

Epileptik Hastalarda Yaşam Kalitesinin Depresyon ve Cinsel İşlev Bozukluğu İle İlişkisi

The Relationship Between Quality of Life, Depression and Sexual Function in Epileptic Patients



Dr. Ayşe YILMAZ

İb Ayşe YILMAZ,¹ İb Aytül MUTLU,² İb Ayşe Özlem ÇOKAR,² İb Rabia Gökçen GÖZÜBATIK ÇELİK,¹ İb Serkan İSLAM,³ İb Enver Demirel YILMAZ,⁴ İb Özge ÜNAL,⁴ İb Feriha ÖZER⁵

¹İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

²İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

³Eklips Psikiyatri ve Psikoterapi Merkezi, İstanbul

⁴Mizmer Bireysel Danışmanlık Merkezi, İstanbul

⁵Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Amaç: Epilepsi nöroloji pratiğinde çocukluk ve ergenlik çağında en sık, ileri yaşta ise beyin damar hastalıklarının ardından ikinci en sık rastlanan hastalıktır. Son dönemlerde epilepsi hastalarında memnuniyeti ve yaşam standartını yükseltmek, hastalığın maliyetini azaltmak amacıyla hastaların yaşam kalitesi önem kazanmış, çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Çalışmamızda epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin tespiti ve etkileyen faktörlerin belirlenip hastaların psikososyal bulguların iyileştirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 18–65 yaş arası en az bir yıldır kompleks parsiyel veya jeneralize tipte epileptik nöbet geçiren ve kesin epilepsi tanısı alan hastalar dahil edildi. Demografik verileri excel formatında not edilerek değerlendirildi; araştırmacılar (psikolog) tarafından tüm hastalara, epilepsi yaşam kalitesi testi Qolie-31, Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği ve cinsiyetlerine göre Arizona cinsel işlev bozukluğu testleri uygulandı.

Bulgular: Kırk beşi kadın toplam 72 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 28.93±10.72 yıl; ortalama tedavi süreleri 8.14±8.40 yıldır. Otuz dört hasta (%47.2) yılda birden fazla nöbet geçirmekteydi. Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği skorları ile QOLIE-31'in nöbete ilişkin kaygılar; toplam yaşam kalitesi, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel durum ve sosyal fonksiyon skorları arasında; ölçek toplam skorları arasında negatif yönde %52.8 düzeyinde ilişki gözlenmiştir (p<0.005). Tüm hastalarda cinsel işlev bozukluğunun yaşam kalitesinin alt skorlarını negatif yönde etkilediği izlendi (p<0.005).

Sonuç: Epilepsi hastaları multidisipliner yaklaşımla ele alınmalıdır; hastaların psikososyal ve cinsel fonksiyon bozukluğu gibi yaşam kalitesini etkileyen faktörler gözönüne alındığında tanı, tedavi ve takiplerinde daha etkili olunabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar sözcükler: Cinsel işlev bozukluğu; depresyon; epilepsi; yaşam kalitesi.

Summary

Objectives: Epilepsy is defined as a chronic neurological disease that results from increased excitability of nerve cells in the brain and requires prolonged or lifelong treatment. Epilepsy is the most common disease seen in neurology practice in childhood and adolescence, and is the second most common disease after cerebrovascular disease in the elderly. In recent years, quality of life for patients with many diseases has gained importance, to increase patient satisfaction and standard of living, but also to reduce costs, and a number of assessment scales have been developed. The aim of this study was to evaluate the quality of life of epilepsy patients and related factors in order to determine the appropriate treatment methods to improve psychosocial findings.

Methods: Patients aged 18 to 65 years who had experienced a complex partial or generalized epileptic seizure in the previous year and had been definitively diagnosed with epilepsy were included in the study. Demographic data were noted and evaluated. The Quality of Life in Epilepsy-31 (QOLIE-31) inventory and the Hamilton Depression Rating Scale were administered to all of the patients, as well as the Arizona Sexual Experience Scale. The statistical analysis was performed using NCSS 2007 and PASS 2008 statistical software (NCSS, LLC, Kaysville, UT, USA).

Results: A total of 72 patients were included in the study; 45 were female. The mean age was 28.93±10.72 years and the mean duration of treatment was 8.14±8.40 years. In all, 34 patients (47.2%) had multiple seizures per year. The Hamilton Depression Rating Scale scores and QOLIE-31 measurement of anxiety related to seizures, total quality of life, emotional well-being, energy/fatigue, cognitive status, and social function were analyzed. There was a negative correlation between the total scores of 52.8% (p<0.005). Sexual dysfunction negatively affected all subscales of quality of life in female patients, while total quality of life subscores were negatively affected in males (p<0.005).

Conclusion: Epilepsy patients and their families should be well informed about the disease and trained extensively about living with seizures beginning at the diagnosis stage. A multidisciplinary approach to treatment that includes the various factors that can affect quality of life will lead to more effective treatment and follow-up.

Keywords: Sexual dysfunction; depression; epilepsy; quality of life.

Geliş (Submitted): 23.07.2018

Kabul (Accepted): 04.03.2019

İletişim (Correspondence): Dr. Rabia Gökçen GÖZÜBATIK ÇELİK
e-posta (e-mail): gokcen3@hotmail.com



Giriş

Epilepsi, uzun süreli ya da yaşam boyu tedavi gerektirebilen ve beyindeki sinir hücrelerinin artmış uyarılabilirliğinden kaynaklanan kronik nörolojik bir hastalıktır. Uluslararası Epilepsi Derneği (ILAE) epilepsi nöbetini beyindeki nöronların aşırı ve eş zamanlı aktivitesine bağlı geçici belirtili ve bulgu olarak; epilepsiyi ise bu durumun nörobiyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçları ile birlikte epileptik nöbetlere neden olabilen bir beyin bozukluğu şeklinde tanımlamıştır.^[1-4]

Epilepsi nöroloji pratiğinde çocukluk ve ergenlik çağında en sık, ileri yaşta ise beyin damar hastalıklarının ardından ikinci en sık rastlanan hastalık olarak bildirilmektedir.^[5] Hayatın ilk yılında epilepsi insidansı yüksektir; çocukluk çağı boyunca azalır ve yetişkin hayatta oldukça sabit bir oranda seyredir. Cinsiyet ve ırklar arasında epilepsi insidansı açısından farklılık bulunmamaktadır. Epilepsi insidansı toplumdaki topluma değişmekle birlikte genellikle yılda 20–50/100.000 olarak bildirilmektedir.^[6]

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (Health Related Quality of Life – HRQOL), Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization – WHO) tarafından 1958 yılında tam bir fiziksel, mental, sosyal iyilik hali olarak tanımlanmıştır.^[7,8]

Son yıllarda epilepsi gibi birçok hastalıkta hem hastanın yaşam kalitesini arttırmak hemde hastalığın neden olduğu maliyeti azaltmak amacıyla hastaların yaşam kalitesi önem kazanmış ve bu amaçla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir.

Birçok çalışma epilepsi hastalarının pek çok psikososyal problemlerle karşılaştığını bunların da sıklıkla depresyon, anksiyete, cinsel işlev bozukluğu ve düşük yaşam kalitesine neden olduğunu bildirmektedir.^[9,10] Araştırmalar epilepsi hastalarında sosyal geri çekilme, düşük güven duygusu, kötü nöbet kontrolü, psikoz, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik güçlüklerin yaşam kalitesini etkilediğini bildirmektedir.^[11] Aktif epilepsisi olanların %17'sinde, nöbetleri remisyonunda olanların ise %4'ünde izlenen depresyonun nöbet sıklığı ile ilişkisi kadar işsizlik, ilaç yan etkileri, kronik sağlık sorunları ile de ilişkisi vardır.^[12]

Değişik çalışmalarda epilepsili hastalarda intihar girişimi ve ölüm oranının genel popülasyona göre 4–25 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. Özellikle, epilepsiye sıklıkla eşlik

eden depresyon intihar riskini en çok artıran ruhsal hastalıklardan biridir.^[13,14]

Cinsel işlev bozuklukları (CİB), cinsel yanıt döngüsünün aşamalarında kişisel haz ve zevki engelleyecek bir şekilde ya da kişinin arzusunda azalma nedeniyle objektif performansında düşüş olarak tanımlanır.^[15] Cinsel işlev bozukluklarının nedenleri fiziksel ve psikolojik olarak ayrılabilirse de çoğu durumda sorun her iki faktörün birlikteliği ile ortaya çıkmaktadır. Günümüzde cinsel işlev bozukluğu ile ilgili en sık kullanılan iki tanımlama WHO'nun 1992'deki ICD-10 kriterleri ve Amerikan Psikiyatri Derneği'nin 1994'de belirlediği DSM-IV kriterleri ile yapılmaktadır.^[16]

Epilepsi ve cinsel işlev bozukluğu üzerine ilk sistematik çalışma Gastout ve Collob tarafından 1954 yılında yapılmıştır. Temporal lop epileptik hastalarda bu sorunun daha çok olduğu bildirilmiş ve üçte iki oranında rapor edilmiştir.^[17,18]

Antiepileptik ilaç kullanan epileptik hastalarda reproduktif hormonal değişiklikler ve cinsel işlev bozukluğu tarif edilmiş ve epilepsinin kendisinin veya ilaçların buna sebep olabileceği düşünülmüştür.^[19] Toone ve ark.nın^[20] yaptığı bir diğer çalışmada erkek epileptik hastaların %57'sinde erektil disfonksiyon bulunurken bu durum kontrol grubunda %18 olarak saptanmıştır.^[21,22]

Çalışmalar epilepsi hastalarında CİB için, nöbet başlangıç yaşı, ergenlik dönemine giriş zamanı, nöbet tipinin cinsel gelişmeyle ilişkili olduğunu ve hastalarda nöbetin erken tedavisi ve düzelmesi ile evlilik/ilişki durumunun ve cinsel aktivitenin olumlu sonuçlanacağı konusunda hem fikir olmuşlardır.^[18]

Amaç

Klinisyenler esas olarak epilepsi hastalarında etiyoloji, tıbbi ve cerrahi tedavi, antiepileptik ilaç yan etkileri ve prognozla ilgilenirler. Tedavide önemli nokta hekimin hedeflediği gibi nöbetin hiç olmaması veya ilaç yan etkilerinin görülmemesi değil hastaların hayal ettikleri yaşamı özgürce sürdürebilmeleridir. Hasta ve yakınları için öncelikli önem taşıyan fiziksel, ruhsal iyilik hali ve sosyal konumlarıdır. Bu nedenle çalışmamızda epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin tespiti ve bununla ilişkili durumların belirlenip uygun tedavi yöntemleri ile hastanın yaşam kalitesinin ve beraberinde bulunan psikososyal bulguların iyileştirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'ne bağlı olarak çalışan Epilepsi Polikliniği'nde takipli 72 epilepsi hastasının 2013–2014 tarihleri arasında değerlendirilmesi ile ileriye yönelik olarak gerçekleştirildi.

Çalışma koşullarını karşılayan gönüllü hastaların yazılı onamları alındı. Görüşmeler interiktal dönemde yapıldı. Kendilerinde psikiyatrik ve cinsel işlev bozukluğu teşhis edilen epilepsi hastalarına gerekli tıbbi yardım önerilerinde bulunuldu. Çalışmaya 18–65 yaş arası en az bir yıldır fokal veya jeneralize tipte epileptik nöbet geçiren ve kesin epilepsi tanısı alan, herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanımı ve psikiyatrik aile öyküsü olmayan, nöbeti tümoral, metabolizma bozukluğu ya da akut enfeksiyon gibi nedenlere doğrudan bağlı olmayan hastalar dahil edildi. Yaşam kalitesini etkileyecek kronisite kazanmış ciddi bir başka tıbbi sorunun ve/veya bir nörolojik hastalığı olanlar, zeka seviyesi klinik gözlemlerle anlama ve kavrama güçlüğüne neden olabilecek derecede düşük olarak değerlendirilen hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu ve alışkanlıklar gibi demografik verileri yanı sıra epilepsi hastalığının başlangıç yaşı, hastalık süresi, nöbet tipi, nöbet sıklığı, antiepileptik ilaç başlama yaşı, ilaç kullanım süresi, ilaç sayısı gibi bilgiler araştırmacılar tarafından excel formatında kaydedildi.

Çalışmaya alınan tüm epilepsi hastalarına, epilepsi yaşam kalitesi testi Qolie-31, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve cinsiyetlerine göre Arizona cinsel işlev bozukluğu testleri uygulandı.

İstatistiksel incelemeler

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t-test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Krus-

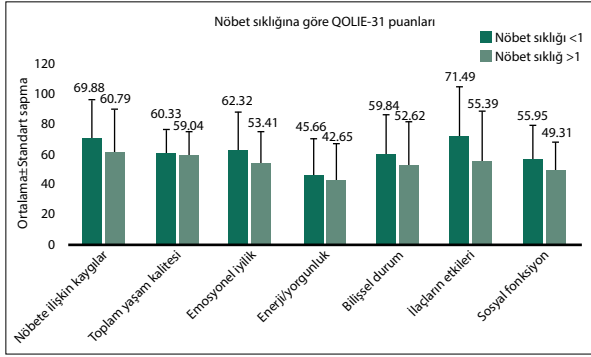
kal Wallis test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann-Whitney U-test kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

Bulgular

Hastaların 45'i (%62.5) kadın, 27'si (%37.5) erkek olmak üzere toplam 72 epilepsi hastası çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 28.93 ± 10.72 (min-maks: 18–58 yıl) yıldı. Kırk beş hasta (%62.5) bekar. Olguların %29.2'sinin (n=21) eğitim düzeyinin ilkökul, %26.4'ünün (n=19) ortaokul, %30.5'inin (n=22) lise, %13.9'unun (n=10) ise üniversite olduğu ve %30.6'sının (n=22) aktif olarak çalıştığı saptandı.

Ortalama nöbet başlangıç yaşı 18.00 ± 11.36 yıl (min-maks: 0–47 yıl); ortalama epilepsi hastalık süreleri ise 10.93 ± 10.02 yıldı (min-maks 1–48 yıl). Ortalama tedavi süreleri, 14 ± 8.40 yıl (min-maks: 1–48 yıl) olarak hesaplandı. Otuz sekiz hastanın (%52.8) yılda bir kez nöbet geçirdiği ve en az bir yıldır nöbet-siz olduğu; 34 hastanın ise (%47.2) yılda birden fazla nöbet geçirdiği saptandı. Hastaların %70.8'i (n=51) jeneralize nöbet geçirmekteydi. Tedavilere bakıldığında; monoterapi altındakiler (n=47) politerapi alanlara göre (n=25) daha fazlaydı.

Hastaların yaşam kalitesi, 'QOLIE-31 Ölçeği' ile değerlendirildi. QOLIE-31 yaşam kalitesi ölçeğinin cinsiyete göre olan dağılım alt grubunda nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, emosyonel iyilik, bilişsel durum, sosyal fonksiyon alt boyut skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ($p > 0.05$). Ancak, aynı ölçeğin bir diğer alt grubu olan 'ilaçların etkileri' alt boyutu ve toplam ölçek skorları karşılaştırıldığında erkeklerin bu skorları istatistiksel olmasa da dikkat çekici düzeyde daha yüksek olduğu gözlendi (sırasıyla; $p = 0.053$; $p = 0.067$; $p > 0.05$). Bunlara ek olarak, erkeklerin enerji/yorgunluk (QOLIE-31 Ölçeği) alt boyutu skorlarının kadınların skorlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir ($p = 0.005$; $p < 0.01$). Hastaların eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi beraber incelendiğinde ise eğitim düzeyine göre QOLIE-31 ölçeği bilişsel durum skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($p = 0.036$; $p < 0.05$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek için Mann-Whitney U test kullanılarak yapılan ikili karşılaştırmalara göre eğitim düzeyi ilkökul olan olguların bilişsel durum skorlarının eğitim durumu ortaokul olan olguların skorlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir ($p = 0.003$; $p < 0.01$). Diğer gruplar arasında ise biliş-



Şekil 1. Nöbet sıklığına göre QOLIE-31 ölçeği skorlarının dağılımı.

sel durum skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Nöbet sıklığına göre QOLIE-31 ölçeği nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel durum, sosyal fonksiyon skorları ve ölçek toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmezken, nöbet sıklığı birden az olanların QOLIE-31 ölçeği ilaçların etkileri skorlarının nöbet sıklığı birden fazla olanların skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0.044$; $p<0.05$) (Şekil 1).

Eğitim düzeyine göre QOLIE-31 ölçeği bilişsel durum skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($p=0.036$; $p<0.05$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek için Mann-Whitney U test kullanılarak yapılan ikili karşılaştırmalara göre eğitim düzeyi ilköğretim olan olguların bilişsel durum skorlarının eğitim durumu ortaokul olan olguların skorlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0.003$; $p<0.01$).

Tablo 1. QOLIE-31 ölçeği ile Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nin ilişkisinin değerlendirilmesi

QOLIE-31	Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği					
	Genel (n=72)		Kadın (n=45)		Erkek (n=27)	
	r	p	r	p	r	p
Nöbete ilişkin kaygılar	-0.399	0.001**	-0.413	0.005**	-0.334	0.089
Toplam yaşam kalitesi	-0.499	0.001**	-0.408	0.005**	-0.691	0.001**
Emosyonel iyilik	-0.566	0.001**	-0.551	0.001**	-0.626	0.001**
Enerji/yorgunluk	-0.467	0.001**	-0.424	0.004**	-0.543	0.003**
Bilişsel durum	-0.389	0.001**	-0.303	0.043**	-0.558	0.002**
İlaçların etkileri	-0.156	0.190	-0.240	0.113	-0.041	0.840
Sosyal fonksiyon	-0.399	0.001**	-0.394	0.007**	-0.430	0.025*
Toplam	-0.528	0.001**	-0.471	0.001**	-0.617	0.001**

r: Spearman's korelasyon analizi. * $p<0.05$; ** $p<0.01$. QOLIE-31: Quality of Life in Epilepsy-31.

Depresyon değerlendirilmesinde Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği tüm hastalara uygulandı. Bu ölçek skorları 0 ile 11 arasında değişmekte olup hastaların ortalama skorları $2,63\pm 2,66$ olarak hesaplandı; cinsiyete göre anlamlı bir fark izlenmedi. Depresyonun yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırıldığında; olguların genelinde; Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği skorları ile QOLIE-31'in nöbete ilişkin kaygılar; toplam yaşam kalitesi, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel durum ve sosyal fonksiyon skorları arasında; ölçek toplam skorları arasında negatif yönde %52.8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlemlendi (sırasıyla; $r=-0.399$; $p=0.001$; $r=-0.499$; $p=0.001$; $r=-0.566$; $p=0.001$; $r=-0.467$; $p=0.001$; $r=-0.389$; $p=0.001$; $r=-0.399$; $p=0.001$; $r=-0.528$; $p=0.001$; $p<0.01$). Diğer QOLIE-31'in alt grup ve toplam skorlarla depresyon ilişkilemlenmeleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Hastaların cinsel yaşam özelliklerinde Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kullanıldı. Bu ölçek kadın ve erkeğe göre iki ayrı şekilde değerlendirildi;

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kadın formundan elde edilen skorlara göre; cinsel istek skorları ortalaması 3.40 ± 1.10 (min-maks: 1-6); uyarılma skorlarının ortalaması 3.36 ± 1.11 (min-maks: 1-6); lubrikasyon skorlarının ortalaması 2.87 ± 1.321 (min-maks: 1-6); orgazm skorlarının ortalaması 3.24 ± 1.28 (min-maks: 1-6); doyum puanlarının ortalaması ise 1 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama 2.53 ± 1.38 ; ölçek toplam skorları ortalama 15.40 ± 5.24 (min-maks: 6-30) olarak hesaplandı.

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği erkek formundan elde edilen skorlara göre; cinsel istek skorlarının 1 ile 5 arasında değişmekte olup ortalama 2.89 ± 1.25 olduğu, uyarılma skorla-

Tablo 2. QOLIE-31 Ölçeği ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ilişkisinin değerlendirilmesi

QOLIE-31	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği			
	Kadın (n=45)		Erkek (n=27)	
	r	p	r	p
Nöbete ilişkin kaygılar	-0.366	^a 0.013*	-0.022	^a 0.915
Toplam yaşam kalitesi	-0.391	^b 0.008**	-0.442	^b 0.021*
Emosyonel iyilik	-0.358	^b 0.016*	-0.207	^b 0.301
Enerji/yorgunluk	0.451	^b 0.002**	-0.306	^b 0.121
Bilişsel durum	-0.460	^b 0.001**	-0.203	^b 0.310
İlaçların etkileri	-0.325	^a 0.029*	-0.172	^a 0.392
Sosyal fonksiyon	-0.372	^b 0.012*	-0.248	^b 0.212
Toplam	-0.545	^b 0.001**	-0.307	^b 0.120

^ar: Spearman's korelasyon analizi. ^br: Pearson korelasyon analizi. *p<0.05; **p<0.01. QOLIE-31: Quality of Life in Epilepsy-31.

rının 1 ile 5 arasında değişmekte olup ortalama 2.85±1.17; sertleşme skorlarının 1 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama 2.93±1.36; orgazm skorlarının 1 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama 2.81±1.39; doyum puanlarının ise 1 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama 2.52±1.45; ölçek toplam skorlarının ise 5 ile 27 arasında değişmekte olup ortalama 14.00±5.64 olduğu gözlenmiştir.

Cinsiyete göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği cinsel istek, uyarılma, sertleşme/lubrikasyon, orgazm, doyum alt boyut skorları ve ölçek toplam skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (p≥0.05).

Cinsel yaşamın veya yaşamdaki sorunların hayat kalitesine etkisi değerlendirildiğinde ise; Arizona cinsel yaşantılar ölçeği kadın formu skorları ile QOLIE-31'in nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel durum, ilaçların etkileri sosyal fonksiyon skorları arasında negatif yönde, ölçek toplam skorları arasında negatif yönde %54.5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir (sırasıyla; r=-0.366; p=0.013; r=-0.391; p=0.008; r=-0.358; p=0.016; r=-0.451; p=0.002; r=-0.460; p=0.001; r=-0.325; p=0.029; r=-0.372; p=0.012; r=-0.545; p=0.001; p<0.05). Erkek formu değerlendirildiğinde; sadece cinsel yaşantılar ölçeği erkek formu skorları ile toplam yaşam kalitesi alt ölçeği arasında negatif yönde %44.2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlendi (r=-0.442; p=0.021; p<0.05). Diğer alt grup değerlendirmeleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tartışma

Son yıllarda epilepsi hastaların yaşam kalitesine büyük önem verilmiştir. Bu hastaların, genel popülasyona göre

daha kötü bir yaşam kalitesine sahip olduğu ve bunlarda zayıf benlik saygısı, anksiyete ve depresyon olduğu gösterilmiştir. Epilepsili hastalarda toplumsal damgalanma ve ayrımcılık hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde izlenmektedir.^[23,24]

Çalışmamızda epilepsili olguların %70.8'inde jeneralize, %29.2'sinde fokal tipte nöbetleri olduğu ve bir yıl içinde hiç nöbet geçirmeyen veya bir nöbet geçiren hastaların %52.8, yılda birden fazla nöbet geçiren hastalar %47.2 olarak tespit edilmiştir. Literatürde benzer çalışmalara bakıldığında, araştırmamıza benzer olarak jeneralize tip epilepsilerin fazla olduğu gruplarda sonuçların değerlendirildiği dikkati çekmiştir.^[25-27]

Epilepsi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki gittikçe merak uyandıran bir konu olup birçok araştırma bunun üzerine yapılmıştır. Suurmeijer ve ark.nın^[28] 210 epileptik hastada yaptığı bir çalışmada hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu özellikle nöbetin sıklığı, nöbet başlangıç yaşı ve anti-epileptik ilaçların yan etkisinin bu durumla ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır. Nöbet sıklığının epilepsi hastalarını sorunlarla mücadele etme gücünü etkileyerek, psikososyal problemlerin ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı başka bir çalışmada da vurgulanmıştır.^[29,30] Çalışmamızda ise nöbet sıklığı ile yaşam kalite skorlarının tüm alt birimleri arasında anlamlılık düzeyine ulaşmasa da düşüklük saptanmış olup özellikle ilaç etkileri açısından anlamlılık düzeyinde bir negatif korelasyon gösterilmiştir.

Yaşam kalitelerinde düşüklük nedeniyle epilepsi hastalarının daha az oranda çalışabildiği, evlilik oranlarının düşük

olduğu ve diğer yetişkinlere göre daha fazla sosyal izolasyon gösterdiği daha önceki çalışmalarda belirtilmiştir.^[31] Çalışmamızda da literatürlere uygun olarak hastaların %30.6'sının çalıştığı, %69.4'ünün çalışmadığı; %37.5'inin evli, %62.5'inin bekar olduğu gözlemlenmiştir.

Tedrus ve ark.nın^[32] 132 epilepsi hastasında yaptığı çalışmada kadınların yaşam kalitesi puanının (%58.37), erkeklere göre (%65.94) daha düşük olduğu bildirilmiş olup literatüre benzer olarak makalemizde bu oranlar sırasıyla %52.62'ye %60.71 olarak tespit edilmiştir.

Literatür incelendiğinde nöbetleri yeterince kontrol altına alınamamış ve sık nöbet geçiren hastalarda en büyük tatsızlıklarının sosyal fonksiyon kaybı olduğu, bu konuda stigmatizm geliştirdikleri, bunun aksine, remisyondaki hastaların ise daha iyi bir psikososyal profil geliştirdikleri bir çok çalışma ile gösterilmiştir.^[33-35] Bunlara ek olarak yaşam kalitesini en fazla etkileyen faktörün nöbet endişesi, en az etkileyenin de ilaç etkilerinin olduğu bildirilmiştir.^[36,37] Bu sonuçlardan farklı olarak çalışmamızda hastaların en düşük yaşam kalitesi puanının (kadınlarda erkeklerden daha fazla) enerji/yorgunluk alanında, en yüksek ise kadın hastalarda nöbete ilişkin kaygılar, erkek hastalarda ise ilaç etkileri alt skorunda olduğu saptandı. Bu farkın hastaların düzenli ilaç kullanan ve poliklinik takibi olan hastalar arasından seçilmiş olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Epilepsi ve psikiyatrik komorbidite klinikte sıklıkla karşı karşıya kalınan bir diğer sorunu oluşturmaktadır. Psikiyatrik bozukluklar, yaşam kalitesini, hayatta kalımı ve bağımsız yaşama yeteneğini bozarak epilepsiyi daha komplike hale getirebilir. Depresyon ve anksiyete bozuklukları, epileptik hastalarda en sık rastlanan psikiyatrik komorbid hastalıklardır ve bu yakın ilişki ortak biyolojik ve psikososyal nedenlerle açıklanabilir.^[38] Toplum temelli çalışmalarda epilepsi hastalarında depresif bozuklukların prevalansı %20-%22 aralığında rapor edilmektedir.^[39] Üçüncü basamak ve cerrahi tedavi merkezleri temelli seçilmiş popülasyon çalışmalarında ise bu oran daha yüksek (%30-%50) saptanmıştır.^[40,41] Epilepsi hastalarında en sık komorbiditenin depresif bulgular olduğu da literatürlerde bildirilmiştir.^[42]

Yine benzer şekilde Amerika'da beş ayrı epilepsi merkezinde yapılan bir diğer çalışmada epilepsi hastalarında majör depresyonda dahil olmak üzere, duygudurum ve anksiyete bozukluklarında %34'lük bir yaygınlık kaydedilmiştir.^[43]

Bu araştırmalarda göz önünde bulundurulduğunda depresyon ve epilepsi birlikteliği yaşam kalitesi alt birimlerini negatif yönde etkilemektedir.^[44-47] Çalışmamızda da literatürlere benzer şekilde olguların genelinde Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği skorları ile QOLIE-31 nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel durum, sosyal fonksiyon, ölçek toplam skorları arasında negatif yönde anlamlılık saptandı. Ancak; depresyon değerlendirme ölçeği skorları ile QOLIE-31 ilaçların etkileri alt skoru arasında ve bu iki ölçeğin cinsiyetler açısından karşılaştırılmasında da anlamlılığa ulaşan bir sonuç elde edilemedi.

Epilepsi ve cinsellik hastalar için bir diğer hayatı zorlaştıran etkenlerden biridir. Hem epilepsinin, hem ilaç yan etkilerinin hem de ek kullanılan bitkisel ürünlerin nöbetleri provoke edebileceğine dair bilgiler epilepsi hastalarındaki cinsellik fonksiyonunu önemli ölçüde etkilemektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda da birçok kez belirtildiği üzere cinsel işlev bozukluğu sağlıklı bireylere göre epilepsi hastalarında daha fazla görülmektedir. Psikososyal sorunlar, cinsel anksiyete, stigmatizasyon epileptik hastalarda cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında yer alırlar.^[48] Epilepsi hastalarında cinsel işlev fonksiyonlarında azalmanın özellikle nöbet geçirdikten sonra başladığı ve çoğunlukla libido ve potens kaybı şeklinde olduğu saptanmıştır.^[49] Martha ve ark.nın^[50] yaptıkları bir çalışmada da hastaların %30-%60'ında cinsel işlev bozukluğu olduğu, özellikle bozukluğun cinsel istekte azalma, disparani, vaginismus ve lubrikasyonda eksiklik nedeniyle ortaya çıktığı bildirilmiştir. 1991 yılında Demerdash ve ark.nın^[51] 700 epileptik kadın hasta ile yapmış olduğu geniş çaplı bir diğer çalışmada psikoseksüel hastalık riski %18 olarak rapor edilmiştir. Bu oran epileptik hastalarda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ve sebep olarak düşük evlilik oranı, uzun hastalık süresi, epilepsinin kompleks parsiyel olması ve teşhirciliğin fazla olması olarak şeklinde yorumlanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu kadınlar gibi erkek hastalarda da sık gözlenmektedir. Bu konuya ilişkin Duncan ve ark.nın^[52] 118 erkek epilepsi tanılı hasta ile yaptığı bir çalışmada, cinsel işlev bozukluğunun kontrol grubuna göre yüksek saptandığı; bunun da özellikle libido kaybı, impotans ve cinsel istekte azalma olarak tespit edildiği belirtilmiştir. Çalışmamızda istatistiksel anlamlılık olmakla birlikte kadın hastalarda erkek hastalardan daha fazla cinsel işlev bozukluğuna rastlanmıştır. Yine kadın epileptik hastaların sıklıkla cinsel istekte azalma, uyarılma ve orgazm problemleri yaşadığı; erkek epileptik hastalarda ise sertleş-

me, impotans gibi problemlerin daha sıklıkla izlendiği gösterilmiştir. Çalışmamız kadın epileptik hastalarda cinsel işlev bozukluğunun yaşam kalitesinin tüm alt skorlarını negatif yönde, erkek epileptik hastalarda ise toplam yaşam kalitesi alt skorunun negatif yönde etkilendiğini göstermiştir.

Sonuç olarak, araştırmamız epilepsi hastalarının multifaktöryel olarak değerlendirilmesinin önemini tekrar vurgulamaktadır. Sadece nöbet sıklığı ve tedaviler açısından değerlendirilmenin yeterli olmadığını, tanı zorlukları, tedavi uyumu-yan etkileri vb. gibi klinikte karşılaşılabilecek birçok durum/sorunun çözümü için psikososyal faktörlerin ele alınarak değerlendirilmesi ve bu konularda ailelerinin de bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekliliğini tekrar ortaya koymuştur. Hastaların genellikle söylemekten kaçındığı bu bozuklukları, ancak hastalarımıza daha fazla zaman ayırarak ve özel görüşme yöntemleri ile ortaya çıkarabiliriz. Epilepsi polikliniklerindeki hasta sayısının yoğunluğu ve hekimlerimiz hastaları sadece fiziki yönden ele almaları daha fazla bu konuya önem çekmenin gerekliliğini doğurmaktadır.

Etik Komite Onayı

Etik kurul onayı alındı.

Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması

Yoktur.

Yazarlık Katkıları

Konsept: A.Y., E.D.Y.; Dizayn: A.Y., E.D.Y.; Veri Toplama veya İşleme: A.Y., A.M., S.İ.; Analiz ve Yorumlama: A.Y., A.Ö.Ç., F.F.Ö.; Literatür Arama: A.Y., E.D.Y., Ö.Ü.; Yazan: A.Y., R.G.G.Ç.

Kaynaklar

1. Emre M. Nöroloji Temel Kitabı. 1 st ed. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi; 2013.
2. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Engel J, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005;46(4):470–72. [CrossRef]
3. Aminoff MJ. Electroencephalography: general principles and clinical applications. In: Aminoff MJ, editor. *Electrodiagnosis in Clinical Neurology*. 3. ed. New York: Churchill-Livingstone; 1992:41–91.
4. Bradley WG, Denoff RB, Fenickol GM, Marsden C. *Neurology In Clinical Practice*, 2nd ed. 1996. p. 1625–52.
5. Baykan B, Gürses C, Gökyiğit A. Epilepsi. Nöroloji İÜ İstanbul Tıp Fakültesi. Temel Klinik Bilimler Ders Kitapları. In: Öge AE,

- Baykan B, Bahar SZ. editors. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2004. p. 279–309.
6. Brodie MJ, French JA. Management of epilepsy in adolescent and adults. *Lancet* 2000;323–29. [CrossRef]
7. Cramer JA. Quality of Life and Compliance. Trimble MR, Dodson WE, editors. *Epilepsy and Quality of Life*. New York: Raven Press; 1994. p. 49–63.
8. Baybaş S, Dirican A. Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi. In: Bora İ, Yeni SN, Gürses C, editors. *Epilepsi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. p. 727.
9. Robertson MM, Trimble MR and Townsend HRA. Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia* 1987;28(4):364–72.
10. Collings, J. Epilepsy and well-being. *Soc Sci Med* 1990;31:165–70. [CrossRef]
11. Moore PM, Baker GA. The neuropsychological and emotional consequences of living with intractable temporal lobe epilepsy: implications for clinical management. *Seizure* 2002;11(4):224–30. [CrossRef]
12. Mensah SA, Beavis JM, Thapar AK, Kerr M. The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006;8(1):213–19.
13. Blumer D. Epilepsy and suicide: a neuropsychiatric analysis. The *Neuropsychiatry of Epilepsy*. In: Trimble M, Schmitz B, editors. New York: Cambridge University Press; 2002. p. 107–17. [CrossRef]
14. Hesdorffer DC, Hauser WA, Olafsson E, Ludvigsson P, Kjartansson O. Depression and suicide attempt as risk factors for incident unprovoked seizures. *Ann Neurol* 2006;59(1):35–41.
15. Sadock B, Sadock V. *Abnormal Sexuality and Sexual Dissection*. Concise Textbook of Clinical Psychiatry . 2nd ed. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2005. p. 277–329.
16. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization; 1992. ICD 10.
17. Gastaut H, Collomb H. Etude du comportement sexuel chez les épileptiques psychomoteurs. *Ann Méd Psychol (Paris)* 1954;112(2-5):657–96.
18. Murialdo G, Galimberti CA, Fonzi S, Manni R, Costelli P, Parodi C, et al. Sex hormones and pituitary function in male epileptic patients with altered or normal sexuality. *Epilepsia* 1995;36(4):360–5. [CrossRef]
19. Rattya J, Turka J, Pakarinen AJ, Knip M, Kotila MA, Lukkarinen O, et al. Reproductive effects of valproate, carbamazepine, and oxcarbazepine, and in men with epilepsy. *Neurology* 2001;56(1):31–6. [CrossRef]
20. Toone BK, Edeh J, Nanjee MN, Wheeler M. Hyposexuality and epilepsy: a community survey of hormonal and behavioural changes in male epileptics. *Psychol Med* 1989;19(4):937–43.
21. Bergen D, Daugherty S, Eckenfels E. Reduction of sexual activities in females taking antiepileptic drugs. *Psychopathology* 1992;25(1):1–14. [CrossRef]
22. Ndegega D, Rust J, Golombek S, Fenwick P. Sexual problems in epileptic women. *Sex Mar Ther*. 1986;1:175–77. [CrossRef]
23. Baker AG, Jacoby A, Doughty J, Ellina V, SIGN group. Quality of

- life of people with epilepsy in Iran, the Gulf and Near East. *Epilepsia* 2005;46(1):132–40. [CrossRef]
24. Guekht AB, Mitrokhina TV, Lebedeva AV, Dzugaeva FK, Milchakova LE, Lokshina OB, et al. Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. *Seizure* 2006;16(2):128–33. [CrossRef]
 25. Topalkara K, Akyüz A, Sümer H, Bekar D, Topaktaş S, Dener Ş. An Epilepsy Prevalence Study Performed Using a Stratified Sampling Method among Urban Residents of Sivas. [Article in Turkish]. *Epilepsi* 1999;5(1):24–9.
 26. Karaağaç N, Yeni SN, Şenocak M, Bozluolcay M, Savrun FK, Özdemir H, et al. Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey. *Epilepsia* 1999;40(5):637–42. [CrossRef]
 27. Aziz H, Güvener A, Akhtar SW, Hasan KZ. And Comparative epidemiology of epilepsy in Pakistan and Turkey: population-based studies using identical protocols. *Epilepsia* 1997;38(6):708–15. [CrossRef]
 28. Suurmeijer TPBM, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social Functioning, Psychological Functioning, and Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsia* 2001;42:1160–8. [CrossRef]
 29. Hermann BP. Developing a model of quality of life in epilepsy: the contribution of neuropsychology. *Epilepsia* 1993;34:14–21.
 30. Özkara Ç, Ataklı D, Gökalp PG, Uğurad I, Erkiran M, Baybaş S, et al. Psychosocial evaluation of epileptic patient with Washington psychosocial seizure inventory. *Epilepsi* 1999;5(3):124–30.
 31. Arnston P, Drodge D, Norton R, Murray E. The perceived psychosocial consequences of having epilepsy. In: Whitman S, Hermann B. editors. *Psychopathology in Epilepsy: Social Dimensions*. Buckingham: Open Universty Pres; 1986. p. 144–61.
 32. Tedrus GM, Fonseca LC, Carvalho RM. Epilepsy and quality of life: socio-demografic and clinical aspects, and psychiatric comorbidity. *Arg Neuropsiquiatr* 2013;71(6):385–91. [CrossRef]
 33. Thompson PJ, Oxley J. Socioeconomic accompaniments of severe epilepsy. *Epilepsia* 1988;29:59–18. [CrossRef]
 34. Jacoby A. Epilepsy and the quality of everyday life. Findings from a study of people with well-controlled epilepsy. *Soc Sci Med* 1992;34(6):657–66. [CrossRef]
 35. Jacoby A. Felt versus enacted stigma: a concept revisited. Evidence from a study of people with epilepsy in remission. *Soc Sci Med* 1994;38(2):269–74. [CrossRef]
 36. Norsa Adah B, Zainab J, Knight A. The quality of life of people with epilepsy at a tertiary referral centre in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes* 2013;11(1):143. [CrossRef]
 37. Nubukpo P, Clément JP, Houinato D, Radji A, Grunitzky EK, Avodé G, et al. Psychosocial issues in people with epilepsy in Togo and Benin (West Africa) II: quality of life measured using the QOLIE-31 scale. *Epilepsy Behav* 2004;5(5):728–34. [CrossRef]
 38. Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: how closely related are they? *Neurology* 2002;58(8 Suppl 5):27–39. [CrossRef]
 39. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia* 2007;48(12):2336–44. [CrossRef]
 40. Victoroff JI, Benson F, Grafton ST, Engel J Jr, Mazziotta JC. Depression in complex partial seizures. Electroencephalography and cerebral metabolic correlates. *Arch Neurol* 1994;51(2):155–63.
 41. Ring HA, Moriarty J, Trimble MR. A prospective study of the early postsurgical psychiatric associations of epilepsy surgery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64(5):601–4. [CrossRef]
 42. Ettinger A, Reed M, Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology* 2004;63(6):1008–14. [CrossRef]
 43. Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam F, Kanner AM, Meador KJ. Clinical as-sessment of Axis I psychiatric morbidity in chronic epilepsy: a multicenter investigation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005;17(2):172–9. [CrossRef]
 44. Johnson EK, Jones JE, Seidemberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004;45(5):544–50. [CrossRef]
 45. Stavem K, Loge JH, Kaasa S. Health status of people with epilepsy compared with a general reference population. *Epilepsia* 2000;41(1):85–90. [CrossRef]
 46. Kanner AM, Barry JJ, Gilliam F, Hermann B, Meador KJ. Anxiety disorders, subsyndromic depressive episodes, and major depressive episodes: do they differ on their impact on the quality of life of patients with epilepsy? *Epilepsia* 2010;51(7):1152–58.
 47. Kwan P, Yu E, Leung H, Leon T, Mychaskiw MA. Association of subjective anxiety, depression, and sleep disturbance with quality-of-life ratings in adults with epilepsy. *Epilepsia* 2009;50(5):1059–66. [CrossRef]
 48. Harden CL. Sexuality in men and women with epilepsy. *CNS Spectr* 2006;11(8 Suppl 9):13–8. [CrossRef]
 49. Silveira DC, Souza EA, Carvalho JF, Guerrciro CA. Interctal Hyposexuality In Male Patients Wth Epilepsy. *Neuropsiquiatr* 2001;59(1):23–8. [CrossRef]
 50. Martha J, Morrell, KL Flynn, Done S, Flaster E, Kalayjian L, Pack AM. Sexual dysfunction, sex steroid hormone abnormalities, and depression in women with epilepsy treated with antiepileptic drugs. *Epilepsy and Behavior* 2005;6:360–65. [CrossRef]
 51. Demerdash A, Shaalan M, Midani A, Kamel F, Bahri M. Sexual behavior of a sample of females with epilepsy. *Epilepsia* 1991;32(1):82–551. [CrossRef]
 52. Duncan S, Blacklaw J, Beastall GH, Brodie MJ. Antiepileptic Drug Therapy and Sexual Function in Men with Epilepsy. *Epilepsia* 1999;40(2):197–204. [CrossRef]