



Epilepsili Hastalarda Uyku Bozuklukları ve Bunun Yaşam Kalitesine Etkisi

Sleep Disturbances in Patient with Epilepsy and its Effect on the Quality of Life

Şadiye Gümüşyayla, Gönül Vural

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Epilepsili hastalarda yaşam ve uyku kalitesi pek çok faktörden etkilenmektedir. Bu hasta grubunda yaşam kalitesinde etkili faktörlerin tespit edilip düzeltilmesi, hastalığın sonuçlarını olumluya çevirmede yararlıdır. Bu çalışmada epilepsili hastalarda uyku bozuklukları ve bu bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırıldı.

Materyal ve Metot: Çalışmaya 43 epilepsi hastası ve 29 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Çalışmaya katılan tüm bireylere nöroloji uzmanı denetiminde Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Pittsburgh Uyku Bozuklukları İndeksi (PUKİ), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ), Berlin Uyku Anketi (BUA), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ), Stanford Uykululuk Ölçeği (SUÖ) uygulanırken, epilepsili hastalara ek olarak Epilepside Yaşam Kalitesi-31 Ölçeği (EYKÖ-31) de uygulandı. Epilepsili hastalarda ölçeklerden alınan puanlar, sağlıklı kontrollerin ölçeklerden aldıkları puanlarla ve epilepsili hastalarda EYKÖ-31 puanları diğer ölçeklerden alınan puanlarla kıyaslandı.

Bulgular: Epilepsili hastalarda EUÖ, BUA ve HAÖ'den alınan puanlar, sağlıklı kontrollerin puanlarına göre

anlamli olarak daha yüksek bulundu. Epilepsili hastalarda EYKÖ-31 puanları ile SUÖ, PUKİ, BDÖ ve EUÖ puanları arasında doğrusal, orta güçlükte ve negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Epilepside aşırı gün içi uykululuk, uykuda apne riski ve anksiyete bozukluğu sıktır. Epilepsili hastalarda kötü uyku kalitesi, aşırı gün içi uykululuk ve depresyon yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Bu hasta grubunda uyku bozukluklarının erken teşhis ve tedavisi yaşam kalitesini olumluya çevirmede etkilidir.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, Uyku bozuklukları, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Aim: Quality of life and sleep are influenced by many factors in patients with epilepsy. It is beneficial to identify and resolve the factors that affect the quality of life for converting the results of the disease into positive. We investigated sleep disorders and the effect of these disorders on the quality of life in patient with epilepsy.

Material and Method: 43 patient with epilepsy and 29 healthy volunteers were included in the study. The Beck Depression Scale (BDS), the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Hamilton Anxiety Scale (HAS), the Berlin Sleep Questionnaire (BSQ), the Epworth Sleepiness Scale (ESS) and Stanford Sleepiness Scale (SSS) were administered to all the participants in the study under the supervision of neurology specialist, Quality of life in Epilepsy (QOLIE-31) was also

Şadiye Gümüşyayla, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, Tel. 05062820234 Email. sadiyetemel@yahoo.com
Geliş Tarihi: 29.03.2017 Kabul Tarihi: 06.10.2017

applied in patient with epilepsy. Scores from scales in patient with epilepsy were compared to scores from healthy volunteers's scores and scores of scales that obtained patient with epilepsy compared to scores of QOLIE-31 form.

Results: The scores of the ESS, BSQ and HAS in patient with epilepsy were significantly higher than the scores of the healthy controls. There was a linear, moderate, negative and statistically significant relationship between QOLIE-31 scores and SSS, PSQI, BDS and ESS scores in patient with epilepsy.

Conclusion: Excessive daytime sleepiness, sleep apnea and anxiety disorder is common in epilepsy. Poor sleep quality, excessive daytime sleepiness and depression negatively affect quality of life in patient with epilepsy. Early diagnosis and treatment of sleep disorders in this group of patients is influential in converting the quality of life into positive.

Keywords: Epilepsy, sleepdisturbance, quality of life

Giriş

Epileptik nöbetler santral sinir sistemindeki kortikal nöronların anormal aşırı hipersenkron elektriksel deşarjları ile ortaya çıkan klinik manifestasyonlardır. Epilepsi ise provake olmayan tekrarlayıcı epileptik nöbetlerle karakterize kronik nörolojik bir hastalıktır¹. Epilepsi ile uyku arasında resiprokalbir ilişki vardır. Epileptik sendromun tipine göre uyku epileptik nöbetleri hem kolaylaştırabilir hem de önleyebilir. Epilepsi ise uykunun organizasyonunu ve mikro yapısını değiştirir²⁻⁵. Ayrıca epilepsili hastalarda olan psikiyatrik komorbidite ve anti konvülzan ilaçların uyku üzerine etkiside göz önünde bulundurulduğunda bu hastalarda uyku kalitesi düşmektedir. Buna bağlı olarak uykuya dalmada zorluk, sık uyanmalar, uykulu kalkma ve gün içinde aşırı uykulu olma sık karşılaşılan şikayetler olarak görülmektedir. Kaliteli bir uykunun nöbetlerin kontrolünde önemli

katkısı olduğu unutulmamalıdır⁶.

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer dizgelerinin bütünü içinde durumlarının asıl algıladıkları" şeklinde tanımlamaktadır⁷. Epilepside uyku bozuklukları sıktır ve yaşam kalitesi uyku bozuklukları ile ilişkilidir^{8, 9}. Erişkin hastalarda uyku ölçekleri ile uyku bozukluklarının değerlendirilmesi kolay uygulanabilir ve güvenilir yöntemlerdir¹⁰. Epilepsili hastalarda uyku bozukluklarının kolay ve hızlı tanınması onların yaşam kalitesini artırıp nöbet sıklığını azaltabilir^{11, 12}. Çalışmanın amacı epilepsili hastalarda uyku kalitesini ve bunun hastalarda yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır.

Materyal ve Metot

Bu çalışma Ocak 2016-Temmuz 2016 tarihleri arasında nöroloji polikliniğine başvuran, 1989 ILAE'ye göre epilepsi tanısı almış ve en az 1 yıldır epilepsi nedeni ile takipli ve antiepileptik tedavi alan 21'i kadın 22'si erkek 43 hasta ve bilinen hiç bir hastalığı olmayan 18'i kadın 11'i erkek 29 sağlıklı gönüllü ile yazılı onamları alınarak yapılmıştır. Çalışma için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fak Etik Kurul komitesinden izin alınmıştır. Epilepsi hastalığı dışında kronik nörolojik ve sistemik hastalığı olanlar ve testleri doldurabilecek düzeyde zekaya sahip olmayanlar ve son 24 saat içinde nöbet geçiren hastalar çalışmadan çıkarılmıştır. Tüm olguların genel fizik muayeneleri ve nörolojik muayeneleri yapıldı. Yapılan bu değerlendirmede hastaların nöbet sıklığı, nöbet tipi, hastalık süresi, kullandıkları ilaç ve dozları ile ilgili bilgiler kayıt edildi.

Hem hasta hem kontrol grubunda yer alan bireylerin ekonomik durum ve eğitim süresine ait bilgiler kayıt edildi. Tüm epilepsi hastalarına elektroensefelografi (EEG) çekildi. Tüm hastalara nöroloji uzmanı gözetiminde, Epilepside Yaşam Kalitesi-31 Ölçeği (EYKÖ-31), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Pittsburgh Uyku Bozuklukları İndeksi (PUKİ), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ), Berlin Uyku Anketi (BUA), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) ve Stanford Uykululuk Ölçeği (SUÖ) uygulandı. Çalışmaya katılan sağlıklı gönüllülere ise BDÖ, PUKİ, HAÖ, BUA, EUÖ ve SUÖ uygulandı.

EYK-31 (Quality of Life in Epilepsy-31-QOLIE-31 version 1.0): 1993 yılında Professional Postgraduate Services Division of Physicians World Communication Group ve QOLIE Development Group tarafından epilepsi hastalarının yaşam kalitelerini değerlendirmek için oluşturulan 31 soruluk bir formdur. Formun toplam skorunun yanında 7 alt skoru vardır: duygusal iyilik hali (emotional well-being), sosyal fonksiyonlar (social functioning), enerji/bitkinlik (energy/fatigue), bilişsel fonksiyonlar (cognitive functioning), nöbet endişesi (seizure worry), ilaç etkileri (medication effects), tüm yaşam kalitesi (overall quality of life). Skorum 0 ile 100 arasında değişmekte olup, skorlar arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Bireyin depresyon yönünden riskini belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için uygulanan bir ölçektir ve kesme noktası 17 puan olarak

değerlendirilmiştir.

Pittsburgh Uyku Bozuklukları İndeksi (PUKİ): 1989 yılında Buysse ve ark. tarafından uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve ark.¹³ tarafından yapılmıştır. Test 10 ana başlık altında 24 soru içermekte olup son beş soru yatak partnerinin birey hakkındaki değerlendirmelerini içerir ve skorlamaya alınmaz. Uyku alışkanlığı (yatış zamanı, kalkma zamanı, uykuya dalma süresi, toplam uyku süresi), gece içinde yaşanan uyku problemlerinin sıklığı, uyku kalitesi, uyku ilacı kullanımı ve günlük aktivitelerde uyanık kalma problemi testin değerlendirdiği parametrelerdir. Test son bir ay içindeki uyku kalitesini ölçer, toplam 21 puan üzerinden değerlendirilir ve skorun 5’ten büyük olması kötü uyku kalitesini gösterir.

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ): 14 maddeli bir testtir. 0-56 arası puan alınabilir. Kesme noktası 6’dır.

Berlin Uyku Anketi (BUA): Berlin Anketi uyku apnesi riskini ölçen toplam üç kategoriden oluşan bir ölçektir. Hastanın vücut kitle indeksi, horlama özellikleri, uyku durumu ve kan basıncı ile ilgili bilgileri içeren 10 soruluk anket formundan oluşur. Her kategori kendi içerisinde değerlendirilmekte, 2 veya daha fazla kategori pozitif sonuçlanırsa Berlin Anketi’ne göre obstruktif uyku apnesi riski (OUAS) riski yüksek kabul edilmektedir^{14,15}.

Stanford Uykululuk Ölçeği (SUÖ): Gündüz uyku halinin düzeyini saptamada kullanılan yedi basamaklı subjektif bir testtir¹⁶. Gündüz

uyku hali en hafif “1” ve en ağır “7” olmak üzere derecelendirilmiştir¹⁷.

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ): Gündüz uyku halini değerlendirmek için kullanılan bir testtir. Son bir ay içinde çeşitli durumlarda uyuklama veya uyuma olasılığını gösterir. Toplam 8 sorudan oluşur ve her soru hastanın kendisi tarafından 0-3 puan verilecek şekilde doldurulur. En yüksek puan 24 iken toplam puan 10 ve üzerinde ise gündüz aşırı uyku halinin varlığına işaret eder¹⁸.

Çalışmada yer alan bireylerin cinsiyet, hasta grubu, ekonomik durumu, ilaç kullanımı, nöbet tipi, nöbet sıklığı ve EEG gibi demografik bilgilerden oluşan değişkenlere ait sayı ve yüzde değerleri verildi. Yaş, eğitim süresi, ilaç kullanım süresi, nöbet sıklığı, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi gibi değişkenlere ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verildi. Hasta ve kontrol grupları bazında cinsiyet ve yaş değişkenlerinin anlamlı farklılık oluşturup oluşturmadığına Ki – Kare Karşılaştırma testi ile bakıldı. Çalışmada kullanılan SUÖ, BDÖ, PUKİ, EUÖ, BUA, HAÖ ve EYKÖ-31 ait tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca, çeyreklikler arası genişlik, minimum ve maksimum değerler) verildi. PUKİ, HAÖ ve BDÖ’nün kategorize edilmiş sonuçlarına ait sayı ve yüzde değerleri verildi. Çalışmada yer alan bireylerin hasta ve kontrol grupları bazında SUÖ, BDÖ, PUKİ, EUÖ, BUA, HAÖ puanlarına normal dağılıma uygunluk testi olan Shapiro-Wilks testi uygulandı. Normal dağılım göstermediği belirlenen değişkenin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca ve

çeyreklikler arası genişlik (ÇAG) kullanıldı. Hasta ve kontrol grupları bazında ilgili ölçeklerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann – Whitney U non parametrik testi ile analiz edildi. Anlamlı farklılık gösteren değişkenlere veri tipine uygun olarak ilgili grafik çizildi. Çalışmada yer alan epilepsi hastalarına ait EYKÖ-31, SUÖ, BDÖ, PUKİ, EUÖ, BUA, HAÖ puanları arasında anlamlı ilişki olup olmadığını saptamak için korelasyon analizi yapıldı ve SpearmanRho İlişki Katsayıları hesaplandı. Epilepsi hastası bireylerin yaşları, nöbet sıklıkları ve hastalık süreleri ile EYKÖ-31 puanları arasında anlamlı ilişki olup olmadığını saptamak için korelasyon analizi yapıldı ve SpearmanRho İlişki Katsayıları hesaplandı. Bireylerin cinsiyet ve nöbet tipi bazında EYKÖ-31 puanlarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Bağımsız iki örneklem t testi (Two Independentsample t test) ile, gruplanmış nöbet sıklığı bazında anlamlı farklılık gösterip göstermediğine ise Tek Yönlü ANOVA (OneWay ANOVA) parametrik testi ile bakıldı. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve bazı hesaplamalar için MS-Excel 2007 programları kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmada yer alan 72 bireyin %54.2’si (n=39) kadın olup, %45.8’i (n=33) erkektir. Bireylerin 43’ü epilepsi hastası, 29’u ise kontrol grubunda yer almaktadır. Bireylerin %36.1’inin

ekonomik durumu kötü, %63.9'unun ise orta – iyi seviyesinde olduğu saptanmıştır. İlaç kullanım dağılımlarına bakıldığında 29 birey tek AEİ alırken, 14 birey birden fazla AEİ almaktadır (Tablo 1).Çalışmada yer alan bireylerin %79.1'i (n=34) nöbet tipi jeneralize, %20.9'unun ise parsiyel olduğu saptanmıştır. Bireylerin 36'sı ayda 1 ve az, 5'i ayda 1 ve 5 arası ve son olarak 2'si ayda 5'den fazla nöbet geçirmektedirler. Epilepsi hastası bireylerin EEG'lerine bakıldığında; 18'i jeneralizeepileptiform, 4'ü fokal epileptiform, 20'si normal, 1'i jeneralize paroksizmal bozukluk göstermektedir (Tablo 1).Çalışmada yer alan epilepsi hastası bireylerin ilaç kullanım süresi ortalaması 8.81 ± 7.71 yıl, nöbet sıklığı ortalaması ayda 1.16 ± 1.93 , hastalık başlangıç yaş ortalaması 29.11 ± 15.85 ve hastalık süresi ortalaması 8.81 ± 7.71 yıldır (Tablo 2).

Çalışmada yer alan kadın bireylerin 21'i epilepsi hastası, 18'i ise kontrol grubunda yer almaktadır. Erkek bireylerin ise 22'si epilepsi hastası, 11'i kontrol grubunda yer almaktadır. Cinsiyet bazında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.337$). Çalışmada yer alan epilepsi hastalarının yaş ortalaması 37.32 ± 14.18 , kontrol grubunda yer alan bireylerin yaş ortalaması ise 35.03 ± 11.18 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmada kullanılan SUÖ puan ortalaması 4.06 ± 2.12 , minimum puanı 1, maksimum puanı 7, PUKİ puan ortalaması 3.60 ± 2.52 , minimum puanı 1, maksimum puanı 9, EUÖ puan ortalaması 10.74 ± 7.20 , minimum puanı 1, maksimum puanı ise 25

olarak hesaplanmıştır. Çalışmada kullanılan diğer gereçlerden olan BUA puan ortalaması 0.25 ± 0.44 , BDÖ puan ortalaması 14.79 ± 10.87 , HAÖ puan ortalaması 19.16 ± 15.28 ve son olarak EYKÖ-31 puan ortalaması 53.80 ± 13.72 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada yer alan bireylere uygulanan PUKİ'nin sonuçlarına göre; bireylerin %80.6'sı (n=58) iyi uyku kalitesine sahip, %19.4'ü (n=14) kötü uyku kalitesine sahiptir. HAÖ'ü sonuçlarına göre ise; bireylerin %25.0'ının (n=18) anksiyetesi yok, %30.6'sının (n=22) minör anksiyetesi mevcut ve %44.4'ünün (n=32) ise majör anksiyetesi olduğu saptanmıştır. Uygulanan bir diğer ölçek olan BDÖ'ü sonuçlarına göre ise; bireylerin %41.7'si (n=30) normal durumda, %29.2'si (n=21) hafif depresyona sahip, %22.2'si (n=16) orta depresyona sahip ve son olarak %6.9'u (n=5) ağır depresyona sahip olduğu saptanmıştır.

Çalışmada yer alan ve epilepsi hastalarına ait SUÖ puan ortalaması 4.06 ± 2.12 , kontrol grubunda yer alanların SUÖ puan ortalaması ise 3.72 ± 1.70 olarak hesaplanmıştır. Hasta ve kontrol grupları bazında SUÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.520$). Epilepsili bireylerin PUKİ puan ortalaması 3.60 ± 2.52 , kontrol grubunda yer alan bireylerin ise 3.41 ± 1.89 olarak hesaplanmıştır. Hasta ve kontrol grupları bazında PUKİ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.802$) (Tablo 3). Epilepsi hastalarının EUÖ puan ortalaması 10.74 ± 7.20 , kontrol grubunda yer alan bireylerin ise ilgili puan ortalaması 4.93

± 3.82 olarak hesaplanmıştır. Hasta ve kontrol grupları bazında EUÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Epilepsi hastalarının EUÖ puan ortalaması kontrol grubunda yer alan bireylere nazaran daha yüksek saptanmıştır. Epilepsi hastalarının BUA puan ortalaması 0.25 ± 0.44 , kontrol grubunda yer alan bireylerin ise 0.06 ± 0.25 olarak hesaplanmıştır. Hasta ve kontrol grupları bazında BUA puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.045$). Epilepsi Hastalarının BUA puanları kontrol grubuna nazaran daha yüksek saptanmıştır (Tablo 3). Çalışmada yer alan epilepsi hastalarının BDÖ puan ortalaması 14.79 ± 10.87 , kontrol grubunda yer alan bireylerin BDÖ puan ortalaması 11.65 ± 9.19 olarak hesaplanmıştır. Hasta ve kontrol grupları bazında BDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.282$). Araştırmaya katılan bireylerden epilepsi hastası bireylerin HAÖ puan ortalaması 19.16 ± 15.28 , kontrol grubunda yer alan bireylerin ise 13.06 ± 12.75 olarak hesaplanmıştır. Hasta ve kontrol grupları bazında HAÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.048$). Epilepsi hastalarının HAÖ puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir (Tablo 3).

Çalışmaya katılan bireylerin EYKÖ-31 puanları ile SUÖ, PUKİ, BDÖ ve EUÖ puanları arasında doğrusal, orta güçlükte ve negatif yönlü ilişki söz konusudur. Saptanan ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; $p=0.019$, $p=0.009$, $p=0.00$, $p<0.001$). EYKÖ-31 puanları artarken/azalırken, SUÖ, PUKİ ve BDÖ puanları azalır/artar. Bireylerin BUA ve HAÖ

puanları ile EYKÖ-31 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (sırasıyla; $p=0.098$, $p=0.089$) (Tablo 4).

Çalışmada yer alan EYKÖ-31 puanları ile yaş, hastalık süresi ve nöbet sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki söz konusu değildir (sırasıyla; $p=0.238$, $p=0.813$, $p=0.742$). Çalışmada yer alan kadın bireylerin EYKÖ-31 puan ortalaması 56.44 ± 14.29 , erkek bireylerin 51.29 ± 12.98 olarak hesaplanmıştır. Cinsiyet bazında EYKÖ-31 puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.223$). Çalışmada yer alan ve nöbet tipi jeneralize olan bireylerin EYKÖ-31 puan ortalaması 54.75 ± 14.52 , parsiyel olan bireylerin 50.22 ± 9.98 olarak hesaplanmıştır. Nöbet tipi bazında EYKÖ-31 puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.384$). Nöbet sıklığı ayda 1 ve az olan bireylerin EYKÖ-31 puan ortalaması 53.64 ± 14.30 , nöbet sıklığı 1 – 5 arası olan bireylerin 55.90 ± 11.90 ve ayda 5’den fazla nöbet geçiren bireylerin EYKÖ-31 puan ortalaması 51.54 ± 12.04 olarak hesaplanmıştır. Nöbet sıklığı bazında EYKÖ-31 puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır ($p=0.919$).

Tartışma

Çalışmada EUÖ, BUA ve HAÖ’den alınan puanları epilepsili hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulundu. Ayrıca epilepsili hasta grubunda SUÖ, PUKİ, EUÖ ve BDÖ’den alınan puanlar EYKÖ-31’den alınan puanlarla negatif korelasyon gösterdi. Bu bulgular epilepsili hastaların gün içi uyukuluğa ve anksiyeteye yatkınlıkları

olduğunu ve kötü uyku kalitesinin, aşırı gün içi uykululuğun ve depresyonun bu hastalarda yaşam kalitesini düşürdüğünü gösterdi.

Aşırı gün içi uykululuk toplumda sık görülen uyku bozuklukları arasındadır ve EUÖ ile objektif olarak değerlendirilebilir¹⁹. Yapılan çalışmada epilepsili hasta grubunda aşırı gün içi uykululukla uyumlu olarak EUÖ'den alınan puanları sağlıklı bireylere göre yüksek bulundu. Epilepsili olgularda uyku bozuklukları açısından çeşitli ölçeklerle yapılan çalışmalarda epileptik olgularda gün içi uykululuğun yüksek olduğu bildirilmiştir²⁰⁻²⁴. Epilepsi hastalarında aşırı gün içi uykululukta etkili faktörler kullanılan antiepileptik tedaviler ve epileptik nöbetler olduğu düşünülmektedir^{25,26}. Çalışmada epilepsili hasta grubunda BUA'dan alınan puanlar sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu da bu hasta grubunda uyku apnesi riskinin epileptik kişilerde daha yüksek olduğunu gösterdi. Daha önce Wyler ve Davinsky²⁷ epilepsi ile obstruktif uyku apnesendromu (OUAS) arasında bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Bu iki hastalık arasında herhangi bir neden-sonuç ilişkisi kurulamasa da gerçekte resiprokal süreçlerle bu iki hastalığın birbirini advers olarak etkileyerek sıklığını artırdığı düşünülür²⁸. Çoğu konvansiyonel AEİ'ler beyinde solunum merkezlerini negatif etkileyip ve kilo artışı yapıp OUAS'yi artırır, diğer taraftan OUAS nedeni ile ortaya çıkan hipoksi ve uyku fragmantasyonu nöbet riski ve epilepsiyi artırır^{28, 29}. Artmış gün içi uykululuk epilepsi hastalarında kullanılan AEİ'ler ve epileptik nöbetlerin yanısıra artmış OUAS nedeni ile de

olmaktadır. Literatürde epileptik ve sağlıklı gönüllülerin karşılaştırıldığı, iki grup arasında gün içi uykululuk açısından anlamlı fark bulunmayan çalışmalara da rastlamak mümkündür^{30,31}. Bu durumda gün içi uykululuğu araştıran anketlerin toplum yapısına uygunluğundan kaynaklanıyor olabilir.

Epilepsili hastalarda komorbid psikolojik sorunlar sıktır³². Önceki çalışmalarda epilepsili hastalarda anksiyete sıklığı yaklaşık % 30 oranında bildirilmiştir^{33, 34}. Bu çalışmada epilepsili grupta anksiyeteyi sağlıklılara göre daha sık bulundu.

Çalışmanın bir diğer amacı da epilepsili hastalarda yaşam kalitesinde etkili faktörleri araştırmaktır. Epilepsili hastalarda SUÖ, PUKİ, EUÖ ve BDÖ ile EYKÖ-31 arasında negatif yönlü bir korelasyon bulundu. Bu da epilepsili hastalarda artmış gün içi uykululuk, kötü uyku kalitesi ve depresyonun epilepsili hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösterdi. Kwan ve ark.³² anksiyete, depresyon ve uyku bozukluklarını epilepsili hastalarda düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulmuşlardır. Alanis-Guevara ve ark.⁴ uyku bozukluğunu düşük hayat kalitesi ile ilişkili bulurken, depresyonu hayat kalitesine etkisiz bulmuşlardır. Manni ve ark.³⁵ 1/3 epilepsi hastasında kotu uyku hijyeni olduğunu saptamışlardır. Wiegartz ve ark.³⁶ major depresyon tanısı almış epileptik kişilerde halen veya geçirilmiş bir depresyon öyküsü olmayan kişilere kıyasla daha düşük yaşam kalitesi oranı bulmuşlardır. Gilliam³⁷ interiktal depresif sendrom ile yaşam kalitesi arasında lineer bir ilişki saptamış; Beck depresyon envanteri gibi self-report ölçeklerde daha

şiddetli semptomu olan vakaların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu bildirmiştir.

Çalışma epilepsili hastalarda uyku bozuklukları, depresyon ve anksiyetenin sık karşılaşılan sorunlar olduğunu ve bu sorunların bu hasta grubunda yaşam kalitesini etkilediğini göstermek açısından önemlidir. Bu hasta grubunda bu sorunların bulunması ve tedavi edilmesi hastaların yaşam kalitesini de olumluya yönlendirecektir. Çalışmanın bazı kısıtlılıkları; çalışma küçük bir örneklem grubunda yapılmıştır. Hastalardan polisomnografi kaydı alınmamıştır. Epilepsi polikliniklerinde hastalar şikayette bulunmasalar dahi uyku bozuklukları açısından sorgulanmalı ve mevcut uyku bozuklukları tedavi edilmelidir.

Kaynaklar

- 1-Stables JP, Bertram EH, White HS, et al. Models for epilepsy and epileptogenesis: report from the NIH workshop, Bethesda, Maryland. *Epilepsia*2002; 43:1410-20.
- 2-Sammaritano M, Gigli GL, Gotman J. Interictal spiking during wakefulness and sleep and the localization of foci in temporallobeepilepsy. *Neurol* 1991; 41(2):290-7.
- 3-Malow BA, Lin X, Kushwaha R, et al. Interictal spiking increases with sleep depth in temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*.1998; 39(12):1309-16.
- 4-Minecan D, Natarajan A, Marzec M, et al. Relationship of epileptic seizures to sleep stage and sleep depth. *Sleep* 2002; 25(8):899-904.
- 5-Crespel A, Coubes P, Baldy-Moulinier M. Sleep influence on seizures and epilepsy effects on sleep in partial frontal and temporal lobe epilepsies. *Clin Neurophysiol*. 2000; 111(2):54-9.
- 6- Göksan B. Uyku ve epilepsi. *Türkiye Klin Dahili Tıp Bil Nörol* 2007; 3(26): 40–3.
- 7- Fidaner H, Billington R, Eser E, et al. Yaşam kalitesi ve ruh sağlığı. 34. Ulusal Psikiyatri kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı 1998; 53-6.
- 8-Manocchia M, Keller S, Ware JE. Sleep problems, health-related quality of life, work function in gand healthcare utilization among the chronically ill. *Qual Life Res*.2001; 10(4): 331-45.
- 9-Harden CL. Theco-morbidity of depression and epilepsy: epidemiology, etiology, andtreatment. *Neurol* 2002; 24(59):48-55.
- 10-Öner P, Barut Y, Öner Ö, et al. Çocuklarda uyku ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Klin Psikofarmakol Bül* 2009; 19:382–95.
- 11-Vaughn, BV, D'Cruz OF. Sleepandepilepsy. *Semin Neurol*. 2004; 24 (3):301-13.
- 12-Devinsky O, Ehrenberg B, Barthlen GM, et al. Epilepsy and sleep apne asyndrome. *Neurol* 1994; 44 (11):2060-4.
- 13- Ağargun MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin gecerliliği ve guvenirliği. *Tr Psikiyatri Derg* 1996; 7(2):107-15.
- 14- Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, et al. Using the Berlin Questionnaireto identify patients at risk forthe sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med* 1999; 131(7):485-91.
- 15- Abrishami A, Khajehdehi A, Chung F. A systematic review of screening questionnaires for obstructive sleep apnea. *Can J Anaesth* 2010; 57(5):423-38.
- 16-Hoddes E, Zarcone V, Smythe H, et al. Quantification of sleepiness: a newapproach. *Psychophysiol* 1973; 10(4):431-6.

- 17-MacLean AW, Fekken GC, Saskin P, et al.** Psychometric evaluation of the Stanford Sleepiness Scale. *J Sleep Res* 1992; 1(1):35-9.
- 18-Izci B, Ardic S, Firat H, et al.** Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath* 2008; 12(2):161-8.
- 19-Johns MW.** A new method for measuring day time sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14 (6):540-5.
- 20-Weerd AD, Hass SD, Otte A, et al.** Subjective sleep disturbance in patients with partial epilepsy; a questionnaire based study on prevalence and impact on quality of life. *Epilepsia* 2004; 45(11):1397–1404.
- 21-Piperidou C, Karlovasitou A, Triantafyllou N, et al.** Influence of sleep disturbance on quality of life of patients with epilepsy. *Seizure* 2008; 17:588–94.
- 22-Chen NC, Tsai MH, Chang CC, et al.** Sleep quality and day time sleepiness in patients with epilepsy. *Acta Neurol Taiwan* 2011; 20:249–56.
- 23-lobucnikova K, Kollar B.** Day time sleepiness and changes of sleep in patients with epilepsy. *Ġn: Sibat HF (ed). Novel aspects on epilepsy. InTech; 2011; Ch 3, 29–52.*
- 24- Krishnan P, Sinha S, Taly AB, et al.** Sleep disturbances in juvenile myoclonic epilepsy: a sleep questionnaire-based study. *Epilepsy Behav* 2012; 23(3):305–9.
- 25-Mattson RH.** Selection of antiepileptic drug therapy. In: Levy R, Mattson RH, Meldrum B, Penry JK, editors. *Antiepileptic drugs*, 3rd ed. 1989. pp. 103-5.
- 26- Zucconi M, Oldani A, Smirne S, et al.** The macrostructure and microstructure of sleep in patients with autosomal dominant nocturnal frontal lobe epilepsy. *J Clin Neurophysiol* 2000; 17(1):77-8.
- 27-Wyler AR, Weymuller EA.** Epilepsy complicated by sleep-apnea. *Ann Neurol* 1981; 9:403-4.
- 28-Manni R, Tartara A.** Evaluation of sleepiness in epilepsy. *Clin Neurophysiol* 2000; 111:111-4.
- 29-Davinsky O, Eherenberg B, Barthlen GM, et al.** Epilepsy and sleep-apnea syndrome. *Neurol* 1994; 44:2060-9.
- 30-Khatami R, Zutter D, Siegel A, et al.** Sleep-wake habits and disorders in a series of 100 adult epilepsy patients– a prospective study. *Seizure* 2006; 15:299–306.
- 31-Chan B, Cheong EYY, Grace Ng SF, et al.** Evaluation of sleep disturbances in children with epilepsy: a questionnaire-based case–control study. *Epilepsy Behavior* 2011; 21:437–40.
- 32-Kwan P, Yu E, Leung H, et al.** Association of subjective anxiety, depression, and sleep disturbance with quality-of-life ratings in adults with epilepsy. *Epilepsia*. 2009; 50(5):1059-66.
- 33-Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, et al.** Clinical assessment of axis I psychiatric morbidity in chronic epilepsy: a multicenter investigation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005; 17:172–9.
- 34-O'Donoghue MF, Goodridge DMG, Redhead K, et al.** Assessing the psychosocial consequences of epilepsy: a community-based study. *Br J Gen Pract* 1999; 49:211–4.
- 35-Manni R, Politine L, Ratti MT, et al.** Sleepiness and its associated factors in epilepsy patients. *Sleep* 1998; 21:175. [Abstract]
- 36-Wiegartz P, Seidenberg M, Woodard A, et al.** Co-morbid psychiatric disorder in chronic epilepsy: recognition and etiology of depression. *Neurol* 1999; 53:3-8.
- 37- Gilliam F.** Optimizing health outcomes in active epilepsy. *Neurol* 2002; 58:9-20.

Tablo 1. Demografik Bilgiler

Demografik Bilgiler	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	39 (54.2)
Erkek	33 (45.8)
Ekonomik Durumu	
Kötü	26 (36.1)
Orta – İyi	46 (63.9)
İlaç Kullanımı	
Tek antiepileptik ilaç	29 (67.4)
Birden fazla antiepileptik ilaç	14 (32.6)
Nöbet Tipi	
Jeneralize	34 (79.1)
Parsiyel	9 (20.9)
Nöbet Sıklığı	
Ayda 1 ve az	36 (83.7)
Ayda 1 – 5	5 (11.6)
Ayda 5’den fazla	2 (4.7)
EEG	
JeneralizeEpileptiform	18 (41.9)
FokalEpileptiform	4 (9.3)
Zemin aktivite bozukluğu (yaygın)	-
Zemin aktivite bozukluğu (fokal)	-
Normal	20 (46.5)
JeneralizeParoksizmal Bozukluk	1 (2.3)

-Sayı ve yüzde dağılımı verilmiştir.

Tablo 2. Demografik Bilgiler

Demografik Bilgiler	Ort ± SS	Min; Max
İlaç Kullanım Süresi	8.81 ± 7.71	1.00; 30.00
Nöbet Sıklığı	1.16 ± 1.93	0.00; 6.00
Hastalık Başlangıç Yaşı	29.11 ± 15.85	12.00; 66.00
Hastalık Süresi	8.81 ± 7.71	1.00; 30.00

-Tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 3. Gruplar Bazında (hasta – kontrol) İlgili Ölçek Puanları Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup		Test İstatistiği	
	Epilepsi (n=43) Ort ± SS Ortanca (ÇAG)	Kontrol (n=29) Ort ± SS Ortanca (ÇAG)	Z	p
Standford Uykululuk Ölçeği	4.06 ± 2.12 5.00 (4.00)	3.72 ± 1.70 4.00 (4.00)	0.643	0.520
Pittsburgh Uyku Bozuklukları İndeksi	3.60 ± 2.52 3.00 (2.00)	3.41 ± 1.89 3.00 (2.00)	0.251	0.802
Epworth Uykululuk Ölçeği	10.74 ± 7.20 10.00 (13.00)	4.93 ± 3.82 3.00 (4.00)	3.613	<0.001
Berlin Uyku Anketi	0.25 ± 0.44 0.00 (1.00)	0.06 ± 0.25 0.00 (0.00)	2.007	0.045
Beck Depresyon Ölçeği	14.79 ± 10.87 14.00 (17.00)	11.65 ± 9.19 10.00 (13.00)	1.075	0.282
Hamilton Anksiyete Ölçeği	19.16 ± 15.28 16.00 (21.00)	13.06 ± 12.75 8.00 (13.00)	1.977	0.048

-Mann-Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır.

Tablo 4. Belirtilen Ölçek Puanlarının Epilepside Yaşam Kalitesi-31 Ölçeği Puanı ile İlişkisi

Değişkenler * Epilepside Yaşam Kalitesi-31 Ölçeği	SpearmanRho İlişki Katsayısı	p
Standford Uykululuk Ölçeği	-0.355	0.019
Pitsburg Uyku Bozuklukları İndeksi	-0.392	0.009
Epworth Uykululuk Ölçeği	-0.598	<0.001
Berlin Uyku Anketi	-0.256	0.098
Beck Depresyon Ölçeği	-0.485	0.001
Hamilton Anksiyete Ölçeği	-0.263	0.089

-Korelasyon Analizi uygulanmıştır.