

Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek

Quality of Life, Depression, Anxiety and Multidimensional Perceived Social Support in Patients with Epilepsy

Aylin AKÇALI, Abdurrahman ALTINDAĞ*, Sırma GEYİK**, Neslihan CANSEL***

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji ve *Psikiyatri Anabilim Dalı, Gaziantep

**25 Aralık Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Gaziantep

***Sevgi Tıp Merkezi, Psikiyatri Polikliniği, Malatya, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, epilepsi hastalarının yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeylerini değerlendirmek ve bunları etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Bir nörolog tarafından epilepsi hastalığına dair bilgileri içeren standart bir soru formu 139 epilepsi hastasına dolduruldu. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Beck depresyon, Beck anksiyete ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) hem hasta, hem de 143 kişiden oluşan kontrol grubuna uygulandı.

Bulgular: Epilepsi grubunda kontrol grubuna oranla depresyon, anksiyete değerleri yüksek, ÇBASDÖ arkadaş boyutu değerleri düşük, SF-36 testinde ise "ağrı" alt boyutu dışında tüm değerler düşük bulundu ($p<0.001$ ve $p<0.05$). Cinsiyet, evlilik, eğitim, bir işte çalışma, ekonomik durum, nöbet sıklığı, nöbet tipi, nöbet zamanı ve kullanılan antiepileptiklerin sayısının bu testlerin bir veya daha fazla alt boyutunu etkilediği belirlendi. Çoklu antiepileptik kullanımı ve sık nöbet (ayda >1) yaşam kalitesini en çok etkileyen faktörler olarak gözlemlendi. Fiziksel duruma bağlı rol kısıtlılığı ve mental sağlık yaşam kalitesi ölçeğinin en fazla etkilenen boyutları idi. Nöbet tipleri içerisinde, kompleks parsiyel sekunder jeneralize nöbetler yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ile ilişkili saptandı.

Sonuç: Bu çalışma sonuçları epilepsi hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek, arkadaş desteğinin yetersiz olduğunu ve yaşam kalitelerinin oldukça etkilendiğini göstermiştir. Ayrıca daha az ilaç kullanılarak sağlanacak nöbet kontrolünün yaşam kalitesini artırıcı en önemli faktör olduğu sonucuna varılmıştır. Epilepsi hastalarının yaşam kalitelerinin ölçülmesi hem hastalığı daha iyi tanımamıza yardım edecek, hem de tedavi yanıtının daha iyi değerlendirilmesini sağlayacaktır. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2009; 46: 91-7*)

Anahtar kelimeler: Epilepsi, depresyon, anksiyete, sosyal destek, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to determine the level of quality of life (QOL), depression, anxiety and multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) of patients with epilepsy and the effects of sociodemographic variables and clinical features of the disease on these parameters.

Method: We identified 139 epilepsy patients and an interview was performed by a neurologist with the use of a standardized questionnaire, which included data pertaining to seizure characteristics. The SF-36 health survey, Beck depression, Beck anxiety and MSPSS tests were administered to patients and 143 control subjects.

Results: In epilepsy group, depression and anxiety scores were higher, friend scores in MSPSS were lower and all scores except "pain" in SF-36 test were lower than controls ($p<0.001$ and $p<0.05$). We found that gender, marriage, education, employment status, economic status, seizure frequency, seizure type, seizure time and the number of antiepileptic drugs affected one or more subscales of the tests. Multi antiepileptic drugs and frequent seizures (> 1 per month) were the most important factors in explaining lower QOL. Role limitations, because of physical health problems and mental health, were the most affected subscales of QOL. Among all seizure types, the complex partial secondary generalized seizure was detected to be most associated with lower QOL, depression and anxiety.

Conclusion: The results of the study showed high levels of depression and anxiety, insufficient friend support and fairly affected quality of life in epilepsy patients. In addition, we conclude that seizure control with fewer drugs is the most important factor to enhance quality of life. Assessing quality of life in epilepsy patients will provide better understanding of the disease and will improve the evaluation of the therapy response. Although many factors are affecting the quality of life of epilepsy patients, successful seizure control with less drug treatment may help to provide better life for the patients. (*Archives of Neuropsychiatry 2009; 46: 91-7*)

Key words: Epilepsy, depression, anxiety, social support, quality of life

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Aylin Akçalı, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

E-posta: akcali@gantep.edu.tr **Geliş tarihi/Received:** 21.04.2009 **Kabul tarihi/Accepted:** 08.07.2009

© Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayınılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır. / © Archives of Neuropsychiatry, Published by Galenos Publishing. All rights reserved.

Giriş

Son yıllarda uygulamaya giren yeni kuşak antiepileptik ilaçlar (AEİ) ve epilepsi cerrahisi, epilepsi tedavisinde göreceli olarak daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır. Ancak yaşam kalitesi çalışmaları epilepsi hastalarının psikososyal yaşamlarında durumun pek iç açıcı olmadığını göstermektedir. Epilepsi hastalarının damgalanması ise gelişmiş ülkelerde dahi aşılammış bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (1,2). Türkiye’de yapılan çalışma sonuçları da halkın epilepsi hastalarını kabulleneme ve ayrı tutma eğiliminde olduğunu ve bu durumun çocukluk çağından itibaren hastalar ve aileleri tarafından açık bir biçimde hissedildiğini göstermektedir (3,4).

Bilgilerimize göre, Türkiye’de epilepsili hastalarının yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik mevcut iki çalışma vardır (5,6). Bu sonuçlara göre hastaların yaşam kalitesi sonuçları gelişmiş ülkelerden daha düşük bulunmuştur. Aile ve birey açısından oldukça sıkıntı yaratan bu kronik hastalıkta, yaşam kalitesini düşüren faktörlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik çalışmalar yapılması hastalığa bakış açımızı genişletecektir. Çeşitli çalışmalarda farklı faktörlerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu gözlenmektedir (7,8). Ancak bu çalışmalarda uygulanan yaşam kalitesi ölçekleri birbirinden farklı olduğu gibi, birçoğunda ölçeklerin toplam puanı üzerinden değerlendirmeler yapılmış, ölçek alt gruplarına yönelik analizlere pek fazla değinilmemiştir.

Epilepsi hastalarında nöbetlerin aniden oluşması, kişinin kendini kontrol edememesine ve bundan dolayı kendine saygısını yitirmesine ve utanmasına sebep olmaktadır. Abramson ve Hermann tarafından “öğrenilmiş çaresizlik” olarak tanımlanan bu durum, kişinin iş ve sosyal ilişkilerinde sorunlara yol açmakta ve bunu takiben depresyon hemen hemen kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkmaktadır (9,10). Epilepsi hastalarının düşük benlik saygısı kişinin çevresine bağımlılık geliştirmesine sebep olmaktadır (11). Hasta çevreden destek arayışına girmektedir. Sosyal destek, yaşam kalitesi ile birebir ilgili bir konudur ve bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanabilir.

Bu çalışmada, epilepsi hastalarında depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin yanı sıra algılanan sosyal destek düzeyi ve yaşam kalitesini (SF-36 testi ile) incelemeyi amaçladık.

Yöntem

Olgular

Gaziantep Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı Epilepsi polikliniğine 2007-2008 yıllarında başvuran en az bir yıldır takipte olan, 139 epilepsi hastası ve demografik özellikleri uygun herhangi bir kronik hastalığı olmayan ve çalışmaya alınan hastalarla yakınlığı bulunmayan 143 kişi kontrol grubu olarak çalışmaya alındı. Hastalardan çalışmaya katılmaları ile ilgili onam formları alındı. Çalışmaya katılanlardan Beck Depresyon, Beck Anksiyete, SF-36 ölçekleri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin gözden geçirilmiş (ÇBASDÖ) formlarını doldurmaları istendi.

Hastaların Verilerinin Değerlendirilmesi

Hasta grubunun çalışmaya dahil edilme kriterleri: En az bir yıldır epilepsi tanısı almış olması (International League Against Epilepsy (ILAE) kriterlerine göre) (12), okur yazar olması, mental retardasyon veya demans bulgusu bulunmaması ve epilepsi dışında başka bir hastalığının olmaması, 16-60 yaş arasında olması, epilepsi cerrahisi geçirmemiş olması olarak belirlendi. Bu kriterlere uymayan 17’si mental retardasyonlu, 11’i okur-yazar olmayan 28 hasta çalışma dışı kaldı. Soru formlarını doldurmadan önce hastalar epilepsi polikliniğinde öğretim üyesi ve araştırma görevlisi tarafından değerlendirildi. Tüm hastaların nörolojik muayeneleri yapıldı, elektroensefalografik ve kranial magnetik rezonans görüntüleme tetkikleri gözden geçirildi. Nöbet tipleri, epilepsi süreleri, nöbet sıklığı, kullanılan AEİ’lar ve nöbet zamanlaması kaydedildi. Nöbet sıklığı; nöbetsiz, ayda ≤1 nöbet ve ayda >1 nöbet olmak üzere 3’e ayrıldı. Nöbet zamanlaması gündüz, gece ve hem gündüz hem gece olmak üzere 3’e ayrıldı. Soru formları aynı poliklinik içerisinde veya bekleme salonunda dolduruldu. Aynı zamanda hastaların dosyalarında yer almayan medeni hal, aylık gelir, bir işte çalışma durumları gibi demografik özellikleri hakkında bilgi alındı. Aylık gelir durumları; 2007 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre yoksulluk sınırı olan 619 YTL ve altı yoksul grubu, 619-2000 YTL orta gelir grubu, 2000 YTL üzeri ise iyi gelir grubu olarak belirlendi (13).

Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış ve Türk toplumunda kullanımı uygun bulunmuştur (14). Test 21 tanımlayıcı cümle ile depresif semptomları sorgulamaktadır. Bu çalışmada test skorlarına göre hafif, orta ve ağır depresyon şeklinde bir sınıflama yapılmamıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (15).

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hastaya sorulan sorularla sıkıntı hissini onu son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. Bu çalışmada test skorlarına göre hafif, orta ve ağır anksiyete şeklinde bir sınıflama yapılmamıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Çalışmamızda kullandığımız kısa form 36 sağlık ölçeği (short health survey) (SF-36), yaşam kalitesi ölçekleri içerisinde sıklıkla kullanılan bir testtir (16). Sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirebilir. Otuz altı maddeden oluşur ve sekiz boyutta ölçüm sağlamaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması (4 madde), ağrı (2 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), mental sağlık (5 madde), emosyonel durumuna bağlı rol kısıtlaması (3 madde), enerji (4 madde) ve genel sağlık anlayışı’dır (5 madde). Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (17). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, Cronbach Alfa Katsayısı 0.70’in üzerinde bulunmuştur (18).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Kişinin kendi çevresindeki desteği nasıl algıladığını ölçen "çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği" (ÇBASDÖ) üç farklı kaynaktan alınan desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren kısa bir ölçektir (19). Alt ölçek yapısı, "Aile", "Arkadaş" ve "Diğer önemli kişi" yada "özel bir kişi" gibi üç kaynaktan kaynaklanan desteğin yeterliliğini değerlendirmek üzere her biri 4'er maddelik 12 maddeden oluşmaktadır. Aynı şekilde ÇBASDÖ'nün tüm alt boyutlarının Cronbach Alfa Katsayısı 0.70'in üzerinde bulunmuştur (20,21).

İstatistiksel Analiz

Araştırmada SPSS 8.0 istatistik programı kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalarda sürekli değişkenler için t-testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. İki'den fazla grubun karşılaştırılmasında kategorik değişkenler için Kruskal Wallis testi kullanıldı. Bağlıntı analizi için Pearson ve Kendall's Tau bağıntı

Tablo 1. Hasta grubunun sosyodemografik ve klinik özellikleri (n=139)

Cinsiyet (n)	% / (Sayı)
Kadın	61.15 (5)
Erkek	38.85 (54)
Yaş ortalaması	32.60±12.27
Eğitim düzeyi	
5-8 yıl	41.00 (57)
8-12 yıl	44.60 (62)
>12 yıl	14.39 (20)
Medeni durum	
Bekar	40.29 (56)
Evli	53.96 (75)
Dul	5.76 (8)
Çalışma durumu	
Çalışmıyor	63.3 (88)
Çalışıyor	36.7 (51)
Aylık gelir durumu	
Yoksul (619 YTL)	12.95 (18)
Orta (619-2000 YTL)	63.31 (88)
İyi (>2000 YTL)	23.7 (33)
Nöbet tipleri	
Basit parsiyel	7.9 (11)
Kompleks parsiyel	31.7 (44)
Kompleks parsiyel sekonder jeneralize	23.02 (32)
Jeneralize tonik klonik	37.41 (52)
Nöbet sıklığı	
Nöbetsiz	20.86 (29)
Ayda <1 nöbet	63.31 (88)
Ayda >1 nöbet	15.83 (22)
Nöbet geçirme zamanı	
Gündüz	55.40 (77)
Gece	8.63 (12)
Gündüz+Gece	35.97 (50)
Antiepileptik kullanımı	
Monoterapi	41.73 (58)
Politerapi	58.27 (81)

analizi yöntemi kullanıldı. Epilepsi kliniği ve tedavisi ile ilgili parametrelerin; SF-36, Beck depresyon, Beck anksiyete değerleri ve ÇBASDÖ üzerine etkisini değerlendirmek için doğrusal regresyon analizi kullanıldı. p değeri 0.05 altı ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar

Hasta grubunda %61.15 (85) kadın, %38.85 (54) erkek yer almaktaydı. Hasta grubunun demografik ve epilepsi özellikleri tablo 1'de sunulmuştur. Kontrol grubunda %51.75 (74) kadın, %48.25 (69) erkek bulunmaktaydı. Hasta ve kontrol grupları arasında yaş, cins, eğitim düzeyi ve medeni durum yönünden anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Gelir düzeyleri arasında ise anlamlı farklılık gözlendi, hasta grubunun orta ve iyi gelir düzeyi oranı kontrol grubundan daha yüksek bulundu ($\chi^2=16.1$ df=2 p<0.001).

Hasta ve Kontrol Grubu Karşılaştırmaları

Hasta ve kontrol gruplarının test sonuçlarının ortalama ve standart sapma değerleri tablo 2'de yer almaktadır. Hasta grubunda Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği test sonuçları kontrol grubundan anlamlı yüksek saptanmıştır (t=4.79, df=280, p<0.0001 ve t=5.15, df=280, p<0.0001 sırasıyla). ÇBASDÖ sonuçlarında ise hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmadı. SF-36'nın alt boyutlarında ise "ağrı" dışında diğer tüm boyutlarda anlamlı farklılıklar gözlenmiştir (p<0.001 ve p<0.05).

Hasta Grubunun Test Sonuçları

Cinsiyet

Hasta grubunda cinsiyetin etkisine bakıldığında; kadınlarda; anksiyete değerleri daha yüksek (t=-2.70 df=137 p=0.008), ÇBASDÖ'nün arkadaş alt boyutu değerleri düşük (t=3.13 df=137 p=0.002), SF-36'nın emosyonel duruma bağlı rol kısıtlılığı düşük (t=2.16 df=137 p=0.033), mental sağlık değeri düşük (t=3.11 df=137 p=0.002) bulundu.

Eğitim Düzeyi

Eğitim düzeyi (5-8 yıl) düşük olanların Beck depresyon ölçeği değerleri daha yüksek idi (r=-0.112, p=0.020). ÇBASDÖ alt boyutlarında anlamlı ilişki gözlenmedi. SF-36 testinde ise yine eğitim düzeyi düşüklüğü ile fiziksel fonksiyon (r=0.117, p=0.017), fiziksel duruma bağlı rol kısıtlılığı (r=0.108, p=0.038), enerji (r=0.106, p=0.029), sosyal fonksiyon (r=0.224, p<0.0001), mental sağlık (r=0.158, p=0.0001) değerleri düşük bulundu.

Medeni Hal

Hasta grubunda evli ve evli olmayanlar arasında; evlilerde Beck depresyon ölçeği (t=2.20 df=137 p=0.03), ve Beck anksiyete ölçeği (t=2.30 df=137 p=0.023) değerleri düşük bulundu. Evli ve evli olmayanlar arasında ÇBASDÖ açısından anlamlı bir fark gözlenmedi. SF-36'da ise evlilerde fiziksel fonksiyon düzeyi daha yüksek bulundu (t=-2.03 df=137 p=0.044).

Bir İşte Çalışma

Hasta grubunun çoğunluğu (%63.3) herhangi bir işte çalışmıyordu. Çalışmayan hastalarda Beck depresyon ölçeği (t=2.259 df=137 p=0.25), Beck anksiyete ölçeği (t=3.596 df=137 p<0.001) düzeyleri anlamlı yüksek, SF-36'nın fiziksel sorunlara

bağlı rol kısıtlılığı ($t=-2.01$ $df=137$ $p=0.047$), ağrı ($t=-1.94$ $df=137$ $p=0.054$), sosyal fonksiyon sonuçları ($t=-3.29$ $df=137$ $p=0.001$) ise anlamlı düşüklük gösterdi.

Aylık Gelir Düzeyi

Hasta grubunda aylık gelir düzeyi düşük olanların Beck depresyon ölçeğinde ($r=-0.143$ $p=0.003$), Beck anksiyete ölçeği ($r=-0.112$ $p=0.019$) değerleri anlamlı yükseklik gösterirken, ÇBASDÖ'de aile alt boyutunda ($r=0.164$ $p=0.001$) düşük değerler

gözlemlendi. SF-36'da ise fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı ($r=0.111$ $p=0.034$), ağrı ($r=0.106$ $p=0.030$), sosyal fonksiyon ($r=0.172$ $p=0.001$) ve mental sağlık ($r=0.122$ $p=0.013$) boyutlarında gelir düzeyi düşük olanların değerlerinde anlamlı düşüklükler saptandı.

Nöbet Tipi

Nöbet tipleri parsiyel ve jeneralize olarak iki gruba ayrılarak yapılan istatistiklerde; anlamlı bir sonuç gözlenmedi. An-

Tablo 2. Hasta ve kontrol gruplarının klinik parametreler ve Beck Depresyon, Beck Anksiyete, ÇBASDÖ^a ve SF-36^b yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılması

Ölçekler	Hasta	Kontrol	t	df	P (χ^2)
	Ortalama Standart Sapma	Ortalama Standart Sapma			
Beck depresyon*	14.89±10.29	9.81±7.27	4.79	280	0.000
Beck anksiyete*	17.35±12.70	10.81±8.20	5.15	280	0.000
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği					
Aile 21.53±7.7	20.82±6.90	0.84	280	0.401	
Arkadaş	16.63±9.06	18.44±7.13	-1.86	280	0.063
Özel bir kişi	16.43±8.31	17.01±8.50	-0.58	280	0.561
SF-36					
Fiziksel fonksiyon**	77.6 ±22.00	82.34±16.64	-2.00	280	0.046
Fiziksel sağlığa bağlı rol kısıtlaması**	65.47±36.04	75.63±22.67	-2.84	280	0.005
Ağrı 67.17±26.57	71.30±23.71	-1.38	280	0.169	
Sosyal fonksiyon**	74.20±26.83	80.67±21.06	-2.25	280	0.025
Genel sağlık anlayışı**	55.3±14.24	60.49±14.85	-2.97	280	0.003
Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlaması*	67.19±36.98	83.83±20.34	-4.69	280	0.000
Enerji**	52.16±18.91	57.35±16.09	-2.48	280	0.014
Mental sağlık**	51.78±15.45	56.23±11.07	-2.77	280	0.006

* $p < 0.001$, ** $p < 0.05$

^aÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, ^bSF-36: Kısa form 36 sağlık ölçeği

Tablo 3. Epilepsi kliniği ve tedavisi ile ilgili parametrelerin, Beck Depresyon, Beck Anksiyete, ÇBASDÖ^a ve SF-36^b üzerinde anlamlı bulunan sonuçları (n=139)

	Beta	t	p	Anlamlılık Boyutu
Çalışma durumu	-.29	-3.56	0.001	Beck Anksiyete
	.26	3.04	0.003	Sosyal fonksiyon
Epilepsi tipi	.24	2.20	0.030	Mental Sağlık
	-2.23	-2.13	0.03	Fiziksel sağlığa bağlı rol kısıtlaması
Nöbet sıklığı	.34	4.08	<0.001	Beck Anksiyete
	.44	5.23	<0.001	Beck Depresyon
	-.38	-4.45	<0.001	Mental sağlık
	-.31	-3.41	0.001	Genel sağlık
	-.22	-2.38	0.01	Enerji
	-.24	-2.76	0.007	Sosyal fonksiyon
	-.25	-2.85	0.005	Fiziksel sağlığa bağlı rol kısıtlaması
	-.25	-2.81	0.006	Ağrı
	Nöbet zamanı	.28	2.47	0.01
.26		2.24	0.02	Arkadaş desteği
.28		2.44	0.01	Fiziksel fonksiyon
.27		2.35	0.02	Enerji
.35		3.19	0.002	Fiziksel sağlığa bağlı rol kısıtlaması
İlaç sayısı	-.22	-2.34	0.02	Mental sağlık
	-.25	-2.40	0.01	Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlaması
	-.24	-2.51	0.01	Ağrı

^a ÇBASDÖ: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, ^b SF-36: Kısa form 36 sağlık ölçeği

çak 4 gruba ayırarak yapılan değerlendirmelerde kompleks parsiyel sekonder jeneralize olan grupta en yüksek Beck depresyon ($p<0.001$) ve Beck anksiyete ($p=0.045$) ölçek değerleri gözlenirken aynı grupta ÇBASDÖ'de aile boyutunda en düşük ($p=0.047$) değerler gözlemlendi. SF-36 testinde ise genel sağlık ve sosyal fonksiyon dışında tüm alt boyutlarda ($p<0.001$) kompleks parsiyel sekonder jeneralize olanlarda anlamlı düşüklük saptandı.

Nöbet Sıklığı

Nöbet sıklığına göre, ayda ≥ 1 nöbet geçirenlerde Beck depresyon ($p<0.001$), ve Beck anksiyete ($p<0.001$) değerleri yüksek bulundu. ÇBASDÖ'de ise anlamlı fark gözlenmedi. SF-36'da ise ayda ≥ 1 nöbet geçirenlerde fiziksel fonksiyon ($p=0.013$), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı ($p=0.002$), ağrı ($p=0.001$), genel sağlık ($p=0.008$), enerji ($p=0.021$), sosyal fonksiyon ($p<0.001$) ve mental sağlık ($p<0.001$) değerleri düşük bulundu.

Nöbet Zamanı

Hem gece hem gündüz nöbet geçirenlerde, ÇBASDÖ'de arkadaş alt boyutunda yükseklik ($p=0.024$), SF-36'da ise sadece mental sağlık hem gece hem gündüz nöbet geçirenlerde anlamlı düşüklük gösterdi ($p=0.007$).

Antiepileptik İlaç Sayısı

İlaç kullanım sayısına göre yapılan istatistiklerde iki ve daha fazla ilaç kullananlarda ÇBASDÖ'de arkadaş alt boyutunda yüksek ($t=-2.33$ $df=137$ $p=0.021$), SF-36'da ise fiziksel fonksiyonlar ($t=2.06$ $df=137$ $p=0.041$), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı ($t=2.70$ $df=137$ $p=0.008$), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlaması ($t=2.90$ $df=137$, $p=0.039$), ağrı ($t=3.11$ $df=137$, $p=0.002$), sosyal fonksiyon ($t=2.21$ $df=137$, $p=0.029$) ve mental sağlık düşük ($t=2.67$ $df=137$, $p=0.009$) değerler gösterdi.

Epilepsi Verilerinin Ölçeklerle İlişkisinin

Regresyon Analizi Sonuçları

Regresyon analiz sonuçlarına göre (tablo 3) herhangi bir işte çalışmama durumu, anksiyete ve yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon yetersizliğinin yordayıcısı olarak gözlenmiştir. Kompleks parsiyel sekonder jeneralize epilepsi tipi, mental sağlık ve fiziksel sağlığa bağlı rol kısıtlılığının yordayıcısıdır. Sık nöbet geçirmek, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin 6 alt boyutunun yordayıcısıdır. Gece ve gündüz nöbet geçirmek, ÇBASDÖ de aile ve arkadaş desteğinin yordayıcısı iken yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlığa bağlı rol kısıtlaması ve enerji boyutlarının yordayıcısıdır. Çoklu ilaç kullanımı ise emosyonel sorunlar ve mental sağlığa bağlı rol kısıtlamasının ve ağrının yordayıcısı olarak tespit edilmiştir.

Korelasyon sonuçlarında ise Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği skorları ile SF-36'nın tüm 8 alt boyutu skorları arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0.001$).

Tartışma

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesi tanımı "Kişinin kendi durumunu, kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak kabul görmektedir (22). Son yıllarda epilepsi tedavisinin ana hedefi nöbet kontrolü sağlamanın yanı sıra hastanın yaşam kalitesini de yükseltmeyi amaçlamaktadır. Nöbet sıklığı ve AEİ

yan etkileri yaşam kalitesini etkileyen temel faktörler olarak bildirilmektedir (23,24). Benzer şekilde bu çalışmanın sonuçlarında da hasta grubunda çoklu ilaç kullanımı ve sık nöbet (ayda > 1 nöbet) geçirmek yaşam kalitesi alt boyutlarını en fazla etkileyen parametreler olarak gözlenmiştir. Özellikle fiziksel duruma bağlı rol kısıtlılığı ve mental sağlık her ikisinde de anlamlı düzeyde etkilenmektedir.

Epilepsi tanısı alan kişiler başta nöbet geçirme korkusu olmak üzere pek çok psikososyal sorun yaşayabilmektedir (25). Türkiye'de yapılmış yeni bir çalışmanın verilerinde nöbet sıklığı, depresyon varlığı ve halsizlik epilepsi hastalarında yaşam kalitesini en fazla etkileyen faktörler olarak saptanmıştır (26). Hastaların üniversite eğitimi oranı (%14.4) da Şenol ve ark. çalışması (%15.5) ile uyumlu bulunmuştur (26). Ancak hastaların eğitimleri olsa dahi araç kullanamamaları iş bulmalarını zorlaştıran bir faktördür. Bu çalışmada saptanan %85'lik çalışmama oranı içerisinde ev hanımları da yer aldığından bu oran yüksek bulunmuştur. Hastalarımızın evlenme oranlarının (%54), batılı ülkelere kıyasla daha yüksek düzeyde olduğu gözlenmiştir (27). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1956 yılına kadar 17 eyalette epilepsi hastalarının evlenmelerinin yasak olması oldukça dikkat çekicidir (28). Son yıllarda batı ülkelerinde yapılan sosyal çalışmalar epilepsiye karşı olan tutumun giderek düzelmesini sağlamakla birlikte (29,30) damgalanma tarih boyunca belki de en fazla epilepsi hastalığı ile eşleşmiş bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple aileler ve hastalar hastalıklarını saklama eğiliminde olmaktadır. Öyle ki hastalar için epilepsi hastası olarak etiketlenmek nöbet geçirmekten daha kötü bir şey olarak kabul edilmektedir (31).

Hasta grubunun arkadaş desteğinin anlamlı olarak düşük bulunması epilepsi hastalarının arkadaşlarının yanında nöbet geçirme korkularından dolayı arkadaşlık ilişkilerinin normal popülasyona oranla daha yetersiz kaldığı şeklinde yorumlanabilir. Özel bir kişi alt boyutunda anlamlı bir sonuç gözlenmemiştir. Ancak test sırasında "özel bir kişi" ifadesinin tam anlaşılmadığı dikkatimizi çekmiştir. Evli grubundakiler eşlerini "özel bir kişi" konumunda değerlendirdiklerinden test sonuçlarının değerlendirilmesinde sıkıntı yaratmıştır. Bu noktanın belki test öncesi daha net açıklanması (ör: komşunuz, akrabanız gibi) gerekirdi diye düşünmekteyiz.

Hastaların yaşam kalitesini ölçmek için bugüne kadar birçok farklı ölçek kullanılmıştır. Epilepsi hastalarında SF-36 ile yapılmış yaşam kalitesi çalışmasına ve ÇBASDÖ'ye Türk Tıp Dizininde rastlanmamıştır. Bu çalışmada epilepsi hastalarında SF-36 testini "ağrı" alt boyutu dışında tümünde kontrol grubuna göre anlamlı farklılık saptanmıştır. Açıkça görülmektedir ki; epilepsi hastalığı kişilerin yaşam kalitelerini düşüren bir hastalıktır. Özellikle nöbet sıklığı ve çoklu AEİ kullanımının bu durumdan sorumlu olduğu söylenebilir. Kompleks parsiyel sekonder jeneralize nöbet geçirenlerin diğer nöbet tiplerine göre yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve aile desteği yönünden daha kötü durumda oldukları gözlenmiştir. Aynı şekilde epilepsi hastalarının nöbet tipini yaşam kalitesi, depresyon ile ilişkili bulan (29) ve bulmayan çalışmalar (32) vardır.

Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçek sonuçlarının da hasta grubunda daha yüksek bulunması epilepsi hastalarının depresif ve anksiyöz belirtiler yaşadığına işaret etmektedir. Depresyona eğilim olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir (33). Anksiyete bozukluğunun da sıklıkla gözlemlendiği bildirilmiştir (29,34,35). Yaşam kalitesi çalışmalarında, özellikle depresyonlu hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür (36). Hasta grubunda özellikle çalışmayanlarda, bekarlarda, gelir düzeyi, eğitim düzeyi düşük olanlarda ve nöbet kontrolü sağlanamayanlarda depresyon ve anksiyete değerleri daha yüksek bulunmuştur. İstatistiksel inceleme sonuçlarında depresyon ve anksiyete değerleri yüksek olanların, yaşam kalitesi ve ÇBASDÖ'nin tüm alt boyutlarının anlamlı derecede negatif yönde etkilendiği görülmektedir.

İlginc sonuçlardan birisi de hasta grubunun gelir düzeyinin kontrol grubundan daha yüksek olmasıdır. Ancak bu gelir farkına rağmen yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete düzeylerinin kontrol grubundan kötü olması maddi durumun sanıldığı kadar etkili olmadığını düşündürülebilir. Gelir düzeyi ile sağlık hizmetlerine ulaşmak, ilaç satın alabilmek ilişkili olduğundan gelir düzeyi düşük olanların aile desteğini daha az algılamaları beklenen bir sonuçtur. 2007 istatistik verilerine göre kentlerdeki yoksulluk oranı %10.61 olmaktadırken bizim epilepsi grubumuzda bu oran 12.94 bulundu. Hastanemizde takip edilen hastaların önemli bir kısmının il merkezi dışından geliyor olması bu oranı açıklayıcı olabilir.

Epilepsi hastalarının yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyen faktörler Gilliam ve ark. tarafından; aile desteği, sosyal destek, inanç, hobiler, güvenlik, bir işte çalışmak, bağımsızlık, nöbet kontrolü, diğer insanlara yardım etmek olarak sıralanmıştır (37). Bu çalışmada ise evli olmak, bir işte çalışmak, tekli ilaç kullanmak ve nöbetlerin kontrol altında olması olumlu faktörler olarak sayılabilir.

Hasta grubu SF-36 ortalama değerlerimiz daha önce yapılmış olan Türkiye çalışmasındaki aynı alt boyutlardaki değerlerden daha yüksek bulunmuştur. Ancak değerlerimiz diğer ABD, Norveç ve Kore çalışmalarındaki değerlerden daha düşüktür (32,38,39).

Sonuç

Doktorların klinik takibinde daha çok nöbet sıklığı ve ilaç yan etkileri üzerinde durulmaktadır. Oysa hasta tarafından bakıldığında epilepsi sebebiyle hayatını etkileyen birçok farklı faktör söz konusudur. Epilepsi hastalarının yaşam kalitelerinin ölçülmesi hem hastalığı daha iyi tanımamıza yardım edecek hem de tedavi yanıtlarını daha iyi değerlendirilmesini sağlayacaktır. Bu amaçla hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlere yönelik eğitim programları düzenlenebilir. Kontrollerde belli aralıklarla yaşam kalitesi değerlendirmesi yapmak, birkaç soruyla depresyon ve anksiyete semptomlarının sorgulanması önerilebilir. Depresif ya da anksiyöz hastalar bir psikiyatri uzmanına yönlendirilebilir. Epilepsi hastalarının yaşam kalitesini etkileyen pek çok faktör olmasına rağmen daha az ilaç kullanarak sağlanacak nöbet kontrolü, hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olmasını sağlayabilir.

Kaynaklar

- Jacoby A. Stigma, epilepsy, and quality of life. *Epilepsy Behav* 2002; 3:10-20. [Abstract] / [PDF]
- Jacoby A, Gorry J, Gamble C et al. Public knowledge, private grief: a pilot study of public attitudes to epilepsy in the United Kingdom and implications for stigma. *Epilepsia* 2004; 45:1405-15. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Demirci S, Donmez CM, Gundogar D et al. Public awareness of, attitudes toward, and understanding of epilepsy in Isparta, Turkey. *Epilepsy Beh* 2007; 11:427-33. [Abstract] / [PDF]
- Hirfanoglu T, Serdaroglu A, Cansu A et al. Do knowledge of, perception of, and attitudes toward epilepsy affect the quality of life of Turkish children with epilepsy and their parents? *Epilepsy Behav*. 2009; 14:71-7. [Abstract] / [PDF]
- Mollaoğlu M, Durna Z, Eşkazan E. Epilepsili hastaların yaşam kalitesinin QOLIE-89 (Epilepside yaşam kalitesi ölçeği) ile değerlendirilmesi. *Epilepsi* 2001; 7:73-80. [Abstract] / [PDF]
- Özkara C, Ataklı D, Gökcalp PK et al. Psychosocial evaluation of epileptic patients with Washington psychosocial seizure inventory. *Epilepsi* 1999; 5:124-30. [Abstract] / [PDF]
- Au A, Li P, Chan J, Lui C et al. Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2002; 3:350-7. [Abstract] / [PDF]
- Harden CL, Maroof DA, Nikolov B et al. The effect of seizure severity on quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2007; 11:208-11. [Abstract] / [PDF]
- Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978; 87:49-74. [Abstract] / [PDF]
- Hermann BP, Trenery MR, Colligan RC. Learned helplessness, attributional style and depression in epilepsy. *Epilepsia* 1996; 37:680-6. [Abstract]
- Coleman JC, Hendry LB. The nature of adolescence 1999; 3rd ed. London, Routledge, p:80.
- Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30:389-99. [Abstract] / [PDF]
- http://www.tuik.gov.tr/AltKategori.do?ust_id=7 [Abstract]
- Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
- Ulusoy M. (1993) Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83. [Abstract]
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve tedavi 1999; 12:102-6.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1988; 52:30-41. [Abstract] / [PDF]
- Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:17-25. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Çakır Y, Palabıykoğlu R. Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlilik Ve Geçerlik Çalışması. *Kriz* 1997; 5:15-24. [PDF]
- The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-85. [Abstract] / [PDF]

23. Salgado PC, Souza EA. Quality of life in epilepsy and perception of seizure control. *Arg Neuropsiquiatr* 2001; 59:537-40. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
24. Birbeck GL, Ron D, Hays RD et al. Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy. *Epilepsia* 2002; 43:535-8. [Abstract] / [PDF]
25. Oto R, Apak İ, Arslan S ve ark. Epilepsinin psikososyal etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004; 4:210-4. [Abstract] / [PDF]
26. Senol V, Soyuer F, Arman F. Erciyes Üniversitesi Nöroloji Polikliniğine Başvuran Yetişkin Epilepsi Hastalarının Sosyo-Demografik, Klinik Özellikleri ve Depresyonla İlişkisi. *Türk Nörol Derg* 2007; 13:259-66. [Abstract] / [Full Text]
27. Arnston P, Drodge D, Norton R et al. The perceived psychosocial consequences of having epilepsy. In: S. Whitman and B. Hermann (eds.). *Psychopathology in Epilepsy: Social Dimensions*, Open Universty Pres. Buchingham, 1986, pp. 144 -61.
28. de Boer HM, Mula M, Sander JW. The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2008; 12:540-6. [Abstract] / [PDF]
29. Jacoby A, Baker GA, Sten N et al. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a UK community study. *Epilepsia* 1996; 37:148-61. [Abstract] / [PDF]
30. Jensen R, Dam M. Public attitudes toward epilepsy in Denmark. *Epilepsia* 1992; 33:459-63. [Abstract] / [PDF]
31. Conrad P, Schneider JW. *Deviance and medicalization from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Pres; 1992.
32. Choi-Kwon S, Chung C, Kim H et al. Factors affecting the quality of life in patients with epilepsy in Seoul, South Korea. *Acta Neurol Scand.* 2003; 108:428-34. [Abstract] / [PDF]
33. Lambert MV, Robertson MM. Depression in epilepsy: etiology, phenomenology, and treatment. *Epilepsia* 1999, 40(Suppl 10):21-47. [Abstract] / [PDF]
34. Kimiskidis VK, Triantafyllou NI, Kararizou E et al. Depression and anxiety in epilepsy: the association with demographic and seizure-related variables. *Ann Gen Psychiatry.* 2007; 30:6:28. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
35. Altındağ A, Taşdemir N, Özen Ş ve ark. Epilepsi hastalarında psikiyatrik belirti dağılımı. *Dicle Tıp Dergisi*, 2001; 28:1-6. [PDF]
36. Russo J, Roy-Byrne P, Reeder D et al. Longitudinal assessment of quality of life in acute psychiatric in patients: reliability and validity. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:166-75. [Abstract] / [PDF]
37. Gilliam F, Kuzniecky R, Faught E et al. Patient-validated content of epilepsy-specific quality-of-life measurement. *Epilepsia* 1997; 38: 233-6. [Abstract] / [PDF]
38. Devinsky O, Vickrey BG, Cramer J et al. Development of the quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia* 1995; 36:1089-104. [Abstract] / [PDF]
39. Stavem K, Bjornaes H, Lossius MI. Reliability and validity of a Norwegian version of the quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-89). *Epilepsia* 2000; 41:91-7. [Abstract] / [PDF]