

GİRİŞ

Prevalansı %0,5-1,0 arasında değişen epilepsi, yaşam süresinin büyük bir bölümünü etkileyen, yarattığı primer etkilerin yanı sıra ilaçlara bağlı gelişen yan etkiler nedeniyle, bireyin fiziksel, emosyonel, entelektüel ve sosyal yaşamında ciddi sınırlılıklara neden olan, yaşam kalitesini düşüren, bakım ve tedavi giderleri, iş gücü ve sağlık kaybı gibi nedenlerle aile ve ülkeler üzerinde ciddi yük oluşturan önemli bir halk sağlığı sorunudur.^{2,3,4}

Eski çağlardan beri bilinen ve iki yönlü direkt bir ilişki özelliği gösteren epilepsi depresyon ilişkisi, günümüzde de devam etmekte ve depresyon, epilepsiye en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklardan biri olarak gösterilmektedir.^{5,6,7,8} Yaşam boyu depresyon görülüş sıklığı genel popülasyon üzerinde yapılan çalışmalarda %6-30 arasında seyrederken, üniversite hastaneleri tarafından izlenen hastalarda bu oran %50'ye kadar yükselmektedir.^{9,10} Epilepsi hastalarında depresyon normal popülasyona göre 4-5 kat daha fazla görülmektedir.^{11,12}

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Araştırma 2004-2005 Ekim ayları arasında Erciyes Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran 102 epilepsili yetişkin bireye yüz yüze anket uygulanarak yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından hazırlanan "Epilepsili Bireye Yönelik Görüşme Formu" ve "Türk hastalar için geçerlik ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılan Beck Depresyon Envanteri (BDI)" kullanılmıştır. Envanterde 0-17 puan depresyon yok-hafif, 18-24 puan orta derece depresyon, 25-63 puan majör depresyon olarak değerlendirilmiştir.¹ Araştırma verileri SPSS 11.5 for Windows Programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizde kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde ki kare, ölçek puanları bakımından iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında *student t* testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Tek Yönlü

Varyans Analizi (ANOVA), kullanılmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Olguların %53,4'ü Kayseri il merkezi, %20,4'ü komşu illerden başvurulardı. Yaş ortalaması $34,3 \pm 12,6$ olan olguların yarıdan fazlası 17-34 yaş grubunda, erkek ve evli idi. Okur-yazar olmayanların oranı %10,0 düzeyinde olup, %37,0'ı ilkokul, %15,5'i üniversite mezunu idi. Asgari ücretin altında aylık gelire sahip kişi oranı %53,4'tü. Olguların %58,3'ü emekli sandığı mensubu olup, %66,0'ı gelir getiren bir işte çalışmıyordu. Ortalama hane halkı büyüklüğü 4,4 kişi idi (Tablo 1).

Tablo 1. Epilepsi olgularının sosyo-demografik ve ekonomik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	49	47,6
Erkek	54	52,4
Yaş grupları (Ort.±S. sapma) $34,3 \pm 12,6$		
17-34	59	57,8
35-65	43	42,2
Medeni durum		
Bekâr	47	45,6
Evli	51	49,5
Dul (ayrılmış, eşi ölmüş)	5	4,9
Eğitim düzeyi		
OYD	10	9,7
İlkokul mezunu	38	36,9
Ortaokul ve Lise mezunu	39	37,9
Üniversite mezunu	16	15,5
Mesleki statü		
İşçi, memur, emekli	35	34,0
Ev hanımı, öğrenci, işsiz	68	66,0
Aylık gelir durumu		
≤489 YTL	55	53,4
490-1300 YTL	48	46,6
Sosyal güvence durumu		
Yok	7	6,8
Emekli Sandığı	60	58,3
SSK	20	19,4
Bağ-Kur, Yeşilkart	16	15,5

Nöbet başlangıç yaşı ortalaması $21,4 \pm 14,6$ olup, en küçük yaş 0, en büyük yaş 60 idi. 4 kişi doğumundan hemen sonra epilepsi nöbeti geçirdiğini ifade etmiştir. Olguların %66,0'ında nöbetlerin 25 yaşın altında başladığı, hastalık süresi ortalamasının $12,6 \pm 9,3$ yıl olup, en yeni olgunun 1,

en eski olgunun 40 yıllık olduğu gözlemlendi. Hastalık süresi 10 yılın altında olan olgu oranı %47,6 iken, 10 yılın üzerinde olduğu olgu oranı %52,4 idi. ILAE sınıflandırmasına göre olguların %54,4'ünün parsiyel, %45,6'sının generalize tonik-klonik tipte nöbet geçirdiği saptandı. Olguların %36,0'ı son bir yıl içinde ayda ≥ 1 nöbet geçirmiş olup, hiç nöbet geçirmeyenlerin oranı ise %32,0 idi (Tablo 2). Nöbet geçireceğini önceden anlayan olgu oranı %59,2 olup, bu kişilerin %53,4'ü hemen kendini güvenli bir ortama/pozisyona aldığını ifade etti. Olası etiyolojik faktörler arasında kafa travması (%49,5), paraziter enfestasyonlar (%33,0), febril konvülsiyon (%29,1) ve ailevi yatkınlık (%25,7) öyküsü bulunuyordu. Stres, uykusuzluk ve yorgunluk, nöbetleri tetikleyen en önemli faktörler olarak tanımlandı. Olguların %33,0'ının zararlı alışkanlığı mevcut olup, %23,3'ü sigara, %9,7'si alkol kullanıyordu.

Tablo 2. Epilepsi olgularının klinik özellikleri

Klinik özellikler	Sayı	%
Epilepsi başlangıç yaşı (yıl) (Ort.±S. sapma) $21,4 \pm 14,6$		
Doğumdan hemen sonra	6	5,8
1-14	31	30,1
15-24	32	31,1
25-34	14	13,6
≥35	20	19,4
Hastalık süresi (yıl) (Ort.±S. sapma) $12,6 \pm 9,3$		
1-9	49	47,6
10-40	54	52,4
Nöbet tipi		
Parsiyel	56	54,4
Generalize (tonik-klonik)	47	45,6
Son bir yılda nöbet sıklığı		
Nöbet geçirmemiş	33	32,0
Ayda >1	33	32,0
Ayda ≥1	37	36,0
Nöbet zamanı		
Uyku sırasında	16	15,5
Uyanıkken	44	42,7
Uyku sırasında ve uyanıkken	43	41,7

Olguların %89,2'si ilaçlarını düzenli olarak alıyor, %77,7'si kontrollerini düzenli yaptırıyordu. Nöbetleri takiben yaşanan en önemli komplikasyonlar yorgunluk (%53,6), unutkanlık (%25,6), idrar inkontinansı (%13,6) idi. İlaç yan etkisi yaşayan olgu oranı %94,2 olup, başlıca yan etkiler sinirlilik (%47,6), baş ağrısı (%44,7), yorgunluk (%42,7), dikkat ve konsantrasyon güçlüğü (%38,8) idi. Olguların %42,7'si iş hayatının, %31,1'i okul

hayatının olumsuz etkilendiğini ve bu kişilerin %4,9'u okulunu, %7,8'i ise işini bırakmak durumunda kaldığını ifade etti. Evli olanların %10,1'i şiddetli geçimsizlik yaşadığını, %3,0'ı eşinden ayrıldığını, %45,1'i ise evlilik için tercih edilmediğini belirtti. Olguların %80,6'sı hastalığını başkalarının bildiğini, %71,8'i iyileşeceğine inandığını, %49,5'i epilepsi nedeniyle yapamadığı ve içinde uhde olarak kalan (araba kullanmak, toplum içinde yalnız dolaşabilmek, bir iş bulup çalışabilmek, evlenmek, çocuk sahibi olmak gibi) bazı özlemleri olduğunu ifade etti.

Çalışmada depresyon prevalansı %29,4 bulunmuştur. Bu olguların %13,7'si orta, %15,7'si majör depresyon bozukluğudur.

Olguların demografik ve klinik özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları incelendiğinde; ilkokul mezunu ve son yıl içinde ayda bir ve daha fazla nöbet geçiren, ilaçlarını düzenli kullanmayan olgularda depresyon puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksekti ($P<0.05$). Kadınlarda, bekârlarda, aylık gelir düzeyi düşük, nöbetleri 20 yaşın altında başlayan ve hastalık süresi 10 yıl ve üzerinde olan eski olgularda, uyanıkken nöbet geçirenlerde, depresyon puan ortalamaları daha yüksekti, ancak aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 3).

Tablo 3. Epilepsi olgularının sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları

Sosyo-demografik ve klinik özellikler	Depresyon puan ortalamaları (Ort.±S. sapma)	İstatistiksel değerlendirme
Yaş (<20 yaş)	16,32±11,18	t=1,98 P>0,05
Cinsiyet (Kadın)	15,91±10,63	t=1,21 p>0,05
Öğrenim düzeyi (ilkokul mezunu)	19,28±12,49	F=4,83 p<0,01
Medeniyet (Bekâr-dul)	15,72±10,42	t=1,11 p>0,05
Aylık gelir düzeyi (≤489 YTL)	16,29±11,76	t=1,74 p>0,05
Epilepsi başlangıç yaşı (<20 yaş)	15,50±10,84	t=1,06 p>0,05
Hastalık süresi (≥10 yıl)	15,44±11,44	t=0,99 p>0,05
Ayda ≥1 nöbet geçirme	18,30±12,12	F=3,47 p<0,05
Nöbet zamanı (Uyanıkken)	15,34±12,16	F=0,38 p>0,05
Düzensiz ilaç kullanma	22,36±15,23	t=2,55 P<0,05

Majör depresyon oranı yaş ortalaması küçük, evli, aylık geliri ve öğrenim düzeyi düşük olanlarda ve

erkeklerde daha yüksek bulundu. Diğer taraftan, halen gelir getiren bir işte çalışan olgularda majör depresyon oranı daha düşüktü (Tablo 4).

Tablo 4. Epilepsi olgularının bazı sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları ve yüzde değerleri

Sosyo-demografik ve klinik özellikler	Depresyon derecesi			İstatistiksel değerlendirme	
	Yok-Hafif depresyon (0-17 Puan) (n=72)	Orta derece depresyon (18-24 Puan) (n=14)	Ağır derece depresyon (25-63 Puan) (n=16)	X ²	p
Yaş ortalaması (Ort.±S. sapma)	34,8±12,1	34,3±15,3	32,4±13,3		
Cinsiyet					
Kadın (n:48)	62,5	20,8	16,7	4,23	0,120
Erkek (n:54)	77,8	7,4	14,8		
Medeni durum					
Bekâr (n:51)	54,2	31,3	14,6	1,21	0,545
Evli (n:51)	62,7	21,6	15,7		
Öğrenim düzeyi					
İlkokul altı (n:10)	80,0	0,0	20,0	12,68	0,013
İlkokul mez.(n:38)	52,6	18,4	28,9		
İlkokul üzeri (54)	81,5	13,0	5,6		
Gelir getiren bir işi olanlar (n:34)*	76,5	14,7	8,8	3,63	0,163
Gelir getiren bir işi olmayanlar (n:68)**	51,5	29,4	19,1		
Aylık gelir düzeyi					
0-488 YTL. (n: 54)	70,4	13,0	16,7	0,120	0,942
489-1300 YTL (n: 48)	70,8	14,6	14,6		

* İşçi, memur, emekli, esnaf

** Ev kadını, öğrenci, işsiz

Çalışmada nöbetleri erken yaşlarda başlayan, generalize tonik-klonik tip nöbet geçiren, 10 yıl ve daha uzun süredir hasta olanla, uyanıkken, ayda 1 ve daha fazla nöbet yaşayan, çoklu ilaç tedavisi alan ve ilaçlarını düzenli kullanmayanlarda majör depresyon bozukluğu gösterenlerin oranı daha yüksekti.

TARTIŞMA

Cinsiyet

Çalışmamızda erkek olguların oranı daha fazladır. Aziz'in Pakistan ve Türkiye'de yaptığı karşılaştırmalı bir çalışmada, Türk erkeklerinde epilepsi marjinal olarak kadınlardan daha fazla bulunmuştur.¹³ Mollaoğlu'nun¹⁴ yaptığı çalışmada, erkek epilepsi olgularının oranı %54,4 olarak saptanmıştır. Diğer bazı çalışmalarda olguların yarısından fazlasını (%55-68) kadınlar oluşturmuştur.^{15,16,17,18}

Tablo 5. Epilepsi olgularının bazı klinik özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları ve yüzde değerleri

Klinik özellikler	Depresyon derecesi		
	Yok-Hafif depresyon (0-17 Puan) (n=72)	Orta derece depresyon (18-24 Puan) (n=14)	Ağır derece depresyon (25-63 Puan) (n=16)
Nöbet tipi			
Parsiyel (n=55)	69,1	18,2	12,7
Generalize (n=47)	72,3	8,5	19,1
İstatistiksel değerlendirme	$X^2=2,43$, $P=0,297$		
Nöbet başlangıç yaşı (Ort.±S. sapma)			
0-19 (n=59)	22,0±15,1	22,5±12,8	17,4±14,3
≥20 (n=43)	69,5	13,6	16,9
İstatistiksel değerlendirme	$X^2=0,169$, $P=0,928$		
Hastalık süresi (Ort.±S. sapma)			
1-9 yıl (n=48)	12,6±9,5	10,1±8,5	15,2±9,0
10-39 yıl (n= 54)	72,9	16,7	10,4
İstatistiksel değerlendirme	$X^2=2,24$, $P=0,325$		
Son bir yılda nöbet sıklığı			
Hiç geçirmemiş (n=33)	72,7	15,2	12,1
Ayda <1 (n=33)	78,8	9,1	12,1
Ayda ≥1 (n=36)	61,1	16,7	22,2
İstatistiksel değerlendirme	$X^2=3,10$, $P=0,541$		
Nöbet zamanı			
Uykuda (n=43)	68,8	18,8	12,5
Uyanırken (n=43)	69,8	11,6	18,6
Uykuda ve uyanırken (n=16)	72,1	14,0	14,0
İstatistiksel değerlendirme	$X^2=0,879$, $P=0,928$		
Düzenli ilaç kullanımı			
Evet (n=91)	73,6	14,3	12,1
Hayır (n=11)	45,5	9,1	45,5
İstatistiksel değerlendirme	$X^2=8,26$, $P=0,016$		
Tedavi tipi			
Monoterapi (n=72)	69,4	15,3	15,3
Politerapi (n=30)	73,3	10,0	16,7
İstatistiksel değerlendirme	$X^2=0,501$, $P=0,778$		

Görüldüğü gibi, epilepsi olgularının cinsiyete göre dağılımı toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Bu çalışmada, epilepsinin erkeklerde daha fazla görülmesini erkeklerin epilepsiye neden olan çevresel risk faktörlerine daha fazla maruz kalmalarına bağlayabiliriz.

Yaş

Çalışmamızda yaş ortalaması $34,3\pm 12,6$ olan epilepsi olgularının yarıdan fazlası (%59,2) 17-40 yaş grubunda yer almaktadır. Benzeri çalışmalarda da epileptik olguların yaş ortalaması 32 ile 38 yaş arasında saptanmış, epilepsi prevalansı 40 yaşın üstündekilere göre gençlerde daha yüksek bulunmuştur.^{13,14,17-19} Çalışmamızda epilepsi prevalansının gençlerde daha yüksek olması literatür bilgisiyle uyumluluk göstermektedir. Epilepsi

görülme sıklığının yaşla birlikte azalmasını, ülkemizde yaşlı bakımı ve sağlığına verilen önemin yetersizliğine bağlayabiliriz.

Evlilik ve bekârlık durumu

Çalışmamızda olguların %49,5'i evlidir. Evli olanların %93,1'i 41 yaş ve üzerinde iken, bekâr olanların %62,2'si 17-40 yaş grubundadır. Dolayısıyla olguların yaklaşık yarısı evlilik yaşında olmasına rağmen, evlenememe sorunu ile karşı karşıyadır. Mollaoğlu'nun¹⁴ çalışmasında, evli olanların oranı %53,4'tür. Baker ve ark.'nın²⁰ çalışmasında, olguların %57'si bekâr bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda epilepsili bireylerin yaşadıkları en önemli psikososyal problemlerden birinin evlenememe, yalnız kalma ve sosyal izolasyon olduğu bildirilmektedir.^{21,22} Bu durum toplumda epilepsinin gerçek yönlerinin ve kontrol edilebilirliğinin bilinmemesi, nöbetleri kontrol altına alınabilen olguların yetersiz olması nedeniyle epilepsinin toplumda korkulan bir hastalık olarak algılanmasına ve olumsuz önyargıları desteklemesine bağlı gelişebilir. Sonuçta kronik hastalığı olan kişi evlilik için tercih edilmemekte veya kendisi evlenmemeyi seçmektedir.

Bu çalışmada olguların çoğunluğunun evli olması, olguların çoğunluğunun eski (yaş ortalaması $34,3\pm 12,6$) ve muhtemelen evlendikten sonra ortaya çıkan olgular olmasına bağlanabilir.

Eğitim durumu

Olgularımızın yaklaşık 1/3'ü ilkokul, 1/3'ü ortaokul ve lise mezunudur. Diplomasızların oranı %9,7 iken, üniversite mezunlarının oranı %15,5'dir. Mrabet ve ark.¹⁶ üniversite mezunu oranının %12,8, Guevera ve ark.¹⁸ %12,7, Mollaoğlu ve ark.¹⁴ %2,3 olarak bulmuşlardır. Olgularımızın eğitim düzeyi, diğer çalışma sonuçlarına göre daha iyi bulunmuştur. Olgularımızın yaklaşık yarısının kontrol edilebilir parsiyel nöbet tipine sahip olması, nöbetlerin vakaların %64,1 gibi büyük bir çoğunluğunda 17 yaş ve üzerinde başlaması, ilaç yan etkilerinin daha çok 25 ve üzeri yaş grubunda (%32) ortaya çıkması,

nöbetlerin akademik başarı düzeyini ciddi düzeyde etkilemediğini düşündürmektedir.

Mesleki statü

Olgularımızın %66,0'ı gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Bu kişilerin %31,2'sini ev kadınları oluşturmaktadır. Epilepsi nöbetleri olguların %35,2'sinin iş hayatını etkilemiş, %6,4'ünün işinden ayrılmasına neden olmuştur. Çalışan olguların %31,2'si memurdur.

Bu çalışmada işsizlik oranı %9,6'dır. Baker ve ark.'nın²⁰ çalışmasında işsizlik oranı %8 bulunmuştur. Bu amaçla yapılan çalışmalarda, depresif epileptik hastaların büyük bir çoğunluğu ya işsizdir ya da eğitimlerini sürdürmede başarısız olmuşlardır.²³ Epilepsi hastalarında depresyon için en güçlü belirleyici işsizliktir.^{24,25}

Mrabet ve ark.'nın¹⁶ çalışmasında epilepsi nedeniyle çalışmayanların oranı %62,0, Djibuti ve ark.'nın¹⁹ çalışmasında %82,6, Mollaoğlu¹⁴ çalışmasında %70,1 olarak saptanmıştır.

Epileptik olgulara toplumun ön yargılı bakışı, toplumsal stigma, işyerlerinde epilepsi ile ilgili yanlış anlayışlar, güvenlikle ilgili kaygılar, epilepsililerin iş yapabilme yeteneklerindeki kayıplar, öğrenme güçlükleri, bilişsel problemler olguları iş bulma, işini devam ettirme ya da işinde sürekli problem yaşama gibi sorunlarla yüz yüze bırakmaktadır.

Dolayısıyla epileptik olgularda işsizlik en önemli psikososyal problemlerden birini oluşturmak-tadır.^{26,27,28} Yapılan çalışmalarda epilepsili bireylerin normal popülasyona göre iki kat daha fazla işsizlik sorunu ile karşılaştıkları saptanmıştır.^{29,30}

Aylık gelir durumu

Olguların %53,4'ü 489 YTL ve altında aylık gelire sahiptir. Mollaoğlu ve ark.'nın¹⁴ çalışmasında da olguların büyük çoğunluğu asgari ücretin altında aylık gelire sahiptir. Gelir düzeyinin düşüklüğü hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını azaltmakta,

bakım ve tedavi giderlerinin karşılanmasını, epilepsinin kontrol altına alınmasını güçleştirmektedir.

Sosyal güvence durumu

Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayan olgu oranı %7 civarındadır. Olguların büyük bir çoğunluğu Emekli Sandığı ve Sosyal Sigortalar Kurumundan yararlanan memur ve işçiler ya da birinci dereceden yakınlarıdır. Sosyal güvence varlığı muayene ve sağlık giderlerinin kurumca karşılanması kolaylığı getirerek, epileptik olgulara sağlık hizmetlerinden yararlanma, düzenli ilaç kullanma ve düzenli kontrollere gitme olanağı sunmaktadır. Böylece olguların nöbet sıklığı ve şiddeti daha kolay kontrol altına alınabilmektedir.

Depresyon ve sosyo-demografik özellikler

Çalışmamızda depresyon prevalansı %29,4 olarak saptanmış, bu olguların %13,7'sini orta, %15,7'sini ağır derece depresyon bozuklukları oluşturmuştur.

Majör depresyon oranı nöbetleri erken yaşta (17,4±14,3) başlayan, asgari ücretin altında aylık gelire sahip, ilkökul mezunu, 10 yıldan daha uzun süredir hasta olan ve son bir yılda ayda 1 ve daha fazla, özellikle gündüzleri nöbet geçiren, politerapi alan ve ilaçlarını düzenli kullanmayan olgularda daha yüksek bulunmuştur. Ancak istatistiksel analizde yalnız düzenli ilaç kullanımı ile depresyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05).

Nöbetleri yaşamın ilk yıllarında başlayan olgularda majör depresyon sıklığının daha yüksek bulunması, erken yaşlarda nöbetlere karşı psikososyal uyum yeteneğinin düşük olması ve hastalık süresinin uzunluğuna bağlı gelişen tükenme ve yılgınlığa bağlanabilir. Nitekim Jalava ve ark.'nın³¹ yaptığı çalışmada, nöbetleri erken yaşlarda başlayan olgularda psikososyal uyumun düşük olduğu gösterilmiştir. Major depresyon olgularının ilkökul mezunlarında yüksek, ilkökul üzerinde eğitim alanlarda düşük bulunması; eğitim seviyesinin yükselmesine paralel olarak olguların dogmatik düşüncelerinden uzaklaşıp, hastalık hakkında daha doğru bilgiler edinmeleri, düzenli ilaç kullanımı ve periyodik sağlık kontrolü yaptırma alışkanlığı kazanmalarına bağlı olabilir.

Olguların gelir düzeyi düştükçe depresyon puanları yükselmiştir. Literatürdeki çalışmalarda, epilepsili hastalarda ekonomik düzey düşüklüğü depresyon için önemli bir risk faktörü olarak gösterilmiştir.^{31,32} Epileptik olgular arasında sık yaşanan uygun iş bulamama, işsizlik ve ekonomik sıkıntılar depresyonun ortaya çıkmasında belirleyici faktörleri oluşturmuştur.³³ Depresif epileptiklerde mizaç değişiklikleri, genel performans kaybı, bilişsel bozukluklar ve biyolojik ritimdeki değişiklikler, çalışma kapasitesini olumsuz etkileyebilen temel faktörlerdir.²⁴

Depresyon ve nöbet özellikleri

Çalışmada generalize tonik-klonik tip nöbet geçirenlerde, ayda 1 ve daha fazla ve özellikle gündüzleri uyanıkken nöbet geçirenlerde, politerapi alan ve ilaçlarını düzenli kullanmayanlarda depresyon puanlarının daha yüksek bulunması:

Nöbet tipi ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Mollaoğlu ve ark.nın¹⁴ çalışmasında, bu çalışmada olduğu gibi generalize tonik-klonik tipte nöbet geçirenlerde depresyon daha sık görülürken, diğer bazı çalışmalarda kompleks parsiyel tipte nöbet geçirenlerde depresyon daha fazla görülmüştür.^{24,34,35}

Parsiyel nöbet geçiren olguların nöbet anında yaşananların tamamen farkında olması, algılama bozuklukları yaşaması ve nöbet kontrolünün daha zor olması gibi nedenlerle daha fazla psikososyal sorunlar yaşadığı ve depresyona girdiği savunulmaktadır. Diğer yandan generalize nöbetlere bağlı yaşanan kontrol kaybı, yorgunluk, unutkanlık, inkontinanslar ve baş ağrısı gibi yan etkiler bireyi fiziksel ve psikososyal yönden daha fazla travmatize ederek yığınlığa ve tükenmeye sevk etmiş olabilir.

Ayda 1 ve daha fazla görülen nöbetler psikososyal sorunların artmasına ve depresyon puanlarının yükselmesine neden olmuş olabilir. Nitekim literatürde yapılan çalışmalarda nöbet sıklığı ile psikososyal sorunlar arasında anlamlı ilişki saptanmış, nöbet sıklığının artmasıyla birlikte psikososyal sorunların da arttığı, dolayısıyla nöbet sıklığının psikososyal sorunların temel belirleyicilerinden biri olduğu gösterilmiştir.^{33,36}

Nöbetlerin genellikle gündüz vakti uyanıkken geçirilmesi, nöbet zamanına ilişkin yaşanan belirsizlik, diğer insanların önünde nöbet geçirme ve kontrolsüz kalma korkusu ve utanma duygusunun yarattığı etkilere bağlı olarak depresyon puanlarını yükseltmiş olabilir. Buna karşılık, yalnız uykuda iken nöbet geçirenlerde orta derece depresyon oranı daha yüksektir. Çünkü bu hastaların kendi ortamında, daha güvenli bir yerde, diğer insanların görmediği bir zamanda nöbet geçirmeleri sosyal stigma vb. psikososyal sorunların boyutunu en aza indirebilmektedir.

Antiepileptik ilaçlar diğer ilaçlara göre daha fazla psikiyatrik semptomlara neden olan pozitif psikotrop etkilere sahiptir.³⁷ Antiepileptik tedaviye dirençli olgularda tedaviye eklenecek antiepileptik sayısı arttıkça, depresyon dahil ilaç yan etkilerinin intoksikasyon ve ilaç etkileşimlerinin ağırlaştığı bildirilmektedir^{38,39,40}

Bu çalışmada da literatür çalışmalarına benzer şekilde politerapi alan hastalarda majör depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda antiepileptik ilaçları düzenli kullananların depresyon puanları, ilaçlarını düzenli kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Mollaoğlu ve ark.¹⁴ tarafından yapılan ve örneklem grubunun bu çalışma ile benzerlik gösterdiği çalışmada da aynı sonuç elde edilmiştir ve bu durum düzenli ilaç kullanımının nöbet sıklığını azaltması ve hastaların daha az psikososyal sorunlar yaşamaları ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada da olguların benzeri değişkenlerden etkilenmiş olabileceği, dolayısıyla yüksek tedavi uyuncunun depresyon puanlarını düşürmüş olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, hastalık 25 yaşın altında gençlerde daha sık görülmektedir, olguların yarısından fazlasını 10 yıl ve üzerinde eski olgular oluşturmuştur. Etiyolojik faktörler primer bakı ile önlenemez nedenlerdir. Olguların 1/3'ünde iyi nöbet kontrolü sağlanmıştır. Buna rağmen, hastalık uzun dönemde kişilerin evlilik, iş ve

okul hayatını olumsuz etkilemiş; yaklaşık yarısı evlilik yaşında olmasına rağmen evlenememiş, 1/3'ü öğrenim hayatında akademik başarısızlık yaşamış, %5'i işini, %10'u okulunu bırakmıştır. Olguların yaklaşık 1/3'ünde depresyon saptanmış, ilkokul mezunu olanlarda, ayda ≥ 1 nöbet geçirenlerde ve düzenli ilaç kullanmayanlarda depresyon puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Epileptik olgular hakkında toplumsal bilinç ve duyarlılık oluşturularak, hasta ve ailesine bilimsel temelli eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunularak, multidisipliner bir hizmet anlayışı ve uygun ilaç tedavisi ile gelişebilecek nörofizyolojik ve psikososyal etkilenimler en aza indirilebilir ya da istenmeyen yan etkilerden korunabilir.

KAYNAKLAR

1. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7(23):3-13.
2. Perrine KR. A new quality of life inventory for epilepsy patients. *Interim Results*. *Epilepsia*. 1993;34(4):28-33.
3. Patrizia Berto, Quality of life in patients with epilepsy and impact of treatments. *Pharmacoeconomics*. 2002;20(15):1039-59.
4. Eşkazan E. Epilepsi üzerine Avrupa Deklerasyonu. Ed: Eşkazan E, Türk Epilepsi ile Savaş Derneği Yayın Organı; *Epilepsi*. 1999;5:24-9.
5. Andres M, Kanner. Depression in epilepsy: A frequently neglected multifaceted disorder. *Epilepsy & Behavior*. 2003;4(4):11-19.
6. Cornaggia CM, Beghi M, Beghi E. Psychiatric events in epilepsy, *Seizure*. 2007; article in press.
7. Forsgren L, Nystrom L. An incident case referent study of epileptic seizures in adults. *Epilepsy Res*. 1990; 6:66-81.
8. Lewis AM. A historical review. *J. Ment Sci*. 1934; 80:1-42.
9. Kanner AM. Depression in epilepsy: Prevalence, Clinical Semiology, Pathogenic Mechanisms, and Treatment. *Biol Psychiatry*. 2003;54:388-98.
10. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology*. 2004;62:258-61.
11. Hauser W, Kurland L. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota 1935-1967. *Epilepsia*. 1975;16:1-66.
12. Standage K, Fenton G. Psychiatric symptom profiles of patients with epilepsy: A controlled investigation. *Psychol Med*. 1975;5:152-60.
13. Aziz H, Güvener A and et al. Comparative epidemiology of epilepsy in Pakistan and Turkey: Population-based studies using identical protocols. *Epilepsia*. 1997;38:716-22.
14. Mollaoglu M, Durna Z, Eşkazan E, Quality of life of patients with epilepsy: Assessment with the use of quality of life in Epilepsy Inventory-89 (QOLIE-89). *Epilepsia*. 2001;7:73-80.
15. Topalkara K, Akyüz A. and et al. Sivas İl merkezinde tabakalı örneklem yöntemi ile gerçekleştirilen Epilepsi Prevalans Çalışması. *Türk Epilepsi ile Savaş Derneği Yayın Organı; Epilepsi*. 1999;5:24-29.
16. Mrabet H, Mrabet A, Zouari B and Ghachem R. Health-related Quality of Life of People with Epilepsy compared with a general reference population: A Tunisian Study. *Blackwell Publishing Inc.; Epilepsia*. 2004;45(7):838-43.
17. Wiebe S, Matijevic S, Eliasziw M, Derry P.A. Clinically important change in quality of life in epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73:116-20.
18. Guevara IA, Pena E, Corona T, et al. Sleep disturbances, socioeconomic status, and seizure control as main predictors of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2005;7:481-5.
19. Djibuti M, Shakarishvili R. Influence of clinical, demographic, and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74:570-3.
20. Baker GA, Jacoby A, Gorry J. et al. Quality of life of people with epilepsy in Iran, The Gulf, Ande Near East. *Epilepsia*. 2005;46(1):132-140.
21. Baker GA, Jacoby A. and et al. Quality of life of people with epilepsy: A European Study, *Epilepsia*, 1997;8(3):353-362.
22. Meador JM, Research Use of the New Quality of life in Epilepsy Inventory. *Epilepsia*. 1993;34(4):34-8.
23. Devinsky O, Bear DM. Varieties of depression in epilepsy. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1991;4:49-61.
24. Albenia Grabowska-Grzyb, Joanna Jedrzejczak, Ewa Nagan'ska, Urszula Fiszer. Risk factors for depression in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2006; 8:411-7.
25. Harden CL, Goldstein MA. Mood disorders in patients with epilepsy: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2002;16:291-302.
26. Jacoby A, Buck D, Uptake and Costs of care for Epilepsy: Findings from U.K. Regional Study. *Epilepsia*. 1998;39:776-86.
27. Sanders PT, Bare MA and et al. It is not harmful for patients with epilepsy to view their own seizures. *Epilepsia*. 1995;36:1138-41.
28. Vickrey BG, Perrine KR and et al. Quality of Life in Epilepsy (QOLIE) Version 1.0 Scoring Manual and Patient Inventory. Santa Monica.; 1993.
29. Gehlert S. Perceptions of control in Adults with Epilepsy. *Epilepsia*, 1994;35:81-8.
30. Jalava M, Sillanpaa and et al. Social Adjustment and Competence 35 years after onset of childhood Epilepsy; A Prospective Controlled Study *Epilepsia*. 1997;38:708-715.
31. Roth DL, Goode TK. and et al. Physical exercise, stressful life experience and depression in adults with epilepsy. *Epilepsia*. 1994;35:248-55.
32. Becu M, Becu N and et al. Self help epilepsy groups: an evaluation of effect on depression and schizophrenia. *Epilepsia*. 1993;34:841-45.
33. Arık AC. Epilepsi ve depresyon sendromu. *Epilepsi ve klinik nörofizyoloji eki*. 1993;13-14.
34. Dikmen S, Hermann BP, Wilensky AJ, Rainwater G. Validity of MMPI to psychopathology in patients with epilepsy. *J Nerv Men Dis*. 1983;171:114-22.
35. Perini G, Tosin C, Carraro C, et al. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996;61:601-5.
36. Schafer PO and et al. Psychosocial aspects of epilepsy. In Schacter SC, Schomer DL (eds) *Academic pres*. 1997:91-109.
37. McConnell H, Duncan D, Treatment of psychiatric comorbidity in epilepsy. In: McConnell H, Synder P, editors. *Psychiatric comorbidity in epilepsy*. Washington DC: American Psychiatric Pres. 2000:345-62.
38. Fukuchi T, Kanemoto K, Kato M, Ishida S, Yuasa S, Kawasaki J, Suzuki S. Death in epilepsy with special attention to suicide cases. *Epilepsy Res*. 2002;51:233-6.
39. Harden CL. The co-morbidity of depression and epilepsy: Epidemiology, etiology, and treatment. *Neurology*. 2002;59:48-55.
40. Beghi E, Roncolato M, Visona G. Depression and altered quality of life in women with epilepsy of childbearing age. *Epilepsia*. 2004;45:64-70.