

Epilepsili Hastaların Beck Depresyon Ölçeği ile Değerlendirilmesi

Evaluation of Epilepsy Patients with the Beck Depression Inventory

Mukadder MOLLAOĞLU, Ertuğrul BOLAYIR, Aysenur TAŞ

Epilepsi 2003;9(3):144-150

Amaç: Depresyon genellikle epilepsili hastalarda en sık görülen psikolojik sorundur. Bu çalışmada epilepsili hastalarda depresyon ve depresyonu etkileyen faktörler değerlendirildi.

Hastalar ve Yöntemler: Epilepsili 130 hastaya (58 kadın, 72 erkek; ort. yaş 30.6; dağılım 17-65) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı. Epilepsi nöbetleri ILAE önerilerine göre sınıflandırıldı. Hasta grubunda epileptik nöbetlerin başladığı yaş ortalaması 18.8, ortalama hastalık süresi 11.4 yıl idi. Nöbet tipi, nöbet sıklığı, nöbetlerin ortaya çıktığı zaman, hastalık süresi, kullanılan antiepileptik tedavi ile BDÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma grubunda BDÖ puan ortalaması yüksek (20.95 ± 11.29) bulundu; olguların sadece %30.8'inde BDÖ puanı 13'ün altında idi. Küçük yaştan itibaren nöbet geçirenlerde, düzensiz nöbeti olanlarda, ayda birden fazla nöbet geçirenlerde, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olanlarda, birden fazla antiepileptik ilaç alanlarda depresyon puanları yüksek bulunurken, nöbet tipi ile BDÖ puanları arasında anlamlı ilişki görülmedi ($p > 0.05$).

Sonuç: Epilepsili hastalarda depresif belirtiler sık görülmektedir; bu nedenle, hastaların bu yönden de değerlendirilmeleri, depresyonu artırıcı risk faktörlerinin ortaya çıkarılması ve hastalara uygun eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekir.

Anahtar Sözcükler: Günlük yaşam aktiviteleri; depresif hastalık/tanı; epilepsi/psikoloji/rehabilitasyon; kişilik envanteri; psikometri; sosyal uyum.

Objectives: Depression is generally the most common psychological problem in epilepsy patients. This study was designed to assess depression and the factors that affect depression in epilepsy patients.

Patients and Methods: The Beck Depression Inventory (BDI) was administered to 130 epilepsy patients (58 females, 72 males; mean age 30.6 years; range 17 to 65 years). Seizures were classified according to the ILAE recommendations. The mean age of onset of seizures was 18.8 years and the mean duration of disease was 11.4 years. Correlations were sought between BDI scores and the type, frequency, and time of seizures, disease duration, and antiepileptic drugs.

Results: The mean BDI score was high (20.95 ± 11.29) in the patient group, with only 30.8% of cases having a total score below 13. Epileptic seizures since childhood, occurrence of seizures at irregular times, the frequency of more than one seizure a month, lower education levels and financial income, and the use of more than one antiepileptic drug were significantly associated with higher scores. No correlation was found between BDI scores and the type of seizures ($p > 0.05$).

Conclusion: It is concluded that depression symptoms are common in epileptic patients. Hence, approach to epilepsy patients should include evaluation of patients concerning depression, investigation of risk factors for depression, and provision of appropriate education and counseling.

Key Words: Activities of daily living; depressive disorder/diagnosis; epilepsy/psychology/rehabilitation; personality inventory; psychometrics; social adjustment.

Dergiye geliş tarihi: 15 Temmuz 2003 Düzeltme isteği: 21 Eylül 2003 Yayın için kabul tarihi: 3 Ekim 2003

Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Mollaoğlu);
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı ((Bolayır, Taş).

İletişim adresi: Mukadder Mollaoğlu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 58040 Sivas.
Tel: 0346 - 219 10 10 / 1347 Faks: 0346 - 219 12 61 e-posta: mukadder@cumhuriyet.edu.tr

Depresyon, epilepsili hastalarda en ciddi ve en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olmasına karşın, sıklığını kesin olarak belirleyen epidemiyolojik çalışmalar yoktur. Konuyla ilgili çalışmalar daha çok temporal lob epilepsisi olan hastalarda yapılmıştır. Bir çalışmada epilepsili hastaların %19'unda, diğer bir çalışmada %22.9'unda, başka bir çalışmada %38'inde depresyon bulunduğu bildirilmiştir.^[1-3] Epilepsili hastalarda psikopatoloji gelişiminde risk faktörleri olarak hastalığın erken başlaması, nöbetlerin uzun sürmesi ve kötü kontrolü, temporal lob odağı, antiepileptik ilaçlar, düşük sosyo-ekonomik durum, işsizlik, hastada ve ailesinde depresyon öyküsünün varlığı gösterilmektedir.^[4,5] Ayrıca, toplum içinde tekrarlayan üzücü bilinç kaybı hecmeleri, saygınlığın azalması, özsaygıda azalma, iş ve sosyal yaşamdaki başarısızlıklar, evlilik sorunları, sosyal damgalanma, epilepsinin kronik bir hastalık olması ve sürekli ilaç kullanma zorunluluğu hastalarda depresyon nedeni olabilmektedir; ancak bütün bu nedenlerin tek faktör olarak epilepside psikiyatrik bozuklukların oluşumunu açıklamadığı, özellikle depresyon gelişiminin karmaşık ve çok etkenli süreçlere bağlı olduğu vurgulanmaktadır.^[1,3,5,6] Epilepsi ile duygulanım bozuklukları arasındaki ilişkide, psikososyal faktörlerin yanı sıra, adrenergik reseptörler ve eksitator alanın etrafında oluşan inhibitör alan üzerinde de durulmaktadır.^[3-5] Bütün bu nörofizyolojik ve psikososyal etkilenimler sonucunda epilepsili bireylerin yaşam kaliteleri düşmekte, intihar eğilimleri artmakta ve yaşam süreleri kısalmaktadır.^[7] Force ve ark.^[8] intihar eden 26 epilepsili hastadan beşinde intihar nedeninin depresyon olduğunu bildirmişlerdir.

Bu çalışma epilepsili hastalarda depresyon sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Polikliniği'nde en az bir yıl boyunca kesin epilepsi tanısı ile tedavi edilen, epilepsi dışında herhangi önemli bir tıbbi ve psikiyatrik sorunu olmayan, görüşme formundaki sorulara yanıt verebilecek durumda olan, araştırmaya katılmaya istekli, antiepileptik tedavi gören epilepsili 130 hasta (58 kadın, 72 erkek; ort. yaş 30.6; dağılım 17-65) ile

yaşıldı. Hastaların tümü okuryazardı. Epileptik nöbetlerin başladığı yaş ortalaması 18.8 ± 14.2 , ortalama hastalık süresi 11.4 ± 9.43 yıl bulundu.

Araştırmada 1961 yılında Beck ve ark.^[9] tarafından geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli^[10] tarafından yapılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği, depresyonda görülen duygusal, bilişsel, fiziksel ve motor fonksiyonlara ilişkin belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşur ve hastanın kendini değerlendirmesine dayanır. Depresyon derecesini sayılara döken her bir madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve dört dereceli kendini değerlendirme cümlelerini içermektedir. Bireyin işaretlemiş olduğu her maddeye karşılık gelen puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilmektedir. Puan toplamının yansıttığı depresyon düzeyleri şu şekildedir: 0-13 puan depresyon yok; 14-24 puan hafif düzeyde depresyon, 25-44 puan orta düzeyde depresyon, 45 ve üzeri puan ağır düzeyde depresyon. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçek ülkemizde çok sayıda araştırma ve taramalarda kullanılmıştır.^[11,12]

Ayrıca çalışmada epilepsili bireylerin kişisel ve hastalığın bazı özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından geliştirilen bir hasta görüşme formu kullanıldı.

Hastalar aynı zamanda, sosyo-demografik özellikler, nöbet tipi, nöbet sıklığı, nöbet geçirdiği zaman, hastalık süresi, kullanılan antiepileptik tedavi gibi özellikleri ve bunların BDÖ puanıyla ilişkisi açısından da değerlendirildi.

Çalışma sonuçlarının istatistiksel değerlendirmesi SPSS programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel analizlerde, gruplanmış değişkenlerin frekans ve yüzdelik değerleri, sayısal değişkenlerin aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplandı; iki grup ortalaması arasındaki farkları belirlemede normal dağılımda "t-testi"; ikiden fazla ortalamanın karşılaştırılmasında normal dağılımda; tek yönlü varyans analizi kullanıldı.^[13]

BULGULAR

Olguların %26.2'sinin parsiyel (n=34), %73'ünün jeneralize tipte nöbet geçirdiği; jeneralize nöbet kapsamında değerlendirilen olguların %5.3'ünün (n=7) ise birden fazla nöbet ge-

çirdiği belirlendi (Tablo 1). Ayrıca, örneklemi-mizdeki epilepsili bireylerin %14.6'sının son bir yılda nöbet geçirmediği, yarısından fazlasının (n=69, %53.1) ayda birden fazla nöbet geçirdiği görüldü (Tablo 1).

Çalışma grubunda BDÖ puan ortalaması 20.95±11.29 bulundu; olguların sadece %30.8'inde BDÖ puanı 13'ün altında idi.

Hastaların eğitim düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, eğitim düzeyi düştükçe puanların yükseldiği ve olguların depresyon eğilimlerinin anlamlı derecede

TABLO 1

Epilepsili hastaların tanıtıcı özellikleri

| | Sayı | Yüzde | Ort.±SS |
|--------------------------------------|------|-------|-------------|
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 58 | 44.6 | |
| Erkek | 72 | 55.4 | |
| Yaş | | | 30.6±13.5 |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 55 | 42.3 | |
| Bekar | 70 | 53.8 | |
| Dul | 5 | 3.9 | |
| Çalışma durumu | | | |
| Çalışıyor | 39 | 30.0 | |
| Çalışmıyor | 91 | 70.0 | |
| Gelir (aylık/milyon TL) | | | 160.9±124.8 |
| Eğitim düzeyi | | | |
| Okur-yazar | 20 | 15.4 | |
| İlkokul | 53 | 40.8 | |
| Ortaokul | 21 | 16.1 | |
| Lise | 33 | 25.4 | |
| Üniversite | 3 | 2.3 | |
| Nöbetlerin başlama yaşı (yıl) | | | 18.8±14.2 |
| Hastalık süresi (yıl) | | | 11.4±9.43 |
| Nöbet tipi | | | |
| Jeneralize | 96 | 73.9 | |
| Parsiyel | 34 | 26.1 | |
| Son bir yılda geçirilen nöbet sayısı | | | |
| Nöbet geçirmemiş | 19 | 14.6 | |
| <1 nöbet/ayda | 42 | 32.3 | |
| >1 nöbet/ayda | 69 | 53.1 | |
| Antiepileptic tedavi şekli | | | |
| Monoterapi | 116 | 89.2 | |
| Politerapi | 14 | 10.8 | |

arttığı görüldü (p<0.001; Tablo 2). Okuryazarların puanları da diğer eğitim düzeylerine göre farklılık göstermekteydi (p<0.001). Okuryazar epilepsili bireylerin puanları ikişerli olarak Tukey yöntemine göre karşılaştırıldı; okur-yazar olanlarla, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunları arasında anlamlı fark bulunmazken (p>0.05), okuryazar kişiler ile lise mezunları arasında fark bulundu (p<0.001). İlkokul mezunu olanlar ile lise mezunu olanlar arasında fark bulundu (p<0.001); ancak, ilkokul mezunlarının depresyon puanları ile diğer eğitim düzeyleri arasında fark bulunmadı (p>0.05). Öte yandan, ortaokul ile lise ve üniversite; lise, üniversite ve üniversite ile diğer eğitim düzeyleri arasında fark bulunmadı (p<0.05). Okuryazar ve ilkokul mezunu olanlarda depresyon görülme oranı lise mezunu olanlara göre daha yüksek idi. Bu bulgular, eğitim düzeyi yükseldikçe epilepsili bireylerde depresyon eğiliminin azaldığını göstermektedir.

Çalışmada diğer bir bulgu olarak, gelir düzeyi düşük olanların, gelir düzeyi yüksek olanlara göre depresyon puanlarının daha yüksek olduğu ya da gelir düzeyi yükseldikçe BDÖ toplam puanının, yani depresyon eğiliminin anlamlı derecede azaldığı görüldü (p<0.001).

Epileptik nöbet tipi ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, jeneralize tonik-klonik nöbeti olan hastaların BDÖ toplam puan ortalaması, parsiyel nöbeti olanlara göre yüksek olmakla birlikte, bu fark anlamlı bulunmadı (p<0.05).

Nöbetlerin başlama yaşı ile BDÖ toplam puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, nöbetlerin 0-6 yaş döneminde başladığı kişilerde BDÖ puan ortalamasının diğer yıllara göre

TABLO 2

Epilepsili hastalarda eğitim düzeyleri ile Beck Depresyon puanları arasındaki ilişki

| | Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı | Kruskal-Wallis | p |
|---------------|------------------------------------|----------------|---------|
| Eğitim düzeyi | | | |
| Okuryazar | 23.45±12.23 (4)* | | |
| İlkokul | 19.60±9.20 (4)* | | |
| Ortaokul | 18.52±12.34 | 26.06 | p<0.001 |
| Lise | 11.96±6.58 | | |
| Üniversite | 9.33±3.51 | | |

*Kruskal-Wallis testine göre farkı yaratan grup.

daha yüksek olduğu; 13-18 yaş grubunun BDÖ toplam puanının diğer yaş gruplarının puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu görüldü. Bu durum, çocukluk döneminden itibaren epileptik nöbetleri olan kişilerde depresyon görülme oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Nöbet sıklığı açısından, en düşük BDÖ toplam puanları son bir yılda hiç nöbet geçirmeyenlerde bulundu; ayda birden fazla nöbet geçirenlerde ise puanların en yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$).

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ile epilepsili bireylerin gün içerisinde nöbet geçirdikleri zaman arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). En yüksek puan ortalaması hem gece hem gündüz nöbet geçirenlerde görüldü (Tablo 3).

Monoterapi uygulanan hastaların toplam puanı politerapi uygulanan hastaların puanından düşük olmakla birlikte, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Diğer yandan, düzenli antiepileptik ilaç kullanmayanların toplam puanı, düzenli kullananlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.01$; Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda yer alan olguların BDÖ puan ortalamasının 20.95 ± 11.29 olduğu, olguların sadece %30.8'inde depresyon belirtilerinin olmadığı (<13 puan) belirlenmiştir. Beck Depresyon Ölçeği epilepsili hastalar için geliştirilmiş bir ölçek olmamakla birlikte, literatürde epilepsili hastalarda depresyonun değerlendirilmesinde kullanıldığı bildirilmiştir.^[14-16] Epilepsili hastalarda halihazırda kullanılan psikiyatrik tanı ölçütleri ile depresyon tam olarak tanılanmadığı için, depresyon belirtilerinin değerlendirilmesinde BDÖ ve Hamilton Depresyon Ölçeği de kullanılmaktadır.^[17-19] Beck Depresyon Ölçeği'nin epilepsili hastalarda depresyon belirtilerinin değerlendirilmesi için geliştirilmemiş olması, bu hastalarda duygudurumu ölçen epilepsiye özgü geliştirilmiş ölçeklere gereksinimi ortaya koymaktadır.

Eğitim düzeyi düşük olgularımızda depresyon görülme eğiliminin daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon puanlarının anlamlı derecede düştüğü görülmektedir (Tablo 2). Tukey yöntemine göre gruplararası karşılaştırmalarda okuryazar ve

TABLO 3
Epilepsili bireylerin hastalıkla ilgili özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki

| | Ort.±SS | t | p |
|--------------------------|-------------|------|-----------|
| Nöbet tipi | | | |
| Parsiyel | 15.64±8.32 | | |
| Jeneralize | 18.62±10.93 | 1.52 | 0.13 |
| Nöbetlerin başladığı yaş | | | |
| 0-6 | 22.30±12.29 | | |
| 7-12 | 17.17±10.22 | | |
| 13-18 | 14.35±8.94 | 2.48 | $p<0.05$ |
| 19-24 | 19.85±11.36 | | |
| 25+ | 18.41±9.33 | | |
| Nöbet sıklığı | | | |
| Son bir yılda nöbet yok | 13.47±9.05 | | |
| Ayda <1 | 16.54±10.51 | 3.41 | $p<0.05$ |
| Ayda >1 | 19.84±10.25 | | |
| Nöbet geçirme zamanı | | | |
| Yalnız gece | 14.95±6.81 | | |
| Yalnız gündüz | 16.02±8.81 | 6.81 | $p<0.001$ |
| Hem gece hem gündüz | 21.43±11.50 | | |
| Uyanma sırasında | 9.09±3.70 | | |

ilkokul mezunlarının depresyon puanları lise mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki, olguların eğitim düzeylerinin artması ile bireyin dogmatik düşüncelerden uzaklaşıp epilepsi hastalığı hakkında doğru bilgiler edinmesi, düzenli tıbbi kontrollere gitmesi, düzenli ilaç kullanması, eğitimle birlikte gelir düzeyinin daha yüksek olması gibi faktörlerle iliş-

TABLO 4
Epilepsili hastaların antiepileptik ilaç kullanma özellikleri ile depresyon puanları arasındaki ilişki

| | Ort.±SS | t | p |
|----------------------------------|-------------|------|----------|
| Tedavi | | | |
| Monoterapi | 17.54±10.42 | 0.10 | 0.74 |
| Politerapi | 20.35±9.87 | | |
| İlaçları düzenli kullanma durumu | | | |
| Düzenli | 13.50±6.77 | | |
| Düzenli değil | 21.02±11.39 | 4.36 | $p<0.01$ |

kilendirilebilir. Literatürde, günümüze kadar epilepsili hastalarda depresyon gelişiminde risk faktörleri olarak, hastalığın erken başlaması, nöbetlerin uzun sürmesi ve kontrol edilememesi, temporal lob odağı, antiepileptik ilaçlar, düşük sosyo-ekonomik durum, işsizlik, hasta ve ailesinde depresyon öyküsü ve cinsiyet farkı gibi faktörler üzerinde durulmuştur.^[5,14,16] Literatür bilgisiyle uyumlu bulguların elde edildiği çalışmamız, eğitim düzeyi düşük hastalarımızın daha fazla danışmanlığa ve psikososyal desteğe gereksinim duyduklarını göstermiştir.

Çalışma grubumuzdaki gelir düzeyi düşük epilepsili hastalarda depresyon görülme oranının gelir düzeyi yüksek hastalara göre yüksek olması literatürde de belirtildiği gibi^[2,17] depresyon için önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Toplum içinde tekrarlayan bilinç kaybı epizodları, saygınlığın azalması, benlik saygısında azalma, iş ve sosyal yaşamdaki başarısızlıklar, evlilik sorunları, sosyal damgalanma, kronik hastalıklı olma, sürekli ilaç kullanma zorunluluğu gibi faktörlerin yanı sıra iş bulamama, işsizlik ve ekonomik sıkıntıların epilepsili hastalar için depresyonun ortaya çıkmasında önemli psikososyal faktörlerdir.^[2,5,14,16]

Temporal lob epilepsilerinde depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir.^[3,5,18] Quiske ve ark.^[19] epilepsili 60 hasta üzerinde BDÖ'yü kullanarak yaptıkları çalışmada temporal lob epilepsili hastalarda depresyon görülme oranını diğer epilepsi türlerine göre yüksek bulmuşlardır. Roth ve ark.^[2] ise diğer epilepsi tipleri ile temporal lob epilepsisinde depresyon görülme açısından bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Çalışma grubumuzda nöbet tipi ile depresyon arasında anlamlı ilişki elde edilememesi, örneklemede temporal lob epilepsili hasta sayısının az olmasına (12 hasta) bağlı olabilir.

Epilepsi nöbetlerinin başladığı yaş ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, nöbetleri yaşamın ilk yılları olan 0-6 yaşında başlayanlarda depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Jalava ve ark.^[20] nöbetleri çocukluk döneminde başlayan bireylerin psikososyal uyumlarının daha az olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgular, nöbetleri erken başlayanların ya da hastalık süresi fazla olanların depresyon aç-

sından öncelikli riskli grup olarak değerlendirilmeleri gereğini göstermektedir.

Çalışmamızda, nöbet sıklığı ile depresyon puanları arasında pozitif bir korelasyon görüldü. Nöbet sıklığı arttıkça, depresyon puanları artmaktadır. Yapılan çalışmalarda nöbet sıklığı ile psikososyal problemler arasında önemli ilişki bulunmuş; nöbet sıklığının artmasıyla birlikte psikososyal sorunların arttığı ve nöbet sıklığının psikososyal sorunlar için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.^[4,5,21] Nöbet sıklığı dışında çalışma grubundaki olguların hepsinin antiepileptik ilaç alması, önemli bir kısmında hastalık süresinin 10 yıldan fazla olması ve çoğunun işsiz olması, depresyon puanının yüksek çıkmasını etkileyen diğer faktörler olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgu, nöbet sıklığı fazla olan bireylerin multidisipliner bir ekip anlayışıyla daha iyi değerlendirilmesi, izlenmesi, sorunlarının tanımlanması ve sorunlara etkin çözümlerin aranması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hastaların nöbet geçirme zamanları ile depresyon görülme oranı irdelendiğinde, hem gece, hem gündüz nöbet geçirenlerde depresyonun daha sık yaşandığı belirlenmiştir. Epileptik nöbetlerin ne zaman geleceğinin bilinmemesi ve nöbetlerin kontrolsüz olması, epilepsili bireylere uzun süreli, ciddi problemler yaşatabilmektedir. Nöbetin kendinden kaynaklanan etkilerinin yanı sıra, nöbet geçirme olasılığına ilişkin endişeler ve hastanın çevresindeki kişilerin epileptik nöbetlere ve epileptik bireylere ilişkin olumsuz düşünceleri, davranışları ve tutumları emosyonel sorunları kaçınılmaz hale getirmektedir. Hem gece hem gündüz nöbet geçirenlerde ve yalnız gündüz nöbet geçirenlerde depresyonun daha çok görülmesinin nedeni nöbetlerin ne zaman geleceğine karşın yaşanan belirsizlik sonucu kişinin sosyal kısıtlamalar ve psikolojik zorlanmalara daha fazla maruz kalmasıdır. Yalnız gece ya da uyanma sırasında nöbet geçirenlerde depresyon görülme oranının düşük olmasının nedeni ise hastaların kendi ortamlarında, güvenli bir yerde ve başkalarının görmediği, hatta belki kendilerinin bile fark etmediği bir zamanda nöbet geçirmeleri; böylece daha az psikososyal sorun yaşamalarıdır.

Epilepsi hastalığı ile ilgili toplumun bilinçlendirilmesi, nöbetleri tetikleyen faktörlerin

kontrolü ile nöbet sıklığının azaltılması ve dolayısıyla antiepileptik ilaç kullanma süresinin azaltılması, hastalara sosyal ve psikolojik desteğin artırılması gibi yaklaşımların, hastaların psikososyal sorunlarının azaltılmasında ve yaşam kalitelerinin artırılmasında önemli olduğu vurgulanmıştır.^[5]

Antiepileptik tedaviye dirençli olgularda tedaviye eklenecek ikinci antiepileptiğin sınırlı sayıdaki hastada nöbet kontrolüne katkısı olduğu; buna karşın, antiepileptik sayısının artması ile depresyon dahil her türlü yan etki riskinin ve tedavi maliyetinin arttığı bildirilmiştir.^[22,23] Öte yandan, depresyonun varlığı da hem nöbet kontrolünü güçleştirebilir hem de hastasına yardımcı olamadığını düşünen hekimin kendini çaresiz hissetmesine ve daha çok ilaç kullanmasına neden olabilir. Çalışmamızda politerapi hastalarının BDÖ puanlarının monoterapi hastalarına göre yüksek olması literatür bilgisi ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda antiepileptik ilaçları düzenli kullananların depresyon puanlarının, düzenli ilaç kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük olması ($p < 0.05$) düzenli ilaç kullanmanın nöbet sıklığını azalttığını ve hastalarda psikososyal sorunların daha az yaşanmasına neden olduğunu göstermektedir. Uygun seçilmiş, yeterli dozda bir antiepileptik ilacın kullanılması, hasta ve ailesinin tedaviye uyumunu etkileyen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması hastaların uyuncunu artırabilir ve psikososyal sorunları azaltabilir.

Özetle, çalışmada yer alan epilepsili hastalarda depresyon yaygın bir sorun olarak belirlenmiş ve yaş, nöbet geçirme zamanı, nöbet sıklığı, eğitim düzeyi, ekonomik durum ve antiepileptik ilaç sayısının depresyon için risk faktörleri olduğu saptanmıştır. Ülkemizde bir ruh sağlığı politikasının bulunmaması, ruh sağlığı hizmetlerinin Genel Temel Sağlık Hizmetleri ile bütünleştirilmemiş olması; ruhsal bozukluklardaki sağaltım sorunları yanında, özellikle birincil ve üçüncül koruma konusundaki yetersizlikler; depresyonun ele alınması ve yönlendirilmesindeki tanı, sağaltım ve araştırma güçlükleri göz önüne alındığında epilepsili bireylerde depresif bozuklukların giderek yaygınlaşacağını öne sürebiliriz. Ayrıca, epilepsi hastaları arasında depresyon için riskli bireylerin uzun sü-

reli izlenmesiyle yürütülecek "kohort" çalışmalar sorunun çözümü yönünde değerli bilgiler sağlayabilir. Hastalıkla baş edemeyen, sosyal yaşantısı düzensiz olanlar ve nöbet sıklığı fazla olanların daha geniş ele alınması, daha fazla danışmanlıkla desteklenmesi ve eğitimle güçlendirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Alvarado L, Ivanovic-Zuvic F, Candia X, Mendez M, Ibarra X, Alarcon J. Psychosocial evaluation of adults with epilepsy in Chile. *Epilepsia* 1992;33:651-6.
2. Roth DL, Goode KT, Williams VL, Faught E. Physical exercise, stressful life experience and depression in adults with epilepsy. *Epilepsia* 1994;35:1248-55.
3. Victoroff JL, Benson F, Grafton ST, Engel J Jr, Mazziotta JC. Depression in complex partial seizures. Electroencephalography and cerebral metabolic correlates. *Arch Neurol* 1994;51:155-63.
4. Schachter SC, Schomer DL (editors). The comprehensive evaluation and treatment of epilepsy: a practical guide. Toronto: Academic Press; 1997.
5. Arık AC. Epilepsi ve depresyon. Sendrom-Epilepsi ve Klinik Nörofizyoloji Eki 1993;13-4.
6. Gehlert S. Perceptions of control in adults with epilepsy. *Epilepsia* 1994;35:81-8.
7. Mollaoğlu M, Durna Z, Eşkazan E. Epilepsili hastaların yaşam kalitesinin QOLIE-89 (Epilepside yaşam kalitesi ölçeği) ile değerlendirilmesi. *Epilepsi* 2001;3:73-80.
8. Force L, Jallon P, Hoffman JJ. Suicide and epilepsy. *Advances in epileptology*. 1989;17:356-8.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
10. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988;6:118-22.
11. Tunca E. Eşik altı depresyon ve depresif bozukluk: Genel medikal ve mental sağlığa özgü hastaların klinik özellikleri. *Kriz Dergisi* 1994;2:334-9.
12. Rezaki M. Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995;6:13-20.
13. LoBiondo-Wood, Haber J (editors). In: Nursing research: methods, critical appraisal, and utilization. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1997. p. 327-50.
14. Beghi E, Spagnoli P, Airola L, Fiordelli E, Appollonio I, Bogliun G, et al. Emotional and affective disturbances in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2002; 3:255-61.
15. Chavel SM, Westerveld M, Spencer S. Long-term outcome of vagus nerve stimulation for refractory partial epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003;4:302-9.
16. Kanner AM. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. *Biol Psychiatry* 2003;54:388-98.
17. Becu M, Becu N, Manzur G, Kochen S. Self-help epilepsy groups: an evaluation of effect on depression and schizophrenia. *Epilepsia* 1993;34:841-5.
18. Gilliam F, Kanner AM. Treatment of depressive disorders in epilepsy patients. *Epilepsy Behav* 2002;3:2-9.
19. Quiske A, Helmstaedter C, Lux S, Elger CE.

- Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis. *Epilepsy Res* 2000;39:121-5.
20. Jalava M, Sillanpaa M, Camfield C, Camfield P. Social adjustment and competence 35 years after onset of childhood epilepsy: a prospective controlled study. *Epilepsia* 1997;38:708-15.
21. Buck D, Jacoby A, Baker GA, Graham-Jones S, Chadwick DW. Patients' experiences of and satisfaction with care for their epilepsy. *Epilepsia* 1996;37:841-9.
22. Eşkazan E. Epilepsilerde tanı ve tedavi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu; Yayın No: 8 1998. s. 57-85.
23. Sirven JI, Liporace JD. Yeni antiepileptik ilaçlar. *Sendrom* 1997;102:70-5.