3. Epilepsi Grubu ile Kontrol Grubunun Ruhsal Belirti Tarama Listesi Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

ANNE SCL-90-R	EPİLEPSİ GRUBU (N=31)	KONTROL GRUBU (N=30)	P DEĞERİ
	Ortalama ±SS	**Ortalama ± SS**	
Somatik	1,13 ± 0,86	0,76 ± 0,71	0,06
Obsesif-Kompulsif	1,67 ± 0,79	0,98 ± 0,72	0,32
Kişilerarası Duyarlılık	1 ± 0,68	0,86 ± 0,63	0,41
Depresyon	1,05 ± 0,70	0,86 ± 0,76	0,31
Anksiyete	0,82 ± 0,70	0,58 ± 0,56	0,15
Öfke ve Düşmanlık	1,01 ± 0,78	0,58 ± 0,58	**0,02***
Fobik Kaçınma	0,59 ± 0,78	0,31 ± 0,36	0,27[(a)]
Paranoid Düşünce	1,08 ± 0,81	0,81 ± 0,68	0,16
Psikotik Düşünce	0,51 ± 0,58	0,35 ± 0,36	0,20
Ek Belirtiler	1,07 ± 0,69	0,74 ± 0,78	0,08
Genel Belirti Düzeyi	0,95 ± 0,64	0,69 ± 0,54	0,10

T Testi, *p<0.05, (a):MannWhitney U Testi, SCL-90-R: Ruhsal Belirti Tarama Listesi

Aile işlevleri, annelere uygulanan Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ile değerlendirildi. Alt ölçek puanlarının yüksek olması, o alanda işlevin bozuk olduğunu göstermektedir. Epilepsi grubu ile kontrol grubunun aile değerlendirme ölçeği alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, sadece Genel Aile İşlevleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p=0,04). Epilepsi grubu Genel Aile İşlevleri puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. (Tablo 4.4.4). Epilepsi grubu genel aile işlevlerinin kontrol grubuna göre daha bozuk olduğu sonucuna ulaşıldı.

Tablo 4.4.4 Epilepsi Grubu ile Kontrol Grubunun Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

ADÖ	EPİLEPSİ GRUBU (N=31)	KONTROL GRUBU (N=30)	P DEĞERİ
	Ortalama ±SS	**Ortalama ±SS**	
Problem Çözme	1,94 ± 0,66	1,76 ± 0,51	0,23
İletişim	1,89 ± 0,65	1,67 ± 0,49	0,14
Roller	2 ± 0,46	2,03 ± 0,48	0,74
Duygusal Tepki Verebilme	1,77 ± 0,73	1,60 ± 0,43	0,62(a)
Gereken İlgiyi Gösterebilme	2,34 ± 0,39	2,32 ± 0,35	0,89
Davranış Kontrolü	2,06 ± 0,29	2 ± 0,35	0,51
Genel Aile İşlevleri	1,90 ± 0,60	1,63 ± 0,43	**0,04***

T Testi, *p<0.05, (a):MannWhitney U Testi, ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği SS: Standart sapma

4.5. Olguların Yaşam Kalitesine İlişkin Veriler

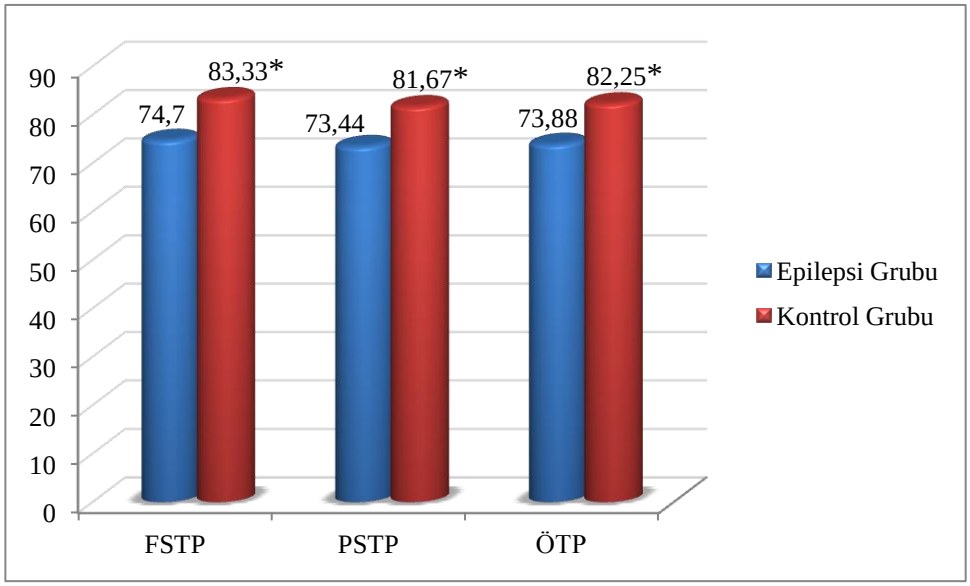
Epilepsi ve kontrol gruplarının Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ-Çocuk Formu) verileri değerlendirildiğinde; Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP) (p=0,01), Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (PSTP) (p=0,02) ve Ölçek Toplam Puanının (ÖTP) (p=0,02) epilepsi grubunda anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (Tablo 4.5.1, Şekil 4.5.1).

Tablo 4.5.1. Epilepsi Grubu ile Kontrol Grubunun Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ-Çocuk Formu) Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKÖ(Çocuk)	EPİLEPSİ GRUBU (N=31)	KONTROL GRUBU (N=30)	P DEĞERİ
FSTP (Ortalama ± SS)	74,70 ± 15,06	83,33 ± 10,55	**0,01***
PSTP (Ortalama ± SS)	73,44 ± 16,36	81,67 ± 10,85	**0,02***(a)
ÖTP (Ortalama ± SS)	73,88 ± 14,81	82,25 ± 9,20	**0,02***(a)

T Testi, *p<0.05, (a):MannWhitney U Testi, ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı, ÖTP: Ölçek Toplam Puanı SS: Standart sapma

Şekil 4.5.1. Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun ÇİYKÖ (Çocuk Formu) FSTP, PSTP ve ÖTP Puanı Ortalamaları



FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı, ÖTP: Ölçek Toplam Puanı, * p<0.05

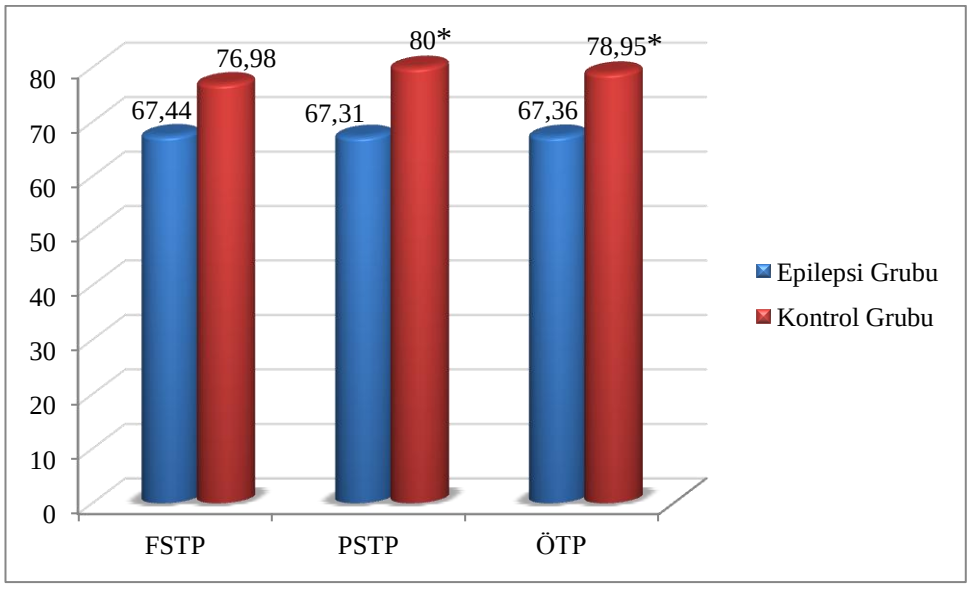
Epilepsi ve kontrol gruplarının Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi ölçeği (ÇİYKÖ-Anne-baba Formu) verileri değerlendirildiğinde; Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (p=0,01) ve Ölçek Toplam Puanının (p=0,00) epilepsi grubunda anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı. Fiziksel Sağlık Toplam Puanında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,05). (Tablo 4.5.2, Şekil 4.5.2)

Tablo 4.5.2. Epilepsi Grubu ile Kontrol Grubunun Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ Anne-baba Formu) Puanlarının Karşılaştırılması

ÇİYKÖ(Anne)	EPİLEPSİ GRUBU (N=31)	KONTROL GRUBU (N=30)	P DEĞERİ
FSTP (Ortalama ± SS)	67,44 ± 21,60	76,98 ± 16,01	0,05
PSTP (Ortalama ± SS)	67,31 ± 19,45	80 ± 10,87	**0,01***[(a)]
ÖTP (Ortalama ± SS)	67,36 ± 18,61	78,95 ± 11,57	**0,00***

T Testi,*p<0.05, (a):MannWhitney U Testi, ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı, ÖTP: Ölçek Toplam Puanı SS: Standart sapma

Şekil 4.5.2. Epilepsi Grubu ve Kontrol Grubunun ÇİYKÖ Anne-baba Formu FSTP, PSTP ve ÖTP Ortalamaları



FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı, ÖTP: Ölçek Toplam Puanı, * p<0.05

Epilepsi grubu; psikiyatrik bozukluğu olan ve psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular şeklinde iki gruba ayrılarak karşılaştırıldığında, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi ölçeği (ÇİYKÖ-Çocuk Formu) Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (p=0,00) ve Ölçek Toplam Puanının (p=0,00) psikiyatrik bozukluğu olan grupta anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı. Fiziksel Sağlık Toplam Puanında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,15).

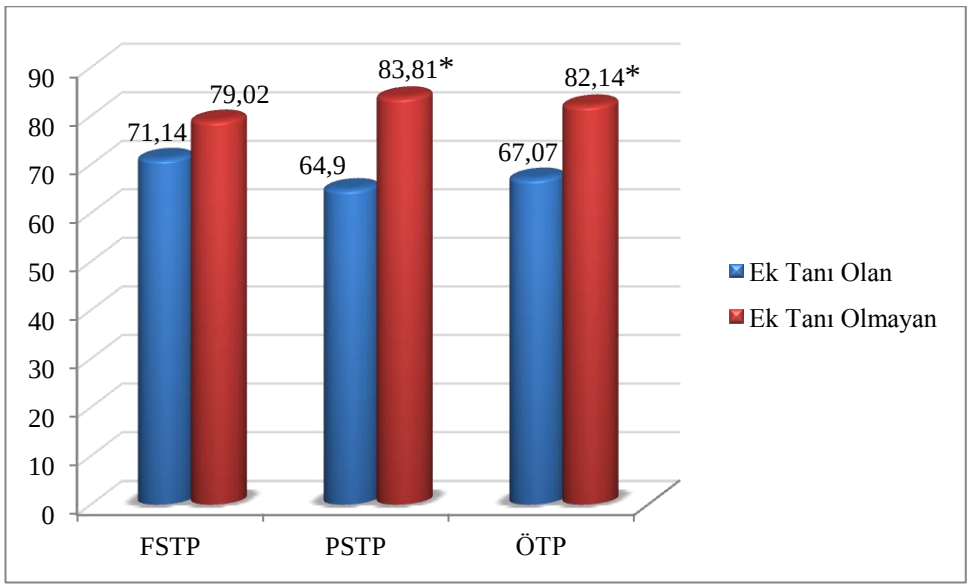
Benzer şekilde, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi ölçeği (ÇİYKÖ Anne-baba Formu) Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (p=0,00) ve Ölçek Toplam Puanının (p=0,01) psikiyatrik bozukluğu olan grupta anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı. Fiziksel Sağlık Toplam Puanında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,57). (Tablo 4.5.3, Şekil 4.5.3-4). Epilepsisi olan olgularda; psikiyatrik bozukluğu olan olguların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu, yaşam kalitesindeki bozulmanın psikososyal alanda olduğu sunucuna varıldı.

Tablo 4.5.3 Epilepsi Grubunda; Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Olguların Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu ve Anne-baba Formu Puanlarının Karşılaştırılması

		PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLAN(N=17)	PSİKİYATRİK BOZUKLUĞU OLMAYAN(N=14)	P DEĞERİ
		Ortalama ±SS	**Ortalama ± SS**	
ÇİYKÖ(Çocuk)	**FSTP**	71,14 ± 16,59	79,02 ± 12,16	0,15
	PSTP	64,90 ± 14,33	83,81 ± 12,41	**0,00***
	ÖTP	67,07 ± 13,83	82,14 ± 11,69	**0,00***
ÇİYKÖ(Anne)	**FSTP**	65,44 ± 25,61	69,87 ± 16,06	0,57
	PSTP	56,86 ± 17,93	80 ± 12,69	**0,00***
	ÖTP	59,85 ± 19,58	76,48 ± 12,80	**0,01***

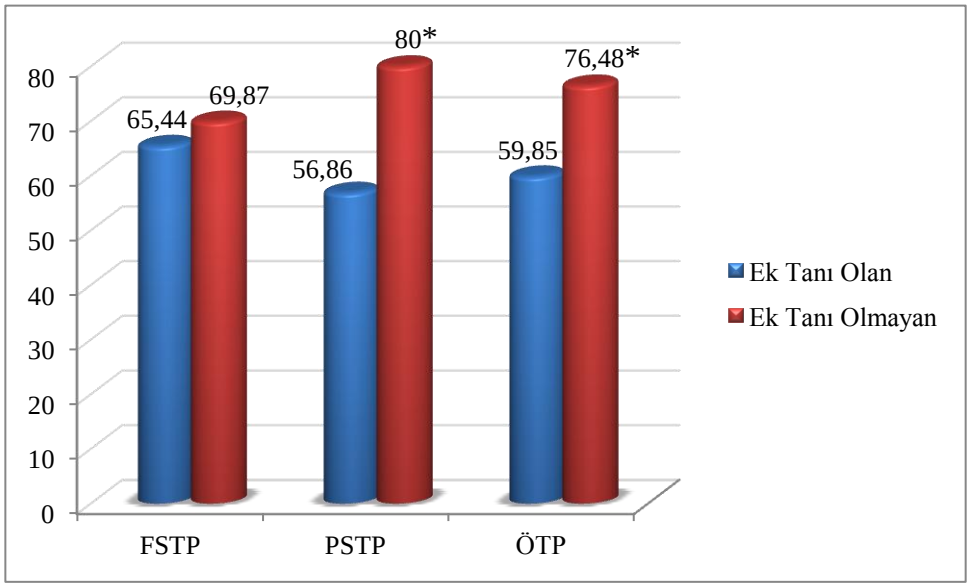
T Testi, *p<0.05, ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı, ÖTP: Ölçek Toplam Puanı, SS: Standart sapma

Şekil 4.5.3 Epilepsi Grubunda Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Olguların ÇİYKÖ (Çocuk Formu) FSTP, PSTP ve ÖTP Ortalamaları



FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı, ÖTP: Ölçek Toplam Puanı, * p<0.05

Şekil 4.5.4 Epilepsi Grubunda Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Olguların ÇİYKÖ Anne-baba Formu FSTP, PSTP ve ÖTP Ortalamaları



FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı, ÖTP: Ölçek Toplam Puanı, * p<0.05

Epilepsi grubunda; FSTP, PSTP ve ÖTP alt ölçek puanlarının tümü için ÇİYKÖ Çocuk Formu ve ÇİYKÖ Anne-baba Formu puanları arasında aynı yönlü ve orta dereceli bir ilişki saptanmıştır(Tablo 4.5.4).

Tablo 4.5.4 Epilepsi Grubunda Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu ve Anne-baba Formu Puanlamalarının İlişkisi

EPİLEPSİ GRUBU	ÇİYKÖ(Çocuk)	ÇİYKÖ(Anne)	r	p değeri
	FSTP	**FSTP**	0,507	**0,00****
	PSTP	**PSTP**	0,619	**0,00****
	ÖTP	**ÖTP**	0,602	**0,00****

Pearson Korelasyon Analizi, ** p=0,01 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir, ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, PSTP: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı, ÖTP: Ölçek Toplam Puanı

4.6. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Diğer Ölçek Puanlarıyla İlişkisi

Epilepsi grubunda ÇİYKÖ Çocuk Formu Ölçek Toplam Puanları ile anne SKE (p=0,13) puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak ÇİYKÖ Çocuk Formu Ölçek Toplam Puanları ile; ÇDÖ (p=0; r=-0,710) ve ÇSKE (p=0; r=-0,667) puanları arasında ters yönlü ve güçlü ilişki bulundu.

ÇİYKÖ Çocuk Formu Ölçek Toplam Puanları ile SCL-90-R'nin alt ölçeklerinden; Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Fobik Kaçınma, Psikotik Düşünce ve Genel Belirti Düzeyi puanları arasında ters yönlü ve orta dereceli bir ilişki saptandı.

ÇİYKÖ Çocuk Formu Ölçek Toplam Puanları ile ADÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, sadece Roller alt ölçeği puanları ile ters yönlü ve orta dereceli bir ilişki saptandı (Tablo 4.6.1).

Tablo 4.6.1. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu Ölçek Toplam Puanlarının Diğer Ölçek Puanlarıyla İlişkisi

ÇİYKÖ(Çocuk)		r	p değeri
	ÇDÖ	-0,710	**0,00****
	ÇSKE	-0,667	**0,00****
	Anne SKE	-0,276	0,13
SCL-90-R -	**Somatik**	-0,288	0,11
	Obsesif-Kompulsif	-0,391	**0,03***
	Kişilerarası Duyarlılık	-0,401	**0,02***
	Depresyon	-0,414	**0,02***
	Anksiyete	-0,437	**0,01***
	Öfke ve Düşmanlık	-0,288	0,11
	Fobik Kaçınma	-0,496	**0,00****
	Paranoid Düşünce	-0,283	0,12
	Psikotik Düşünce	-0,516	**0,00****
	Ek Belirtiler	-0,267	0,14
	Genel Belirti Düzeyi	-0,438	**0,01***
ADÖ -	**Problem Çözme**	-0,082	0,66
	İletişim	-0,209	0,25
	Roller	-0,375	**0,03***
	Duygusal Tepki Verebilme	-0,147	0,43
	Gereken İlgiyi Gösterebilme	-0,285	0,12
	Davranış Kontrolü	-0,198	0,28
	Genel Aile İşlevleri	-0,270	0,14

Pearson Korelasyon Analizi, *p<0.05, **p<0.01, ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, ÇSKE: Çocuk Sürekli Kaygı Envanteri, SKE:Sürekli Kaygı Envanteri, SCL-90-R: Ruhsal Belirti Tarama Listesi, ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

Yine Epilepsi grubunda bakıldığında, ÇİYKÖ Anne-baba Formu Ölçek Toplam Puanları ile ÇDÖ (p=0; r=-0,601), ÇSKE (p=0,001; r=-0,571) ve anne SKE (p=0,005; r=-0,490) puanları arasında ters yönlü ve orta dereceli bir ilişki bulundu.

ÇİYKÖ Anne-baba Formu Ölçek toplam puanları ile SCL-90-R'nin tüm alt ölçek puanları arasında ters yönlü ve orta dereceli bir ilişki saptandı.

ÇİYKÖ Anne-baba Formu Ölçek Toplam Puanları ile ADÖ'nün alt ölçeklerinden; Roller, Gereken İlgiyi Gösterebilme ve Genel Aile İşlevleri puanları arasında ters yönlü ve orta dereceli bir ilişki saptandı (Tablo 4.6.2).

Tablo 4.6.2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Anne-baba Formu Ölçek Toplam Puanlarının Diğer Ölçek Puanlarıyla İlişkisi

ÇİYKÖ(Anne)		r	p değeri
	ÇDÖ	-0,601	**0,00****
	ÇSKE	-0,571	**0,00****
	Anne SKE	-0,490	**0,00****
SCL-90-R -	**Somatik Belirtiler**	-0,483	**0,00****
	Obsesif-Kompulsif	-0,645	**0,00****
	Kişilerarası Duyarlılık	-0,735	**0,00****
	Depresyon	-0,558	**0,00****
	Anksiyete	-0,605	**0,00****
	Öfke ve Düşmanlık	-0,600	**0,00****
	Fobik Kaçınma	-0,688	**0,00****
	ParanoidDüşünce	-0,559	**0,00****
	Psikotik Düşünce	-0,800	**0,00****
	Ek Belirtiler	-0,509	**0,00****
	Genel Belirti Düzeyi	-0,704	**0,00****
ADÖ -	**Problem Çözme**	-0,211	0,25
	İletişim	-0,340	0,06
	Roller	-0,370	**0,04***
	Duygusal Tepki Verebilme	-0,238	0,19
	GerekenİlgiyiGösterebilme	-0,406	**0,02***
	Davranış Kontrolü	-0,230	0,21
	Genel Aile İşlevleri	-0,388	**0,03***

Pearson Korelasyon Analizi, *p<0.05, **p<0.01, ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, ÇSKE: Çocuk Sürekli Kaygı Envanteri, SKE: Sürekli Kaygı Envanteri, SCL-90-R: Ruhsal Belirti Tarama Listesi, ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda öncelikle, epilepsisi olan çocukların psikiyatrik bozuklukları, anksiyete ve depresyon belirti şiddeti, annelerin psikiyatrik belirti şiddeti ve aile özellikleri değerlendirilerek kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Daha sonra epilepsisi olan çocukların yaşam kalitesi değerlendirilerek kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve yaşam kalitesi ile, çocuklardaki psikiyatrik bozukluklar, anksiyete ve depresyon belirti şiddeti, annelerin psikiyatrik belirti şiddeti ve aile özellikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Epilepsi ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri incelendiğinde; cinsiyet, yaş, anne-baba yaşı, anne eğitim durumu, anne-baba çalışma durumu ve ailenin gelir durumu bakımından gruplar arasında bir fark olmadığı saptanmıştır. Ancak baba eğitim durumu bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu, epilepsi grubunda eğitim durumu lise olanların , kontrol grubunda ise yüksekokul veya üniversite olanların daha fazla olduğu görülmüştür. Yazında çocuğun yaşı, cinsiyeti ve sosyoekonomik durumu gibi genel etkenlerin epilepsisi olan çocuklarda psikopatoloji ile tutarlı şekilde ilişkilendirilemediği görülmektedir (Austin ve ark., 2001, Hoie ve ark., 2006 , Schoenfeld ve ark., 1999). Bu bilgi göz önüne alınarak gruplar arasındaki bu farklılığın çalışmanın sonuçlarını etkilemediği düşünülmüştür.

Epilepsiye ilişkin veriler incelendiğinde, son nöbetten sonra geçen sürenin ortalama 15,61 ay olduğu ve sadece 2 olgunun (%6,5) son altı ay içinde nöbet geçirdiği ve 29 olgunun (%93,5) tek antiepileptik ilaç kullandığı saptanmıştır. Bu bulgular dikkate alınarak epilepsi grubunda nöbet kontrolünün iyi olduğu söylenebilir.

Epilepsi grubu ile kontrol grubu arasında psikiyatrik bozukluk bulunması bakımından anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,05). Ancak aradaki farkın istatistiksel anlamlılık sınırında olduğu görülmüştür. Ayrıca en az bir psikiyatrik tanı alma oranlarına baktığımızda, bu oranın epilepsi grubunda (%54.8) kontrol grubuna (%30) göre belirgin şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. ÇDŞG-ŞY kullanarak yapılan araştırmalarda epilepsisi olan çocukların %55-60 oranında psikiyatrik tanı aldıkları

ortaya konmuştur (Caplan ve ark., 2004, 2005). Ülkemizde DSM IV tanı kriterleri uygulanarak yapılan bir çalışmada, epilepsisi olan çocukların %48'inin en az bir ruhsal bozukluk tanısı aldıkları belirlenmiştir (Gürkan ve Tüzün., 2006). Çalışmamızda elde edilen veriler yazındaki bilgilerle uyumluluk göstermektedir.

Olguların psikiyatrik tanıları ayrı ayrı değerlendirildiğinde, iki grup arasında fark saptanmamıştır. Depresyon, Anksiyete bozuklukları, DEHB, KOKGB epilepsi grubunda daha fazla görülmesine karşın aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Tik bozuklukları, enürezis ve enkoprezis tanılarının iki grup arasında benzer oranlarda olduğu görülmüştür. Epidemiyolojik çalışmalar, mental retardasyonu ve epilepsisi olan çocukların, normal zekaya sahip olanlara göre daha yüksek psikopatoloji oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (Davies ve ark., 2003, Steffenburg ve ark., 1996). Çalışmamızda psikiyatrik tanılar bakımından gruplar arasında fark saptanmaması, mental retardasyonun dışlama ölçütü olarak alınması ve örneklem büyüklüğü ile ilişkili olabilir.

Çocukluk çağı epilepsilerinde yapılan çalışmalarda duygu durum bozuklukları için % 12 - 36,4 arasında farklı oranlar saptanmıştır (Ettinger ve ark. 1998, Ott ve ark. 2001, Thome-Souza ve ark. 2004). Buna karşın çalışmamızda epilepsisi olan olgularda %6.5 oranında depresyon saptanmıştır. Oğuz ve arkadaşları (2002), epilepsisi olan 9-11 yaş grubu çocuklarda, 12-18 yaş grubu ergenlere göre, depresyon belirtilerinin daha az görüldüğünü belirtmiştir. Ergenlikte yaşanan olgunlaşma, ayrımlaşma ve bireyselleşme, epilepsisi olan ergenler için daha zor süreçlerdir. Sağlıklı ergenlerde bile bireyselleşme ve ayrılma aileyi zorlayan bir süreç olabilmektedir. Epilepsi nedeniyle zarar göreceği endişesiyle aileler ergenin ayrılmasına daha zor izin verirler. Ayrımlaşma ve bağımsızlaşma çabası nedeniyle epilepsisi olan bir ergenin aile çatışması yaşaması daha muhtemel bir durumdur. (Gürkan, 2007). Ayrıca çocuklardaki bilişsel gelişmeye paralel olarak ergenlik döneminde, epilepsinin yaşam üzerindeki olumsuz etkileri daha çok fark edilir. Depresyon belirtilerinin ergenlerde daha çok görülmesi bu nedenlerle açıklanabilir. Çalışmamızdaki düşük depresyon oranı, örneklemimizin yaş aralığı ile ilişkili olabilir. Bunun yanı sıra, ülkemizde çalışmamızla benzer oranlarda (%6.7) depresyon saptanan çalışmalar bulunmaktadır (Bilgiç ve ark., 2006).

Epilepsisi olan çocuklarda kaygı sorunlarının olduğu ve kaygı bozukluğunun yüksek olduğu bilinmektedir. Nöbetlerin ani oluşu, ölüm korkusu, anne-babaların kaygılı tepkileri gibi nedenlerle epilepsisi olan çocuklar kaygı bozukluklarına yatkın hale gelmektedir (Pellock, 2004). Toplum tabanlı çalışmalarda, kaygı bozukluğu yaygınlığın % 14,8 ile % 25 arasında olduğu belirtilmektedir (Vazquez ve Devinsky, 2003). Ülkemizde epilepsisi olan çocuklarla yapılan çalışmalarda kaygı bozuklukları % 15,9 (Erdoğan 2004) ve % 12,5 (Gürkan ve Tüzün 2003) oranlarında saptanmıştır. Çalışmamızda kaygı bozuklukları (%19,4) oranının yazınla uyumlu olduğu görülmektedir.

ÇDŞG-ŞY uygulanarak yapılan bir çalışmada, epilepsisi olan çocuk ve ergenlerin %26'sının DEHB, %16'sının KOKGB ve DB tanısı aldığı belirtilmiştir (Thome-Souza ve ark., 2004). Caplan ve arkadaşları (1998) bir çalışmalarında kompleks parsiyel epilepsisi olan çocukların % 26'sında, primer generalize epilepsisi olan çocukların % 25'inde yıkıcı davranış bozuklukları saptamışlardır. Çalışmamızda DEHB %35,5 ve KOKGB %9,7 oranında bulunmuştur. Depresyonun epilepsisi olan çocuklarda en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. (Dunn ve Austin 2004, Pellock 2004). Ancak çalışmamızda en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk DEHB olmuştur. Bazı çalışmalarda DEHB'nin, epilepsi tanısı alan okul öncesi çocuklarda ve okul çağı çocuklarında en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir (Thome-Souza ve ark., 2004). Çalışmamızda en sık rastlanan tanının DEHB olması, örneklemimizin yaş aralığı ile ilgili olabilir. Ayrıca ülkemizde, epilepsisi olan çocuk ve ergenlerde en sık rastlanan psikiyatrik bozukluğun DEHB olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Gürkan ve Tüzün, 2006).

Yazında anksiyete ve depresyon belirtilerinin epilepsisi olan çocuklarda ve annelerinde daha yaygın olduğu bildirilmektedir. (Dunn ve ark., 1999, Oğuz ve ark., 2002, Akay, 2011). Ancak çalışma sonuçları arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Oğuz ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu çalışmada, sürekli kaygı düzeyinin çocuk ve ergenlerde, durumluk kaygı ve depresyon belirtilerinin ise sadece ergenlerde, kontrol

grubuna göre yüksek olduğu bildirilmiştir. Baki ve arkadaşları (2004) ise depresyon puanlarının epilepsisi olan çocuklarda yüksek olduğunu saptamışlardır. Buna karşılık durumluk ve sürekli kaygı puanlarında ve annelerin depresyon, durumluk ve sürekli kaygı puanlarında fark saptamamışlardır. Çalışmamızdaki sonuçlar, bu bulgularla kısmen uyumluluk göstermektedir. Çalışmamızda ÇDÖ puanları epilepsi grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunurken, ÇDKE, ÇSKE ve anne DKE ve SKE puanları bakımından fark saptanmamıştır. Bazı çalışmalarda, özellikle nöbeti kontrol altında olmayan çocukların anne-babalarının kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Williams ve ark. 2003). Çalışmamızda anne kaygı belirtileri arasında fark saptanmamasının, epilepsi grubunda nöbet kontrolünün iyi olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Annelere uygulanan SCL-90-R ölçeği ile değerlendirilen anne psikiyatrik belirtilerinin şiddeti karşılaştırıldığında, epilepsi grubunda tüm psikiyatrik belirtilerin kontrol grubundan daha yüksek olma eğiliminde olduğu, ancak sadece Öfke ve Düşmanlık alt ölçeğinde bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,02$). Yazındaki çalışmalara bakıldığında, anne-babaların epilepsiyi ideal çocuğun kaybı olarak algıladıkları ve öfke, suçluluk gibi duygular yaşayabildikleri belirtilmiştir. (Franks 2003, Kim 1997). Ayrıca, epilepsisi olan çocukların annelerinin düşmancıl ve reddedici tutumlar sergileyebildiği belirtilmektedir (Akay, 2011). Bu bilgiler ışığında, epilepsi tanısı olan çocuğa sahip olmanın annelerde öfkeye ve düşmancıl tutumlara yol açtığı düşünülebilir.

Epilepsi grubunda, anne psikiyatrik belirtilerinin tüm alt ölçeklerde anlamlı düzeyde olmasa da daha yüksek olduğu ve Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Depresyon, Öfke ve Düşmanlık, Paranoid Düşünce ve Ek belirtiler alt ölçek puanlarının bozukluğun olabileceğini gösteren 1 puanın üstünde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgu, epilepsisi olan çocukların anne-babalarının, genel topluma göre daha yüksek oranda psikiyatrik morbiditeye sahip olduğu bilgisiyle uyum göstermiştir. Aile üyeleri arasında psikopatolojiyi artıran stres reaksiyonu dışında genetik ve diğer eşlik eden faktörlerin olabileceği göz ardı edilmemelidir (Franks 2003, Kim 1997).

Epilepsinin, ailenin genel işlevselliği üzerindeki olumsuz etkileri bilinmektedir (Franks 2003, Kim 1997). Fazlıoğlu ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, epilepsisi olan çocukların aile işlevlerinde (roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler) bozulma olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda Aile Değerlendirme Ölçeği verilerine bakıldığında, epilepsi grubunda Genel Aile İşlevlerinin anlamlı şekilde bozuk olduğu saptanmıştır. Ailede süreğen hastalığı olan bir çocuğun bulunması aile içinde stres yaratır ve ailenin işlevlerini bozabilir. Ayrıca çocuklardaki ve annelerindeki psikiyatrik bozukluklar aile işlevselliği üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Çalışmamızda, epilepsisi olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk oranı ve annelerindeki psikiyatrik belirti düzeyi yüksek bulunmuştur. Epilepsi grubunda aile işlevselliğinin bozulmasında, epilepsiyle birlikte çocuk ve annelerindeki psikopatolojinin etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, ÇİYKÖ Çocuk Formu verileri değerlendirildiğinde; Fiziksel Sağlık, Psikososyal Sağlık Alt Ölçek puanları ve Ölçek Toplam puanının epilepsi grubunda anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. ÇİYKÖ Anne-baba Formu verileri değerlendirildiğinde; Psikososyal Sağlık Alt Ölçeği ve Ölçek Toplam Puanının epilepsi grubunda anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmış, Fiziksel Sağlık Alt Ölçek puanının istatitiksel anlamlılık sınırında olduğu görülmüştür($p=0,05$). Anne ve çocuk formları birlikte ele alındığında, bu bulgular epilepsisi olan çocukların yaşam kalitesinde hem fiziksel sağlık, hem psikososyal sağlık alanında bozulma olduğu şeklinde değerlendirilmiştir. Yazında ÇİYKÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (Haneef 2010, Modi 2009).

Epilepsi grubunda, psikiyatrik bozukluğu olan ve psikiyatrik bozukluğu olmayan gruplar karşılaştırıldığında, ÇİYKÖ Çocuk Formu ve ÇİYKÖ Anne-baba formu verileri değerlendirilerek, psikiyatrik bozukluğu olan olgularda, psikososyal sağlık alanında yaşam kalitesinin bozulmuş olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin bozulmuş olduğu saptanan epilepsi grubunda, psikiyatrik bozukluğu olan grubun yaşam kalitesinde daha da bozulma olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Yazında, epilepsisi olmayan çocuklarda da, psikiyatrik bozuklukların psikososyal yaşam kalitesinde bozulma ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar

bulunmaktadır (Bastiaansen ve ark., 2004). Değişik çalışmalarda, epilepsisi olan çocuk ve ergenlerde depresyon, kaygı bozuklukları (Adewuya ve Oseni, 2005) ve DEHB'nin (Sherman, 2007) bozulmuş yaşam kalitesi ile ilişkisi bildirilmiştir. Çalışmamızda epilepsi grubunda, yıkıcı davranış bozuklukları, kaygı bozuklukları ve depresyonun en sık tanılar olduğu düşünüldüğünde, çalışmamızda elde edilen bu bulgu yazındaki bilgilerle uyumlu görünmektedir. Psikiyatrik bozukluğu olan olgularda, psikososyal alanda yaşam kalitesinin bozulması, psikiyatrik bozuklukların psikososyal işlevlerle daha yakından ilişkili olmasına bağlı olabilir.

Epilepsi grubunda; FSTP, PSTP ve ÖTP alt ölçek puanlarının tümü için ÇİYKÖ Çocuk Formu ve ÇİYKÖ Anne-baba Formu puanları arasında aynı yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,01$). Çocukların yaşam kalitesi algısı ile annelerin çocuklarının yaşam kalitesine ilişkin algıları uyum göstermektedir. Haneef ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada çalışmamızla benzer sonuçlar bildirmiştir. Annnebaba ve çocuk formunun birlikte kullanılması, yaşam kalitesinin daha güvenilir şekilde değerlendirilmesini sağlamıştır.

Epilepsisi olan grupta, yaşam kalitesi puanları ile ÇDÖ ve ÇSKE puanları arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. Çocuklardaki depresyon ve kaygı belirtileri arttıkça, yaşam kalitesinde bozulma olmaktadır. Bu sonuç; epilepsi grubunda psikiyatrik bozukluğu olan grubun, yaşam kalitesinde daha çok bozulma olduğu yönünde elde ettiğimiz sonucu desteklemektedir. Ergenlerle yapılan bir çalışmada, anksiyete bozuklukları ve depresyonun düşük yaşam kalitesinin yordayıcılarından olduğu belirtilmiştir (Adewuya ve Oseni, 2005). Anksiyete ve depresyon, epilepsi çocuklarda sorunlu alanlar olan sosyal yaşam, arkadaş ilişkileri ve akademik başarıyı olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesinin daha da bozulmasına yol açıyor olabilir.

Epilepsi grubunda, yaşam kalitesi puanları ile annelerdeki psikiyatrik belirti düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; anne SKE ve ÇİYKÖ Anne-baba Formu toplam puanları arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca SCL-90-R Anksiyete alt ölçeği puanları ile, ÇİYKÖ Çocuk Formu ve ÇİYKÖ Anne-baba Formu toplam puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Annede anksiyete belirtileri arttıkça, çocuklarda yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Bu sonuç, epilepsisi olan çocuklarda anne-baba anksiyetesinin bozulmuş yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışma sonuçlarıyla uyum göstermektedir (Williams ve ark., 2003, Yong ve ark., 2006). Anne SKE, ÇİYKÖ Çocuk Formu arasında bir ilişki bulunamaması özbildirim ölçeklerinin güvenilirliğiyle ilişkili olabilir. Anne-babaların kaygısı arttıkça, aşırı koruyucu ve çocuğun aktivitelerini kısıtlayan tutumlar sergiledikleri ve bu nedenle çocuğun yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Tsuchie ve ark. 2006, Freilinger ve ark. 2006). Ayrıca çocuklar anne-babalarının kendi hastalıkları hakkındaki kaygılarına duyarlıdırlar. Annelerdeki anksiyetenin artışı, çocuğun aktivitelerinin kısıtlanmasına yol açarak ve çocukta anksiyete artışına neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkiliyor olabilir .

Epilepsi grubunda, SCL-90-R ile değerlendirilen Genel Belirti Düzeyi ve diğer psikiyatrik belirti düzeyleri ile çocuk yaşam kalitesi arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır. Annedeki psikiyatrik belirti artışının, çocuklardaki yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yazındaki çalışmalara bakıldığında, genellikle anne-babalardaki depresyon ve anksiyete belirtileriyle, çocukların yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı ve bu belirtilerin çocuklardaki yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşıldığı görülmektedir (Williams ve ark., 2003, Yong ve ark., 2006). Anne ÇİYKÖ puanlarıyla, SCL-90-R'nin daha çok sayıda alt ölçeği arasında ilişki saptanması, anne psikiyatrik belirtileri arttıkça, çocuğun yaşam kalitesinin daha olumsuz algılandığı şeklinde yorumlanmıştır.

ADÖ; Roller, Gereken İlgiyi Gösterebilme ve Genel Aile İşlevselliği puanları ile yaşam kalitesi puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Rollerde

belirsizliğin ve genel aile işlevlerinde bozulmanın, çocuklarda yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir. Gereken ilgiyi gösterme tanımlanırken, aile içerisinde bireylerin birbirlerine orta derecede ilgi göstermesinin sağlıklı olduğu, aşırı ilgi ve birbirinin işine aşırı karışma, ya da yetersiz ilginin sağlıksız bir aile özelliği olduğu bildirilmiştir (Bulut, 1990). Çalışmamızda, rollerdeki belirsizlik ile ilgili saptanan ilişki daha tutarlı görünmektedir. Anne-babanın aşırı ilgisinin, çocuğun aile içindeki rollerini gerçekleştirmesini ve otonomi kazanmasını engellediği ve bundan dolayı yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir.

Çocuğun epilepsiye uyumunda ailenin çok önemli etkisinin olduğu bilinmektedir (Stanton 1999). Bu nedenle epilepsi tanısı konduktan sonra ilk yapılması gereken aileyi iyi bir şekilde bilgilendirmektir. Aileyle iyi bir iletişim sağlanması ve ailenin işlevselliğinin artırılması çocuğun hastalığa uyumunu ve işlevselliğini olumlu etkiler (Franks 2003, Kim 1997). Çalışmamızda yazınla uyumlu şekilde saptadığımız, epilepsisi olan çocuklarda yaşam kalitesi ile aile işlevselliği ilişkisi, üzerinde durulması gereken bir konudur.

Çalışmamızda; çocuklardaki psikiyatrik bozukluğun, anne psikiyatrik belirtilerinin ve aile işlevlerinin yaşam kalitesindeki bozulmayla ilişkili olabileceği bulunmuştur. Ancak çocuk psikopatolojisi, anne-baba psikopatolojisi ve aile işlevleri birbiriyle karşılıklı ilişkili durumlardır. Bu nedenle sözü edilen konuların yaşam kalitesiyle ilişkisinin ayrıntılı inceleceği, geniş örneklemli araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızın belirli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmaya alınan çocuk sayısı kısıtlıdır ve sonuçların genellenmesi için yeterli değildir. Ayrıca çalışmamıza babaların dahil edilmemesi kısıtlılıklar arasında yer almaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Epilepsisi olan çocuklarda, psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı ve çocuğun yaşam kalitesi düzeyi ile annenin psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Epilepsi grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk saptanmıştır ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,05).
2. Psikiyatrik tanılar ayrı ayrı karşılaştırıldığında epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır.
3. ÇDÖ puanlarının epilepsi grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.
4. ÇDKE ve ÇSKE puanları bakımından epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır.
5. Annelerin DKE ve SKE puanları bakımından epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır.
6. Anne SCL-90-R, Öfke ve Düşmanlık alt ölçeği puanı epilepsi grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer alt ölçek puanları bakımından epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır.
7. ADÖ Genel İşlevsellik alt ölçek puanları epilepsi grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer alt ölçek puanları bakımından epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır.
8. ÇİYKÖ Çocuk Formu Fiziksel Sağlık, Psikososyal Sağlık ve Ölçek Toplam puanları epilepsi grubunda anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.
9. ÇİYKÖ Anne-baba Formu Psikososyal Sağlık ve Ölçek Toplam puanları epilepsi grubunda anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Fiziksel Sağlık puanlarının epilepsi grubunda daha düşük olduğu saptanmıştır ama fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,05).
10. Epilepsi grubunda, psikiyatrik bozukluğu olan olgularda ÇİYKÖ Çocuk Formu Psikososyal Sağlık ve Ölçek Toplam puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Fiziksel Sağlık puanları bakımından psikiyatrik bozukluğu olan olgularla, psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular arasında fark saptanmamıştır.

11. Epilepsi grubunda, psikiyatrik bozukluğu olan olgularda ÇİYKÖ Anne-baba Formu Psikososyal Sağlık ve Ölçek Toplam puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Fiziksel Sağlık puanları bakımından psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan olgular arasında fark saptanmamıştır.
12. Epilepsi grubunda; FSTP, PSTP ve ÖTP alt ölçek puanlarının tümü için ÇİYKÖ Çocuk Formu ve ÇİYKÖ Anne-baba Formu puanları arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
13. ÇDÖ puanları ile ÇİYKÖ Çocuk Formu ve ÇİYKÖ Anne-baba formu Ölçek Toplam puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
14. ÇSKE puanları ile ÇİYKÖ Çocuk Formu ve ÇİYKÖ Anne-baba formu Ölçek Toplam puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
15. Anne SKE puanları ile ÇİYKÖ Anne-baba formu Ölçek Toplam puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
16. Anne SCL-90-R Genel Belirti Düzeyi puanları ile ÇİYKÖ Çocuk Formu ve ÇİYKÖ Anne-baba formu Ölçek Toplam puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
17. ADÖ Roller alt ölçeği puanlarıyla ÇİYKÖ Çocuk Formu ve ÇİYKÖ Anne-baba formu Ölçek Toplam puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
18. ADÖ Gereken İlgiyi Gösterebilme alt ölçeği puanlarıyla ÇİYKÖ Anne-baba formu Ölçek Toplam puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
19. ADÖ Genel İşlevsellik alt ölçeği puanlarıyla ÇİYKÖ Anne-baba formu Ölçek Toplam puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Epilepsi çocukluk çağında en sık görülen nörolojik hastalıklardan biridir. Çalışmamızda da gösterildiği gibi, psikiyatrik bozukluklar epilepsisi olan çocuklarda sık görülmektedir. Epilepsisi olan çocukların önemli bir bölümü hastalığın neden olduğu düşük yaşam kalitesine sahip iken, eklenen psikiyatrik bozukluklar yaşam kalitesini daha da bozabilmektedir. Ayrıca epilepsisi olan çocuklardaki psikopatolojinin antiepileptik ilaç uyumunu bozduğu bildirilmektedir (Gürkan ve Tüzün, 2003). Bu nedenlerle, psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi ve tedavisi, çocukların yaşam kalitesi,

psikososyal uyumu ve epilepsinin daha etkin tedavi edilebilmesi açısından önem taşımaktadır. Son yıllarda bu konuda farkındalığın artmasına karşın epilepsisi olan çocukların psikiyatrik tedavi alma oranlarının düşük olduğunu düşünmekteyiz. İzlem sürecinde sadece nöbet kontrolü üzerine odaklanılmamalı, hastalığın yaşamın diğer alanlarına olan etkilerini de ele alan bir yaklaşım benimsenmelidir. Çocuk psikiyatrisini içeren konsültasyon-liyezon çalışmalarının arttırılması ve pediatrik profesyonellerin epilepsisi olan çocukların psikiyatrik belirtilerini izleyerek gerektiğinde çocuk psikiyatrisine yönlendirmesi gerekmektedir. Bu şekilde, çocuklardaki psikiyatrik bozukluklar erken dönemde tedavi edilerek yaşam kaliteleri arttırılabilir. Ayrıca ailelerle çalışarak, yaşadıkları öfke, suçluluk, çaresizlik gibi duygularla baş etme konusunda desteklenmeleri gerekmektedir. Anne-babaların psikiyatrik yönden desteklenmesi, çocuğun ruh sağlığını ve aile işlevlerini olumlu yönde etkileyerek çocuğun yaşam kalitesine katkı sağlayacaktır.

7.ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada; epilepsisi olan çocuklarda psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılması ve çocuğun yaşam kalitesi düzeyi ile annenin psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

YÖNTEM: Araştırma grubu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'na başvuran, 8-11 yaşları arasında, en az 6 aydır epilepsi tanısı ile izlenen 31 çocuk ve annelerinden oluşmuştur. Kontrol grubu, bir ilköğretim okuluna devam eden, 8-11 yaşları arasında, 30 çocuk ve annelerinden oluşmuştur. Hasta ve kontrol grubundaki çocuklara ÇGDŞ-ŞY uygulanarak DSM IV tanı kriterlerine göre psikiyatrik tanıları belirlenmiştir. Çocuklara; Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ Çocuk Formu), Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuk Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) ölçekleri uygulanmıştır. Annelere; ÇİYKÖ Annebaba Formu, Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (DKSKE), Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) uygulanmıştır.

SONUÇ: Epilepsi grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk saptanmıştır ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,05). ÇDÖ puanlarının epilepsi grubunda anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Anne SCL-90-R, Öfke ve Düşmanlık alt ölçeği puanı epilepsi grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. ADÖ Genel İşlevsellik alt ölçek puanları epilepsi grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ÇİYKÖ puanlarının değerlendirilmesi sonucunda; Epilepsisi olan çocuklarda yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikososyal sağlık ve toplam yaşam kalitesi alanlarında kontrol grubuna göre anlamlı şekilde bozulmuş olduğu saptanmıştır. Epilepsi grubunda, psikiyatrik bozukluğu olan olgularda yaşam kalitesinin psikososyal sağlık ve toplam yaşam kalitesi alanlarında psikiyatrik bozukluğu olmayan olgulara göre anlamlı şekilde bozulmuş olduğu saptanmıştır.

Çocuktaki kaygı, depresyon belirtileri, annedeki psikiyatrik belirtiler ve aile işlevleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur.

TARTIŞMA: Bu sonuçların ışığında, epilepsisi olan çocuklarda psikiyatrik problemlerin sık görüldüğü ve psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesini etkilediği söylenebilir. Ayrıca yaşam kalitesinin aile özellikleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Epilepsisi olan çocukların izleminde psikiyatrik bozuklukların tedavisi ve ailenin tedaviye katılması çocukların yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Çocuk, Epilepsi, Psikiyatrik Bozukluklar, Yaşam Kalitesi

8.ABSTRACT

OBJECTIVE: This study is aimed to investigate the influence of the psychiatric disorders on the quality of life in children with epilepsy. To put forward the relationship between psychiatric symptoms of the mother and the quality life of the child is also aimed.

METHOD: Patient group is consisted 31 children who had been diagnosed as epilepsy at least for 6 months and attended to Ankara University Medical School, Child Neurology Department. Control group is consisted 30 primary school children aged between 8-11. The mothers of patient and control groups are also enroled to the study. Kiddie-SADS is used for the DSM-IV diagnoses of the patients and the control group. Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), Children Depression Inventory (CDI), Children State-Trait Anxiety Invantory applied to the child. PedsQL Parent Form, State-Trait Anxiety Invantory Psychiatric Symptom Checklist (SCL-90-R) and Family Assesment Scale (FAS) are applied to the mothers.

RESULTS: The psychiatric morbidity in the epilepsy group is higher than the control group although the difference does not reach the level of significance (p=0.05). CDI scores, mothers' anger and hostility subscale scores of the SCL-90-R, general functionality subscale scores of the FAS are significantly higher in the epilepsy group. The quality of life in the epilepsy group is more impaired than the control group in the fields of physical health, psychosocial health and total quality of life. Quality of life of the epilepsy group with psychiatric comorbidity is more impaired than the group without psychiatric comorbidity in the fields of psychosocial health and total quality of life. There is a significant correlation between anxiety and depression symptoms of the child, psychiatric symptoms of the mothers, familiy functioning and the life quality of the child.

DISCUSSION: In the lights of these results, it can be noted that psychiatric problems are frequently seen in the epileptic children and those problems may influence their quality of life. The correlation between family characteristics and quality of the life should also be noted. The quality of life of the epileptic children can be favourably

influenced by the treatment of the psychiatric disorders and effective participation of the family in the follow up.

KEY WORDS: Child, Epilepsy, Psychiatric Disorders, Life Quality

9.KAYNAKLAR

1. Adewuya AO, Ola BA (2005), Prevalence of and risk factors for anxiety and depressive disorders in Nigerian adolescents with epilepsy. Epilepsy Behav 6:342–347

2. Adewuya AO, Oseni SB (2005) Impact of psychiatric morbidity on parent-rated quality of life in Nigerian adolescents with epilepsy. Epilepsy & Behavior 7;497–501

3. Adewuya AO (2006) Parental psychopathology and self-rated quality of life in adolescents with epilepsy in Nigeria. Develop Med Child Neurol; 48: 600–603.

4. Aicardi J.(1996) Epilepsy as a non-paroxysmal disorder. Acta Neuropediatr 1996;2: 249-57.

5. Akay AP, Kurul SH, Ozek H, Cengizhan S, Emiroglu N, Ellidokuz H (2011) Maternal reactions to a child with epilepsy: Depression, anxiety, parental attitudes and family Functions Epilepsy Research 95, 213—220

6. Aldenkamp AP, Alpherts WC, Dekker MJ (1990) Neuropsychological aspects of learning disabilities in epilepsy. Epilepsia; 31(Suppl 4): 9-20.

7. Aldenkamp AP, De Krom M, Reijs R (2003), Newer antiepileptic drugs and cognitive issues. Epilepsia 4:21–29

8. Alldredge BK (1999), Seizure risk associated with psychotropic drugs: clinical and pharmacokinetic considerations. Neurology 53:S68–S75

9. Alwash RH, Hussein MJ, Matloub FF.(2000) Symptoms of anxiety and depression among adolescents with seizures in Irbid, northern Jordan. Seizure;9:412–6.

10. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) DSM-IV Mental bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı. Dördüncü baskı, (çeviri editörü Köroğlu E) Hekimler yayın birliği, Ankara.

11. Annegers JF, Hauser WA, Elveback LR.(1979) Remission of seizure and relapse in patients with epilepsy. Epilepsy;20.729-37.

12. Annegers JF.(1993) Epidemiology of childhood onset seizures. In: Pediatric Epilepsy: Diagnosis and Theraphy, Eds: Dodson WE, Pellock JM. Demos, New York. P:57-61,

13. Annegers JF, Cole TB, Tennis P.(1995)Cohort study of incidence of sudden unexplained deaths in persons with seizure disorders treated with antiepileptic drugs in Canada. Epilepsia;36:29-36

14. Antonello JL (1999). Epilepsy and reading in children. Dis Abst Int; 60: 644

15. Austin JK, Risinger MW, Beckett LA (1992) Correlates of behavior problems in children with epielpsy. Epilepsia; 33: 1115-1122

16. Austin, J. K., Huster, G. A., Dunn, D. A. and Risinger, M. (1996)Adolescents with active or inactive epilepsy or asthma: a comparison of quality of life. Epilepsia; 37 (12): 1228– 1238.

17. Austin JK, Dunn DW, Huster GA (2000), Childhood epilepsy and asthma: changes in behavior problems related to gender and change in condition severity. Epilepsia; 41:615–623

18. Austin JK, Harezlak J, Dunn DW, Huster GA, Rose DF, Ambrosius WT (2001), Behavior problems in children before first recognized seizures. Pediatrics; 107:115–122

19. Austin JK, Dunn DW, Caffrey HM, Perkins SM, Harezlak J and Rose DF. (2002) Recurrent seizures and behavior problems in children with first recognized seizures: a prospective study. Epilepsia; 43: 1564–1573.

20. Austin JK, Dunn DW, Johnson CS, Perkins SM (2004), Behavioral issues involving children and adolescents with epilepsy and the impact of their families: recent research data. Epilepsy Behav; 5:33–41

21. Baca CB, Vickrey BG, Caplan R, Vassar SD, Berg AT (2011), Psychiatric and medical comorbidity and quality of life outcomes in childhood-onset epilepsy. Pediatrics;128(6): 1532-43.

22. Baker GA, Spector S, McGrath Y, Soteriou H (2005), Impact of epilepsy in adolescence: a UK controlled study. Epilepsy Behav; 6:556–562

23. Baker GA.(2006) Depression and suicide in adolescents with epilepsy. Neurology;66(6, Suppl. 3):5–12.

24. Baki O, Erdogan A, Kantarci O, Akisik G, Kayaalp L, Yalcinkaya C (2004), Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. Epilepsy Behav; 5:958–964

25. Benavente-Aguilar I, Morales-Blanquez C, Rubio EA, Rey JM.(2004) Quality of life of adolescents suffering from epilepsy in the community. J Paediatr Child;40:110–113.

26. Bilgiç A, Yılmaz S, Tıraş S ve ark. (2006) Bir Grup Epilepsili Çocukta Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler Türk Psikiyatri Dergisi, 17(3):165-17

27. Billard, C. (1999) Anti-epileptic Drugs and Cognitive Function, in Childhood Epilepsies and Brain Development, A. Nehlig and J. Motte, Editors., John Libbey: London. p. 279-288.

28. Brent DA, Crumrine PK, Varma R, Brown RV, Allan MJ. (1990) Phenobarbital treatment and major depressive disorder in children with epilepsy: a naturalistic follow-up. Pediatrics;85:1086–91.

29. Brunbech, L. and A. Sabers,(2002) Effect of Antiepileptic Drugs on Cognitive Function in Individuals with Epilepsy. Drugs,. 62(4): p. 593-604.

30. Bulut I. (1990). Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Özgüzeliş Matbaası: Ankara.

31. Butterbaugh G, Olejniczak P, Roques B, Costa R, Rose M, Fisch B. (2004) Lateralization of temporal lobe epilepsy and learning disabilities, as defined by disability-related civil rights law. Epilepsia ; 45(8): 963–70

32. Camfield CS, Camfield PR, Gordon K, Wirrell E, Dooley JM, (1996) Incidence of epilepsy in childhood and adolescence: a population-based study in Nova Scotia from 1977- to 1985. Epilepsia; 37: 19–23.

33. Camfield P,Camfield C.(2006) Pediatric epilepsy: An overview. Pediatric Neurology Principles and practice. Volume 1. Fourth edition. Ed: Kenneth F.Swaisman, S. Ashwal et al.;40,981-1007.

34. Campbell JM, Cardona M. (2008) The Consultation and Liaison Processes to Pediatrics. Martin A, Volkmar FR, ed. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook [4th ed.].Philedelpia: Lippincott Williams & Wilkins Publication:912-921

35. Caplan R, Arbelle S, Magharious W et al, (1998), Psychopathology in pediatric complex partial and primary generalized epilepsy. Dev Med Child Neural 40:805–811

36. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Ott D, Sankar R, Shields WD (2004), Psychopathology and pediatric complex partial seizures: seizure-related, cognitive, and linguistic variables. Epilepsia 45:1273–1281

37. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Hanson R, Sankar R, Shields WD (2005), Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. Epilepsia 46: 720–730

38. Clarke DF, Roberts W, Daraksan M et al. (2005), The prevalence of autistic spectrum disorder in children surveyed in a tertiary care epilepsy clinic. Epilepsia 46:1970–1977

39. Clarke SA, Eiser C (2004) The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review. Health and Qual Life Outcomes;2:66.

40. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. (1981) Proposal for revised clinical and electroencephakografic classification of epileptic seizures. Epilepsia;22:489-501.

41. Connolly AM, Northcott E, Cairns DR et al. (2006), Quality of life of children with benign rolandic epilepsy. Pediatr Neurol 35:240–245

42. Dağ İ. (1991) Belirti tarama listesi (SCL 90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi;2:5-12

43. Datta SS, Premkumar TS, Chandy S et al.(2005), Behaviour problems in children and adolescents with seziure disorder: associations and risk factors. Seziure 14: 190-197

44. Davies S, Heyman I, Goodman R (2003), A population survey of mental health problems in children with epilepsy. Dev Med Child Neurol 45:292–295

45. Davis, S., Katusic, S. K., Barbaresi, W. J., Killian, J., Weaver, A. L., Ottman, R., et al. (2010). Epilepsy in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatric Neurology, 42, 325–330.

46. Del Felice A, Ruffmann C, Bogliun G, Beghi E (2006), Prognostic significance of syndromic classification in newly diagnosed epilepsy patients. Epilepsia 47:53–54

47. Derogatis LR, Cleary PA. (1977) SCL-90: Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. J Clin Psychol; 33:981-989.

48. Devinsky O. (2003) Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: implications for diagnosis and treatment. Epilepsy Behav;4(Suppl. 4):2–10.

49. Devinsky O, Westbrook L, Cramer J, Glassman M, Perrine K, Camfield C (1999), Risk factors for poor health-related quality of life in adolescents with epilepsy.Epilepsia,40:1715–1720

50. Dunn D. (2003) Neuropsychiatric aspects of epilepsy in children. Epilepsy&Behavior; 4(2): 101-106.

51. Dunn DW, Austin JK. (2004) Differential diagnosis and treatment of pschiatric disorders in children and adolescents with epilepsy. Epilepsy Bahav 5 (Suppl 3): 10-17

52. Dunn DW, Austin JK, Huster GA (1997) Behaviour problems in children with new onset epilepsy. Seziure 6: 283-287

53. Dunn DW, Austin JK, Huster GA. (1999) Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry;38:1132–8.

54. Dunn DW, Austin JK, Harezlak J, Ambrosius WT (2003), ADHD and epilepsy in childhood. Dev Med Child Neurol 45:50–54

55. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA (1997) A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. Arch Gen Psychiatry 54: 1031-1037.

56. Erdoğan A (2004) Çocuk ve ergen temporal lob epilepsi ve jüvenil myoklonik epilepsi hastalarında ve kardeşlerinde depresyon ve davranış problemleri. Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

57. Ernes RD, Johnson AL, Shorron SD, Reynolds EN. (1984) The prognosis for seizure control in newly diagnosed epilepsy. N Eng J Med;311(15): 944-50.

58. Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE et al. (1998), Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. Epilepsia 39:595–599

59. Fastenau PS, Shen J, Dunn DW, Austin JK (2008) Academic Underachievement Among Children With Epilepsy: Proportion Exceeding Psychometric Criteria for Learning Disability and Associated Risk Factors. J Learn Disabil 41(3): 195–207

60. Fazlıoğlu K, Hocaoğlu Ç, Sönmez FM, Cansu A (2010) Epilepsi tanısı konan çocukların aile işlevleri, anne-babalarındaki kaygı ve başa çıkma tutumları. New Symposium Journal 48 **(** 3): 198-206

61. Ferrari M, Matthews MS, Barabas G (1983)The Family and the child with epilepsy. Fam Proc; 22: 53-59.

62. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C. (1999) Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Derg; 7:5-13.

63. Franks RP (2003) Psychiatric issues of childhood seizure disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 12: 551-565.

64. Freilinger M, Neussl D, Hansbauer T et al. (2006) Psychosocial adjustment, relationship and self-concept in siblings of children with idiopathic epilepsy syndromes. Klin Padiatr , 218: 1-6.

65. Glaze DG (2005), Neurophysiology of Rett syndrome. J Child Neurol 20:740–746

66. Glaze DG, Schultz RJ, Frost JD (1998), Rett syndrome: characterization of seizures versus non-seizures. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 106:79–83

67. Gonzalez-Heydrich J, Pandina GJ, Fleisher CA et al. (2004), No seizure exacerbation from risperidone in youth with comorbid epilepsy and psychiatric disorders: a case series. J Child Adolesc Psychopharmacol 14:295–310

68. Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. (2004) Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi; 11(3): 109-16

69. Gross-Tsur V, Manor O, van der Meere J, Joseph A, Shalev RS (1997), Epilepsy and attention deficit hyperactivity disorder: is methylphenidate safe and effective?JPediatr,130:40–44

70. Gücüyener K, Erdemoğlu AK, Şenol S, Serdaroglu A, Soysal S, Kockar AI (2003), Use of methylphenidate for attention-deficit hyperactivity disorder in patients with epilepsy or electroencephalographic abnormalities. J Child Neurol;18:109–112

71. Gürkan CK, Tüzün Ü (2003) Pschopathology, satisfaction, and drug complience in epielptik children. Scientific Proceedings içinde, 50 th Anniversary Meeting of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, October 14-19, Miami Beach, Florida, s 141

72. Gürkan K, Tüzün Ü (2006) Epileptik çocuk ve ergenlerde psikiyatrik başvuru ve tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 16: 22-30.

73. Gürkan,CK. (2007) Epilepsi ve Çocuk. Tüzün Ü, Hergüner S, ed. Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. İstanbul: Epsilon Yayıncılık,:189-210

74. Haneef Z, Grant ML, Valencia I, Hobdell EF, Kothare SV, Legido A, Khurana D (2010) Correlation between child and parental perceptions of health-related quality of lifeinepilepsyusingthePedsQL.v4.0 measurement model Epileptic Disord 12 (4): 275-82

75. Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Eriksson A-S (2007), Mental health problems in children and adolescents referred to a national epilepsy center. Epilepsy Behav 10:255–262

76. Hauser WA. (1994) The prevalence and incidence of convulsive disorders in children. Epilepsia;35(suppl2): S1-S6.

77. Hermann BP, Whitman S, Hughes JR, Melyn M, Dell J (1988) Multietiological determinants of psychopathology and social competence in children with epilepsy. Epilapsy Res 2:51-60

78. Hermann, B., Jones, J., Dabbs, K., Allen, C. A., Sheth, R., Fine, J., et al. (2007). The frequency, complications and aetiology of ADHD in new onset paediatric epilepsy. Brain, 130, 3135–3148.

79. Hernandez A, Barragan P (2005), Efficacy of atomoxetine treatment in children with ADHD and epilepsy. Epilepsia 46:S241

80. Hesdorffer DC, Ludvigsson P, Olafsson E, Gudmundsson G, Kjartansson O, Hauser WA (2004), ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. Arch Gen Psychiatry 61:731–736

81. Hoare P (1984) The development of psychiatric disorder among schoolchildren with epilepsy. Dev Med Child Neurol 26: 3-13

82. Hoare P, Kerley S. (1991) Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. Dev Med Child Neurol; 33: 201–15

83. Hoare, P., Mann, H. and Dunn, S. (2000) Parental perception of the Quality of Life among children with epilepsy or diabetes with a new assessment questionnaire. Quality of Life Research; 9: 637–644

84. Hoie B, Sommerfelt K, Waaler PE, Alsaker FD, Skeidsvoll H, Mykletun A (2006), Psychosocial problems and seizure-related factors in children with epilepsy. Dev Med Child Neurol 48:213–219

85. Holzhausen SPF, Guerreiro MM, Baccin CE, Montenegro MA (2007), Use of risperidone in children with epilepsy. Epilepsy Behav 10:412–416

86. Howe GW, Feinstein C, Reiss D ve ark (1993) Adolescent adjustment to chronic physical disorders-I. Comparing neurological and non-neurological conditions. J Child Psychol Psychiatry 34:1153-1171

87. Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam F, Kanner AM, Meador KJ (2005), Clinical assessment of Axis I psychiatric morbidity in chronic epilepsy: a multicenter investigation. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 17:172–179

88. Jones, JE., Watson, R., Sheth, R., Caplan, R., Koehn, M., Seidenberg, M., et al. (2007). Psychiatric comorbidity in children with new onset epilepsy. Developmental Medicine and Child Neurology, 49, 493–497.

89. J.Wood L, Sherman E, D.Hamiwka L ve ark. (2008) Depression, anxiety, and quality of life in siblings of children with intractable epilepsy Epilepsy & Behavior 13 :144–148

90. Kagan-Kushnir T, Roberts SW, Snead OC III (2005), Screening electroencephalograms in autism spectrum disorders: evidence-based guideline.J.Child.Neurol,20:197–206

91. Kanemoto K, Tsuji T, Kawasaki J. (2001) Reexamination of interictal psychoses based on DSM IV psychosis classification and international epilepsy classification. Epilepsia; 42(1): 98–103

92. Kanner AM (2000) Psychosis of epilepsy: A neurologist's perspective. Epilepsy Behav 1: 219-227

93. Kanner AM, Kozak AM, Frey M (2000) The use of sertraline in patients with epilepsy: is it safe? Epilepsy Behav 1: 100-105.

94. Kaufman J, Birmaher B, Brent D. (1997) Schedule for affective disorders and schizophreniafor schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 36: 980-988

95. Kim WJ (1997) Seizure disorder. Handbook of Child And Adolescent Psychiatry içinde, Noshpitz JD (Ed), John Wiley&Sons, Inc: New York, 409-416.

96. Kolfen W, Edrich J, Konig S, Formanski U (2001) Children with epilepsy after withdrawal of anticonvulsive therapy: psychiatric behaviour and neuropsychological abilities. Eur J Pediatr 160: 566-571

97. Kovacs, M. (1985). The Children’s Depression İnventory. Psychopharmacology Bulletin, 21, 995-998.

98. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C (1993) Suicidal behaviors and childhood onset depressive disorders: a longitudinal investigation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32: 8-20.

99. Lach LM, Ronen GM, Rosenbaum PL et al. (2006), Health-related quality of life in youth with epilepsy: theoretical model for clinicians and researchers: I. The role of epilepsy and co-morbidity. Qual Life Res 15:1161–1171.

100. La Vega-Talbot M, Duchowny M, Jayakar P (2006), Orbitofrontal seizures presenting with ictal visual hallucinations and interictal psychosis. Pediatr Neurol 35:78–81

101. Lewis MA, Salaş I, de la Sota A (1990) Randomized trial of a program to en-hance the competencies of children with epilepsy. Epilepsia 31: 101-109.

102. Loring DW, Meador KJ (2004), Cognitive side effects of antiepileptic drugs in children. Neurology 62:872–877

103. Lossius MI, Clench-Aas J, van Roy B, Mowinckel P, Gjerstad L (2006), Psychiatric symptoms in adolescents with epilepsy in junior high school in Norway: a population survey. Epilepsy Behav 9:286–292

104. Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, et al. (2003) The clinical picture of depression in preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry;42:340–8.

105. MacLeod JS, Austin JK (2003), Stigma in the lives of adolescents with epilepsy: a review of the literature. Epilepsy Behav 4:112–117

106. Mandelbaum DE, Burack GD (1997) The effect of seizure type and medication on cognitive and behavioral functioning in children with idiophatic epilepsy. Dev Med Child Neurol 39: 731-735

107. Matsuura M, Trimble MR (2000) Psychoses in epilepsy: A review of japane-se studies. Epilepsy Behav 1: 315-326.

108. McDermott S, Mani S, Krishnaswami S ve ark. (1995) A Population Based Analysis of Specific Behavior Problems Associatedwith childhood seizures. J Epilepsy, 8:110-118.

109. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Karakaya I. (2008) Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 8-12 Yaş Çocuk Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2008;15(2):87-98

110. Mensah SA, Beavis JM, Thapar AK ve ark. (2006) The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. Epilepsy Behav, 8:213-219

111. Miller IW, Epstein NB, Bishop DS et al. (1985)The family assessment device: reliability and validity. J Mar Fam Ther; 11:345-56.

112. Miller V, Palermo TM, Grewe SD (2003), Quality of life in pediatric epilepsy: demographic and disease-related predictors and comparison with healthy controls. Epilepsy Behav 4:36–42

113. Mitchell WG, Scheier LM, Baker SA (1994) Psychosocial, behavioral and medical outcomes in children with epilepsy : a developmental risk factor model using longitudinal data. Pediatrics 94: 471-477

114. Modi AC, Ingerski LM, Rausch JR, Glauser TA (2011) Treatment factors affecting longitudinal quality of life in new onset pediatric epilepsy. J Pediatr Psychol;36(4):466-75.

115. Murry G. (1987) Handbook of Community Health, 4th ed. Philedelphia.

116. Newmark ME. (1983) Genetic of the epilepsies. In Pediatric Epileptology. Dreifuss FE, John Wright PSG: Yn. Boston Bristol-london,94-103.

117. Nissenkorn A, Moldavsky M, Lorberboym M, Raucher A, Bujanover Y, Lerman-Sagie T (1999), Postictal psychosis in a child. J Child Neurol 14:818–819

118. Oğuz A, Kurul S, Dirik E (2002), Relationship of epilepsy-related factors to anxiety and depression scores in epileptic children. J Child Neurol 17:37–40

119. Oostrom KJ, Schouten A, Kruitwagen CL, Peters AC, Jennekens-Schinkel A, Dutch Study Group of Epilepsy in Childhood (2003), Behavioral problems in children with newly diagnosed idiopathic or cryptogenic epilepsy attending normal schools arc in majority not persistent. Epilepsia 44:97–106

120. Oostrom KJ, van Teeseling H, Smeets-Schouten A, Peters AC, Jennekens-Schinkel A, Dutch Study of Epilepsy in Childhood (2005), Three to four years after diagnosis: cognition and behaviour in children with "epilepsy only." A prospective, controlled study. Brain 128:1546–1555

121. Ott D, Caplan R, Guthrie D et al. (2001), Measures of psychopathology in children with complex partial seizures and primary generalized epilepsy with absence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40:907–914

122. Ott D, Siddarth P, Gurbani S et al. (2003), Behavioral disorders in pediatric epilepsy: unmet psychiatric need. Epilepsia 44:591–597

123. Öner N, Le Compte A. (1985) Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri El Kitabı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, No.323.

124. Öy, B. (1991). Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2, 132-136.

125. Özusta, H. Ş. (1995). Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 10, 32-44.

126. Pellock JM (2004) Defining the problem: psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy. Epilepsy Behav 5 Suppl 3: 3-9.

127. Plioplys S (2003) Depression in children and adolescents with epilepsy. Epilepsy Behav 4 (Suppl 3) : 39-45.

128. Plioplys S, Dunn DW, Caplan R. (2007) 10-year research update review: psychiatric problems in children with epilepsy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry;46:1389-1402.

129. Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Nomura Y, Weissman MM (2006), Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 45:452–460

130. Qin P, Xu H, Laursen TM, Vestergaard M, Mortensen PB (2005), Risk for schizophrenia and schizophrenia-like psychosis among patients with epilepsy: population based cohort study. BMJ 331:23–25

131. Rao G, Poncin YB, Gonzalez-Heydrich J. (2007) Epilepsy. Martin A, Volkmar FR, ed. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive

Textbook [4th ed.]. Philedelpia: Lippincott Williams & Wilkins Publication: 958-70

132. Raty LKA, Larsson BMW, Soderfeldt BA (2003), Health-related quality of life in youth: a comparison between adolescents and young adults with uncomplicated epilepsy and healthy controls. J Adolesc Health 33:252–258

133. Richer, L. P., Shevell, M. I., & Rosenblatt, B. R. (2002). Epileptiform activities in children with attention-defecit hyperactivity disorder. Pediatric Neurology, 26, 125–129.

134. Rodenburg R, Meijer AM, Dekovi M, Aldenkamp AP (2005a), Family factors and psychopathology in children with epilepsy: a literature review. Epilepsy Behav 6:488–503

135. Rodenburg R, Stams GJ, Meijer AM, Aldenkamp AP, Dekovic M (2005b), Psychopathology in children with epilepsy: a meta-analysis. J Ped Psychol 30:453–468

136. Rodenburg R, Marie Meijer A, Dekovic M, Aldenkamp AP (2006), Family predictors of psychopathology in children with epilepsy. Epilepsia 47:601–614

137. Sander JWA, Hart YM, Jhonson AL, Shorvon SD. (1990) National General Practice study of epilepsy: newly diagnosed epileptic seizures in a general population. Lancet; 336: 1267-71

138. Savasır I, Sahin N (1995), Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçegi (WISC-R) El Kitabı. Türk Psikologlar Dernegi Yayınları, Ankara

139. Sbarra DA, Rimm-Kaufman SE, Pianta RC (2002), The behavioral and emotional correlates of epilepsy in adolescence: a 7-year follow-up study. Epilepsy Behav 3:358–367

140. Schmitz B. (2006) Effects of antiepileptic drugs on mood and behavior. Epilepsia;47(Suppl. 2):28–33.

141. Schoenfeld J, Seidenberg M, Woodard A et al. (1999), Neuropsychological and behavioral status of children with complex partial seizures. Dev Med Child Neural 41:724–731

142. Serdaroğlu A, Özkan S, et al. (2004) Prevalence of epilepsy in Turkish children between the ages of 0 and 16 years. J Child Neurol;19(4): 271 -274.

143. Sherman, E. M. S., Slick, D. J., Connolly, M. B., & Eyrl, K. L. (2007). ADHD, Neurological correlates and health-related quality of life in severe pediatric epilepsy. Epilepsia, 48(6), 1083–1091

144. Sillanpaa M. (1992) Epilepsy in children: Prevalence, disability, and handicap. Epilepsia; 33: 444-449.

145. Socanski, D., Herigstad, A., Thomsen, P. H., Dag, A., & Larsen, T. K. (2010). Epileptiform abnormalities in children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder. Epilepsy & Behaviour, 19(3), 483–486

146. Solomon GE, Pfeffer C (1996) Neurobehavioral abnormalities in epilepsy. Pediatric Behavioral Neurology içinde, Frank Y (Ed) CRC Press: New York, 269-287

147. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologists Press

148. Spielberger, CD. (1973). Manual For The State-Trait Anxiety İnventory For Children. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

149. Stanton BR (1999) Does family functioning affect outcome in children with neurological disorders? Pediatr Rehabil 3: 193-199

150. Steffenburg S, Gillberg C, Steffenburg U (1996), Psychiatric disorders in children and adolescents with mental retardation and active epilepsy. Arch Neural 53:904–912

151. Steffenburg U, Hagberg G, Hagberg B (2001), Epilepsy in a representative series of Rett syndrome. Acta Paediatr 90:34–39

152. Steiner, H. (1997) Chronic Illness and Physical Disabilities, in Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, J.D. Noshpitz, Editor. John Wiley&Sons: New York. p. 251-273.

153. Tamei I,Ohata H, Takey T,Maekeva K. (1983) Ten years fallow up study of 272 epileptic children. Brain and Dev;5(2): 187-93.

154. Tan M, Appleton R (2005), Attention deficit and hyperactivity disorder, methylphenidate, and epilepsy. Arch Dis Child 90:57–59

155. Thome-Souza S, Kuczynski E, Assumpcao Jr F, Rzezak P,Fuentes D, Fiore L. (2004) Which factors may play a pivotal role on determining the type

of psychiatric disorder in children and adolescents with epilepsy? Epilepsy Behav; 5: 988–94

156. Thome-Souza MS, Kucynski E, Valente KD (2007), Sertraline and fluoxetine: safe treatments for children and adolescents with epilepsy and depression. Epilepsy Behav 10:417–425

157. Tsuchie S, Guerreiro M, Chuang E, et al. (2006) What about us? Siblings of children with epilepsy. Seizure; 15: 610 – 614.

158. Tuchman RF, Rapin I (2002), Epilepsy in autism. Lancet Neurol 1:352–358

159. Varni JW, Seid M, Rode CA (1999) The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. Med Care, 37:126-139.

160. Vazquez B, Devinsky O (2003) Epilepsy and anxiety. Epilepsy Behav 4 (Suppl 4): 20-5.

161. Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M (2003) Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: Two randomized controlled trials. JAMA 290: 1033-1041.

162. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H (2006), Offspring of depressed parents: 20 years later. Am J Psychiatry 163:1001–1008

163. Weller EB, Weller RA, Rowan AB, Svadjian H. (2002) Depressive disorders in children and adolescents. In: Lewis M, editor. Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;. p. 767–81.

164. Wernicke JF, Chilcott KE, Jin L et al. (2006), Seizure risk in patients with ADHD treated with atomoxetine. Neuropediatrics 37:S165

165. Wechsler, D. (1974). WISC-R Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children- Revised. New York: Psychological Corporation.

166. Williams DT, Pleak RR, Hanesian H (2002) Neurologic disorders. Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook, 3rd ed içinde, Lewis M (ed), Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 755-767

167. Williams J, Steel C, Sharp GB, Reyes ED, Phillips T, Bates S, Lange B, Griebel ML. (2003) Anxiety in children with epilepsy. Epilepsy Behav;4:729–32.

168. Wirrell E, Blackman M, Barlow K, Mah J, Hamiwka L (2005), Sleep disturbances in children with epilepsy compared with their nearest-aged siblings. Dev Med Child Neural 47:754–759

169. Yong L, Chengye J, Jiong Q (2006) Factors affecting the quality of life in childhood epilepsy in China Acta Neurol Scand, 113: 167–173

EKLER

EK – 1

Sosyodemografik Veri Formu

1. Çocuğunuzun Adı Soyadı:

2. Sınıfı:

3. Doğum tarihi (gün, ay, yıl):

4. Cinsiyeti:

5.Annenin yaşı:

6. Anne eğitimi: a) ilköğretim c) lise d) yüksekokul-üniversite

7. Anne işi……..

8. Babanın yaşı:

9. Baba eğitimi: a) ilköğretim c) lise d) yüksekokul-üniversite

10. Baba işi:…….

11.Ailenizin aylık geliri ne kadardır?

( ) 500 TL'den az ( ) 500 TL -1000 TL arası ( ) 1000 TL – 1500 TL arası
( ) 1500 TL – 2000 TL arası ( ) 2000 TL ve üstü

EK – 2

Epilepsi Bilgi Formu

Adı Soyadı:

Epilepsi:

Tipi:

İlk nöbet tarihi ve yaşı:

Kullanılan ilaçlar, dozları ve süreleri:

Yan Etki:

Son nöbet tarihi:

Nöbet Sıklığı:

1.Yılda 4 nöbetin altında

2.Yılda 4-26 nöbet

3.Yılda 26 nöbetin üstünde

EK – 3

ÇOCUK SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. "hemen hemen hiç" mi, yoksa "sık sık" mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Genellikle nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın

1. Yanlış yapacağım diye endişelenirim ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
2. Ağlayacak gibi olurum ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
3. Kendimi mutsuz hissederim ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
4. Karar vermekte güçlük çekerim ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
5. Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
6. Çok fazla endişelenirim ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
7. Evde sinirlerim bozulur ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
8. Utangacım ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
9. Sıkıntılıyım ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
10. Aklımdan engelleyemediğim önemsizdüşünceler geçer ve beni rahatsız eder() hemen hemen hiç () bazen () sık sık
11. Okul beni endişelendirir ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
12. Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
13. Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
14. Nedenini bilmediğim korkularım var ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
15. Annem – babam için endişelenirim ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
16 Ellerim terler ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
17 Kötü bir şeyler olacak diye endişelenirim ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
18. Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
19. Karnımda bir rahatsızlık hissederim ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık
20. Başkalarının benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir ()hemen hemen hiç () bazen () sık sık

EK – 4

ÇOCUK DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda, bu dakikada nasıl hissettiğinizi
en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Kendimi ( ) çok sakin hissediyorum ( ) sakin hissediyorum ( ) sakin hissetmiyorum
2. Kendimi ( ) çok öfkeli hissediyorum ( ) öfkeli hissediyorum ( ) öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi ( ) çok huzurlu hissediyorum ( ) huzurlu hissediyorum ( ) huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi ( ) çok sinirli hissediyorum ( ) sinirli hissediyorum ( ) sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi ( ) çok huzursuz hissediyorum ( ) huzursuz hissediyorum ( ) huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi ( ) çok dinlenmiş hissediyorum ( ) dinlenmiş hissediyorum ( ) dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi ( ) çok ürkmüş hissediyorum ( ) ürkmüş hissediyorum ( ) ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi ( ) çok rahatlamış hissediyorum ( ) rahatlamış hissediyorum ( ) rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi ( ) çok endişeli hissediyorum ( ) endişeli hissediyorum ( ) endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi ( ) çok hoşnut hissediyorum ( ) hoşnut hissediyorum ( ) hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi ( ) çok korkmuş hissediyorum ( ) korkmuş hissediyorum ( )korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi ( ) çok mutlu hissediyorum ( ) mutlu hissediyorum ( ) mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden ( ) çok eminim ( ) eminim ( ) emin değilim
14. Kendimi ( ) çok iyi hissediyorum ( ) iyi hissediyorum ( ) iyi hissetmiyorum
15. Kendimi ( ) çok başım dertte hissediyorum ( ) başım dertte hissediyorum ( ) başım dertte hissetmiyorum
16. Bir şeylerin beni ( ) çok rahatsız ettiğini hissediyorum ( ) rahatsız ettiğini hissediyorum ( ) rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi ( ) çok keyifli hissediyorum ( ) keyifli hissediyorum ( ) keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi ( ) çok dehşete kapılmış hissediyorum ( ) dehşete kapılmış hissediyorum ( ) dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kafamda ( ) her şeyi çok karmaşık hissediyorum ( ) her şeyi karmaşık hissediyorum ( ) her şeyi karmaşıkhissetmiyorum
20. Kendimi ( ) çok neşeli hissediyorum ( ) neşeli hissediyorum ( ) neşeli hissetmiyorum

EK-5

DURUMLUK SÜREKLİ KAYGI ENVENTERİ

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 sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
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)

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
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 kaçırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(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 hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	(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 kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Aklı başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-6

ÇOCUK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup içinden, bu gün de dahil olmak üzere, son iki haftadır yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

A 0.Kendimi arada sırada üzgün hissederim
1. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
2.Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B 0.İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
1.İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
2.İşlerim yolunda gidecek.

C 0.İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
1.İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
2.Herşeyi yanlış yaparım.

D 0.Bir çok şeyden hoşlanırım.
1.Bazı şeylerden hoşlanırım.
2.Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E 0.Her zaman kötü bir çocuğum.
1.Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
2.Arada sırada kötü bir çocuğum.

F 0.Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
1.Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
2.Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G 0.Kendimden nefret ederim.
1.Kendimi beğenmem.
2.Kendimi beğenirim.

H 0.Bütün kötü şeyler benim hatam
1.Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
2.Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I 0.Kendimi öldürmeyi düşünmem.
1.Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
2.Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ 0.Her gün içimden ağlamak gelir.
1.Bir çok günler içimden ağlamak gelir.
2.Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J 0.Her şey her zaman beni sıkar.
1.Her şey sık sık beni sıkar.
2.Her şey arada sırada beni sıkar.

K 0.İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
1.Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
2.Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

L 0.Her hangi bir şey hakkında karar veremem.
1.Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
2.Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

M 0.Güzel / yakışıklı sayılırım.
1.Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
2.Çirkinim.
N 0.Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
1.Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
2.Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
O 0.Her gece uyumakta zorluk çekerim.
1.Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim.
2.Oldukça iyi uyurum.
Ö 0.Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
1.Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.
2.Her zaman kendimi yorgun hissederim.
P 0.Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
1.Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
2.Oldukça iyi yemek yerim.
R 0.Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
1.Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
2.Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
S 0.Kendimi yalnız hissetmem.
1.Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
2.Her zaman kendimi yalnız hissederim.
Ş 0.Okuldan hiç hoşlanmam.
1.Arada sırada okuldan hoşlanırım.
2.Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
T 0.Birçok arkadaşım var.
1.Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
2.Hiç arkadaşım yok.
U 0.Okul başarım iyi.
1.Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
2.Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
Ü 0.Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
1.Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
2.Diğer çocuklar gibi iyiyim.
V 0.Kimse beni sevmez.
1.Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
2.Beni seven insanların olduğundan eminim.
Y 0.Bana söyleneni genellikle yaparım.
1.Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
2.Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
Z 0.İnsanlarla iyi geçinirim.
1.İnsanlarla sık sık kavga ederim.
2.İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-7

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

Ad Soyad:

Tarih:

Bir sonraki sayfada senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.
Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

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

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

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

Başkaları ile ilgili sorunlar	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Hemen her zaman**
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2 Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4

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

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (ANNE-BABA)

Çocuğunuzun Adı
Soyadı:
Tarih:

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

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

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.
Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

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

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

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

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Hemen her zaman**
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

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

EK-8

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür**. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (***Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum***)**

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti **koyunuz.** Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. **Mümkün olduğu kadar** çabuk ve samimi cevaplar **veriniz.** Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. **Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.**

CÜMLELER:	**Aynen Katılıyorum**	**Büyük Ölçüde Katılıyorum**	**Biraz Katılıyorum**	**Hiç Katılmıyorum**
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır,	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
17.Evde herkes başına buyruktur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

vardır.				
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksak ilgi gösteririz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	**( )**	**( )**	**( )**	**( )**

EK-9

RUHSAL BELİRTİ TARAMA LİSTESİ

SCL-90-R

Adı, Soyadı: _ Cinsiyeti: K E (daire içine alınız)

Doğum tarihi: _ _ _ _ /_ _ _ _ /_ _ _ _ _ _ _ Yaşı: _ _ _ _ Medeni Durumu: _ _ _ _ _ _ _

Gün Ay Yıl

Meslek: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Bugünün Tarihi : _ _ _ _ /_ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _

Gün Ay Yıl

Aşağıda zaman zaman herkeste rastlanabilecek problem ve şikâyetlerden oluşan bir liste bulacaksınız. Her soruyu dikkatle okuyunuz. Sözü geçen problem ve şikâyetlerin son bir hafta içinde sizi ne ölçüde rahatsız ettiğini göz önünde tutarak size göre en doğru bir sayıyı yuvarlak içine alınız. Eğer yanlış bir cevap verdiğinizi düşünürseniz ilkini karalayarak doğru cevabı (X) işareti ile belirtiniz. Hiçbir soruyu atlamayınız. Başlangıç örneğini okuyunuz, anlamadığınız olursa danışınız.

ÖRNEK: Sırt ağrısı Hayır, hiç : (0) Fazla : (3)
Biraz : (1) Çok fazla : (4)
Orta derecede : (2)

SON BİR HAFTA İÇİNDE AŞAĞIDAKİ SORUN VE YAKINMALAR SİZİ NE DERECEDE ETKİLEDİ?

		HAYIR, HİÇ (0)	BİRAZ (1)	ORTA DERECE (2)	FAZLA (3)	ÇOK FAZLA (4)
1	Baş ağrıları	0	1	2	3	4
2	Sinirlilik veya içinizin titrediği hissi	0	1	2	3	4
3	Kafanızdan atamadığınız, tekrarlayan, hoşa gitmeyen düşünce ve sözcükler	0	1	2	3	4
4	Baygınlık hissi veya baş dönmesi	0	1	2	3	4
5	Cinsel ilgi, istek ya da hazda azalma	0	1	2	3	4
6	Başkalarını eleştirmeye yatkınlık	0	1	2	3	4
7	Herhangi birinin düşüncelerini yönetebileceğiniz hissi	0	1	2	3	4
8	Zorluk ve sıkıntılarınızın çoğundan başkalarının sorumlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
9	Hafıza zayıflığı, hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
10	Sakarlık, dikkatsizlik veya ihmallerin sizi rahatsız etmesi	0	1	2	3	4

11	Kolayca sinirlenme veya huzursuz olma	0	1	2	3	4
12	Kalp veya göğüs üzerinde ağrı	0	1	2	3	4
13	Cadde veya açık alanlarda korku duyma	0	1	2	3	4
14	Enerji, güç azalması, hareket ve düşüncede yavaşlama	0	1	2	3	4
15	Yaşamınıza kendi elinizle son verme düşüncesi	0	1	2	3	4
16	Başkalarının duymadığı sesler işitme	0	1	2	3	4
17	Titreme	0	1	2	3	4
18	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği duygusu	0	1	2	3	4
19	İştahsızlık	0	1	2	3	4
20	Ağlamaya yatkınlık	0	1	2	3	4
21	Karşı cinsle ilişkilerde çekingenlik, çaresizlik	0	1	2	3	4
22	Tuzağa düşürülme, kapana kıstırılma duygusu	0	1	2	3	4
23	Nedensiz ani korkular	0	1	2	3	4
24	Kontrol edemeyeceğiniz öfke nöbetleri ve duygusal patlamalar	0	1	2	3	4
25	Yalnız olarak evden çıkmaktan korku duyma	0	1	2	3	4
26	Bazı konularda kendini suçlama eğilimi	0	1	2	3	4
27	Bel ağrıları	0	1	2	3	4
28	Herhangi bir başlamada ya da sürdürmede zorlanma hissi	0	1	2	3	4
29	Yalnızlık hissi	0	1	2	3	4
30	Hüzün, iç sıkıntısı	0	1	2	3	4
31	Gereğinden çok tasalanma ve endişelenme	0	1	2	3	4
32	Hiçbir şeye ilgi duymama	0	1	2	3	4
33	Ürkeklik, korku duyma	0	1	2	3	4
34	Duygularınızın kolayca incinebilmesi, alınganlık	0	1	2	3	4
35	Özel ve gizli düşüncelerinizin başkaları tarafından bilindiği hissi	0	1	2	3	4
36	Başkalarının sizi anlamadığı ve size ilgisiz olduğu duygusu	0	1	2	3	4
37	Başkalarının size dostça davranmadığı, sizden hoşlanmadığı duygusu	0	1	2	3	4
38	Doğru ve eksiksiz olmasını garantilemek için her şeyi çok yavaş yapma gereksinimi	0	1	2	3	4
39	Kalbinizin çok hızlı atması veya çarpması	0	1	2	3	4
40	Midede nahoş duygular ya da bulantı	0	1	2	3	4
41	Başkaları karşısında aşağılık duygusu	0	1	2	3	4
42	Kas ağrısı ve sızılar	0	1	2	3	4
43	Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
44	Uykuya dalmakta güçlük çekme	0	1	2	3	4
45	Yaptığınız işleri tekrar tekrar kontrol etme zorunluluğu hissetme	0	1	2	3	4
46	Karar vermede güçlük çekme	0	1	2	3	4
47	Otobüs, minibüs, tren, dolmuşla yolculuk etmekten korkma	0	1	2	3	4
48	Nefes almada güçlük çekme	0	1	2	3	4

49	Nöbetler şeklinde ateş basması veya her tarafınızın buz kesmesi	0	1	2	3	4
50	Sizi korkuttuğu için belirli yerler, nesneler, olaylar ve davranışlardan uzak durma	0	1	2	3	4
51	Zihinde boşluk duygusu	0	1	2	3	4
52	Bedeninizin çeşitli yerlerinde hissizlik, uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3	4
53	Boğazınızda bir yumru tıkandığı hissi	0	1	2	3	4
54	Gelecekle ilgili ümitsizlik	0	1	2	3	4
55	Dikkatinizi toplamada güçlük çekme	0	1	2	3	4
56	Bedeninizin bazı kısımlarında güçsüzlük	0	1	2	3	4
57	Gerginlik veya tedirginlik hissi	0	1	2	3	4
58	Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	0	1	2	3	4
59	Ölüm veya ölmekle ilgili düşünceler	0	1	2	3	4
60	Aşırı yemek yeme	0	1	2	3	4
61	Başkaları size bakarken ve hakkınızda konuşurken huzursuzluk veya rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4
62	Aklınıza size ait olmayan düşüncelerin gelmesi	0	1	2	3	4
63	Birisine zarar ve acı verme, dövme, yaralama isteğini zorlayıcı biçimde duyma	0	1	2	3	4
64	Sabahları erken uyanma	0	1	2	3	4
65	Dokunma, sayma, yıkama gibi davranışları zorunluluk hissederek tekrarlama	0	1	2	3	4
66	Huzursuz, rahatsız uyku veya uykunun bölünmesi	0	1	2	3	4
67	Bir şeyleri kırmak veya parçalamak için dayanılmaz istek duyma	0	1	2	3	4
68	Başkalarının paylaşmadığı düşünce, görüş ve inançlarının olması	0	1	2	3	4
69	Başkaları ile beraberken konuşma ve davranışlarınıza dikkat etme zorunluluğu hissetme	0	1	2	3	4
70	Sinema ve alışverişte olduğu gibi kalabalıktan huzursuzluk duyma ve kaçınma	0	1	2	3	4
71	Her şeyin çok zor ve yorucu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
72	Dehşet ve paniğe kapılma nöbetleri	0	1	2	3	4
73	Topluluk içinde yiyip içmekten huzursuz olma	0	1	2	3	4
74	Sık sık tartışmalara girme ya da iddialaşma	0	1	2	3	4
75	Yalnız kaldığınızda sinirlilik veya huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4
76	Başarılarınızın başkaları tarafından yeterince takdir edilmediği hissi	0	1	2	3	4
77	İnsanlarla birlikteyken bile yalnızlık duyma	0	1	2	3	4
78	Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4
79	Değersizlik duygusu	0	1	2	3	4
80	Başınıza kötü bir şey geleceği hissi	0	1	2	3	4
81	Yüksek sesle bağırma veya bir şeyler fırlatma ihtiyacı hissetme	0	1	2	3	4
82	Topluluk içinde bayılmaktan korkma	0	1	2	3	4
83	Eğer fırsat verirseniz insanların sizi kullanacağı duygusu	0	1	2	3	4
84	Cinsellikle ilgili oldukça rahatsız edici hayal, düşünce ve duygularınızın olması	0	1	2	3	4
85	Suç ve günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
86	Dehşet veya korku uyandıran düşünce ve hayaller	0	1	2	3	4
87	Bedeninizde ciddi bir bozukluk olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4
88	Başka birine karşı gerçek bir yakınlık duymama hissi	0	1	2	3	4
89	Suçluluk duygusu	0	1	2	3	4
90	Aklınızda herhangi bir bozukluk olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4