



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ERİŞKİN EPİLEPSİ HASTALARINDA AYRILMA
ANKSİYETESİ BOZUKLUĞUNUN SIKLIĞI İLE
ALGILANAN AŞIRI KORUYUCULUK VE YAŞAM
KALİTESİNİN İLİŞKİSİ**

Dr. Harun YETKİN
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Haziran, 2022

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ERİŞKİN EPİLEPSİ HASTALARINDA AYRILMA
ANKSİYETESİ BOZUKLUĞUNUN SIKLIĞI İLE
ALGILANAN AŞIRI KORUYUCULUK VE YAŞAM
KALİTESİNİN İLİŞKİSİ**

Dr. Harun YETKİN
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Aynur GÖRMEZ

TEZ EŞ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Rümeysa YENİ ELBAY

İSTANBUL
Haziran, 2022

Yazar Bildirimi

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği bünyesinde hazırladığım bu uzmanlık tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- Alıntılanan başkalarına ait tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini kaynak göstererek atıfta bulunduğum gibi, yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,
- Tezin hazırlanmasında katkısı olan, tez danışmanı Doç. Dr. Aynur GÖRMEZ ve tez eş danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Rûmeysa YENİ ELBAY beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

Haziran, 2022

Dr. Harun YETKİN

İmza:

Bilgilendirme

- Bu tez kabulünden önce hiçbir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezle ilgili herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Harun YETKİN



Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalanma şansı bulduğum, tezimin her aşamasında çok değerli katkıları olan tez danışmanım ve Anabilim Dalı Başkanı'mız Doç. Dr. Aynur GÖRMEZ'e

Beraber çalışmış olmaktan dolayı mutluluk duyduğum eski Anabilim Dalı Başkanı'mız Prof. Dr. Serhat ÇITAK'a

Eğitim sürecimde bilgi ve becerilerini paylaşarak mesleki gelişimime büyük katkıları olan değerli hocalarım Doç. Dr. Hasan Turan KARATEPE, Dr. Öğr. Üyesi M.Emrah KARADERE ve Dr. Öğr. Üyesi Rümeyza YENİ ELBAY'a

Tezimin hazırlanmasında büyük katkıları olan, her zaman gösterdiği samimi yaklaşımı için Uzm. Dr. Ayşe KURTULMUŞ ÇALIŞ'a, beraber çalıştığımız süre boyunca destek ve yakın ilgileri için Uzm. Dr. Selim ARPACIOĞLU, Uzm. Dr. Pelin Su ŞİRİN, Uzm. Dr. Zülal ÇELİK'e ve Uzm. Dr. Nilüfer SUBAŞI TEKİNTAŞ'a,

Rotasyonum süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşan Doç. Dr. Vahdet GÖRMEZ ve tüm Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı ekibine, tezimin hazırlanmasındaki desteklerinden dolayı Prof. Dr. Temel TOMBUL, Doç. Dr.Asuman ORHAN VAROĞLU, Dr. Nestuğ KESKİN ve tüm Nöroloji Anabilim Dalı ekibine,

Henüz öğrenciyken yürümeyi hayal ettiğimiz bu yolda birlikte olmaktan dolayı çok mutlu olduğum değerli dostum Dr. Filiz ÇETİNKAYA'ya, beraber çalışmaktan keyif aldığım değerli asistan arkadaşlarıma ve diğer tüm ekip arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde en büyük pay sahipleri, öğrettikleri değerler ile yaşamımı anlamlı kılan sevgili annem ve babama, ailemizin gururu, güzel kalpli kardeşim Dr. Ahmet Serhat YETKİN'e, hayatımda oldukları için kendimi şanslı gördüğüm, desteklerini yaşamım boyunca hissettiğim abim Yunus Emre YETKİN ve Bahar ARIK YETKİN'e,

Sonsuz desteği ile her zaman yanımda olan ve varlığı ile hayatımı güzelleştiren sevgili eşim Dr. Zeynep Dilara YETKİN'e,

Sonsuz teşekkürlerimle.

Dr. Harun YETKİN

Özet

ERİŞKİN EPİLEPSİ HASTALARINDA AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞUNUN SIKLIĞI İLE ALGILANAN AŞIRI KORUYUCULUK VE YAŞAM KALİTESİNİN İLİŞKİSİ

Amaç: Epilepsi, çok sayıda nörobiyolojik, bilişsel ve psikososyal sonuçlara sahip, yaygın bir nörolojik hastalıktır. Epilepsi hastalarında psikiyatrik komorbiditelerin genel popülasyondan daha sık görüldüğü ve prognozu olumsuz etkilediği bilinmektedir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) erişkinlik dönemi için DSM-5 ile tanımlanmıştır. Bu çalışmada erişkin epilepsi hastalarında ayrılma anksiyetesi bozukluğu sıklığının ve düzeyinin belirlenmesi, ayrıca aşırı koruyuculuk ve yaşam kalitesiyle olan ilişkisinin kontrol grubuyla karşılaştırılarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Ekim 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Nöroloji polikliniklerinden epilepsi tanısıyla takipli, 18-65 yaş arası hastalar başvuru sırasına göre seçilmiştir. Toplam 114 hasta ile görüşülüp, dahil edilme kriterlerini karşılayan 105 hasta çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubu olarak epilepsi tanısı bulunmayan 115 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların tamamı araştırmacılar tarafından DSM-5 temelli klinik görüşme ile değerlendirilmiştir. Epilepsi grubuna; Sosyodemografik Veri Formu, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), Epilepside Algılanan Aşırı Koruyuculuk Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLIE-31), Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır. Kontrol grubuna; Sosyodemografik Veri Formu, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır. Epilepside yaşam kalitesi ve aşırı koruyuculuk skorlarını açıklamada hiyerarşik regresyon analizi kullanılmıştır. Ayrılma anksiyetesi belirti skorlarını açıklamada çok değişkenli basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Epilepsi grubunun eğitim düzeyi, çalışma durumu ve yalnız yaşama oranları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuştur. Epilepsi hastalarında çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi belirtileri ve güncel depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve diğer psikiyatrik komorbiditeler epilepsi grubunda anlamlı düzeyde yüksekti ($p:0.029$ ve $p:0,008$). Epilepside yaşam kalitesi ile ayrılma anksiyetesi semptom düzeyi, aşırı koruyuculuk ve depresyon puanları anlamlı düzeyde negatif korelasyon göstermiştir. Lojistik regresyon analizinde epilepside yaşam kalitesi için erişkin dönem ayrılma anksiyetesi semptomları düzeyi ve depresyon skorları bağımsız faktörler olarak bulunmuştur ($p:0.029$ ve $p<0.01$). Epilepsinin varlığı AAB tanı riskini 3,1 kat artırsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Depresyon skorları ve aşırı koruyuculuk, yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtileri için epilepsi hastalarında yordayıcı olarak bulunmuştur ($p:0.01$ ve $p:0.03$)

Sonuç: Epilepsi hastalarında YAAB tanı sıklığı kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ailelerin aşırı koruyucu tutumu ile yaşam kalitesindeki düşüklük ve ayrılma anksiyetesi düzeyi ilişkili bulunmuştur. Gelecekte aşırı koruyuculuğu belirleyen faktörleri araştıran kapsamlı çalışmalar, önleyici ve müdahale yöntemlerini belirleme ve böylece epilepsili bireylerin yaşam kalitesini artırma, ruh sağlığını koruma açısından yol gösterici olacaktır.

Anahtar kelimeler: Ayrılma anksiyetesi, aşırı koruyuculuk, epilepsi

Abstract

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE FREQUENCY OF SEPARATION ANXIETY DISORDER AMONG ADULT EPILEPSY PATIENTS AND PERCEIVED OVERPROTECTION AND QUALITY OF LIFE

Objective: Epilepsy is a common neurological disease with numerous neurobiological, cognitive and psychosocial consequences. It is known that psychiatric comorbidities are seen more frequently in epilepsy patients than in the general population which has a negative impact on the prognosis. Separation anxiety disorder (SAD) for adulthood has been defined by the DSM-5. In this study, it was aimed to determine the frequency of separation anxiety disorder and the level of its symptoms in adult epilepsy patients, and to examine its relationship with overprotection and quality of life in comparison to the control group.

Method: The subjects were selected according to the order of presentation to the neurology outpatient clinic of Goztepe Prof. Dr. Suleyman Yalcin City Hospital from patients aged 18-65, and who were being followed up with the diagnosis of epilepsy. A total of 114 patients were interviewed, and 105 patients who met the inclusion criteria were included in the study. In the control group, 115 people who do not have a diagnosis of epilepsy were included in the study. All participants underwent a DSM-5 based clinical interview. Sociodemographic Data Form, Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS), Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI), Adult Separation Anxiety Questionnaire (ASA-27), Perceived Overprotection in Epilepsy Scale, Quality of Life in Epilepsy Scale (QOLIE-31), Beck Depression Inventory (BDI) were administered to the epilepsy group. Sociodemographic Data Form, Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-ASA), Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI), Adult Separation Anxiety Questionnaire (ASA-27), Beck Depression Inventory (BDI) were administered to the control group. Hierarchical regression analysis was used to explain quality of life and overprotection scores in epilepsy. Multivariate simple linear regression analysis was used to explain separation anxiety symptom scores. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: The education level, employment status and rates of living alone in the epilepsy group were found to be significantly lower than the control group. Childhood separation anxiety symptoms and current depression scores were found to be significantly higher in epilepsy patients. Adult separation anxiety disorder and other comorbid psychiatric diagnoses were significantly higher in the epilepsy group ($p:0.029$ and $p:0,008$). A significant negative correlation was found between the quality of life in epilepsy and separation anxiety symptom level, overprotection and depression scores. In the logistic regression analysis, adult separation anxiety symptoms and depression scores were found to be independent factors for quality of life in epilepsy ($p:0.029$ and $p<0.01$). Although the presence of epilepsy increased the risk of SAD diagnosis by 3.1 times, it was not found to be statistically significant. Depression scores and overprotection remained significant in predicting adult separation anxiety symptoms in patients with epilepsy ($p:0.01$ and $p:0.03$).

Conclusion: The frequency of SAD in epilepsy patients was found to be significantly higher than in the control group. Overprotective attitudes of families were associated with low quality of life and separation anxiety symptoms. In the future, comprehensive studies investigating the factors determining the overprotection will guide the identification of preventative and intervention methods, thus increasing the quality of life of individuals with epilepsy as well as protecting their mental health.

Keywords: Separation anxiety, overprotection, epilepsy

İçindekiler

Tablo Listesi	x
Kısaltmalar	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU.....	4
2.1.1 Tanım ve Tarihçe	4
2.1.2 Epidemiyoloji	5
2.1.3 Etiyoloji	6
2.1.4 Ayırıcı Tanı ve Tanı	9
2.1.5 Tedavi.....	12
2.2 EPİLEPSİ	13
2.2.1 Tanım ve Tarihçe	13
2.2.2 Sınıflandırma.....	13
2.2.3 Epidemiyoloji	16
2.2.4 Etiyoloji	16
2.2.5 Tanı	18
2.2.6 Tedavi	20
2.3 EPİLEPSİDE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR	22
2.3.1 Epilepsi ve Depresif Bozukluklar	22
2.3.4 Epilepsi ve Bipolar Bozukluk	25
2.3.5 Epilepsi ve OKB	25
2.3.6 Epilepsi ve DEHB.....	26
2.3.7 Epilepside Psikiyatrik Komorbiditelerin Etkileri	26
2.4 EPİLEPSİDE AŞIRI KORUYUCULUK	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI.....	29
3.2 ÖLÇÜM ARAÇLARI	31
3.2.1 Onam Formu	31
3.2.2 Sosyodemografik Veri Formu	31
3.2.3 Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG)	31

3.2.4 Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE)	31
3.2.5 Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA)	32
3.2.6 Epilepside Algılanan Aşırı Koruyuculuk Ölçeği (AAKÖ).....	32
3.2.7 Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLIE-31)	32
3.2.8 Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	33
3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	33
4, BULGULAR	35
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	49
5.1 SONUÇLAR.....	57
Kaynaklar	59
Ekler	80
Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	80
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu	83
Ek 3. Ayrılma Anksiyetesi İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme.....	85
Ek 4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi.....	89
Ek 5. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri.....	91
Ek 6. Algılanan Aşırı Koruyuculuk Ölçeği	93
Ek 7. Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği	94
Ek 8. Beck Depresyon Envanteri.....	100
Etik Kurul Onay Formu	104

Tablo Listesi

2.1:	Epilepsilerin ve Epileptik Sendromların Sınıflandırılması (ILAE 1989).....	14
2.2:	Nöbet Tiplerinin Genişletilmiş Sınıflaması (ILAE 2017)	15
2.3:	ILAE 2017 epilepsi etiyolojisi	18
2.4:	Erişkinlerde epileptik olmayan nöbetler	19
4.1:	Epilepsi hastaları ve KG’unda yer alan katılımcıların demografik özelliklerinin karşılaştırılması	35
4.2:	Katılımcıların psikiyatrik tanıları	36
4.3:	Hasta ve KG arasında YAA ve AABE skor ortalamalarının karşılaştırılması.....	36
4.4:	Hasta ve KG arasında BDE skor ortalamalarının karşılaştırılması ..	37
4.5:	Araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31 skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları	37
4.6:	Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Nöbet kaygısı skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları	38
4.7:	Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Toplam Sağlık skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları	39
4.8:	Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Emosyonel iyilik skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları	40
4.9:	Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Yaşamsal Enerji/yorgunluk skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları	41
4.10:	Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Bilişsel Fonksiyon skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları	42
4.11:	Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Sosyal fonksiyon skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları	43
4.12:	Epilepsi tanılı hastaların yaş, YAAA, AABE, AAKÖ ve QOLIE-31 skorları arasındaki ilişki	44
4.13:	YAAA skorlarını açıklamakla ilişkili çok değişkenli Basit Doğrusal Regresyon Analizi	45

4.14: Epilepsi grubunda YAAA skorlarını açıklamakla ilişkili Çok Değişkenli Basit Doğrusal Regresyon Analizi	46
4.15: AAB tanısını öngörmeyle bağlantılı Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi	47
4.16: Epilepsi grubunda AAB tanısını öngörmeyle bağlantılı Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi	47



AA.....	Ayrılma Anksiyetesi
AAB	Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
AABE	Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri
AAB-YKG	Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
AAKÖ	Algılanan Aşırı Koruyuculuk Ölçeği
ACT	Kabul ve Kararlılık Terapisi
AMPA.....	A-Amino-3-Hidroksi-5-Metil-4-İsoksazolpropionik Asit
BDE.....	Beck Depresyon Envanteri
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BT.....	Bilgisayarlı Tomografi
ÇAAB	Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DRD4.....	Dopamin Reseptörü D4
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EEG	Elektroensefalografi
GABA.....	Gama aminobütirik asit
GAD65.....	Glutamik Asit Dekarboksilaz
ILAE.....	Epilepsiye Karşı Uluslararası Lig
KG	Kontrol Grubu
LGI1	Leucine-rich, Glioma Inactivated 1
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NMDA	N-Metil-D-Aspartat
OKB.....	Obsesif Kompulsif Bozukluk
QOLIE-31	Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği
SPSS.....	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SSRI	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

Kısaltmalar

TLE	Temporal Lob Epilepsi
TSPO	Translokator Protein
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAAA	Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi
YAAB	Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
5HT2A	5-Hidroksitriptamin Reseptör 2A
5-HTTLPR	Serotonin Taşıyıcıya Bağlı Promoter Bölgesi



GİRİŞ VE AMAÇ

Epilepsi dünya genelinde 70 milyondan fazla kişiyi etkileyen, spontan nöbetler oluşturmaya kalıcı yatkınlık ile karakterize, çok sayıda nörobiyolojik, bilişsel ve psikososyal sonuçlara sahip yaygın bir nörolojik hastalıktır(1) .Uluslararası Epilepsiye Karşı Lig (ILAE) tarafından epileptik nöbet, “beyinde anormal aşırı veya senkronize nöronal aktiviteye bağlı olarak geçici belirti ve semptomların ortaya çıkması” olarak tanımlanır (2). Epilepsi, dünya çapında dağılımla her iki cinsiyeti ve her yaş grubunu etkilese de epilepsi prevalansı ve insidansı erkeklerde kadınlara göre biraz daha yüksektir. (3) İleri yaş grubundaki inme, nörodejeneratif hastalıklar ve tümörlerin daha sık görülmesini yansıtacak şekilde bu yaş grubunda pik yapma eğilimindedir (3). Etiyolojik nedenler tanımlanabilmesine rağmen, vakaların yaklaşık yarısında neden hala bilinmemektedir(3). Nöbetleri ortaya çıkarmak için değişken bir genetik yatkınlık ve bazı çevresel risk faktörlerinin farklı dağılımı, dünyadaki hastalığın sıklığının, seyrinin ve sonuçlarının heterojenliğini açıklayabilir (3).

Patofizyolojisinde epileptogenez, epileptik olmayan bir nöronal ağın, spontan, tekrarlayıcı nöbetler oluşturabilecek bir duruma dönüşmesi sürecidir. Bu süreç nöronal ağ içindeki eksitator ve inhibitör aktivite arasındaki bir dengesizlikten kaynaklanacak şekilde kavramsallaştırılır. Böylece aşırı ve hipersenkron bir şekilde işlev görmesi muhtemel hale gelir. Bu sürdürüldüğünde normal nöronal ağlarda işlemeyi bozar (1) .

Epilepsi hastalarında ek tıbbi hastalıklar sık görülür. Çalışmalar hastaların %50’sinden fazlasında bir veya birkaç ek tıbbi hastalık olduğunu gösteriyor (1). Psikiyatrik bozukluklar da uzun zamandır epilepsi ile ilişkilendirilmiştir. Bir çalışmada, epilepsili kişilerin neredeyse üçte biri anksiyete veya depresif bozukluk tanısı almıştır ki bu genel popülasyondaki prevalansın iki katıdır

(4). Psikiyatrik komorbidite, antiepileptik ilaçlarla yapılan tedaviye daha kötü yanıtı öngörmektedir ve mortalitenin artmasıyla ilişkilidir (5, 6, 7).

Genel popülasyonda % 11 olan anksiyete bozuklukları prevalansının epilepsi hastalarında % 22 olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (8). Eşlik eden anksiyete bozukluğunun epilepsi hastalarında yaşam kalitesini düşürdüğü, antiepileptik ilaçların yan etkilerini kötüleştirdiği, damgalanmayı, kaçınmayı ve suisid riskini artırdığı gösterilmiştir (9, 10, 11,12, 13). Bunlara ek olarak epilepsi hastaları ayrımcılık, yanlış anlaşılma, sosyal damgalanma ve günlük yaşam aktivitelerinde özerklik kaybına yol açabilecek kronik, öngörülemeyen bir hastalıkla yaşamının stresinden muzdariptir (14,15). Bu durum epilepsi hastalarının özerkliklerini etkileyecek biçimde, algılanan aşırı koruyuculuk düzeylerinin yüksek çıkmasına neden olmaktadır (16). Düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip katılımcılar arasında önemli ölçüde daha yüksek olarak görülen algılanan aşırı koruyuculuğu açıklamada psikososyal faktörlerin, epilepsi ile ilgili değişkenlerden daha önemli olduğu görülmektedir (17).

Ayrılma anksiyetesi, “bağlanma kuramı”ndan köken alan, bebeklik döneminde doğal gelişimin bir özelliği olarak görülen, kişinin bağlanma figüründen ayrı kaldığında ya da ayrılma beklentisi olduğunda yaşadığı kaygı halidir (18,19). Bu kaygı; gelişimsel dönemle uyumsuz ve aşırı olması durumunda ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı düşünülür (20).

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu daha önce çocukluk dönemi bozukluğu olarak görülmüş fakat yapılan çalışmalar sonucunda erişkinlikte döneminde de görülebildiği gösterilmiştir (21,22). DSM-4’te “Genellikle İlk Olarak Bebeklik, Çocukluk veya Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar” başlığı altındayken DSM-5 ile beraber “Anksiyete Bozuklukları” başlığı altında sınıflandırılmıştır (20). Yapılan çalışmalarda ayrılma anksiyetesi bozukluğu olanlarda, ailenin aşırı koruyuculuğunun yüksek oranda bildirilmiştir (23,24).

Bu çalışmamızın amacı, erişkin epilepsi hastalarında Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunun sıklığının saptanması, erişkin epilepsi hastalarında saptanan ayrılma anksiyetesi tanısı ve belirtilerinin, algılanan aşırı koruyuculuk ve yaşam kalitesiyle olan ilişkisinin kontrol grubuyla karşılaştırılarak incelenmesidir.

Bu çalışmanın hipotezleri şunlardır:

- 1- Erişkin epilepsi hastalarında, ayrılma anksiyetesi bozukluğu sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- 2- Erişkin epilepsi hastalarında, aşırı koruyuculuk ile ayrılma anksiyetesi semptom düzeyi arasında ilişki vardır.
- 3- Erişkin epilepsi hastalarında, yaşam kalitesi ile ayrılma anksiyetesi semptom düzeyi arasında negatif ilişki vardır.
- 4- Erişkin epilepsi hastalarında, yaşam kalitesi ile aşırı koruyuculuk arasında negatif ilişki vardır.



GENEL BİLGİLER

2.1 YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Ayrılma anksiyetesi, Bowlby'nin geliştirdiği “bağlanma kuramı” ile ilişkili olarak kişinin bağlanma figüründen ayrılması veya ayrılma beklentisi olduğu durumlarda yaşadığı kaygı hali olarak tanımlanır (18, 25). Bu kaygı hali, doğumdan itibaren bakımverenin bakımına ihtiyaç duyan bebeğin hayatta kalma şansını artıran gelişimsel olarak doğal bir tepki olarak kabul edilmektedir (25, 26, 27). Genel olarak 6-20 ay arasında uygun bir stres cevabı olarak görülen ayrılma anksiyetesinin bakım veren ile kurulan sağlıklı bağlanma ilişkisiyle beraber 2 yaşından sonra azalma göstermesi, 3-5 yaşlarında yatışması beklenmektedir (25, 29). Yoğun anksiyetenin gelişimsel olarak uygun olmadığı, şiddetli düzeyde olduğu veya işlevselliği bozduğu durumlarda Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (AAB) tanısı düşünülmelidir (20).

AAB ilk olarak DSM-III içerisinde yer alarak tanı sistemlerine girmiştir. DSM-IV-TR ile beraber “Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk veya Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar” başlığı altında tanımlanmıştır (30). DSM-IV’te çocukluk dönemi için tanımlanmış olan tek anksiyete bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğudur (AAB) (31). Anksiyete bozukluklarının çoğu çocukluk döneminde başlamasına rağmen DSM-IV’te bunlar için yaş kriteri bulunmamaktadır. Bu durum ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile ilgili kriterin anksiyete bozukluklarının yaşla ilgili genel sınıflandırma eğilimi açısından bir belirsizlik oluşturmuştur (32). Bu yaş sınırlaması bir takım sorunları beraberinde getirmiştir. ÇAAB tanılı hastalarda belirtilerin yetişkinlik dönemine uzaması veya ayrılma anksiyetesi belirtilerinin ilk kez erişkin dönemde ortaya çıkması gibi durumlar belirsizlik oluşturmaktaydı

(33). Özellikle ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yetişkin dönemde ilk kez ortaya çıktığı hastalarda, bu belirtilerin sıklıkla bir anksiyete bozukluğu olmak üzere başka bir psikiyatrik tanıya bağlı olarak geliştiği düşünülmüştür (21, 34).

İlk kez Manicavasagar ve arkadaşları, yaptıkları çalışmalar sonucunda ayrılma anksiyetesi belirtileri olan üç yetişkin hasta üzerinden, çocukluk döneminde başlayan ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yetişkinlik dönemine kadar sürebileceğini ve hatta ilk kez yetişkinlik döneminde ortaya çıkabileceğini iddia ettiler (22). Burda tanımlanan, “devamlılık hipotezi”ne göre hastaların çocukluk döneminde başlayan ayrılma anksiyetesi belirtileri, erişkin dönemde farklı formda devam ediyordu (22). Bu hastalara tanı kategorisinde erişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunun bulunmamasından kaynaklı olarak klinisyenler tarafından panik bozukluk veya agorafobi tanıları konuluyordu (22, 33). Daha sonraki kapsamlı çalışmalar çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğunun erişkinliğe uzayabildiğini veya ilk olarak erişkinlikte başlayabildiğini artan kanıtlar ile desteklediler (21,35). Bu çalışmalarla ortaya konulan veriler doğrultusunda DSM-5’te AAB için 18 yaş sınırı kaldırılıp erişkinlikte de tanı konulabilir hale geldi (20). Tanı kategorisi olarak “Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk veya Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar” başlığından “Anksiyete Bozuklukları” başlığına taşınmıştır (20).

2.1.2 Epidemiyoloji

YAAB prevalansı ile ilgili çeşitli araştırmalardan farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bu alandaki ilk epidemiyolojik çalışmalardan olan 9282 yetişkinle yüz yüze görüşme yapılan geniş kapsamlı NCS-R çalışmasında YAAB’ın 12 aylık prevalansını %1,9, yaşam boyu yaygınlığını ise %6,6 olarak bulunmuştur (36). Bir başka çalışmada ise YAAB’nin yaşam boyu prevalansı %5,2; bir yıllık yaygınlığını ise %0,9 olarak bulunmuştur (37). Silove ve arkadaşları tarafından yapılan yine geniş toplum örneklemleri bir başka çalışmada YAAB yaşam boyu prevalansı %3,1 olarak bildirilmiştir (38). Yakın tarihli yaklaşık 40.000 katılımcıyla yapılan epidemiyolojik bir çalışmada YAAB prevalans oranı %4.8 olarak bulunmuştur (39).

Klinik örnekleme YAAB sıklığının genel topluma göre daha yüksek olduğu çalışmalarla ortaya konulmuştur. Pini ve arkadaşlarının duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanıli hastaları dahil ettiği çalışmada YAAB sıklığı %42,4 olarak bulunmuştur. YAAB tanı kriterlerini karşılayan bu hastaların belirtilerinin %20,7'sinde çocukluk döneminde, %21,7'sinde erişkin dönemde başladığı belirtilmiştir (40). Türkiye'de bipolar bozukluk tanıli hastalarla yapılan bir çalışmada YAAB sıklığı %54 olarak bildirilmiştir (41). Yine Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada majör depresif bozukluk hastalarının %41'inde YAAB tanısının eşlik ettiği gösterilmiştir (42).

Başlangıç yaşıyla ilgili çalışmalarda ÇAAB tanıli hastaların %36'sının ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yetişkinlikte de devam ettiği, YAAB'nin ortalama başlangıç yaşının yaklaşık 20 olduğu ve YAAB tanısı alanların %77,5'inde belirtilerinin ilk kez yetişkinlik döneminde başlamış olduğu bulunmuştur (35, 40).

Pini ve arkadaşlarının klinik örnekleme yaptığı çalışmada, ÇAAB olmayanlarda ortalama başlangıç yaşını 23,1, ÇAAB olanlarda ortalama başlangıç yaşını ise 8,3 olarak bildirilmiştir (40). Başlangıç yaşının ülkelerin gelir grubuna göre dağılımında yetişkin başlangıçlı vakaların oranı, düşük gelirli ülkelere, yüksek gelirli ülkelere göre önemli ölçüde daha yüksektir (28). Literatürde klinik örnekleme YAAB'nin daha çok çocukluk döneminde başladığı görülürken, toplum örneklemleri çalışmalarda ise YAAB olgularının ilk kez yetişkin dönemde belirtileri görülen kesimin daha ağırlıklı olduğu görülmektedir (24). Bu duruma benzer bir farklılık cinsiyet dağılımında da bildirilmiştir. YAAB toplum taramalarında, kadınlarda 1,4 kat daha sık görülürken klinik örnekleme kadınlarda görülme oranı 2-3 kat fazla olarak bulunmuştur (33, 35, 40). Erkeklerin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin başlangıcını ilk olarak yetişkinlikte bildirme olasılığı daha yüksektir (24). Silove ve arkadaşlarının çalışmasında YAAB'ın kadınlarda daha sık görülmesinin bakımveren ve koruyucu olma gibi geleneksel rolleriyle ilgili olabileceği tartışılmıştır (38).

2.1.3 Etiyoloji

YAAB hakkında son yıllarda artan ilgiye ve araştırmalara rağmen etiyoloji hakkında bilgilerimizin sınırlılığı devam etmektedir. Ayrılma anksiyetesi

semptomlarına yatkınlık yaratan genetik, biyolojik, çevresel ve psikososyal faktörlerin olduğu bilinmektedir (43).

Ailesel kümelenmeyle ilgili, ÇAAB tanısı olan çocuklarla yapılan bir çalışmada, ebeveynlerinden en az birinde YAAB tanısının bulunma oranının %63 olduğu gösterilmiştir (44). Ayrıca ebeveynde, YAAB dışında diğer anksiyete bozukluklarının bulunmasının da YAAB için risk oluşturduğu bildirilmiştir (45, 46). Bu ailesel kümelenmenin özellikle anneler ve kızları için daha yüksek oranda olduğu düşünülmektedir (44). Ailevi ve ikiz çalışmaları, kadınlar arasında daha büyük bir kalıtsallık faktörünün olasılığını desteklemektedir (26). Okul öncesi çocuklar ve anneleriyle yapılan bir çalışmanın sonucuna göre çocukluk ayrılma anksiyetesi ile maternal ayrılma anksiyetesi arasında pozitif bir bağlantı olduğu bildirilmiştir (47). Kadınlarda genetik etkilerin daha belirgin olduğu ve ayrılık kaygısının yüksek olasılıkla gelişim süreci boyunca değişmemiş bir biçimde sürdüğü bulunmuştur (43). Genetik dağılımdaki bu cinsiyet farklılığının çocukluk döneminde başlayan YAAB'de daha belirgin olduğu bildirilmiştir (35).

Genetik çalışmalar daha çok ayrılma anksiyetesi ile bağlanma arasında olduğu düşünülen ilişkiye odaklanmıştır. Bağlanma süreçlerinde etkili olduğu düşünülen bir hormon olan oksitosin ile yapılan bir erken dönemde bir çalışmada YAAB hastalarında, oksitosin gen bölgelerinde herhangi bir mutasyon bulunmamıştır (48). Oksitosinle ilgili bir başka çalışmada reseptör geninin incelenmesi sonucu, tek nükleotid polimorfizmleri için GG genotipine sahip olanların unipolar depresyona sahip olma riski daha fazla bulunmuştur. Depresif grupta GG genotipi olanların, kaygılı bağlanma ve YAAB açısından yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir (49). Genetik çalışmalarda bir diğer alan bağlanma ve sosyal ilişkilerde rol oynayan dopamin ve serotonin reseptör genleri ile yapılan çalışmalardır (50). Çocuklarda DRD4 7- yinleme polimorfizmine veya serotonin taşıyıcı geni (5-HTTLPR) polimorfizmine sahip olanların, olumsuz çevresel koşullar ile karşılaştığında güvensiz-dezorganize bağlanma olasılığının arttığı bulunmuştur (51, 52, 53). Dopamin DRD4 genindeki polimorfizminin, annedeki yas ve travmaların çocukta bağlanma bozuklukları oluşturmasında rol oynadığı bildirilmiştir (54, 55). Başka bir çalışmada, 5HT2A reseptör genindeki polimorfizmin kaçınan bağlanmayla, DRD2 dopamin reseptör genindeki polimorfizmin ise kaygılı bağlanmayla ilişkili olduğunu açığa

gösterilmiştir (56). Yapılan başka bir çalışmada, trombositlerde bulunan translokator proteinini kodlayan, 18 kDa translokator protein geni (TSPO) polimorfizmi ile Yetişkin AAB arasındaki ilişki gösterilmiştir (57). Genetik araştırmalar, belirli bir genetik etkiden kaynaklanan güvensiz bağlanma yerine, kalıtsal bir yatkınlığı olan çocukların, olumsuz çevresel koşullarla karşılaştıklarında güvensiz bağlanma olasılığının arttığını göstermektedir (56).

Çevresel koşulların genetik olarak yatkınlığı bulunan kişilerde ayrılma anksiyetesi bozukluğunu tetiklediği düşünülmektedir. Bağlanma biçimleri bu alanın en ilgi çekici konusu olmuştur. Annenin erken dönem kaybıyla beraber bebeğin bakımında eksikliklerin olması, yetişkinlik döneminde stresörlerle karşılaştığı zaman duygudurum bozuklukları ve YAAB dahil olmak üzere anksiyete bozukluklarına yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir (58). Yapılan bir çalışmada, yetişkinlerdeki ayrılma anksiyetesi ile kaygılı bağlanma arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (59). Çocukluk dönemindeki ayrılma anksiyetesi ile kaçınan ve ambivalan bağlanma biçimleri arasında ilişki olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (29, 60, 61). Gebe ve postpartum dönemdeki kadınlarla yapılan bir çalışmada da AAB ile kaygılı bağlanma arasında ilişki bulunmuştur (62).

Kadın cinsiyet, geriye dönük olarak bildirilen çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve yaşam boyu travmatik olaylar, YAAB'ın önemli yordayıcılarıdır (63). Çevresel stresörler ile yaşam koşullarının değişmesi kişide ayrılma anksiyetesi belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (24, 64, 65). Bu faktörlerden çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve travmatik yaşam olaylarına maruz kalmanın, düşük-orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre YAAB başlangıcı ile daha çok ilişkili olduğu bulunmuştur (28). Yapılan bir çalışmada YAAB tanılı hastaların yaklaşık 1/3'ünde bulgularının başlangıcında bir kayıp (ölüm, boşanma vs) olduğu görülmüştür (34). Kayıp ve ayrılma anksiyetesi arasındaki ilişkiyle ilgili bir başka çalışmada, yetişkinlikte döneminde olan komplike yas ile YAAB arasında önemli bir korelasyon saptanmıştır (66). Ergenlik döneminde ayrılma anksiyetesi belirtileri gösteren çocuklarla yapılan bir çalışmada ayrılma anksiyetesi belirtileri ile ebeveyn işsizliği arasında ilişki olduğu saptanmıştır (67). Pini ve arkadaşlarının yaptığı iki çalışmada ayrılma anksiyetesi belirtilerinin

varlığının bipolar bozukluğun daha erken başlangıcı ve panik bozukluğun daha şiddetli olması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (68,69).

Annenin aşırı koruyuculuğunun ayrılma anksiyetesinin gelişiminde önemli bir faktör olduğu Bowlby tarafından öne sürülüp daha sonraki çalışmalarda gösterilmiştir (25, 70, 71, 72). YAAB tanılı kişiler, diğer kaygı biçimleri için genel model olan ilgisiz ebeveynliğe kıyasla, çocuklukta ebeveyn aşırı koruyuculuğuna maruz kaldıklarını bildirme eğilimindedir (23). Yapılan çalışmalarda YAAB tanısı olan bireylerin annelerinin, panik bozukluk tanısı olanların annelerine göre aşırı koruyucu tutumun daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (23,73). Türkiyede yapılan bir çalışmada ise aşırı koruyucu ve kaygılı ebeveynlik tarzının yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerini pozitif yordadığı bulunmuştur (74). Doğu-kolektivist ailelerde yapılan bir çalışma (47) sonuçlarına dayanılarak, çocukta ayrılma anksiyetesine yatkınlık oluşturan benlik farklılaşmasındaki eksiklik için anne-çocuk ilişkisinde özerklik dengesinin kurulmasının önemi vurgulanmıştır (24). Ayrıca, YAAB için en sık araştırılan ebeveynlik stilleri olan ebeveyn aşırı koruma ve müdahaleciliğinin aileden çocuğa nesiller arası çevresel aktarımla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (75).

Genel olarak geleneksel toplumlarda ayrılma anksiyetesi davranış biçimlerinin daha çok kabul gördüğü, bireysel yaşam tarzının benimsendiği modern toplumlarda ise bu davranış örüntülerinin bir sorun olarak görülmesinin daha olası olduğu görülmektedir (38). Yüksek gelirli ülkelerde, düşük-orta gelirli ülkelere göre ayrılma anksiyetesi bozukluğunun işlevsellikte daha fazla bozulmaya neden olduğu bildirilmiştir (28). Aynı çalışmada bu durumun nedeninin, yüksek gelirli ülkelerde bireysellik ve bağımsızlık kültürünün ayrılma kaygısına karşı düşük kişisel ve sosyal toleransla sonuçlanmasına karşın kolektivist kültürde olan düşük gelirli ülkelerde ayrılma anksiyetesinin normatif ve hatta uyum sağlayıcı olarak kabul edilmesi olabileceği tartışılmıştır.

2.1.4 Ayrıcı Tanı ve Tanı

DSM-IV'te, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (AAB), “Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk veya Ergenlik Döneminde Tanısı Konulan Bozukluklar” bölümünde sınıflandırılmış olmasına rağmen, DSM-5'te hastalığın kriterleri “Anksiyete Bozuklukları” bölümünde açıklanmaktadır Ayrılma kaygısı

bozukluğu için DSM-V'te on sekiz yaşından önce başlaması gerekir şeklindeki koşul kaldırılmış ve tanı kriterleri şöyle düzenlenmiştir (20).

A. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, kişinin evden ya da bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku duyması:

- 1) Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici biçimde aşırı sıkıntı duyma
- 2) Bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceği ile ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı bir kaygı duyma
- 3) Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay(örn. Kaybolma, kaçırılma, bir kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağı ile ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma
- 4) Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma
- 5) Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir biçimde aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme.
- 6) Bağlandığı kişilerin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma,
- 7) Ayrılma konusunda sürekli yineleyici bir biçimde kâbuslar görme
- 8) Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde yineleyen fiziksel belirti(baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma) yakınmaları getirme.

B. Bu korku, kaygı ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde altı ay yada daha uzun sürer.

C. Bu bozukluk, klinik açıdan belirin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu bozukluk; Otizm açılımı kapsamında giden bozukluklarda ki değişikliğe aşırı direnç göstermekten ötürü evden ayrılmaya karşı koyma, psikozla giden bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar ya da varsanılar, agorafobide güvenilir bir eşlikçi olmadan dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın kaygı bozukluğunda önem verdiği diğer kişilerin başına bir hastalık ya da başka kötü bir olay gelecek olmasından ötürü kaygılanma ya da hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığının olduğuna ilişkin kaygı duyma gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

YAAB'ın klinik özelliklerinin birçok psikiyatrik bozuklukla benzer belirtiler gösterdiği görülmektedir. Başta panik bozukluk, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, toplumsal kaygı bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları olmak üzere depresif bozukluklar, TSSB, bağımlı ve sınırda kişilik bozuklukları YAAB ayırıcı tanısında yer alır.

Yetişkin AAB olan kişilerde ayrılma durumu ya da beklentisi oluşmasının yoğun kaygı oluşturarak panik ataklara neden olabileceği ve hastaların ilk başvuru şikayetinin panik atak olabileceği gösterilmiştir(33). Bu durumda kişinin temel kaygısının, panik bozuklukta bir panik atak sonrası yetersiz duruma düşmek iken, YAAB'de ise bağlanma figüründen ayrı kalma olasılığının oluşması ile ayırım yapılır(20). Agorafobide hastaların evden çıkmama isteğinin sebebi panik atak veya yetersizleştiren diğer belirtiler yaşamaları durumunda kaçmanın güç olması ve yardım alamayacaklarından dolayı kaygılanmalıdır (20). YAAB'da ise bunun nedeni tek kaldığında yaşadığı kaygı nedeniyle bağlanma figürüne yakın olma isteğidir (50, 73). YAAB ve yaygın anksiyete bozukluğu, yakınlarının başına kötü bir olay geleceği kaygısı ile benzerlik gösterirler. Yaygın anksiyete bozukluğunda bu kaygı hayatın birçok alanına yayılmış genel bir kaygıdan sadece birini oluşturur (20). YAAB'da ise bağlanılan kişiden ayrı kalmaya neden olacak bir olay yaşanmasıyla ilgili korku, çekirdek bir belirtidir. Bağımlı kişilik bozukluğu, benzer klinik özellikler göstermesiyle YAAB ayırıcı tanısında önemli bir tanıdır. YAAB'taki bağlandığı kişilere yakın olma isteğinden farklı olarak bağımlı kişilik bozukluğunda süregelen ve yaygın şekilde, fiziksel ve duygusal olarak kendine bakamama nedeniyle kim olduğu çok da farketmeksizin bir başkasının yakınında bulunmaya ihtiyaç duyma ön plandadır (76). Sınırda kişilik bozukluğundaki gerçek ya da imajiner olarak terkedilmeye duyarlılık ile YAAB belirtileri karışabilir. Sınırda kişilik

bozukluğunda terk edilme korkuları tipik olarak duygusal labilite, dürtüsellik, kimlik ve ilişkisel sorunlarla beraberdir (20, 77). YAAB hastalarında bu belirtiler beklenmez ve ayrılma korkusu kendisinin ya da bağlandığı kişinin başına kötü bir olay gelmesiyle ilgilidir (20,33).

Öte yandan YAAB ile ilgili tanısal tartışmalar bulunmaktadır. Ayrılık korkusu, çocuklarda kolaylıkla gözlemlenebilen ve genellikle yetişkinlikle birlikte daha az belirgin hale gelen insanların temel korkularından biridir. Bu nedenle YAAB tanısı için, “ölüm kaygısı”nın aşırı örneklerinin gereksiz “ölüm kaygısı bozukluğu” kategorisine yol açabileceği analogi yoluyla tartışılmıştır (78). Belirgin ayrılık kaygısının psikopatolojik bir fenomeni temsil ettiği varsayılmaktadır, ancak ayrılık kaygısı bozukluğu için tanı kriterleri kavramsal olarak sıkılaştırılmaktan fayda sağlayacaktır. YAAB tanısı için, DSM-5 anksiyete bozuklukları grubu içinde ayırt edici psikopatolojik fenotipik özelliklerin ve olası endofenotiplerin belirlenmesi için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (63).

2.1.5 Tedavi

Literatürde YAAB tedavisiyle ilgili çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunu hedefleyen özgül bir tedavi protokolü bulunmamaktadır (24). Bu duruma ek olarak, tanı sistemlerinde yetişkin dönem için görece yeni bir tanı olması sebebiyle klinisyenlerin bozukluğu tanımlama konusunda eksiklikliğin YAAB'ın tedavi başarısızlığına yol açtığı düşünülmektedir (73). Hastalık tanınmadığı takdirde anksiyete bozukluklarının klasik bilişsel davranışçı terapi yaklaşımının yetişkin ayrılma anksiyetesine yeterince fayda sağlamadığı gösterilmiştir (22). Bu nedenle klinisyenlerin tanı koyma becerisi ve farkındalığın geliştirilmesiyle beraber diğer anksiyete bozukluklarına yaklaşımdan farklı olarak, YAAB'ye odaklanan bilişsel davranışçı terapinin uygulanması bu hastaların tedavisindeki başarı şansının artırılması sağlanabilir (24). YAAB tedavisinde BDT dışında diğer tedavi seçenekleri arasında farmakoterapi, psikodinamik psikoterapi, şema terapi, grup terapisi bulunmaktadır (79, 80).

YAAB tanısının varlığının diğer anksiyete bozukluğu veya duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviyi olumsuz etkilediği bildirilmiştir (80). Yapılan çalışmalarda, ayrılma anksiyetesi belirtilerinin panik bozukluk hastalarında BDT'ye yanıtı azalttığı gösterilmiştir (81,82).

2.2 EPİLEPSİ

2.2.1 Tanım ve Tarihçe

Epilepsi ve nöbet kavramları klinik pratikte birbirlerinin yerine kullanılsa da aslında farklı durumları tanımlarlar. Epileptik nöbet, Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE – International League Against of Epilepsy) tarafından beyin içerisinde anormal, aşırı veya senkron nöronal aktiviteye bağlı geçici semptom ve bulguların belirmesi olarak tanımlanmıştır (2). Akut semptomatik nöbet, metabolik, toksik, enfeksiyöz, inflamatuvar veya yapısal nedenlerle oluşan, tekrarlayıcı nitelikte olmayan nörolojik disfonksiyonu tanımlar (83,84). Epilepsi ise spontan nöbetler oluşturmaya kalıcı yatkınlık ile karakterize, çok sayıda nörobiyolojik, bilişsel ve psikososyal sonuçlara sahip bir nörolojik hastalıktır (1).

Epilepsi kelimesinin kökeninin, Eski Yunanca’da “tutmak, yakalamak” anlamlarına gelmekte olan ‘epilambanein’ kelimesinden geldiği düşünülmektedir (85). Hipokrat döneminden beri tanımlanan epilepsinin tarih boyunca çeşitli uygarlıklarda olumsuz ruhani ve şeytani inançlarla ilişkilendirildiği bilinmektedir (86). Modern tıbbın gelişmesiyle beraber epilepsinin bir nörolojik hastalık olduğu ortaya çıkarılsa da, bu durum epilepsi hastalarının yaşadıkları damgalanma ve özerklik kaybının ortadan kalkmasına yetmemiştir (15).

2.2.2 Sınıflandırma

Epilepsi sınıflandırılması ILAE tarafından ilk olarak 1981 yılında epileptik nöbetler olarak yapıp 1989 yılında epilepsi ve epilepsi sendromlar eklenerek güncellemiştir. (87,88) 2017 yılında ise ILAE tarafından yeni sınıflandırma rehberi yayınlanmıştır. Bu yeni sınıflandırma rehberi ile terminoloji değişikliği yapıp “parsiyel”, “basit”, “kompleks”, “sekonder jeneralize” terimleri kaldırılmıştır (89). Sınıflandırmada nöbet tipi, epilepsi tipi, epilepsi sendromu ve etiyolojisi şeklinde çok katmanlı bir yaklaşım getirilmiştir (89).

Tablo 2.1: Epilepsilerin ve Epileptik Sendromların Sınıflandırılması (ILAE 1989) (88)

Lokalizasyona bağlı (fokal) epilepsi ve sendromlar	Jeneralize epilepsi ve sendromlar	Fokal- Jeneralize ayrımının yapılamadığı epilepsiler	Özel sendromlar
a-) İdiyopatik Sentrotemporal dikenli iyi huylu çocukluk çağı epilepsisi Oksipital paroksizmlili çocukluk çağı epilepsisi Primer okuma epilepsisi	a-) İdiyopatik İyi huylu ailesel yenidoğan konvülsiyonları İyi huylu yenidoğan konvülsiyonları Süt çocukluğunun iyi huylu miyoklonik epilepsisi Çocukluk çağı absans epilepsisi (piknolepsi) Jüvenil absans epilepsisi Jüvenil miyoklonik epilepsi Uyanırken gelen grand mal nöbetli epilepsi Diğer jeneralize idiyopatik epilepsiler Belirli aktivasyon yöntemleriyle uyarılan epilepsiler	a-) Jeneralize ve fokal konvülsiyonlu epilepsiler Yenidoğan konvülsiyonları Süt çocuğunun ağır miyoklonik epilepsisi Yavaş dalga uykusu sırasında devamlı diken-dalgalı epilepsi Edinsel epileptik afazi (Landau-Kleffner sendromu) Diğer belirlenemeyen epilepsiler	a-) Duruma bağlı nöbetler Febril konvülsiyonlar İzole nöbet veya izole status epileptikus Akut metabolik veya toksik nedenlere bağlı nöbetler
b-) Semptomatik Çocukluk çağı kronik progresif epilepsia parsialis kontinuası (Kojewnikow's sendromu) Spesifik faktörlerle uyarılan nöbetlerle karakterize sendromlar Temporal lob epilepsisi Frontal lob epilepsisi Parietal lob epilepsisi Oksipital lob epilepsisi	b-) Kriptojenik veya semptomatik West sendromu (infantil spazmlar, Blitz-Nick-Salaam Kraempfe) Lennox-Gastaut sendromu Miyoklonik astatik nöbetli epilepsi Miyoklonik absanslı epilepsi	b-) Jeneralize veya fokal konvülsiyon özelliği belirlenemeyen epilepsiler Jeneralize tonik-klonik nöbetleri olan ancak klinik ve EEG bulguları jeneralize ya da fokal epilepsi ayrımında kesin bilgi vermeyen tüm olgular (uykuda jeneralize tonik-klonik nöbet gibi) bu gruba girer.	
c-) Kriptojenik	c-) Semptomatik Erken miyoklonik ensefalopati Erken infantil epileptik ensefalopati (Supression-burst ile niteli)		

	Diğer semptomatik jeneralize epilepsiler		
--	--	--	--

ILAE 2017 sınıflamasında epileptik nöbetler fokal başlangıçlı, jeneralize başlangıçlı, başlangıç şekli bilinmeyen ve sınıflandırılmamış olarak 4 ana grupta yer alır (89).

Fokal nöbetler tek hemisferden kaynaklanan nöbetler ile karakterizedir. Epileptik odak tek hemisferde bir noktada veya aynı hemisferin farklı bölgelerinde daha yaygın olarak bulunabilir. Farkındalığın etkilenip etkilenmemesi ile alt gruplar oluşur. Fokal nöbetin alt gruplarında; farkındalığın etkilendiği nöbetler, farkındalığın etkilenmediği nöbetler, motor başlangıçlı nöbetler, motor başlangıçlı olmayan nöbetler ve fokal başlangıçlı bilateral tonik klonik nöbetler bulunur (89,90).

Jeneralize nöbetler her iki hemisferden kaynaklanan nöbetlerdir. Motor ve nonmotor (absans) ayrımı önemlidir. Absans, miyoklonik, atonik, tonik klonik nöbetler görülebilir. Kombine fokal ve jeneralize nöbetler daha önceki sınıflamalarda bulunmayıp yeni tanımlanmıştır. EEG’de jeneralize ve fokal özellikler birlikte olarak görüldüğü bu gruba Dravet Sendromu ve Lennox-Gastaut sendromu örnek olarak gösterilebilir (89,90).

Tablo 2.2: Nöbet Tiplerinin Genişletilmiş Sınıflaması (ILAE 2017) (89)

1- Fokal Başlangıçlı a-) Farkındalığın olduğu b-) Farkındalığın bozulduğu	2- Jeneralize Başlangıçlı	3- Başlangıcı Bilinmeyen
1.1 Motor -Otomatizmalı -Atonik -Klonik -Epileptik spazmlar -Hiperkinetik -Miyoklonik -Tonik	2.1 Motor -Tonik-klonik -Klonik -Tonik -Miyoklonik -Miyoklonik-tonik-atonik -Miyoklonik-atonik -Atoni -Epileptik spazmlar	a) Motor -Tonik- klonik -Epileptik spazmlar
1.2 Non-motor -Otonomik -Hareket duraksaması -Bilişsel -Emosyonel -Duysal	2.2 Non-motor (absans) -Tipik absans -Atipik absans -Miyoklonik -Göz kapağı miyoklonisi	b) Non- motor -Hareket duraksaması -Sınıflandırılmayan

Bu sınıflamaların dışında Luders ve arkadaşları tarafından epileptojen bölge lokalizasyonu, etyoloji ve nöbetle ilişkili medikal parametreleri içeren nöbet sırasındaki klinik bulgulara göre semiyolojik bir sınıflama yapılmıştır (91).

2.2.3 Epidemiyoloji

Epilepsi dünyada her yaş, cinsiyet, etnik kökenden 65 milyon insanı etkilemektedir. (92) Epilepsi insidansı gelişmiş ülkelerde 40-70/100.000, gelişmekte olan ülkelerde 100-190/100.000 düzeylerindedir. Prevalansı ise gelişmiş ülkelerde 6/1000 ve gelişmekte olan ülkelerde ortalama 18.5/1000 olarak gösterilmiştir. (93, 94). Görüldüğü gibi gelişmekte olan ülkelerde epilepsinin insidans ve prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın nedeni olarak sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması, perinatal komplikasyonlar ve nöroenfeksiyöz hastalıkların daha sık görülmesi gibi faktörlerin etkili olduğu bulunmuştur (95, 96, 97, 98).

Epilepsi insidansı yaş ile bimodal dağılım göstermektedir. Bir yaşından küçük çocuklarda en yüksek insidans görüldükten sonra erken çocuklukta gerileyip, adolesan ve erişkinde plato çizdikten sonra 65 yaş üstü nüfusta tekrar pik yapar (99). 65 yaşın üstündeki artış, bu yaş grubundaki inme, nörodejeneratif hastalıklar ve tümörlerin daha sık görülmesini yansıtmaktadır (3).

Yapılan çalışmalar cinsiyet dağılımıyla ilgili farklılık göstermektedir. Kadın erkek insidans ve prevalansında belirgin bir fark bulmayan çalışmaların yanında erkeklerde daha sık görüldüğünü gösteren çalışmalar vardır (100, 111, 102). Bu durum, belirli bölgelerde sosyokültürel nedenlerle kadınlarda epilepsinin gizlenmesi ile açıklanmıştır(101).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda epilepsi prevalansının 6,1/1000 ile 10,2/1000 arasında olduğu bildirilmiştir(103). Belirli bir coğrafi bölgede yapılan başka bir çalışmada Türkiye’de epilepsi insidansı 37,59/100.000 olarak bildirilmiştir (104).

2.2.4 Etiyoloji

Epilepside etiyolojinin belirlenmesine yönelik nörogörüntüleme ve genetik alanındaki gelişmelere rağmen epilepsi hastalarının yarısında etiyolojik neden bilinmemektedir (105,106). Epilepside etiyolojik sınıflama uzun

zamandır kullanılan idiyopatik, kriptojenik ve semptomatik ayrımına dayanıyordu. ILAE tarafından yapılan çalışmalar sonucunda bu sınıflamanın yerini “genetik”, “yapısal”, “metabolik”, “immün”, “enfeksiyöz” ve “bilinmeyen” şeklinde sınıflama almıştır (89).

Genetik etiyolojinin epilepsi hastalarının %40’ında rol oynadığı bildirilmiştir (107). Genetik etiyoloji kromozomal ve gen anormalliklerinden oluşur (108,109). Epilepsinin genellikle birden fazla olası genetik nedeni vardır ve tersine, bir gendeki farklı mutasyonlar çeşitli epileptik sendromlara yol açabilir. Bununla birlikte en yaygın epilepsiler, olasılıkla belirli genlerdeki ortak varyasyonun aracılık ettiği kalıtsal yatkınlıkla birlikte çevresel etkilerin karmaşık özelliklerini gösterir (2,90).

Yapısal etiyolojide yapılacak nörogörüntüleme ile yapısal patolojinin epileptik nöbetle ilişkisini belirlemek önemlidir. Yapısal patoloji genetik veya sonradan edinilmiş olabilir. Bu patolojiler içinde kortikal gelişim malformasyonları, travmatik beyin hasarı, vasküler malformasyonlar, hipoksik-iskemik durumlar ve tümörler yer alır (90).

Metabolik etiyolojilerde metabolik bozukluk nedenli epilepsiler bulunur. Bunlar geçici metabolik değişikliklerden ziyade kronik gidişi belirtir. Bu metabolik nedenler arasında mitokondriyal hastalıklar, kreatin metabolizma bozukları, Peroksizomal hastalıklar ve piridoksine bağlı nöbetler bu grup içerisinde yer alır(90).

İmmün etiyoloji son dönemlerde üzerinde durulan bir başka etiyolojik nedendir. Bu nedenler arasında anti-NMDA reseptör ensefaliti, anti-LGI1 ensefaliti, GAD65 antikoru, GABA-B reseptör antikoru, AMPA reseptör antikoru gibi nedenler yer alır (110).

Enfeksiyöz etiyoloji santral sinir sistemi enfeksiyonlarına bağlı olarak oluşur ve gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin olmak üzere en yaygın etiyoloji olarak bildirilmiştir (111). Bu etiyolojide akut enfeksiyon tablosundaki nedenlerden daha çok enfeksiyona bağlı süregelen sekonder epilepsi tabloları bulunmaktadır (90). Bilinmeyen etiyoloji nedenleri hakkında bilgi sahibi olmadığımız epilepsi etiyolojisini tanımlar (90).

Tablo 2.3: ILAE 2017 epilepsi etiyolojisi (112,113)

Etiyolojik Neden	Örnekler
1-Yapısal	Serebral displazi, polimikrogri, travmaya bağlı yapısal değişiklikler
2- Genetik	Dravet sendromu, iyon kanal bozuklukları, tuberoskleroz
3- Metabolik	Non-ketotik hiperglisinemi, GLUT-1 eksikliği, Biotinidaz eksikliği
4- Enfeksiyöz	SSS viral ve bakteriyel enfeksiyonları, HIV, tüberküloz
5- İmmun	Anti-NMDA reseptör ensefaliti, anti-LGI1 ensefaliti
6- Nedeni bilinmeyen	Çocukluk çağı absans epilepsisi, İdiyopatik jeneralize epilepsiler

2.2.5 Tanı

ILAE tarafından 2014 yılında yayınlanan çalışmada epilepsi tanısı için gerekli kriterler şu şekilde belirlenmiştir (114):

- 1-) 24 saatten fazla arayla meydana gelen en az iki provoke edilmemiş (veya refleks) nöbet
- 2-) bir provoke edilmemiş (veya refleks) nöbet ve önümüzdeki 10 yıl içinde tekrarlayan nöbet görülmesi olasılığının %60'dan fazla olması
- 3-) bir epilepsi sendromunun teşhisi".

Klinik pratikte epileptik nöbet ile karışabilecek ayırıcı tanıda birçok patoloji bulunmaktadır (115). Yanlış tanı uygunsuz antiepileptik ilaç kullanımının sonuçları ve tanıya uygun tedavinin verilmemesi düşünüldüğünde potansiyel olarak çok zararlıdır. Bu nedenle ayırıcı tanıda, nöbete yol açabilecek kardiyak, psikiyatrik veya metabolik nedenler dikkate alınmalıdır (115, 116).

Nöbet ile başvuran hastadan başlangıçta detaylı ailesel ve kişisel tıbbi öykü alınması ve sonrasında sistemik ve nörolojik muayene yapılması önemlidir. Bu basamakların ardından, EEG ve nörogörüntüleme tanıyı desteklemek ve hastalığın takibi için kullanılır. (1) Bu nörogörüntüleme yöntemleri arasında bilgisayarlı beyin tomografisi (Beyin BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), pozitron emisyon tomografisi (PET), tek foton emisyon bilgisayarlı tomografisi (SPECT) ve manyetik spektrofotometri (MRS) bulunmaktadır (117).

Tablo 2.4: Erişkinlerde epileptik olmayan nöbetler (115)

Senkop	Nörovazojenik Kardiyak
Psikojenik epizod	Epileptik olmayan psikojenik nöbet Depersonalizasyon/derealizasyon Panik atak Hiperventilasyon atağı
Uyku bozuklukları	Parasomniler Katapleksili narkolepsi
Hareket bozuklukları	Paroksizmal diskineziler Miyoklonus Hiperekpleksia
Geçici iskemik atak	
Migren	
Geçici global amnezi	
Metabolik bozukluklar	Hipo/hiperglisemi Elektrolit bozuklukları

Elektroensefalografi (EEG)

Elektroensefalografi(EEG), beynin elektrofizyolojik aktivitesinin saçlı deriden elektrodlar ile kaydedildiği güvenilir, yaygın kullanılan inceleme yöntemidir (118). Eksitator postsinaptik potansiyel (EPSP) ile inhibitor postsinaptik potansiyelin (IPSP) toplanmasıyla EEG dalgaları meydana gelir (118).

EEG incelemesiyle epilepsili hastaların değerlendirilmesi klinik olarak koyulan epilepsi tanısının desteklenmesi ve doğru tanı koyulmasına yardımcı olması, nöbet kaydı ya da çeşitli bulgularla epilepsi nöbetinin tipi ve epilepsi sendromunu belirlemesi, epileptik odağın lateralizasyon ve lokalizasyonu hakkında fikir verebilmesi açısından önemlidir (119). Klinik uygulamada, epilepsinin ayırt edici özelliği diken ve keskin dalga biçimindeki interiktal epileptik aktivitedir (2,120).

Epilepsili hastaların yaklaşık %10'unun uzun süreli veya tekrarlanan kayıtlara rağmen uyanıklık veya uyku sırasında EEG'sinde interiktal epileptiform deşarjlar göstermediği bildirilmiştir (121). Bu durumlarda en uzun süresi 15 gün olarak bildirilen, genelde birkaç gün ile 7-10 gün arasında değişen kayıt ile iktal ve interiktal değerlendirme imkanı sağlayan video-EEG kullanılabilir (122).

Görüntüleme

Epilepsi hastalarında nörogörüntüleme teknikleri etiyolojinin araştırılması, ayırıcı tanının yapılması, tedavinin düzenlenmesi ve prognozun belirlenmesinde kullanılır.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) epilepsi hastalarında en çok tercih edilen ve tanısal değeri nedeniyle her epilepsili hastaya çekilmesi gerektiği bildirilen görüntüleme yöntemidir. (123, 124) Yüksek yumuşak doku çözünürlüğü ve lezyonlarla ilgili daha detaylı anatomik bilgi vermesi BT'ye üstünlüğüdür. MRG ile beyin tomografi görüntülemelerinde bulgu saptanmayan %20-30 vakada lezyon saptandığı gösterilmiştir (125, 126).

Bilgisayarlı tomografi (BT), intraserebral hemoraji, inme, kranial tümör, abse, yer kaplayıcı lezyonların saptanmasında ve MRG çekiminin kontrendikasyon yarattığı durumlarda kullanılsa da epilepsi hastalarında görüntülemede ilk tercih değildir (127).

İlk nöbette hastanın beyin görüntülemelerinde lezyon bulunmasının nöbetin tekrarlama riskini yaklaşık 2 kat arttırdığı bildirilmektedir (128).

2.2.6 Tedavi

Epilepsi tedavisinde öncelikle tanıyı doğru koymak ve tedavinin gerekli olup olmadığının belirlemek önemlidir. Tedavinin amacı hastaların nöbetlerinin tekrarlamasını önlemek, hastanın yaşam kalitesini ve psikososyal uyumunu arttırmak ve antiepileptik ilaçların yan etkilerini en düşük düzeyde tutmaktır. Epilepsi hastalarının yönetiminde kalıcı nörolojik defisitler, öğrenme güçlükleri, psikiyatrik sorunlar ve özellikle ileri yaş grubunda eşlik eden tıbbi durumlar dahil, değerlendirme ve tedavi planlamasını karmaşıklaştıran çok sayıda komorbidite vardır (2). Epilepsi hastalarının yönetiminde bir başka zorluk, düşük gelir grubundaki kısıtlı kaynakları olan ülkelerde donanımlı personel ve tıbbi tesis eksikliği nedeniyle yüksek orandaki tedavi açığıdır(129).

Genel toplumda sağlıklı bireylerin yaklaşık %10'unun hayatları boyunca bir nöbet geçirdiği ve ilk nöbetten sonra %0,5-1'i tekrarladığı düşünüldüğünde antiepileptik ilaç tedavisine nöbetin tekrarlama riskinin yüksek olduğu beyin hasarı öyküsü, beyin görüntülemelerinde lezyon, epileptiform anomali içeren anormal EEG bulguları, nörolojik muayenede patolojik bulgu olması

durumlarında başlanması gerektiği bildirilmiştir (130). Yapılan başka bir çalışmada ilk nöbet sonrası tekrarlama riskini belirlemede sekonder jeneralizasyon, ailede epilepsi öyküsü ve nöbetin uykuda olması gibi parametrelerin etkisi tartışılmıştır(131). Bununla beraber ilk nöbet sonrası antiepileptik ilaç başlama konusunda henüz bir görüş birliği sağlanmamıştır (132).Tedaviye başlarken antiepileptik tedavinin olası faydalarının ilaç yan etkilerinden daha fazla olacağı varsayılır, aksi durumda ilaç başlama kararını tekrar gözden geçirmek uygun olacaktır (133). Bu yan etkiler arasında ilaca bağlı olarak sıklığı değişmek üzere dispeptik yakınmalar, sedasyon ve baş dönmesi, dikkat ve bellekte bozulma, duygudurum değişiklikleri gibi belirtiler bulunur (133).

Genel olarak iki veya daha fazla provoke edilmemiş ya da refleks nöbetten sonra tedavi başlatılır çünkü bu durum tekrarlayan nöbet riskinin önemli ölçüde arttığını gösterir (134). Antiepileptik ilaç kesimi ise ancak 2 yıllık nöbetsiz dönemden sonra kademeli doz azaltımı olacak şekilde düşünülmelidir (114). Antiepileptik ilaç seçiminde hastanın nöbet tipinde etkinliği, yaş, cinsiyet, gebelik isteği, ek tıbbi hastalıklar ve kullandığı ilaçlar gibi bireysel faktörler dikkate alınır (134). İdeal antiepileptik ilacın tanımı, birden fazla nöbet tipinde etkili, emilimi ve vücutta dağılımı hızlı, yarılanma ömrü uzun, tolerans geliştirmeyen, ilaç etkileşimi düşük, günde 1 veya 2 doz şeklinde kullanılabilen, yan etkisi, teratojenik etkisi olmayan, anne sütüne geçmeyen ve maliyet etkin olarak yapılmıştır (135). Uygun şekilde kullanılan antiepileptik tedaviyle hastaların yaklaşık %70'inde nöbet kontrolünün sağlandığı bilinmektedir (114). Son 10 yılda çok sayıda yeni antiepileptik ilaç kullanılmaya başlanması klinik pratikte ilaç seçiminde alternatifleri artırarak hastalar ve hekimler için kolaylık sağlamaktadır (136). Antiepileptik ilaçların etki mekanizması, voltaj bağımlı iyon kanalları üzerinden (Na, K, Cl, Ca), Gama aminobutirik asid (GABA) aracılı inhibitör nörotransmitterleri arttırarak ve eksitatör (glutamat) uyarıları azaltarak olmak üzere 3 farklı mekanizma üzerinden etki gösterirler (137, 138). Farmakogenetik çalışmalar, maksimum fayda olasılığı ve minimum yan etki riski ile her hasta için tedaviyi daha iyi kişiselleştirebilme vaadinde bulunmaktadır(2).

Epilepsi hastalarının yaklaşık %30'luk kesimini oluşturan antiepileptik ilaç tedavisiyle nöbetleri kontrol altına alınamayan hastalarda epilepsi cerrahisi, ketojenik diyet, vagus sinir uyarımı, radyocerrahi gibi ilaç dışı tedavi seçenekleri göz önünde bulundurulabilir (139,140).

2.3 EPİLEPSİDE PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Epilepsi, tekrarlayan nöbetler, altta yatan etiyolojik neden ve tedavinin yan etkileri nedeniyle hastalığı karmaşık bir nozolojik antite haline getiren nörolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçlara sahiptir (3). Psikiyatrik komorbiditeler de bu tabloyu karmaşık hale getiren faktörlerden biridir. Epilepsi hastalarındaki psikiyatrik bozuklukların sıklığının genel popülasyondan yaklaşık iki kat fazla olduğu görülmektedir(14). Epilepsi ve psikiyatrik bozuklukların komorbiditesinde nedensellik olabileceği tartışılan bir konudur. Yapılan bir çalışmada, ortak nedenler ve mekanizmalar yoluyla bazı psikiyatrik bozuklukların, epilepsi gelişimi için risk faktörü olduğu ve epilepsi tanısının olmasının psikiyatrik bozuklukların gelişme olasılığını artırdığı bildirilmiştir (141). Bu çift yönlü ilişkinin başka çalışmalarla desteklendiği görülmüştür (142,143). Bununla beraber, temporal lob epilepsisi ile bağlantı düşünülse de (144), epilepsi hastalarında psikopatolojiye yatkınlık oluşturan net bir lateralizasyon veya lokalizasyon gösterilememiştir (145,146).

2.3.1 Epilepsi ve Depresif Bozukluklar

Epilepsi ve depresyon arasındaki ilişki için 2400 yıl önce Hipokrat şöyle dedi: “Melankolikler genelde epileptikler ve epileptikler, melankolik olurlar: tercihi belirleyen, hastalığın gittiği yöndür; bedenle ilgiliyse epilepsi, zekayla/zihinle ilgiliyse melankoli” (147). Modern bilim dünyası ise başlangıçta epilepside görülen depresyonu, hastalığın getirdiği yaşamsal kısıtlılıklara verilen doğal bir tepki olarak değerlendirmiştir. (148, 149, 150). Bu nedenle epilepsi hastalarında depresif belirtilerin yeterince sorgulanmadığı, dolayısıyla tanı ve tedavilerinin eksik kaldığı yapılan çalışmalarda bir şekilde gösterilmiştir (148,151). Nörologlar ile yapılan bir çalışmada %86'sı rutin poliklinik muayenesinde epilepsi hastalarında depresif belirtileri sorgulamadıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada depresyonun tedavi edilmesinin

hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği gösterildiği takdirde katılımcıların %85'i bu taramayı rutin muayeneye dahil edeceklerini bildirmiştir (152). Epilepside görülen depresyonun, sadece hastalığın psikososyal sonuçlarına bağlanması, yapılan çalışmalarda nörobiyolojik etkinin gösterilmesi ile değişmiştir. Yapılan araştırmalar farklı yollar üzerinden epilepside görülen depresyonun biyolojik temelini göstermiştir (153, 154, 155, 156, 157). Bununla beraber yapılan çalışmalar, Hipokrat'ın gözlemlerini destekler nitelikte, epilepsi ve depresyon arasındaki çift yönlü ilişki olduğunu göstermiştir (158,159,160). Bu çalışmalarda epilepsi geliştirmeden önce depresyon oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, epilepsi ve depresyonda altta yatan ortak patofizyolojik mekanizmaların varlığını düşündürmektedir(143) Bu bağlamda, epilepsi ile çift yönlü ilişkili, hem psikososyal hem de nörobiyolojik etiolojinin gösterildiği depresyon, epilepside en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (148). Epilepside depresyonun prevalans çalışmalarında, kullanılan tanısal araçlardaki farklılıklar ve hastalığın heterojen yapısı nedeniyle %9-37 arasında bulunmuştur(161). Yakın dönemde yapılan bir meta-analizde, epilepside depresyon prevalansının %23,1 olduğu bildirilmiştir (162). Epilepside depresyonun varlığı; yaşam kalitesinde düşme (9, 163), intihar riskinde artış (13), damgalanma (164), AEİ tedavisine direnç (5) ve AEİ yan etkilerinde kötüleşme (165,166) ile ilişkili bulunmuştur. Epilepside depresyonun tedavisinde farmakolojik olarak, SSRI'lar birinci basamak ilaçlar olarak kabul edilir, düşük dozlarda başlanıp, klinik yanıt elde edilene kadar küçük artışlarla titre edilmesi önerilmiştir (167, 168). Psikoterapi yaklaşımlarından BDT ve ACT'in etkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (169, 170, 171, 172).

2.3.2 Epilepsi ve Anksiyete Bozuklukları

Epilepside depresyondan sonra en sık görülen psikiyatrik komorbite anksiyete bozukluklarıdır (173). Yapılan bir çalışmada epilepside anksiyete bozukluklarının prevalansı %22.8 olarak bulunmuştur (14). Anksiyetenin alt gruplarının prevalanslarında; sosyal fobi %7.2, özgül fobi %6.2, panik bozukluk %5.1, yaygın anksiyete bozukluğu %3.1 ve TSSB %1.0 olarak bildirilmiştir (174). Aynı çalışmada daha kısa epilepsi süresi ve daha genç yaşta olanların anksiyete bozukluğu tanısı olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur(174). Bu sonuca göre, epilepsili kişilerin artan yaş veya

hastalık süresi içinde başa çıkma stratejileri geliştirebilecekleri tartışılmıştır (174). Epilepsi hastalarındaki anksiyete bozuklukları veya anksiyete semptomları, yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır(9). Ayrıca epilepsideki anksiyete bozukluklarının intihar için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (13). Yapılan bir çalışmada, anksiyetenin varlığının, epilepside AEİ yan etkilerini kötüleştirdiği gösterilmiştir. (9) Epilepsi hastalarında anksiyete düzeyindeki yüksekliğin yordayıcıları olarak damgalanma ve kaçınmanın yüksek olmasını bulmuştur(11,12). Epilepside anksiyete bozuklukları tedavisinde ilk tercih olarak seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanılmaktadır (175). Benzodiazepinler antiepileptik etkileri olduğu için ideal olarak görünse de yapılan çalışmalarda anksiyete düzeylerini düşürmekte etkisiz olarak bulunmuştur(176). Psikotrop ilaçların yanında antiepileptik ilaçların da anksiyolitik özellikleri nedeniyle farklı anksiyete bozuklukları için değişen derecelerde etkili oldukları bilinmektedir (177). Psikoterapilerle ilgili olarak yapılan bir çalışmada, bilişsel davranışçı terapisinin epilepsi hastalarında anksiyete için etkili olduğu gösterilmiştir (178).

2.3.3 Epilepsi ve Psikotik Bozukluklar

Epilepsi ve psikotik bozukluklar arasındaki ilişki Kraepelin'den beri nöropsikiyatrinin ilgisini çekmiştir (179). Epilepside şizofreni prevalansının %9 ile %52 arasında değiştiği görülmektedir. (180). Yakın zamanda yayınlanan bir derlemeye göre epilepside psikotik bozuklukların prevalansı %5,7 olarak bildirilmiştir (173). Bununla beraber yapılan çalışmalar tutarlı şekilde epilepside şizofreni riskinin arttığını göstermektedir (181, 182, 183, 184). Geniş örneklemelerde yapılan araştırmalar epilepsi ve şizofreni arasındaki karşılıklı ilişkisiyi ortaya koymuştur. 2 milyondan fazla katılımcının değerlendirildiği toplum temelli bir çalışmada, epilepsi hastalarında genel popülasyona kıyasla şizofreni riskinin 2.48 kat, şizofreni benzeri psikoz riskinin 2.98 kat arttığı bildirilmiştir (184). Aynı çalışmadan elde edilen çarpıcı bir sonuca göre; ailede epilepsi öyküsünün varlığı, kişisel epilepsi öyküsünden bağımsız olarak şizofreni ve psikoz riskini artırmıştır. Bir başka toplum temelli çalışmada epilepsi hastalarında şizofreni riskinin 8,5 kat arttığı bildirilmiştir (181). Bu çalışmada, epilepsili bir ebeveyne sahip olmak çocukta psikotik bozukluk riskini 2 kat artırırken, psikotik bozukluk tanılı ebeveyne sahip olmak çocukta epilepsi riskini 1,6 kat artırmıştır. Bu

sonuç, epilepsi ve psikotik bozukluklar arasındaki çift yönlü ilişkiyi desteklemiştir. Epilepside psikoz riski; kontrol altına alınmamış nöbetler, hipokampal skleroz, nörogelişimsel bozukluklar, status epileptikus öyküsü ve ailede psikoz veya afektif bozukluk öyküsü olanlarda daha yüksek bulunmuştur(182). Bunun yanında epilepsi türü ve cinsiyetler arasında şizofreni tanısı açısından risk bulunmamıştır (181, 184). Epilepside psikotik bozuklukların tedavisi için şu anda antipsikotik ilaç seçimine dayandırılacak bir kanıt bulunmadığı için ilaç seçiminde hastanın komorbiditeleri göz önünde bulundurulabilir (182).

2.3.4 Epilepsi ve Bipolar Bozukluk

Epilepsi ve bipolar bozukluk ilişkisinde diğer psikiyatrik bozuklukların aksine bipolar bozukluk sıklığında artış bildirilmemiştir. Yapılan çalışmalarda epilepside bipolar bozukluk prevalansı genel popülasyona benzer şekilde %2 olarak bulunmuştur (185,186). Bu durumun nedenleri olarak epilepsi ve bipolar bozukluk arasındaki olası antagonistik bir ilişki, AEİ'lerin modülatör etkileri ve epilepsideki afektif bozuklukların atipik sunumu tartışılmıştır (150). Öte yandan epilepsi, şizofreni ve bipolar bozukluğun, ortak genetik hassasiyet ve olumsuz çevresel etkilerden kaynaklanan nörogelişimsel bozukluklar olduğunu savunan görüşler bulunmaktadır(181).

2.3.5 Epilepsi ve OKB

Epilepsi hastalarında OKB komorbiditesinin prevalansı, TLE hastalarında yapılan iki çalışmada %14,5 ve %22 olarak bildirilmiştir (187,188). Limbik sistemin TLE hastalarında etkilenmesi bu hastalarda OKB'ye yatkınlığı tartışmalı hale getirmiştir(189). Ülkemizde yapılan, TLE ve idiyopatik jeneralize epilepsi hastalarının dahil edildiği bir çalışmada OKB tanısı ve belirtilerinin oranı TLE grubunda daha yüksek bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptanmamıştır (190). Bu çalışmada en yaygın obsesyonlar simetri/düzen ve kontaminasyon, en yaygın kompulsiyonlar sıralama ve temizlik olarak bulunmuştur.

2.3.6 Epilepsi ve DEHB

Epilepsi ve DEHB komorbiditesinde literatürde çocukluk dönemi çalışmaları ön plana çıkmaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) çocukluk çağı epilepsisinde prevalansı, çalışılan örnekleme ve tanı için kullanılan kriterlere bağlı olarak %12 ile %16 arasında değişmektedir(191). Çocukluk döneminde yapılan bir çalışmada epilepside cinsiyet, nöbet tipi ve nöbet deşarjının odağı, DEHB semptomlarının yordayıcıları olmadığı gösterilmiştir(192). Yine aynı çalışmada ön plandaki bulgu hiperaktivite değil dikkat dağınıklığı olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, ülkemizde yapılan 53 epilepsi, 35 epilepsi-DEHB ve 52 primer DEHB tanılı çocukların dahil edildiği bir çalışmada, DEHB tanılı katılımcılarda ön planda olan hiperaktivite ve dürtüsellikten farklı olarak epilepsi ve DEHB komorbiditesi olanlar ağırlıklı olarak dikkat eksiklikli bulguları göstermiştir (193). Ayrıca epilepsi ve DEHB komorbiditesi olan katılımcıların yaşam kalitesinde önemli ölçüde düşüklük bulunmuştur (193). Epilepsi ve DEHB komorbiditesinin tedavisine ilişkin mevcut kanıtlar yetersiz olsa da karbamazepin ve lamotrijinin, nöbetleri kontrol altına almanın yanı sıra dikkat ve davranışı geliştirdiği için diğer AED'lere kıyasla daha olumlu etkiler gösterebileceği bildirilmiştir(194).

2.3.7 Epilepside Psikiyatrik Komorbiditelerin Etkileri

Epilepsi hastalarındaki psikiyatrik komorbiditenin sonuçlarının, hastaların yaşamını bir çok yönden etkilediği görülmektedir. Yapılan çalışmalar, epilepsi hastalarında görülen psikiyatrik bozukluklar ile yaşam kalitesindeki düşüklük arasındaki ilişki olduğunu göstermiştir(8,9). Yaşam kalitesindeki düşmenin yanında anksiyete ve depresif bozuklukların varlığı, antiepileptik ilaçların yan etkilerini de kötüleştirmektedir (15). Psikiyatrik komorbidite, epilepsinin prognozunu kötüleştirirken mortalitenin artmasıyla ilişkilidir (6,13,14). Yapılan bir çalışmada, psikiyatrik komorbiditenin epilepsi hastalarında erken ölüm oranlarının artmasında rol oynadığı gösterilmiştir (7). Epilepsi hastalarının erken ölüm oranlarındaki bu artışın nedenlerinden biri şüphesiz ki intihar davranışdır. Sosyoekonomik faktörlerden bağımsız olarak epilepsi tanısının varlığı intihar riskini 2 katına çıkarırken (14), epilepsiye eşlik eden psikiyatrik bozukluğun olması bu riski 11 kat artırmaktadır(13). Epilepsi hastalarında en yüksek intihar riskinin tanı konulduktan sonraki ilk 6 ayda olduğu görülmüştür(13).

2.4 EPİLEPSİDE AŞIRI KORUYUCULUK

Epilepsi hastalarında damgalanma, daha yüksek kaçınma ve daha az uzaklaşma; daha yüksek endişe düzeylerini öngörmüştür (12,16, 195). Yapılan çalışmalar, epilepsi hastalarında sosyal yaşam ve mesleki gelecekleri ile ilgili daha yüksek endişe düzeyi bildirmektedir (15). Bu endişe düzeyleri nöbetleri kontrol altında olan hastalar ile tekrarlayan nöbetlere sahip hastalarda benzer olarak bulunmuştur (16). Bu sonuç mesleki ve sosyal endişelerin hastalığın şiddetiyle değil farklı psikososyal etkenlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Hastaların yaşadığı bu endişe ile hissedilen damgalanmanın yüksek oranda ilişkili olduğu bildirilmiştir (196). Hissedilen damgalanmanın yordayıcıları sosyal yaşamla ilgili endişeler ve gelecekteki mesleğe ilişkin endişeler olarak bulunmuştur(16). Yapılan çalışmalarda, hissedilen damgalanma ile antiepileptik ilaçların yan etki şiddetinin ve nöbet sıklığının ilişkili olduğu bulunmuştur (197,198). Yüksek gelirli ülkelere bile bir sorun olmaya devam eden damgalanma, ilaçlara zayıf uyumun önemli bir belirleyicisidir (199). Sadece epilepsi hastaları değil aile üyeleri de düşük benlik saygısı, öfke, suçluluk, evlilik sorunları ile beraber damgalanma bildirmiştir (200). Damgalanma düşük yaşam kalitesinin yanında hem epilepsili kişilerde hem de bakımverenlerinde duygudurum ve anksiyete problemlerinde rol oynuyor gibi görünmektedir (201).

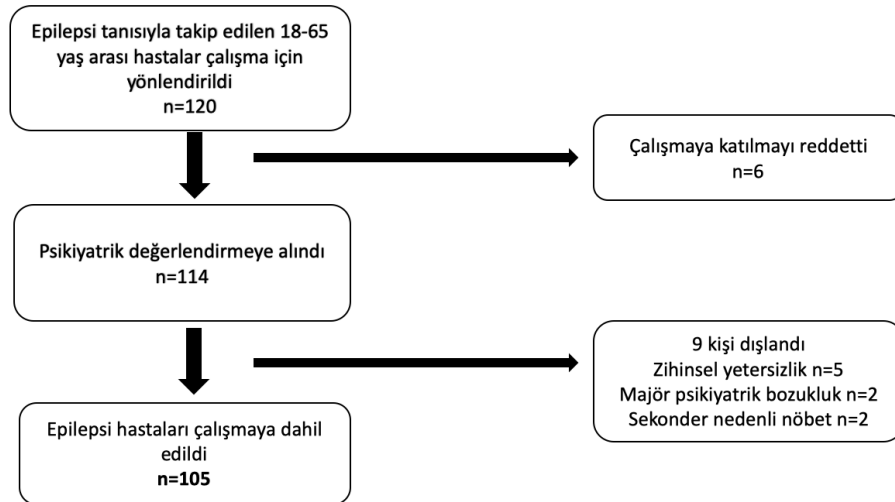
Damgalanma ile ilişkili bir başka kavram aşırı koruyuculuktur. Epilepsi hastalarında damgalanma ve algılanan aşırı koruyuculuk arasında korelasyon olduğu gösterilmiştir (16). Epilepsi hastalarında “bağımsızlık” yaşamın en çok etkilenen alanı olarak bildirilmiştir (202). Ebeveyn aşırı koruyuculuğu, epilepsi hastalarında bağımsızlığa geçişin başarısız olmasına yol açan önemli faktörlerden biridir. (203) Genç erişkinlerin dahil edildiği bir çalışmada epilepsi hastalarında bağımsızlığın yeterince gelişmesi, daha iyi sosyal başa çıkma ile ilişkili bulunmuştur(204). Yine aynı çalışmada epilepsi hastaları sağlıklı yaşlılarına göre ebeveynlerinin hayatlarına çok daha fazla müdahale ettiğini hissetmiş, ebeveynlerin bu aşırı müdahaleci ve koruyucu tutumunun kişinin baş edemediğinin işareti olarak algılanıp benlik saygısı için zararlı olduğu bildirilmiştir (204). Bir başka çalışmada, hastaların yarısından fazlası aşırı koruyuculuğa maruz kaldığını bildirmiş ve algılanan aşırı koruyuculuk, nöbetlerin şiddeti ile ilişkili olarak bulunmuştur (16).

Yapılan bir çalışmada, damgalanma ile benzer şekilde, epilepsiyle ilişkili endişelerin aşırı koruyuculukta yordayıcı faktör olduğu bulunmuştur (17). Aynı çalışmada, daha düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip katılımcılar arasında algılanan aşırı koruyuculuğun önemli ölçüde daha yüksek olduğunu gösterilmiştir (17). Aşırı koruyucu tutumdaki ailelerin, epileptik nöbetlerin stres, efor ve çalışmayla tetiklenebileceğine dair inançları nedeniyle epilepsi hastalarına daha az sorumluluk vererek nöbetleri engellemeyi amaçladıkları görülmektedir(17,205). Batı toplumunda yapılan bir başka çalışma sonucunda da epilepsi hastalarının stres ve yorgunluk daha fazla nöbet geçirebileceğine dair inançların yaygın olarak sürdüğü gösterilmiştir (206). Bu inançlarla ilişkili olarak ailenin aşırı koruyuculuğu, epilepsi hastalarında istihdam edilebilirliği düşüren önemli bir öngörücü faktör olarak bulunmuştur (207). Türkiye’de yapılan bir çalışma, yetişkin epilepsi hastalarının çoğunun aileleri tarafından aşırı korunduğu ve batı ülkelerinden farklı olarak aşırı koruyuculuğun yaşam boyu sürme eğiliminde olduğu bildirilmiştir (208).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI

Bu çalışma için İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.09.2021 tarihinde 0468 karar numarası ile onay alınmıştır. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Nöroloji polikliniklerine Ekim 2021-Nisan 2022 tarihleri arasında başvuran, 18-65 yaş arası, epilepsi tanısı ile takipli hastalar başvuru sırasına göre psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiştir. Kontrol grubu için epilepsi tanısı bulunmayan hastane çalışanları yüz yüze ya da telefonla aranarak araştırmaya davet edilmiştir. Onam veren 115 kişi kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Yönlendirilen 120 epilepsi hastasından 6'sı çalışmaya katılmayı reddetmiş, 114 hasta ile görüşülmüştür. Psikiyatri polikliniğinde kabul edilen hasta ve kontrol grubunun tamamı araştırmacı tarafından DSM-5 temelli kapsamlı bir klinik görüşme ile değerlendirilmiştir. Her görüşme en az 30 dakika sürmüştür. Psikiyatrik değerlendirme sonucunda kriterleri karşılayan 105 epilepsi hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma tasarımı akış şemasında gösterilmiştir.



Yazılı ve sözel onam alınıp çalışmaya dahil edilen katılımcılardan epilepsi grubuna; Sosyodemografik Veri Formu, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), Epilepside Algılanan Aşırı Koruyuculuk Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLIE-31), Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır. Kontrol grubuna; Sosyodemografik Veri Formu, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanmıştır.

Uygulanan tanısal değerlendirme araçlarından Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG) sonucuna göre hastalara Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu tanısı konulmuştur. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme’de erişkin ve çocukluk için oluşturulan 8’er maddelik bölümden en az 3’nün varlığı tanı koydurucu olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 1) 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük olmak
- 2) En az okur yazar düzeyinde eğitim almış olmak
- 3) Araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onam vermek
- 4) Nöroloji uzmanı tarafından epilepsi tanısı almış olmak

Çalışmaya Dışlama Kriterleri:

- 1) 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak
- 2) Okur yazar olmamak
- 3) Senkop veya psikojenik nöbet ayrımı tam olarak yapılamamış olmak
- 4) Nöbetleri tümör, enfeksiyon veya metabolik nedenlere bağlı olanlar
- 5) Mental retardasyon ya da şizofreni, bipolar bozukluk gibi majör bir psikiyatrik bozukluğu olmak

3.2 ÖLÇÜM ARAÇLARI

3.2.1 Onam Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastalara çalışmayla ilgili detaylı bilgi veren ve hastaların yazılı onamlarının alındığı formdur.

3.2.2 Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış, görüşmede klinisyen tarafından doldurulan, hastaların sosyodemografik özellikleri, geçmiş psikiyatrik öykülerini ve klinik tanı sürecini değerlendiren ayrıntılı formdur.

3.2.3 Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG)

Ayrılma anksiyetesi semptomlarının çocukluk ve yetişkinlik için ayrı ayrı sorgulandığı, her biri sekiz ölçüt olan iki kısımdan oluşur. Her iki kısım için de 8 ölçütten 3 tanesinin olması ile çocuk veya yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı konulur. Cyranowoski ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir (33). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (209). Çocukluk kısmı Cronbach Alfa değeri 0.56, yetişkinlik kısmı Cronbach Alfa değeri 0.57'dir. Maddeler arası iç tutarlılığı orta düzeydedir. Test-tekrar test güvenirliği 0.90-0.92, görüşmeciler arası güvenirliği Cohen's Kappa 0.622 ile 0.946 arasında olup, tümü için $p < 0.001$ olarak bulunmuştur.

3.2.4 Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE)

Çocukluk dönemindeki ayrılma anksiyetesi belirtilerini değerlendirmek için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. 15 maddeden oluşur. 4'lü likert tipi ölçüm yapar. Her bir madde 0 "hiç hissetmedim" ile 3 "çok sık hissettim" arasında dağılım göstermektedir. Kesme puanı 12 olarak hesaplanmıştır. Silove ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir (210). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (209). Cronbach alfa değeri 0.89 olarak hesaplanmıştır. 3 faktörlü bir yapıya sahip olup, 12 puan için %83 duyarlılık, %76 özgüllüğü olarak bulunmuştur.

3.2.5 Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA)

Erişkinlik dönemindeki ayrılma anksiyetesi belirtilerinin sorgulandığı bir öz bildirim ölçeğidir. 4'lü likert tipi ölçüm sağlayan 27 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0 “hiç hissetmedim” ile 3 “çok sık hissettim” arasında dağılım göstermektedir. Kesme puanı 25 olarak hesaplanmıştır. Manicavasagar ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (211). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır(209). 5 faktörlü yapıya sahip olup 24,5 puanın duyarlılığı %85, özgüllüğü %75 dir. Chonbach alfa değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır. Test-yeniden test güvenirliğinde r: 0.93 olarak bulunmuştur.

3.2.6 Epilepside Algılanan Aşırı Koruyuculuk Ölçeği (AAKÖ)

Epilepsili bir kişinin ebeveyn veya bakımveren tarafından aşırı koruma algısını değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Kaya ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (212). Yanıt seçenekleri 5 “tamamen katılıyorum” ile 1 “tamamen katılmıyorum” arasında değişmektedir. Yüksek puanlar algılanan aşırı korumanın fazla olduğunu gösterir. Tek faktörlü on maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin güvenirliği 0.85 olarak bulunmuştur.

3.2.7 Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLIE-31)

Epilepsi hastalarının yaşam kalitesini 7 alt boyutta değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Bu alt boyutlar; nöbete ilişkin kaygılar (5 madde), emosyonel iyilik (5 madde), enerji/yorgunluk (4 madde), sosyal fonksiyon (5 madde), bilişsel fonksiyon (6 madde), ilaçların etkileri (3 madde), toplam yaşam kalitesi (2 madde) ve toplam sağlık durumunu değerlendiren ek bir madde olmak üzere toplan 31 maddeden oluşur. Normalde 30 maddeden oluşan QOLIE-31 Ölçeği eklenen bu son madde ile 31 maddelik ölçek özelliği kazanmıştır. Ölçek 0-100 arasında puanlandırılır. Yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır(213). Ölçek toplam cronbach alfa değeri 0.91 olup, alt boyutlarda alfa değeri 0.67 ile 0.84 arasında değiştiği bulunmuştur.

3.2.8 Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresyonda görülen belirtileri ve bunların şiddetini sorgulayan bir öz bildirim ölçeğidir. Tanı koyma amaçlı değil depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılır. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (214). Her biri depresif belirtilerin bilişsel, somatik, duygusal ve motivasyonel alanlardaki derecesini değerlendirmek için şiddeti giderek artacak şekilde düzenlenmiş 4'lü likert tipi 21 sorudan oluşur. Ankette alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Yüksek puanlar daha şiddetli depresyonu göstermektedir. Şiddet olarak; 0-13 minimal düzeyde, 14-19 hafif düzeyde, 20-28 orta düzeyde ve 29-63 şiddetli düzeyde depresyon şeklinde yorumlanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış, sınır değerin 17 puan olduğu belirtilmiştir (215).

3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelenmiştir. Araştırmada değerlendirilen epilepsi vakalarının tanı ve kontrol grupları arasında ruhsal özelliklerinin, demografik özelliklerin ve AAB tanı oranlarının karşılaştırılması Fisher's Exact Testine ve Ki-Kare analizine göre yapılmıştır. Hasta ve kontrol grupları arasında yaş, kardeş sayısı, YAA ve AABE skor ortalamalarının ve BDE skor ortalamalarının karşılaştırılması Mann Witney U testi ve Bağımsız Gruplar t testine göre yapılmıştır. Epilepsi tanı hastaların yaş, YAAA, AABE, AAKÖ ve QOLIE-31 skorları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizine kullanılarak incelenmiştir. Araştırmada değerlendirilen epilepsi tanı vakaların QOLIE-31, QOLIE-31-Kaygı, QOLIE-31-Toplam Sağlık, QOLIE-31-Emosyonel iyilik, QOLIE-31-Yaşamsal enerji, QOLIE-31-Bilişsel Fonksiyon, QOLIE-31-Sosyal fonksiyon, QOLIE-31-Kaygı, AAKÖ, QOLIE-31 skorlarını açıklamada Hiyerarşik Regresyon Analizi kullanılmıştır. YAAA, AABE skorlarını açıklamada çok değişkenli Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır. AA tanı riskini artıran demografik ve klinik özelliklerin etkileri Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmiştir. AA tanı riskini artıran demografik ve klinik özelliklerin etkileri Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Verilerin

normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edilmiştir. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.



BULGULAR

Tablo 4.1: Epilepsi hastaları ve KG’unda yer alan katılımcıların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol			
		Ort./n	SS./%	Ort./n	SS./%	Analiz	p
Yaş		34,28	11,69	33,29	9,19	t=0,70	0,484
Cinsiyet	Kadın	64	61,0	63	54,8	X2=6,71	0,010
	Erkek	41	39,0	52	45,2		
Medeni durum	Bekar	49	46,7	48	41,7	X2=1,89a	0,620
	Evli	52	49,5	62	53,9		
	Boşanmış	3	2,9	5	4,3		
	Dul	1	1,0	0	0,0		
Eğitim durumu	Okuryazar	2	1,9	0	0,0	X2=68,35a	<0,001
	İlk öğretim mezunu	29	27,6	5	4,3		
	Lise mezunu	49	46,7	21	18,3		
	Üniversite ve üzeri	25	23,8	89	77,4		
Kimle yaşadığı	Yalnız	5	4,8	26	22,6	X2=29,39a	<0,001
	Ebeveynler	44	41,9	18	15,7		
	Es ve çocuklar	52	49,5	60	52,2		
	Diğer	4	3,8	11	9,6		
Çalışma durumu	Çalışıyor	44	41,9	104	90,4	X2=61,56a	<0,001
	Çalışmıyor	55	52,4	7	6,1		
	Emekli	6	5,7	4	3,5		
Ek tıbbi hastalık	Yok	64	61,0	90	78,3	X2=7,83	0,005
	Var	41	39,0	25	21,7		
Psikiyatrik tedavi	Evet	17	16,2	13	11,3	X2=1,11	0,292
	Hayır	88	83,8	102	88,7		
Geçmişte psikiyatrik tedavi	Evet	33	31,4	23	20,0	X2=3,79	0,052
	Hayır	72	68,6	92	80,0		

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, Z=Mann Whitney U testi, X2=Ki-Kare Testi, a=Fisher’s Exact Testi

Ki-Kare analizine göre, hasta grubu ve kontrol grubu arasında cinsiyet ($X^2=6,71$, $p=0,010$), ek tıbbi hastalık ($X^2=7,83$, $p=0,005$) oranlarının istatistiksel açıdan farklı olduğu bulundu.

Fisher's Exact Testine göre, epilepsi grubu ve kontrol grubu arasında eğitim durumu ($X^2=68,35$, $p<0,001$), kimle yaşadığı ($X^2=29,39$, $p<0,001$), çalışma durumu ($X^2=61,56$, $p<0,001$), ek tıbbi hastalık ($X^2=7,83$, $p=0,005$) oranlarının istatistiksel açıdan farklı olduğu bulundu.

Tablo 4.2: Katılımcıların psikiyatrik tanıları

		Hasta		Kontrol		X ²	p
		n	%	n	%		
Diğer psikiyatrik bozukluklar	Yok	73	69,5	97	84,3	8,24	0,029
	Duygudurum bozukluğu	23	21,9	11	9,6		
	Anksiyete bozukluğu	8	7,6	5	4,3		
	Psikotik bozukluk	0	0,0	0	0,0		
	Obsesif kompulsif bozukluk	1	1,0	2	1,7		
	Nörogelişimsel bozukluk	0	0,0	0	0,0		
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı	Tanı yok	75	71,4	103	89,6	11,59	0,008
	Yetişkinlikte var	9	8,6	4	3,5		
	Çocuklukta var	7	6,7	3	2,6		
	Hem çocukluk hem yetişkinlikte var	14	13,3	5	4,3		

X²=Fisher's Exact Testi

Fisher's Exact Testine göre hasta grubu ve kontrol grubu arasında görüşmede psikiyatrik bozukluk ($X^2=8,24$, $p=0,029$), ayrılma anksiyetesi yapılandırılmış görüşme ($X^2=11,59$, $p=0,008$) oranlarının istatistiksel açıdan farklı olduğu bulundu.

Tablo 4.3: Hasta ve KG arasında YAA ve AABE skor ortalamalarının karşılaştırılması

	Hasta		Kontrol		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
YAAA	24,89	15,90	22,18	12,13	1,59	0,207
AABE	12,25	10,40	9,42	6,85	2,14	0,033

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi

Araştırmada değerlendirilen hasta grubu AABE skor ortalamalarının $12,25 \pm 10,40$, kontrol grubunun ise $9,42 \pm 6,85$ olduğu bulundu. Bağımsız Gruplar t testine göre epilepsi grubunun AABE Skoru ortalamaları, kontrol grubu AABE Skoru ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=2,14$, $p=0,033$) bulundu.

Tablo 4.4: Hasta ve KG arasında BDE skor ortalamalarının karşılaştırılması

	Hasta		Kontrol		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
BDE	17,79	12,04	10,36	7,73	5,48	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi

Bağımsız Gruplar t testine göre hasta grubundaki kişilerin BDE skor ortalamaları, kontrol grubundaki kişilerin BDE skor ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=5,48$, $p<0,001$) bulundu.

Tablo 4.5: Araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31 skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	70,506	2,328		30,285	<,001	65,888	75,125
	BDE	-,986	,109	-,670	-9,078	<,001	-1,201	-,770
2	(Sabit)	75,027	2,362		31,767	<,001	70,341	79,713
	BDE	-,646	,125	-,439	-5,158	<,001	-,894	-,397
	YAAA	-,424	,095	-,381	-4,479	<,001	-,612	-,236
3	(Sabit)	74,898	2,366		31,653	<,001	70,203	79,593
	BDE	-,640	,125	-,435	-5,104	<,001	-,889	-,391
	YAAA	-,335	,132	-,301	-2,527	,013	-,597	-,072
	AABE	-,180	,186	-,106	-,972	,334	-,549	,188
4	(Sabit)	79,329	3,535		22,442	<,001	72,314	86,344
	BDE	-,674	,126	-,459	-5,354	<,001	-,924	-,424
	YAAA	-,296	,133	-,266	-2,218	,029	-,560	-,031
	AABE	-,112	,189	-,066	-,593	,554	-,486	,262
	AAKÖ	-,210	,126	-,128	-1,675	,097	-,460	,039

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, Model 1: $R^2=0,45$ $F=84,40$, $p<0,001$. Model 2: $R^2=0,54$ $F=59,01$, $p<0,001$. Model 3: $R^2=0,55$ $F=39,63$, $p<0,001$. Model 4: $R^2=0,56$ $F=30,97$, $p<0,001$.

Araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31 skorlarının %45'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=84,40$, $p<0,001$) BDE skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e YAAA skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31 skorlarının %54'ünün istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=59,01$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 2'ye AABE skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31 skorlarının %55'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=39,63$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 3'e AAKÖ skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31 skorlarının %56'sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=30,97$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 4 incelendiğinde QOLIE-31 skorlarını açıklamada BDE ($p<0,001$, GA:-0,924 - -0,424), YAAA ($p=0,005$, GA:-0,560 - -0,031) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 4.6: Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Nöbet kaygısı skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	5,277	,409		12,918	<,001	4,467	6,088
	BDE	-,083	,019	-,400	-4,369	<,001	-,120	-,045
2	(Sabit)	5,977	,425		14,079	<,001	5,135	6,820
	BDE	-,032	,022	-,152	-1,414	,160	-,076	,013
	YAAA	-,065	,017	-,412	-3,830	<,001	-,098	-,031
3	(Sabit)	5,948	,423		14,057	<,001	5,109	6,788
	BDE	-,030	,022	-,145	-1,355	,179	-,074	,014
	YAAA	-,042	,023	-,268	-1,795	,076	-,089	,004
	AABE	-,045	,033	-,190	-1,382	,170	-,111	,020
4	(Sabit)	6,887	,634		10,871	<,001	5,630	8,145
	BDE	-,037	,022	-,181	-1,687	,095	-,082	,007
	YAAA	-,034	,023	-,217	-1,451	,150	-,081	,013
	AABE	-,031	,033	-,131	-,948	,345	-,097	,034
	AAKÖ	-,044	,022	-,188	-1,969	,052	-,088	,000

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, Model 1: $R^2=0,16$ $F=19,09$, $p<0,001$. Model 2: $R^2=0,27$ $F=18,18$, $p<0,001$. Model 3: $R^2=0,28$ $F=12,87$, $p<0,001$. Model 4: $R^2=0,31$ $F=10,90$, $p<0,001$.

Araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Nöbet kaygısı skorlarının %16'sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=19,09$, $p<0,001$) BDE skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e YAAA skorlarının

eklenmesiyle QOLIE-31-Nöbet kaygısı skorlarının %27'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=18,18$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 2'ye AABE skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Nöbet kaygısı skorlarının %28'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=12,87$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 3'e AAKÖ skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Nöbet kaygısı skorlarının %31'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=10,90$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Tablo 4.7: Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Toplam Sağlık skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	9,466	1,056		8,961	<,001	7,371	11,562
	BDE	-,063	,049	-,126	-1,279	,204	-,161	,035
2	(Sabit)	9,982	1,168		8,546	<,001	7,665	12,299
	BDE	-,024	,062	-,049	-,391	,697	-,147	,099
	YAAA	-,048	,047	-,128	-1,034	,304	-,141	,045
3	(Sabit)	9,858	1,155		8,539	<,001	7,567	12,149
	BDE	-,019	,061	-,037	-,304	,762	-,140	,103
	YAAA	,038	,065	,100	,587	,559	-,090	,166
	AABE	-,174	,091	-,300	-1,914	,058	-,353	,006
4	(Sabit)	10,673	1,746		6,113	<,001	7,208	14,137
	BDE	-,025	,062	-,050	-,400	,690	-,148	,099
	YAAA	,045	,066	,119	,685	,495	-,086	,176
	AABE	-,161	,093	-,279	-1,728	,087	-,346	,024
	AAKÖ	-,039	,062	-,069	-,624	,534	-,162	,084

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, Model 1: $R^2=0,02$ $F=1,64$, $p=0,204$. Model 2: $R^2=0,03$ $F=1,35$, $p=0,263$. Model 3: $R^2=0,06$ $F=2,15$, $p=0,099$. Model 4: $R^2=0,07$ $F=1,70$, $p=0,157$.

Araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Toplam Sağlık skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=1,64$, $p=0,204$) BDE skorları tarafından açıklanmadığı bulundu. Model 1'e YAAA skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Toplam Sağlık skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=1,35$, $p=0,263$) açıklanmadığı bulundu. Model 2'ye AABE skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Toplam Sağlık skorlarının istatistiksel

açından anlamlı seviyede ($F=2,15$, $p=0,099$) açıklanmadığı bulundu. Model 3'e AAKÖ skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Toplam Sağlık skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=1,70$, $p=0,157$) açıklanmadığı bulundu.

Tablo 4.8: Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Emosyonel iyilik skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	11,735	,429		27,343	<,001	10,884	12,586
	BDE	-,225	,020	-,746	-11,266	<,001	-,265	-,186
2	(Sabit)	12,242	,462		26,494	<,001	11,325	13,159
	BDE	-,187	,024	-,620	-7,650	<,001	-,236	-,139
	YAAA	-,048	,019	-,208	-2,569	,012	-,084	-,011
3	(Sabit)	12,244	,465		26,324	<,001	11,321	13,166
	BDE	-,187	,025	-,620	-7,605	<,001	-,236	-,139
	YAAA	-,049	,026	-,212	-1,867	,065	-,100	,003
	AABE	,002	,037	,006	,054	,957	-,070	,074
4	(Sabit)	12,553	,703		17,845	<,001	11,157	13,949
	BDE	-,190	,025	-,628	-7,575	<,001	-,240	-,140
	YAAA	-,046	,027	-,201	-1,730	,087	-,099	,007
	AABE	,007	,038	,019	,180	,858	-,068	,081
	AAKÖ	-,015	,025	-,043	-,588	,558	-,064	,035

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, Model 1: $R^2=0,56$ $F=126,93$, $p<0,001$. Model 2: $R^2=0,58$ $F=70,28$, $p<0,001$. Model 3: $R^2=0,58$ $F=46,39$, $p<0,001$. Model 4: $R^2=0,59$ $F=34,65$, $p<0,001$.

Araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Emosyonel iyilik skorlarının %56'sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=126,93$, $p<0,001$) BDE skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e YAAA skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Emosyonel iyilik skorlarının %58'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=70,28$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 2'ye AABE skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Emosyonel iyilik skorlarının %58'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=46,39$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 3'e AAKÖ skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Emosyonel iyilik skorlarının %59'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=34,65$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 4 incelendiğinde QOLIE-31-Emosyonel iyilik skorlarını açıklamada BDE

($p < 0,001$, GA: -0,240 - -0,140) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 4.9: Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Yaşamsal Enerji/yorgunluk skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	8,418	,379		22,235	<,001	7,667	9,169
	BDE	-,145	,018	-,632	-8,197	<,001	-,180	-,110
2	(Sabit)	8,719	,415		21,015	<,001	7,896	9,543
	BDE	-,122	,022	-,533	-5,551	<,001	-,166	-,078
	YAAA	-,028	,017	-,163	-1,698	,093	-,061	,005
3	(Sabit)	8,744	,415		21,050	<,001	7,920	9,568
	BDE	-,123	,022	-,538	-5,598	<,001	-,167	-,080
	YAAA	-,045	,023	-,261	-1,945	,055	-,091	,001
	AABE	,034	,033	,128	1,044	,299	-,031	,099
4	(Sabit)	8,829	,629		14,031	<,001	7,580	10,077
	BDE	-,124	,022	-,541	-5,525	<,001	-,168	-,079
	YAAA	-,044	,024	-,257	-1,874	,064	-,092	,003
	AABE	,035	,034	,133	1,053	,295	-,031	,102
	AAKÖ	-,004	,022	-,016	-,181	,857	-,048	,040

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, Model 1: $R^2=0,40$ $F=67,19$, $p < 0,001$. Model 2: $R^2=0,42$ $F=35,66$, $p < 0,001$. Model 3: $R^2=0,42$ $F=24,16$, $p < 0,001$. Model 4: $R^2=0,42$ $F=17,95$, $p < 0,001$.

Araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Yaşamsal Enerji/yorgunluk skorlarının %40'ının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=67,19$, $p < 0,001$) BDE skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e YAAA skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Yaşamsal Enerji/yorgunluk skorlarının %42'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=35,66$, $p < 0,001$) açıklandığı bulundu. Model 2'ye AABE skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Yaşamsal Enerji/yorgunluk skorlarının %42'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=24,16$, $p < 0,001$) açıklandığı bulundu. Model 3'e AAKÖ skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Yaşamsal Enerji/yorgunluk skorlarının %42'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=17,95$, $p < 0,001$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 4 incelendiğinde QOLIE-31-Yaşamsal Enerji / yorgunluk skorlarını açıklamada BDE ($p < 0,001$, GA: -0,168 - -0,079) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 4.10: Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Bilişsel Fonksiyon skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	18,579	,840		22,120	<,001	16,913	20,245
	BDE	-,249	,039	-,535	-6,366	<,001	-,327	-,172
2	(Sabit)	19,685	,897		21,945	<,001	17,905	21,465
	BDE	-,166	,048	-,357	-3,495	,001	-,261	-,072
	YAAA	-,104	,036	-,295	-2,886	,005	-,175	-,032
3	(Sabit)	19,634	,898		21,857	<,001	17,852	21,416
	BDE	-,164	,048	-,352	-3,443	,001	-,258	-,069
	YAAA	-,068	,050	-,194	-1,359	,177	-,168	,031
	AABE	-,071	,071	-,133	-1,013	,313	-,211	,068
4	(Sabit)	21,030	1,348		15,602	<,001	18,356	23,705
	BDE	-,175	,048	-,375	-3,638	<,001	-,270	-,079
	YAAA	-,056	,051	-,159	-1,102	,273	-,157	,045
	AABE	-,050	,072	-,092	-,693	,490	-,193	,093
	AAKÖ	-,066	,048	-,127	-1,384	,169	-,161	,029

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, Model 1: $R^2=0,29$ $F=40,53$, $p<0,001$. Model 2: $R^2=0,34$ $F=25,90$, $p<0,001$. Model 3: $R^2=0,35$ $F=17,61$, $p<0,001$. Model 4: $R^2=0,36$ $F=13,81$, $p<0,001$.

Araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Bilişsel Fonksiyon skorlarının %29'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=40,53$, $p<0,001$) BDE skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e YAAA skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Bilişsel Fonksiyon skorlarının %34'ünün istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=25,90$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 2'ye AABE skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Bilişsel Fonksiyon skorlarının %35'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=17,61$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 3'e AAKÖ skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-Bilişsel Fonksiyon skorlarının %36'sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=13,81$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 4 incelendiğinde QOLIE-31-Bilişsel Fonksiyon skorlarını açıklamada BDE ($p<0,001$, GA:-0,270 - -0,079) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 4.11: Epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-Sosyal fonksiyon skorlarını açıklamakla ilişkili Hiyerarşik Regresyon Analizi sonuçları

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta		AL	ÜL
1	(Sabit)	15,566	,929		16,761<,001	13,723	17,408
	BDE	-,162	,043	-,348	-3,732<,001	-,248	-,076
2	(Sabit)	16,951	,980		17,296<,001	15,007	18,895
	BDE	-,057	,052	-,124	-1,106,271	-,161	,046
	YAAA	-,130	,039	-,370	-3,308,001	-,208	-,052
3	(Sabit)	16,943	,986		17,176<,001	14,986	18,901
	BDE	-,057	,052	-,123	-1,093,277	-,161	,047
	YAAA	-,125	,055	-,355	-2,258,026	-,234	-,015
	AABE	-,011	,077	-,020	-,141,888	-,165	,143
4	(Sabit)	19,601	1,451		13,510<,001	16,722	22,480
	BDE	-,078	,052	-,167	-1,503,136	-,180	,025
	YAAA	-,101	,055	-,288	-1,851,067	-,210	,007
	AABE	,030	,077	,056	,391,697	-,123	,184
	AAKÖ	-,126	,052	-,243	-2,448,016	-,229	-,024

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, Model 1: $R^2=0,12$ $F=13,93$, $p<0,001$. Model 2: $R^2=0,21$ $F=13,12$, $p<0,001$. Model 3: $R^2=0,21$ $F=8,87$, $p<0,001$. Model 4: $R^2=0,25$ $F=8,33$, $p<0,001$.

Araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı vakaların QOLIE-31-sosyal fonksiyon skorlarının %12'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=13,93$, $p<0,001$) BDE skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e YAAA skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-sosyal fonksiyon skorlarının %21'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=13,12$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 2'ye AABE skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-sosyal fonksiyon skorlarının %21'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=8,87$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Model 3'e AAKÖ skorlarının eklenmesiyle QOLIE-31-sosyal fonksiyon skorlarının %25'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=8,33$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu. Buna ek olarak model 4 incelendiğinde QOLIE-31-sosyal fonksiyon skorlarını açıklamada AAKÖ ($p=0,016$, GA:-0,229 - -0,024) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 4.12: Epilepsi tanılı hastaların yaş, YAAA, AABE, AAKÖ ve QOLIE-31 skorları arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1-Yaş	r	-											
	p	-											
2-YAAA	r	-,100											
	p	,317											
3-AABE	r	-,114	,784**										
	p	,250	<,001										
4-AAKÖ	r	-,145	,411**	,439**									
	p	,145	<,001	<,001									
5-BDE	r	-,161	,606**	,499**	,141								
	p	,104	<,001	<,001	,156								
6-QOLIE-31-Nöbet kaygısı	r	-,034	-,504**	-,471**	-,355**	-,400**							
	p	,738	<,001	<,001	<,001	<,001							
7-QOLIE-31-Toplam yaşam kalitesi	r	,049	-,158	-,240*	-,150	-,126	,154						
	p	,620	,112	,014	,131	,204	,122						
8-QOLIE-31-Emosyonel iyilik	r	,185	-,584**	-,470**	-,206*	-,746**	,510**	,122					
	p	,062	<,001	<,001	,037	<,001	<,001	,219					
9-QOLIE-31-Enerji/yorgunluk	r	,213*	-,486**	-,344**	-,139	-,632**	,332**	,103	,747**				
	p	,031	<,001	<,001	,162	<,001	,001	,300	<,001				
10-QOLIE-31-Bilişsel fonksiyon	r	,120	-,511**	-,460**	-,286**	-,535**	,457**	,330**	,594**	,469**			
	p	,227	<,001	<,001	,003	<,001	<,001	,001	<,001	<,001			
11-QOLIE-31-İlaç etkileri	r	,189	-,246*	-,276**	-,286**	-,178	,399**	,201*	,212*	,150	,365**		
	p	,056	,012	,005	,003	,072	<,001	,042	,031	,132	<,001		
12-QOLIE-31-Sosyal fonksiyon	r	,187	-,445**	-,360**	-,360**	-,348**	,465**	,099	,409**	,343**	,522**	,477**	
	p	,058	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	,319	<,001	<,001	<,001	<,001	
13-QOLIE-31-Toplam	r	,212*	-,648**	-,559**	-,330**	-,670**	,668**	,263**	,813**	,708**	,828**	,470**	,739**
	p	,032	<,001	<,001	,001	<,001	<,001	,007	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001

r=Pearson Korelasyon Analizi

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı hastaların yaşları ile QOLIE-31-Enerji/yorgunluk($r=0,213$, $p=0,031$), QOLIE-31-Toplam($r=0,212$, $p=0,032$) arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı hastaların YAAA skorları ile QOLIE-31-Nöbet kaygısı($r=-0,504$, $p<0,001$), QOLIE-31-Emosyonel iyilik($r=-0,584$, $p<0,001$), QOLIE-31-Enerji/yorgunluk($r=-0,486$, $p<0,001$), QOLIE-31-Bilişsel fonksiyon ($r=-0,511$, $p<0,001$), QOLIE-31-İlaç etkileri($r=-0,246$, $p=0,012$), QOLIE-31-Sosyal fonksiyon($r=-0,445$, $p<0,001$), QOLIE-31-Toplam($r=-0,648$, $p<0,001$) arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı hastaların AABE skorları ile QOLIE-31-Nöbet kaygısı ($r=-0,471$, $p<0,001$), QOLIE-31-Toplam yaşam kalitesi ($r=-0,240$, $p=0,014$), QOLIE-31-Emosyonel iyilik ($r=-0,470$, $p<0,001$), QOLIE-31-Enerji/yorgunluk ($r=-0,513441$, $p<0,001$), QOLIE-31-Bilişsel fonksiyon ($r=-0,460$, $p<0,001$), QOLIE-31-İlaç etkileri ($r=-0,276$, $p=0,005$), QOLIE-31-Sosyal fonksiyon ($r=-0,360$, $p<0,001$), QOLIE-31-Toplam ($r=-0,559$, $p<0,001$) arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı hastaların AAKÖ skorları ile QOLIE-31-Nöbet kaygısı ($r=-0,335$, $p<0,001$), QOLIE-31-Emosyonel iyilik ($r=-0,206$, $p=0,037$), QOLIE-31-Bilişsel fonksiyon ($r=-0,286$, $p=0,003$), QOLIE-31-İlaç etkileri ($r=-0,286$, $p=0,003$), QOLIE-31-Sosyal fonksiyon ($r=-0,360$, $p<0,001$), QOLIE-31-Toplam ($r=-0,330$, $p=0,001$) arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen epilepsi tanılı hastaların BDE skorları ile QOLIE-31-Nöbet kaygısı ($r=-0,400$, $p<0,001$), QOLIE-31-Emosyonel iyilik ($r=-0,746$, $p<0,001$), QOLIE-31-Enerji/yorgunluk ($r=-0,632$, $p<0,001$), QOLIE-31-Bilişsel fonksiyon ($r=-0,535$, $p<0,001$), QOLIE-31-Sosyal fonksiyon ($r=-0,348$, $p<0,001$), QOLIE-31-Toplam ($r=-0,670$, $p<0,001$) arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Tablo 4.13: YAAA skorlarını açıklamakla ilişkili çok değişkenli Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
	B	SH	B			AL	ÜL
(Sabit)	10,165	9,248		1,099	,273	-8,068	28,399
yaş	,100	,086	,074	1,165	,245	-,069	,269
Cinsiyet	-1,108	1,489	-,039	-,744	,458	-4,044	1,829
Medeni durum	-2,393	1,568	-,099	-1,527	,128	-5,484	,697
Eğitim durum	-2,204	1,151	-,119	-1,915	,057	-4,473	,065
Kimle kalıyor	-,340	1,028	-,020	-,331	,741	-2,366	1,687
Kardeş sayısı	-,041	,398	-,006	-,104	,917	-,826	,744
Calisma durumu	-,611	1,497	-,025	-,408	,684	-3,564	2,342
Meslek	1,112	1,122	,053	,991	,323	-1,101	3,325
Ek hastalık	1,690	1,614	,055	1,047	,296	-1,492	4,872
Psik tedavi	-,609	2,173	-,015	-,280	,780	-4,893	3,675

	Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
	B	SH	B			AL	ÜL
BDE	,584	,080	,441	7,316	,000	,426	,741
AAB tanı	13,614	2,020	,382	6,741	,000	9,632	17,597
Epilepsi grup	6,576	1,893	,234	3,474	,001	2,843	10,308

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, R²=0,49, F=14,77, p<0,001,

Not: AAB tanı=Klinik görüşme ile konan tanı

YAAA skorlarının %49'unun; demografik özellikler, epilepsi varlığı, BDE, AAB tanısı tarafından açıklandığı, modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu (F=14,77, p<0,001) bulundu. Model alt değişkenleri incelendiğinde ise BDE skorları (p=0,000), epilepsi varlığı (p=0,001), AAB tanısı (p=0,000) istatistiksel açıdan anlamlı derecede etkili değişkenler olarak bulundu.

Tablo 4.14: Epilepsi grubunda YAAA skorlarını açıklamakla ilişkili Çok Değişkenli Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
	B	SH	B			AL	ÜL
(Sabit)	22,224	16,837		1,320	,190	-11,230	55,678
Yaş	,013	,145	,010	,090	,928	-,275	,301
Cinsiyet	,625	2,818	,019	,222	,825	-4,975	6,225
Medeni durum	3,121	3,396	,098	,919	,361	-3,626	9,868
Eğitim durumu	,701	1,544	,038	,454	,651	-2,366	3,767
Kimle kalıyor	-1,042	6,140	-,014	-,170	,866	-13,242	11,158
Çalışma durumu	,136	2,891	,004	,047	,963	-5,608	5,880
Ek tıbbi hastalık	-1,264	2,563	-,039	-,493	,623	-6,356	3,828
Psikiyatrik tedavi	-2,693	3,242	-,063	-,831	,408	-9,135	3,750
BDE	,442	,134	,335	3,295	,001	,176	,709
QOLIE-31	-,306	,098	-,341	-3,110	,003	-,502	-,111
AAK	,391	,127	,265	3,082	,003	,139	,644

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı, R²=0,54, F=8,09, p<0,001

YAAA skorlarının %54'ünün; demografik özellikler, BDE, QOLIE-31 ve AAK tarafından açıklandığı, modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu (F=8,09, p<0,001) bulundu. Model alt değişkenleri incelendiğinde ise BDE skorları

($p=0,000$), QOLIE-31 ($p=0,003$) ve AAK ($p=0,003$) istatistiksel açıdan anlamlı derecede etkili değişkenler olarak bulundu.

Tablo 4.15: AAB tanısını öngörmeye bağlantılı Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi

	B	SH	Wald	df	p	OddsRatio	95% GA	
							AL	ÜL
Yas	-,041	,031	1,738	1	,187	,960	,903	1,020
Cinsiyet (Kadın)	,708	,515	1,889	1	,169	2,031	,739	5,576
Medeni durum (Bekar)	-,123	,606	,041	1	,839	,884	,270	2,897
Eğitim (Lise ve altı)	,174	,522	,110	1	,740	1,190	,427	3,311
Yaşanılan kişi (Yalnız)	-,053	,850	,004	1	,950	,948	,179	5,013
Kardeş sayısı	-,113	,134	,706	1	,401	,893	,687	1,162
Çalışma durumu (Çalışıyor)	,548	,595	,848	1	,357	1,730	,539	5,554
Meslek (Diğer)	1,015	,678	2,245	1	,134	2,761	,731	10,420
Ek hastalık (Yok)	-,050	,502	,010	1	,921	,952	,356	2,543
Psikiyatrik tedavi (Var)	,668	,563	1,407	1	,235	1,951	,647	5,886
BDE	,006	,025	,055	1	,814	1,006	,958	1,056
YAAA	,086	,025	12,174	1	,000	1,090	1,038	1,144
AABE	,046	,035	1,743	1	,187	1,047	,978	1,121
Hasta grup (Hasta)	1,138	,651	3,059	1	,080	3,122	,872	11,181

SH=Standart Hata, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, GA=Güven Aralığı.
OR=OddsRatio

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre YAAA'nın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede AAB tanı riskini 1,090 kat ($p=0,000$, GA;1,038-1,144) arttırdığı bulundu.

Tablo 4.16: Epilepsi grubunda AAB tanısını öngörmeye bağlantılı Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi

	B	SH	Wald	df	p	OddsRatio	95% GA	
							AL	ÜL
Yas	-,026	,039	,439	1	,507	,974	,903	1,052
Cinsiyet (Kadın)	,286	,673	,181	1	,671	1,331	,356	4,977
Medeni durum (Bekar)	-,436	,797	,299	1	,584	,647	,135	3,086
Eğitim (Lise ve altı)	-1,557	,708	4,834	1	,028	,211	,053	,844
Yaşanılan kişi (Yalnız)	-1,263	1,819	,482	1	,488	,283	,008	9,999
Kardeş sayısı	-,215	,181	1,405	1	,236	,807	,566	1,151
Çalışma durumu (Çalışıyor)	,307	,718	,184	1	,668	1,360	,333	5,552
Meslek (Diğer)	1,404	1,166	1,451	1	,228	4,073	,414	40,033
Ek hastalık (Yok)	-,045	,648	,005	1	,945	,956	,268	3,406

	B	SH	Wald	df	p	OddsRatio	95% GA	
							AL	ÜL
Psikiyatrik tedavi (Var)	1,228	,745	2,717	1	,099	3,414	,793	14,706
BDE	,036	,035	1,036	1	,309	1,036	,967	1,110
YAAA	,084	,034	6,060	1	,014	1,087	1,017	1,162
AABE	,022	,048	,220	1	,639	1,023	,932	1,122
AAKÖ	,053	,036	2,177	1	,140	1,055	,983	1,132
QOLIE-31	,033	,028	1,337	1	,248	1,033	,978	1,092

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre Eğitim'in (Lise ve altı) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede AA tanı riskini ($p=0,028$, GA;0,053-0,844) azalttığı bulundu.

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre YAAA'nın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede AA tanı riskini 1,087 kat ($p=0,014$, GA;1,017-1,162) arttırdığı bulundu.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda epilepsi hastalarında, ayrılma anksiyetesi bozukluğu sıklığı ve düzeyi ile aşırı koruyuculuk, yaşam kalitesi ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki, kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma epilepside ayrılma anksiyetesini araştıran ilk çalışmadır. Erişkin dönemde görece yeni bir tanı olan ayrılma anksiyetesinin epilepsi hastalarındaki sıklığının ve etkilerinin ortaya konulması, klinik pratikte olası tanısal gecikmeleri önlemek ve ilişkili faktörlere müdahale etmek açısından önemli olacaktır.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik özelliklerinde, yaş ortalamaları epilepsi grubunda 34,28 kontrol grubunda 33,29 olarak bulunmuştur. Medeni durumları epilepsi grubunda %49,5 evli, % 46,7 bekar, kontrol grubunda %53,9 evli, %41,7 bekar olarak bulunmuştur. Yaş ve medeni durum açısından gruplar benzer özellikler göstermektedir.

Epilepsi ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımında epilepsi grubunda %61 kadın, %39 erkek, kontrol grubunda ise %45,2 kadın, %54,8 erkek olduğu görülmektedir. Literatürde epilepsinin cinsiyet dağılımında kadın ve erkek cinsiyette eşit dağılım gösteren çalışmaların yanında erkeklerde hafif yükseklik bildiren çalışmalar mevcuttur(100,101). Bizim çalışmamızda epilepsi grubundaki kadın cinsiyetin anlamlı düzeyde yüksek olması, epilepsinin cinsiyet dağılımını temsil etme konusunda kısıtlılığa neden olmuş olabilir.

Çalışmamızın sonuçlarında epilepsi grubunda ek tıbbi hastalık anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç epilepsili hastalarda ek tıbbi hastaların belirgin olarak arttığını gösteren çalışmalar ile uyumlu olarak görülmüştür (1,3).

Mevcut çalışmada epilepsi hastalarının %52,4'ü çalışmadığı görülmektedir. Bu oran kontrol grubunda %6,1 olarak gelmiştir. Epilepsi grubunda anlamlı şekilde düşük olan bu sonuç, epilepsinin yıkıcı etkileri nedeniyle hastaların çalışma hayatlarındaki azalmayı gösteren önceki çalışmalar ile uyumlu görünmektedir (207). Epilepsi hastalarının bakımverenlerinde, nöbetlerin efor ve yorgunlukla tetikleneceğine dair inançlar olduğu bilinmektedir (205). Bu inançlar, epilepsi hastalarının mesleki etkinliklerini olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda hastaların bakım verenlerindeki epilepsiye dair bilişlerinin değerlendirilmesi epilepside istihdamın düşüklüğüne yönelik nedenleri ortaya çıkarmaya katkı sunacaktır.

Yalnız yaşayanların oranı kontrol grubunda %22,6, epilepsi grubunda ise %4,8 olarak epilepsi grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Epilepside yalnız yaşayanların daha az olmasının sebebi, yapılan çalışmalarda (204) bildirilen ailelerin nöbete dair endişeleri nedeniyle hastalar üzerindeki aşırı koruyucu tutumu olabilir. Bu duruma yol açabilecek bir başka neden, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında epilepsi hastalarında çalışma oranının anlamlı düzeydeki düşüklüğü (epilepsi grubu: %41,9, kontrol grubu:%90,4) nedeniyle epilepsili bireylerin ekonomik bağımsızlığın azalması olabilir. Bu nedensel ilişkiyi ortaya koyabilmek için benzer meslek, çalışma ve eğitim özellikleri gösteren kontrol grubu ile yapılacak çalışmalar gerekmektedir.

İki grup arasında psikiyatrik bozukluk tanı oranlarında epilepsi ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Bu sonuç, epilepside psikiyatrik bozuklukların prevalansının arttığını gösteren çalışmalarla uyumludur(4,14). Psikiyatrik tedavi alanlar karşılaştırıldığında ise iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Klinik görüşmede epilepsi grubunda psikiyatrik bozuklukta yüksek olmasına rağmen psikiyatrik tedavi açısından anlamlı farklılık olmaması, epilepsi hastalarındaki psikiyatrik şikayetlerin nörolojik hastalığın bir semptomu olarak değerlendirilip psikiyatri başvurularının, dolayısıyla tanı ve tedavilerinin gecikmesiyle ilişkili olabilir. Aynı zamanda psikotrop ilaçların nöbet eşiğini düşürme olasılığı da burada rol oynamış olabilir.

Ayrılma anksiyetesi için yapılandırılmış klinik görüşme sonucunda epilepsi hastalarının %21,9'unda, kontrol grubunun ise %7,8'inde YAAB tanısı konulmuştur. Bu sonuca göre epilepsi grubu YAAB tanısı açısından kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik göstermektedir. Epilepsi hastalarında anksiyete bozukluklarının sıklığının arttığı bilinmektedir (4, 8, 14) fakat literatürde spesifik olarak epilepside ayrılma anksiyetesi bozukluğu sıklığını araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu sonuç, epilepsi hastalarında YAAB tanısı sıklığının, diğer anksiyete bozukluklarına benzer şekilde arttığını göstermektedir. Çalışmamızda epilepsi grubunda kadın cinsiyetin anlamlı düzeyde daha yüksek olması, YAAB tanısının kadınlarda daha sık görüldüğü düşünüldüğünde karıştırıcı bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızdan çıkan sonuçlarda, her iki grupta YAAB tanısı alanların %40'ının erişkin başlangıçlı olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada ayrılma anksiyetesi bozukluğu bulunanların %25-50'sinde belirtilerin erişkin dönemde başladığı olduğu bulunmuştur(24). Bir başka çalışmada YAAB tanısı alan hastaların 1/3'ünün erişkin başlangıçlı olduğu gösterilmiştir(22). Araştırmamızdan çıkan sonuçlar, YAAB belirtilerinin başlangıç dönemi açısından literatürle uyumludur.

Çalışmamızda, epilepsi grubuyla, kontrol grubu arasında yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin şiddeti açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi belirtileri ise epilepsi hastalarında anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit edilmiştir. Ayrılma anksiyetesinin gelişiminde çevresel stresörlerin rol oynadığı bilinmektedir (64,65). Özellikle çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, ayrılma anksiyetesi için yordayıcıdır(28, 63, 64). Epilepsinin başlangıç yaşının bebeklik döneminde ve 65 yaş üzerinde pik yaptığı bilinmektedir(99). Çalışmamızdan çıkan sonuç, epilepsinin oluşturduğu, hastayı ve ailesini etkileyen psikososyal stresin, ayrılma anksiyetesine yatkınlığı daha çok çocukluk döneminde oluşturduğunu düşündürmüştür. Bu durum, epilepsinin başlangıç yaşı ile ayrılma anksiyetesi gelişimi için riskli dönemin zamansal olarak uyum göstermesinden kaynaklanabilir. Öte yandan bu sonuç, epilepsi hastalarında anksiyete riskini genç yaş ve kısa epilepsi süresinin artırdığını bildiren literatür (174) ile uyumlu olarak değerlendirilebilir. Çocukluk döneminde ortaya çıkan ayrılma anksiyetesi belirtileri, artan yaş ve hastalık süresi içinde

devreye giren adaptif mekanizmalar ile erişkin dönemde gerilemiş olabilir. Bu ilişkinin ortaya konulması için gelecekteki çalışmalarda epilepsinin başlangıç yaşının bir değişken olarak ele alınması faydalı olacaktır.

Epilepsi hastaları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla depresyon semptomları göstermektedir. Bu sonuç epilepsi hastalarında depresif bozukluk sıklığının arttığını bildiren literatürle uyumlu olarak görünmektedir (4,7).

Çalışmamızda, epilepsi grubunda hem çocukluk hem de erişkin dönem ayrılma anksiyetesi belirtileri ile aşırı koruyuculuk arasında korelasyon saptanmıştır. Aşırı koruyucu ve müdahaleci ebeveynlik stiline ayrılma anksiyetesinin gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (25, 70, 71, 72). AAB ile diğer anksiyete bozukluklarını karşılaştıran çalışmalarda AAB tanısı olan bireylerin bakım verenlerinde aşırı koruyucu tutumun daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (23,73). Türkiyede yapılan bir çalışmada ise aşırı koruyucu ebeveynlik tarzının ayrılma anksiyetesi belirtilerini pozitif yordadığı bulunmuştur (74). Çalışmamızın sonuçları bu bağlamda literatür ile uyumlu olarak görülmektedir. Genel popülasyonda yapılan bu çalışmaların çoğunda aşırı koruyuculuğun ölçümü için belirli maddeler kullanılarak yapılan değerlendirmelerden farklı olarak, bizim çalışmamızda aşırı koruyuculuğun ölçüm aracı olarak epilepsi hastaları için geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek kullanılmıştır. Bu durum sonuçların daha güvenilir bir şekilde ortaya konulmasını sağlamıştır. Ek olarak, bu çalışmalar (71,72) aşırı koruyucu tutumun çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi ile ilişkisine odaklanmıştır. Çalışmamızdan çıkan sonuçlar, aşırı koruyuculuk ve ayrılma anksiyetesi ilişkisinin yaşam boyu sürdüğünü düşündürmektedir. Bu veriler ışığında, epilepsi hastalarının ailelerinde nöbet kaygısından dolayı görülen aşırı koruyucu tutumun (17,204), ayrılma anksiyetesi belirtilerinin gelişimine zemin hazırlaması beklenebilir.

Çalışmamızın sonuçlarında, yetişkin ve çocukluk ayrılma anksiyetesi düzeyi ile depresyon puanları arasında korelasyon olduğu bulunmuştur. Ayrılma anksiyetesi ile diğer psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda beraber görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (35, 40, 41). Ülkemizde yapılan bir çalışmada majör depresif bozukluk hastalarının %41'inde YAAB tanısının

eşlik ettiği gösterilmiştir (42). Sonuçlarımız, ayrılma anksiyetesi ve depresyon arasındaki ilişkiyi gösteren literatür ile uyumlu olarak görülmektedir.

Çalışmamızda, aşırı koruyuculuk ile depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Epilepsiye dair tarihsel yanlış inançlar, günümüzde bilimsel bilgilerin ışığında düzeltilmeye çalışılsa da damgalanma yüksek gelirli ülkelerde bile depresyonun belirleyicisi olmaya devam etmektedir (220). Bizim çalışmamızdan çıkan sonuç, epilepsinin psikososyal sonuçlarının klinik düzeyde belirtilere yatkınlık oluşturmaları açısından farklı etkilerinin olduğunu göstermektedir. Ayrıca ayrılma anksiyetesindeki bağlanma figüründen uzaklaşmadaki zorlanmanın modern ülkelerde daha düşük toleransla karşılanırken geleneksel toplumlarda daha kabul edilebilir olarak görülmektedir(28). Benzer olarak kolektivist ve geleneksel yaklaşımın ağır bastığı Türkiye toplumunda aşırı koruyucu ebeveyn tutumu bir norm olarak düşünüldüğünde, aşırı koruyuculuk epilepsi hastalarında depresif belirtilere yol açmamış olabilir. Bu ayrımın yapılması için bağımsızlık kültürünün yerleşik olduğu yüksek gelirli ülkelerde yapılacak benzer çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızda, depresyon skorları ve ayrılma anksiyetesi belirtileri ile yaşam kalitesi arasındaki negatif korelasyon bulunmuştur. Epilepsi hastalarının yaşam kalitesi literatürde üzerinde sıkça durulan bir konudur. Epilepsinin nörolojik, psikiyatrik ve sosyal sonuçlarının hastaların yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir (3). Bu alanda yapılan çalışmalarda, psikiyatrik komorbiditelerin epilepsi hastalarının yaşam kalitesindeki düşüklüğün bağımsız bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir. (217,218). Epilepsi hastalarının yaşam kalitesindeki düşüklükle ilişkisi en çok gösterilen psikiyatrik komorbidite, doğal olarak epilepside en sık görülen psikiyatrik bozukluk olan depresyondur (9,163). Çalışmamızdan çıkan depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki negatif ilişki literatür ile uyumludur. Bunun yanında, epilepsi hastalarında yaşam kalitesindeki düşüklük ile psikiyatrik komorbiditelerin ilişkisi bilinse de spesifik olarak ayrılma anksiyetesiyle ilişkisi literatürde ilk kez ortaya konulmuştur.

Epilepsi hastalarının yaşadığı sosyal zorluklardan olan aşırı koruyuculuk ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Epilepsinin damgalanma, özerklik kaybı, ayrımcılık, yanlış anlaşılma gibi psikososyal

sonuçları bulunmaktadır(12,16, 195). Yaşam kalitesini etkileyen nöbetle ilişkili faktörlerin yanında hastalığın psikososyal sonuçlarına yönelik artan bir ilgi vardır (219). Aşırı koruyuculuk ile bağlantılı konulardan olan epilepsi hastalarının yaşadığı damgalanma, yaşam kalitesinde düşüklük ile ilişkilidir(201). Çalışmamızdan çıkan bu sonuç, epilepsi hastalarının yaşam kalitesiyle ilişkili olarak üzerinde durulan (220,221) nöbet sıklığı, nöbet şiddeti, ilaç yan etkisi gibi nörolojik özellikler ve psikiyatrik komorbiditelerin yanında hastalığın psikososyal sonuçlarının etkisini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Çalışmamızda, yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtileri ve depresyon skorlarının yaşam kalitesi üzerine yordayıcı etkisinin olduğu bulunmuştur. Aşırı koruyuculuğu, yaşam kalitesi üzerine yordayıcı etkisi olmadığı görülmüştür. Bu sonuç epilepsi hastalarında yaşam kalitesinin güçlü ve bağımsız bir yordayıcısı olarak depresif semptomatolojinin varlığını gösteren literatür ile uyumlu olarak bulunmuştur(163, 216, 218). Epilepside psikiyatrik komorbiditelerin yaşam kalitesi üzerine yordayıcı etkisini gösteren çalışmalar (217) bulunsa da ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yaşam kalitesine yordayıcı etkisini ilk kez göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Yaşam kalitesiyle aralarında negatif korelasyon bulunan aşırı koruyuculuk şiddeti muhtemelen ayrılma anksiyetesi ve depresyon üzerinden yaşam kalitesini düşürmektedir.

Epilepside yaşam kalitesinin alt ölçeklerinde ayrılma anksiyetesi semptom düzeyleri; nöbet kaygısı, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaç etkileri ve sosyal fonksiyon ile anlamlı düzeyde negatif korelasyon göstermiştir. Aşırı koruyuculuk ile yine bu alt ölçekler ile negatif korele olarak bulunmuştur. Çalışma sonucumuzda, ayrılma anksiyetesi belirtileri ve aşırı koruyuculuk düzeyleri ile epilepside yaşam kalitesinin tüm boyutları negatif ilişkili görülmektedir.

Yaşam kalitesi alt ölçeklerinin regresyon analizinde ise toplam yaşam kalitesi üzerine güçlü bir yordayıcı etkisi olan depresyonun, beklenildiği gibi yaşam kalitesinin alt boyutlarında etkisinin sürdüğü görülmektedir. Alt ölçeklerden emosyonel iyilik, yaşamsal enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon alt ölçeklerinde depresyon düzeyinin yordayıcı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç epilepsinin klinik yönetiminde depresyonun sorgulanması, tanı konulması ve

tedavi edilmesiyle hastaların yaşam kalitesine farklı boyutlarda katkı sağlanabileceğini göstermektedir.

Yaşam kalitesinin diğer alt ölçeklerinde aşırı koruyuculuk düzeyi, sosyal fonksiyon üzerinde yordayıcı olarak bulunmuştur. Bu sonuç, epilepsinin literatürde sıkça vurgulanan (1,2) psikososyal sonuçlarına müdahale alanları göstermesi açısından önemlidir. Aşırı koruyuculuk düzeyi, yaşam kalitesi alt ölçeklerinden nöbet kaygısında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeye yaklaşmıştır ($p:0,052$). Aşırı koruyuculuğun arka planında yer alan motivasyonun ailelerin nöbetin sonuçlarına dair kaygıları olduğu (17,205) düşünüldüğünde belki de hastalar sosyal öğrenme ile nöbet kaygısına yatkın hale geliyor olabilir. Bu nedenselliğin gösterilmesi için epilepsi hastalarının ve ailelerinin dahil edildiği kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır

Epilepsi hastalarının yaşam kalitesini etkileyen önemli etkenler arasında nöbet sıklığı ve nöbet şiddeti gösterilmiştir (163, 220). Bizim çalışmamıza dahil edilen hastaların epilepsi tanılarının dışında diğer klinik özellikleri değerlendirmeye alınmamıştır. Bu durum kendi içinde heterojen bir topluluğun tek bir tanıya indirgenmesi açısından kısıtlılık yaratmış olabilir. Yapılacak daha kapsamlı çalışmalarda epilepsi tipi, nöbet şiddeti, nöbet sıklığı, kullandıkları antiepileptik ilaçlar ve yan etkileri gibi parametrelerin değerlendirmeye katılması ile daha özgül yorumlar yapmak mümkün olacaktır.

Çalışmamızda depresyon puanları, epilepsinin varlığı ve yapılandırılmış klinik görüşmede AAB tanısı almak, yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yordayıcıları olarak bulunmuştur. Klinik görüşmede konulan AAB tanısının, ayrılma anksiyetesi ölçek puanları üzerine olan yordayıcı etkisi öz bildirim ölçeği olan YAAA'nin güvenilirliğini desteklemektedir.

Çalışmamızdan çıkan sonuçlarda depresyonun yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtileri için yordayıcı olduğu bulunmuştur. Literatürde yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yordayıcıları olarak çocukluk dönemi bağlanma ilişkileri ve çocukluk çağı olumsuz yaşantıları gösterilmiştir(97). Bu sonucumuz, ayrılma anksiyetesi gelişimi için erken yaşam deneyimlerinin yanında güncel psikopatolojinin de etkisini göstermesi açısından önemli bir bulgudur.

Çalışmamızda epilepsinin varlığı, ayrılma anksiyetesi belirtileri için yordayıcı olarak bulunmuştur. Epilepsinin, psikiyatrik komorbiditeler ile olan çift yönlü ilişkisi yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (141, 142, 143). Bu çalışmalara göre epilepsi tanısının varlığı, psikiyatrik bozuklukların gelişimine zemin hazırlarken, psikiyatrik bozukluklar da epilepsi gelişimi için bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Bu sonuç genel anlamda epilepsinin psikiyatrik komorbiditelere yatkınlaştırıcı etkisini göstermesi açısından literatürle uyumlu olmakla beraber ayrılma anksiyetesi özelinde bu etki ilk kez ortaya konulmuştur. Epilepsinin hangi mekanizmalar üzerinden ayrılma anksiyetesi belirtilerini yordadığı, gelecekteki daha kapsamlı çalışmalar ile gösterilebilir.

Epilepsi grubundaki, yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin regresyon analizinde aşırı koruyuculuk, depresif belirti şiddeti ve yaşam kalitesindeki düşüklük yordayıcı olarak bulunmuştur. Ayrılma anksiyetesinin gelişiminde aşırı koruyucu ebeveyn tutumunun etkisi, kuramsal olarak (25,70) öne sürülüp yapılan çalışmalar (71,72,73) ile desteklenmiştir. Sonuçlarımız bu bağlamda literatür ile uyumlu olarak görülmektedir. Çalışmamız, özel bir grup olan epilepsi hastalarında bu etkinin devam ettiğini ilk kez göstermesi açısından literatüre katkı sağlayacaktır.

Çalışma sonuçlarımızda, yaşam kalitesindeki düşüklüğün, ayrılma anksiyetesi belirtileri üzerindeki yordayıcı etkisi, iki değişken arasında çift yönlü bir etkinin olduğuna işaret etmektedir. Yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtileri, epilepside yaşam kalitesindeki düşüklüğü öngörürken, yaşam kalitesindeki düşüklük de ayrılma anksiyetesi belirtileri için öngörücüdür. Daha genel olarak baktığımızda, epilepside psikiyatrik komorbiditeler kişinin sosyal zorluklarını artırırken, sosyal zorluklar da psikiyatrik komorbite gelişimini kolaylaştırıyor olabilir. Bu alanda yapılacak çalışmalar bu karşılıklı etkileşimi derinlemesine anlamamıza yardımcı olacaktır.

Tüm örneklemdeki AAB tanısının regresyon analizinde, kadın cinsiyette olmanın riski 2 kat artırdığı fakat bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu sonuç, AAB tanısının kadın cinsiyette daha sık olduğunu gösteren çalışmalar ile uyumlu görülmektedir (33, 35 ,40). Benzer bir şekilde epilepsinin varlığı AAB tanı riskini 3 kat artırırken yine istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Sonuçlar örneklem sayısının düşüklüğü ile ilişki

olabileceğinden, daha geniş örneklemlerle çalışmalar ile ayrılma anksiyetesi gelişimini tanı düzeyinde etkileyen faktörler açığa çıkarılabilecektir.

Epilepsi grubunda AAB tanısının regresyon analizinde, üniversite ve üzeri düzeyde eğitim almak yordayıcı olarak bulunmuştur. Bireysellik ve gelir düzeyi arttıkça ayrılma anksiyetesi tanısının arttığını gösteren çalışmalar (38,28) ile beraber düşünüldüğünde bu sonuç literatürü destekliyor gibi görünmektedir. Yine de eğitim düzeyindeki düşüklük tek başına geleneksel kültürü temsil etmediğinden bu anlamda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu aşikardır.

Psikiyatrik tedavi almak, epilepsi grubunda AAB tanı riskini 3,4 kat arttırmış fakat istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Tüm örneklemede yapılan analizde ise psikiyatrik tedavi almak AAB tanısı için belirgin bir risk artışı oluşturmamıştır. Bu sonuç, epilepsinin tanısı ile psikiyatrik komorbidite varlığının kümülatif bir etkiyle AAB gelişimini kolaylaştırdığını düşündürmektedir.

Kısıtlılıklar

Çalışmamızın epilepsi grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet açısından anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür. Epilepsi grubunda kadın cinsiyetin fazla olması, ayrılma anksiyetesinin prevalansının yüksek olduğu kadın cinsiyet açısından örneklem yanlılığı olarak değerlendirilebilir. Ayrıca epilepsinin kendi içinde etiyoloji, nöbet tipi, nöbet şiddeti ve ilaç kullanımı gibi yaşam kalitesini etkileyebilecek birçok değişken olduğu düşünüldüğünde, bu bulgular değerlendirmede göz önünde bulundurulmalıdır.

5.1 SONUÇLAR

Bu çalışmada epilepsi hastalarında ayrılma anksiyetesi sıklığının kontrol grubuyla karşılaştırılması ve ayrılma anksiyetesi, aşırı koruyuculuk ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonuçlarımız özetle şu şekildedir:

- 1- Epilepsi hastalarında eğitim düzeyi, çalışma durumu ve yalnız yaşama oranları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

- 2- Epilepsi hastalarında yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı, kontrol grubuna göre daha fazladır.
- 3- Epilepsi hastalarında çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi belirti düzeyi kontrol grubuna göre yüksektir.
- 4- Epilepsi hastalarında depresif belirti düzeyi, kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- 5- Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, ayrılma anksiyetesi belirti düzeyi ve aşırı koruyuculukla negatif korelasyon göstermiştir.
- 6- Epilepside yaşam kalitesinin yordayıcıları ayrılma anksiyetesi belirtileri ve depresif belirti şiddeti olarak bulunmuştur.
- 7- Yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yordayıcıları depresif belirti şiddeti ve epilepsi tanısı olarak bulunmuştur.
- 8- Epilepside yetişkin ayrılma anksiyetesinin yordayıcıları, depresif belirti şiddeti, yaşam kalitesindeki düşüklük ve aşırı koruyuculuk olarak bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Thijs RD, Surges R, O'Brien TJ, Sander JW. Epilepsy in adults. *Lancet* 2019; 393: 689–701. Adult epilepsy
2. Duncan JS, Sander JW, Sisodiya SM, Walker MC. Adult epilepsy. *Lancet*. 2006;367:1087–1100.
3. Beghi, E. The Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology* 2020, 54, 185–191.
4. Rai D, Kerr MP, McManus S, Jordanova V, Lewis G, Brugha TS. Epilepsy and psychiatric comorbidity: a nationally representative population-based study. *Epilepsia* 2012; 53: 1095–103.
5. Hitiris N, Mohanraj R, Norrie J, Sills GJ, Brodie MJ. Predictors of pharmaco-resistant epilepsy. *Epilepsy Res.* 2007; 75:192–196.
6. Kanner AM. Do psychiatric comorbidities have a negative impact on the course and treatment of seizure disorders? *Curr Opin Neurol* 2013; 26: 208–13.
7. Fazel S, Wolf A, Langstrom N, Newton CR, Lichtenstein P. Premature mortality in epilepsy and the role of psychiatric comorbidity: a total population study. *Lancet* 2013; 382: 1646–54.
8. Brandt C, Mula M. Anxiety disorders in people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2016; 59:87–91.
9. 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; 51:1152–8.
10. Endermann M, Zimmermann F. Factors associated with health-related quality of life, anxiety and depression among young adults with epilepsy and mild cognitive impairments in short-term residential care. *Seizure* 2009;18:167–75.

11. McCagh J, Fisk JE, Baker GA. Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. *Epilepsy Res* 2009;86:1–14.
12. Goldstein LH, Holland L, Soteriou H, Mellers JD. Illness representations, coping styles and mood in adults with epilepsy. *Epilepsy Res* 2005;67:1–11.
13. Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol* 2007; 6: 693–98.
14. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jette N, et al. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia* 2007;48:2336–2344.
15. Quintas R, Raggi A, Giovannetti AM, et al. Psychosocial difficulties in people with epilepsy: a systematic review of literature from 2005 until 2010. *Epilepsy Behav* 2012; **25**: 60–67.
16. Aydemir N, Kaya B, Yildiz G, Oztura I, Baklan B. Determinants of felt stigma in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2016;58:76–80.
17. Aydemir N. Overprotection and determinants of overprotection in adults with epilepsy. *Seizure* 2020;79:14–9
18. Bowlby J. Separation Anxiety: A Critical Review Of The Literature. *J Child Psychol Psychiatry*. 1960;1(4):251–69.
19. Francis G, Last CG, Strauss CC. Expression of separation anxiety disorder: The roles of age and gender. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1987;18(2):82–9.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington DC: APA Press. 2013.
21. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal of Anxiety Disorders* 2000; 14:1-18.
22. Manicavasagar, V. and D. Silove, *Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1997. **31**(2): p. 299-303.

23. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Pavlovic DH. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999; 33:422-428
24. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. Clin Psychol Rev. 2013;33(5):663-74.
25. Bowlby J. Attachment and Loss: Volume 2. Separation, Anxiety and Anger (Internet). Basic Books. 1973. 437 p.
26. Silove D, Manicavasagar V, O'Connell D, Morris-Yates A: Genetic factors in early separation anxiety: Implications for the genesis of adult anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand 1995, 92(1):17-24.
27. Ainsworth, MDS. Attachment: Retrospect and prospect The place of attachment theory in human behavior. In Parkes CM & StevensonHinde Hillsdale NJ: Erlbaum Hinde J (Eds.). New York : Basic Books, 1982,3-30.
28. Silove D, Alonso J, Bromet E, et al. Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the World Mental Health Survey. Am J Psychiatry. 2015;172(7):647-656.
29. Dallaire DH, Weinraub M. Predicting children's separation anxiety at age 6: The contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety. Attach Hum Dev. 2005;7(4):393-408.
30. American Psychiatric Association. Dsm-Iv-Tr. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition TR. 2000. 13, 14,85-93, 829-831 p.
31. Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? Compr Psychiatry . 2007, 48(6): 546-53.
32. Mertol S. Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu hastalarında mizaç ve karakter özellikleri. Uzmanlık tezi, 2011; Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye.

33. Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A, Frank E, Grochocinski VJ, et al. Adult separation anxiety: Psychometric properties of a new structured clinical interview. *J Psychiatr Res.* 2002;36(2):77-86.
34. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry* 1997; 38(5):274-82.
35. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. 2006, 163(6): 1074-83.
36. Kessler, R.C., et al., *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.* Archives of general psychiatry, 2005. 62(6): p. 593-602.
37. Kessler RC, Wang PS. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annu. Rev. Public Health* 29:115-29, 2008.
38. Silove D, He Y, Ferrand MP, Scott KM. Separation Anxiety Disorder. *Mental Disorders Around the World* (Internet). Cambridge University Press; 2018. p. 167-81.
39. Silove D, Ph D, Alonso J, Ph D, Bromet E, Ph D, et al. Across Countries in the World Mental Health Survey. 2016;172(7):647-56. 40. Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A, Lari L, Gesi C, et al. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122(1):40-6.
41. Tasdemir, Ali, et al. "Assessment of co-morbidity of adult separation anxiety in patients with bipolar disorder." *Nordic journal of psychiatry* 70.2 (2016): 93-102.
42. Elbay RY, Görmez A, Kılıç A, Avcı SH (2021) Separation anxiety disorder among outpatients with major depressive disorder: Prevalence and clinical correlates. *Compr Psychiatry*, 105:152219.

43. Scaini S, Ogliari A, Eley TC, Zavos HMS, Battaglia M. Genetic and environmental contributions to separation anxiety: A meta-analytic approach to twin data. *Depress Anxiety*. 2012;29(9):754–61.
44. Manicavasagar V, Silove D, Rapee R, Waters F, Momartin S. Parent–child concordance for separation anxiety: a clinical study. *Journal of affective disorders*. 2001;65(1):81-84.
45. Nestadt G, Samuels J, Riddle M a, Liang KY, Bienvenu OJ, Hoehn-Saric R, et al. The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychol Med (Internet)*. 2001;31(3):481–7.
46. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J. The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: Evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *Int J Eat Disord*. 2007;40.
47. Peleg O, Halaby E, Whaby E. The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Journal of Anxiety Disorders* 2006; 20:973-995
48. Costa, B., et al., *Mutation analysis of oxytocin gene in individuals with adult separation anxiety*. *Psychiatry Res*, 2009. **168**(2): p. 87-93
49. Costa, B., et al., *Oxytocin receptor polymorphisms and adult attachment style in patients with depression*. *Psychoneuroendocrinology*, 2009. **34**(10): p. 1506-14.
50. Alkın T. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2010;3(4):53-63.
51. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Gene-environment interaction of the dopamine D4 receptor (DRD4) and observed maternal insensitivity predicting externalizing behavior in preschoolers. *Dev Psychobiol*. 2006;48(5):406–9.

52. Gervai J, Novak A, Lakatos K, Toth I, Danis I, Ronai Z, vd. Infant genotype may moderate sensitivity to maternal affective communications: Attachment disorganization, quality of care, and the DRD4 polymorphism. *Soc Neurosci*. 2007;2(3-4):307-19.
53. Barry RA, Kochanska G, Philibert RA. G x E interaction in the organization of attachment: mothers' responsiveness as a moderator of children's genotypes. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(12):1313-20.
54. Van Ijzendoorn MH, Bakermans Kranenburg MJ. DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attach Hum Dev* 8(4):291-307, 2006.
55. Gadow KD, Nolan EE. Parent-child DRD4 genotype as a potential biomarker for oppositional, anxiety, and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorder. *Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 34(7):1208-14, 2010.
56. Gillath O, Shaver PR, Baek JM, Chun DS. Genetic correlates of adult attachment style. *Pers Soc Psychol Bull* 34(10):1396-405, 2008.
57. Costa B, Pini S, Gabelloni P, Da Pozzo E, Abelli M, Lari L, Preve M, Lucacchini A, Cassano GB, Martini C. Ala147Thr substitution in translocator protein is associated with adult separation anxiety in patients with depression. *Psychiatr Genet* 19(2):110-1, 2009.
58. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam* 19(1):24-39, 2006.
59. Manicavasagar V. Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Aust NZJ Psychiatry*, 43(2):167-72, 2009.
60. Brumariu LE, Kerns KA. Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations? *Child Psychiatry & Human Development*. 2010;41(6):663-674.
61. Bar-Haim Y, Dan O, Eshel Y, Sagi-Schwartz A. Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of anxiety disorders*. 2007;21(8):1061-1068.

62. Eapen V, Dadds M, Barnett B, Kohlhoff J, Khan F, Radom N, Silove DM. Separation anxiety, attachment and inter-personal representations: disentangling the role of oxytocin in the perinatal period. *PloS one*. 2014;9(9):e107745.
63. Baldwin DS, Gordon R, Abelli M, Pini S. The separation of adult separation anxiety disorder. *CNS Spectr*. 2016;21(4):289-294.
64. Eapen V, Silove D, Johnston D, Apler A, Rees S. Adult separation anxiety in pregnancy: how common is it? *International Journal of Women's Health*. 2012;4:251-256.
65. Seligman LD, Wuyek LA. Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: An exploratory study. *The Journal of psychology*. 2007;141(2):135-145.
66. Vanderwerker, L.C., et al., *An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life*. *The Journal of nervous and mental disease*, 2006. 194(2): p. 121-123.
67. Battaglia M, Touchette É, Garon-Carrier G, Dionne G, Côté SM, Vitaro F, et al. Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool years: Persistence at school entry and early-life associated factors. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2016;57(1):39-46.
68. Pini, S., et al., *Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder*. *Bipolar disorders*, 2005. 7(4): p. 370-376.
69. Pini S, Abelli M, Troisi A, Siracusano A, Cassano GB, Shear KM, et al. The relationships among separation anxiety disorder, adult attachment style and agoraphobia in patients with panic disorder. *J Anxiety Disord*. 2014;28(8):741-6.
70. Bowlby J. The Making and Breaking of Affectional Bonds. *Br J Psychiatry*. 1977;
71. Wood JJ. Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2006;37(1):73-87.

72. Perez-Olivas G, Stevenson J, Hadwin JA. Do anxiety-related attentional biases mediate the link between maternal over involvement and separation anxiety in children? *Cogn Emot.* 2008;22(3):509–21.
73. Manicavasagar V, Marnane C, Pini S, Abelli M, Rees S, Eapen V, et al. Adult separation anxiety disorder: A disorder comes of age. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(4):290–7.
74. Başbuğ S, Cesur G, Batigün AD. Perceived parental styles and adult separation anxiety: The mediating role of interpersonal cognitive distortions. *Turk Psikiyatr Derg.* 2017;28(4):1–13.
75. Van der Bruggen, C. O., Stams, G. J. J. M., & Bögels, S. M. (2008). Research review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1257–1269
76. Disney KL. Dependent personality disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:1184–96.
77. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
78. Starcevic V. Separation anxiety disorder in adults: is the neglect real? *Aust N Z J Psychiatry.* 2015; 47(2): 188–189.
79. Kirsten LT, Grenyer BF, Wagner R, Manicavasagar V: Impact of separation anxiety on psychotherapy outcomes for adults with anxiety disorders. *Counselling & Psychotherapy Research* 2008, 8(1):36-42.
80. Busch FN, Milrod BL. Psychodynamic Treatment for Separation Anxiety in a Treatment Nonresponder. *Journal of the American Psychoanalytic Association.* 2015;63(5):893-919.
81. Ballenger J, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Baldwin DS, Den Boer JA, Kasper S, Shear MK. Consensus statement on panic disorder from the International 95 Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of clinical psychiatry* 59:47-54, 1997.

82. Gesi C, Abelli M, Cardini A, Lari L, Di Paolo L, Silove D, Pini S. Separation anxiety disorder from the perspective of DSM-5: Clinical investigation among subjects with panic disorder and associations with mood disorders spectrum. *CNS spectrums*:1-6, 2015.
83. Stafstrom CE, Carmant L. Seizures and epilepsy: an overview for neuroscientists. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2015;5(6):18722426.
84. Beghi, E., Carpio, A., Forsgren, L., Hesdorffer, D. C., Malmgren, K., Sander, J. W., ... & Hauser, W. A. (2010). Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia*, 51(4), 671-675.
85. İlginel MT, Tunay DL, Güneş Y. Epilepside Perioperatif Yönetim ve Anestezi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2018;27:39-69.
86. Eşkazan E, Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi. *Epilepsi*, 2008: p. 3-13.
87. Angeles D. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981;22(4):489-501.
88. Classification Co, Epilepsy TotILA. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989;30(4):389-99.
89. Falco-Walter JJ, Scheffer IE, Fisher RS. The new definition and classification of seizures and epilepsy. *Epilepsy Research* 2018; 139: 73-79.
90. Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., Hirsch, E., Jain, S., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Nordli, D. R., Perucca, E., Tomson, T., Wiebe, S., Zhang, Y. H., & Zuberi, S. M. (2017). ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4), 512–521.
91. Lüders H, Acharya J, Baumgartner C, Benbadis S, Bleasel A, Burgess R, et al. Semiological seizure classification. *Epilepsia* 1998;39(9):1006-13.
92. Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR. Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia*. 2010;51(5):883-90.

93. Yeni, S.N. and C. Gurses, *Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi*, in *Epilepsi*, I. Bora, Editor. 2008, Nobel Tıp kitabevleri: İstanbul. p. 3-12.
94. Sander, J.W., *The epidemiology of epilepsy revisited*. Curr Opin Neurol, 2003. **16**(2): p. 165-70.
95. De Bittencourt, P.R., et al., *Epilepsy in the tropics: I. Epidemiology, socioeconomic risk factors, and etiology*. Epilepsia, 1996. **37**(11): p. 1121-7.
96. Singh A, Trevick S. The Epidemiology of Global Epilepsy. Neurol Clin. 2016;34(4):837-47.
97. Fiest, K. M., Sauro, K. M., Wiebe, S., Patten, S. B., Kwon, C. S., Dykeman, J., ... & Jetté, N. (2017). Prevalence and incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis of international studies. *Neurology*, 88(3), 296-303
98. Beghi, E., & Hesdorffer, D. (2014). Prevalence of epilepsy—an unknown quantity. *Epilepsia*, 55(7), 963-967
99. Panayiotopoulos C.P., General aspects of epilepsies In: A clinical guide to epileptic syndromes and their treatment. Panayiotopoulos CP, editor. London: Springer; 2010. 1-19.
100. McHugh JC, Delanty N. Epidemiology and classification of epilepsy: gender comparisons. Int Rev Neurobiol. 2008;83:11-26.
101. Bharucha NE, Bharucha EP, Bharucha AE, Bhise AV, Schoenberg BS. Prevalence of epilepsy in the Parsi community of Bombay. Epilepsia. 1988;29(2):111-5.
102. Ertem, D., *Mezial Temporal Lob Epilepsili ve Juvenil Miyoklonik Epilepsili Hastalarda Psikiyatrik Komorbidite ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması*, in *Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman RuhSağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*. 2012: İstanbul.
103. Karakaş, Neşe, et al. "Investigation of factors associated with stigma and social support in patients with epilepsy in Turkey: A cross-sectional study." *Epilepsy & Behavior* 128 (2022): 108572.

104. Çelikkaş Emine, Erdiñ Oğuz Osman, Metintas Selma, Fidan Hüseyin Seyhan, Arıkan İnci, Kalyoncu Cemalettin, Özdemir Gazi. Incidence of epilepsy in a defined area of central Anatolia, Turkey, after 15 years of age, *Neuro-epidemiology*, 2010 s:221-225
105. Lewis P. Rowland, Timothy A. Pedley. *Merritt's Neurology*. 11.baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul 2008;990-1014.
106. Neligan A, Hauser WA and Sander JW. The epidemiology of the epilepsies, in *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam; Elsevier. 2012: s. 113-33.
107. Gaillard WD, Chiron C, Cross JH, Harvey AS, Kuzniecky R, Hertz-Pannier L, Vezina LG; ILAE, Committee for Neuroimaging, Subcommittee for Pediatric. Guidelines for imaging infants and children with recent onset epilepsy. *Epilepsia* 2009; 50 (9): 2147–2153.
108. Yamanouchi, H., Imataka, G., Nakagawa, E., Nitta, A., Suzuki, N., et al. (2005). An analysis of epilepsy with chromosomal abnormalities. *Brain and Development*, 27, 370–377.
109. Poduri A, Lowenstein D. Epilepsy genetics–past, present, future. *Curr Opin Genet Dev* 21: 325–332, 2011.
110. Lancaster E and Dalmau J. Neuronal autoantigens-pathogenesis, associated disorders and antibody testing. *Nat Rev Neurol* 2012; 8 (7): 380–390.
111. Infections, inflammation and epilepsy. *Acta Neuropathol* 2016; 131 (2): 211-234.
112. Scheffer IE, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 2017. 58(4): p. 512-521.
113. Shorvon SD. The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia*, 2011. 52(6): p. 1052-7.
114. Moshé SL, Perucca E, Ryvlin P, Tomson T. Epilepsy: new advances. *Lancet* 2015; 385: 884–98.
115. Malmgren K, Reuber M, Appleton R: *Differential Diagnosis of Epilepsy*. in *Oxford Textbook of Epilepsy and Epileptic Seizures* 2012. pp. 81-94.

116. Chadwick D, Smith D. The misdiagnosis of epilepsy. *Br Med J* 2002;324:495-6. [46] Thomas P, Valton L, Genton P. Absence and myoclonic status epilepticus precipitated by antiepileptic drugs in idiopathic generalized epilepsy. *Brain* 2006;129: 1281-92
117. Trishit Roy, Alak Pandit Department of Neurology, Bangur Institute of Neuroscience and Psychiatry, Neuroimaging in epilepsy, 52/1A, S.N. Pandit Street, Kolkata, India. *Ann Indian Acad Neurol* 2011;14:78-80.
118. Feyissa, A. M., & Tatum, W. O. (2019). Adult EEG. *Handbook of clinical neurology*, 160, 103-124.
119. Shih JJ, Fountain NB, Herman ST, ve ark. Indications and methodology for video-electroencephalographic studies in the epilepsy monitoring unit. *Epilepsia* 2018;59(1):27-36.
120. Gilroy J., (2000). Epilepsy in Basic Neurology. Third Edition, Mc Graw-Hill Companies,85-121.
121. Rosenow, F., Klein, K. M., & Hamer, H. M. (2015). Non-invasive EEG evaluation in epilepsy diagnosis. *Expert review of neurotherapeutics*, 15(4), 425-444.
122. Saygı S., Epilepsi Cerrahisi Öncesi İnvaziv Olmayan İncelemeler ve Karar Verme Süreçleri, Epilepsi. İ Bora, C Gürses, Yeni SN, Editörler. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2008. 677-686.
123. Rüber, T., David, B., & Elger, C. E. (2018). MRI in epilepsy: clinical standard and evolution. *Current opinion in neurology*, 31(2), 223-231
124. Bernasconi A, Cendes F, Theodore WH, Gill RS, Koepp MJ, Hogan RE, Jackson GD, et al. Recommendations for the use of structural magnetic resonance imaging in the care of patients with epilepsy: A consensus report from the International League Against Epilepsy Neuroimaging Task Force. *Epilepsia* 2019 Jun;60(6):1054-1068.
125. Yousem DM, Grossman RI. *Neuroradiology: The Requisites*. 3rd ed. Philadelphia, Mosby, 2010; 1-21.
126. Hakami, T., McIntosh, A., Todaro, M., Lui, E., Yerra, R., Tan, K. M., ... & O'Brien, T. J. (2013). MRI-identified pathology in adults with new-onset seizures. *Neurology*, 81(10), 920-927.

127. Hesdorffer DC, Benn EK, Cascino GD, Hauser WA. Is a first acute symptomatic seizure epilepsy? Mortality and risk for recurrent seizure. *Epilepsia* 2009;50(5):1102-1108.
128. Olgar T, Tanısal Radyoloji Fiziği. İçinde: Sancak İT (editör). Temel Radyoloji. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2015: 1-35.
129. Meinardi H, Scott RA, Reis R, et al. The treatment gap in epilepsy: the current situation and ways forward. *Epilepsia* 2001; **42**: 136-49.
130. Berg AT, Shinnar S. The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure: a quantitative review. *Neurology* 1991; 41: 965-72.
131. Miller LC, Drislane FW. Treatment Strategies after a single seizure. *CNS Drugs* 2007; 21(2): 89-99.
132. Yeni S.N. Epilepsi. Bora İ, Yeni S.N, Gürses C. 1. basım, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008;609-11.
133. Rowland L., Pedley T., Merritt's Neurology, 12.baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul 2012;927-947
134. Perucca, E., & Tomson, T. (2011). The pharmacological treatment of epilepsy in adults. *The lancet neurology*, 10(5), 446-456
135. Rogawski MA. Principles of antiepileptic drug action. In R. H. Levy, R. H.Mattson, B. S. Meldrum, & E.Perucca (Eds.) *Antiepileptic Drugs* (5th ed.). Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins 2002:1-22.
136. Trevathan E, Gilliam F. Lost years delayed referral for surgically treatable epilepsy. *Neurology* 2003; 61(4): 432-433.
137. R.H., L.R.H.M., *Principles of antiepileptic drug action*, in *Antiepileptic Drugs*, M.B.S.P. E, Editor. 2002, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia. p. 1-22.
138. Ünüvar E, Kutlu T. Epilepsi ve epileptik sendromlar, *Pediatrinin Esasları*; 1. baskı. İstanbul Tıp Kitabevleri; İstanbul. 2017: s. 967-73.
139. Bora İ, Gürses C ve Yeni S. Epilepside Medikal Tedavi, *Epilepsi; Genişletilmiş ikinci baskı*. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevi. 2018: s. 639-716.

140. Kwan P, Brodie MJ. Refractory epilepsy: a progressive, intractable but preventable condition? *Seizure* 2002; 11(2): 77-84.
141. Gaitatzis A, Sisodiya SM, Sander JW. The somatic comorbidity of epilepsy: a weighty but often unrecognized burden. *Epilepsia* 2012; **53**: 1282-93.
142. 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: 35-41.
143. Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurol* 2012; 72: 184-91.
144. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A metaanalysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.
145. Sperli F, Rentsch D, Despland PA, Foletti G, Jallon P, Picard F, et al. Psychiatric comorbidity in patients evaluated for chronic epilepsy: a differential role of the right hemisphere? *Eur Neurol* 2009;61:350-7.)
146. SwinkelsWA, van Emde BoasW, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE. *Epilepsia* 2006;47:2092-103.
147. Lewis, A. Melancholia: a historical review. *J Mental Sci* 1934;80:1-42.
148. Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: how closely related are they? *Neurology* 2002;58(8 suppl 5):S27-39.
149. Butler, Tracy, et al. "Epilepsy, depression, and growth hormone." *Epilepsy & Behavior* 94 (2019): 297-300.
150. Schmitz, Bettina. "Depression and mania in patients with epilepsy." *Epilepsia* 46 (2005): 45-49.
151. Paradiso S, Hermann BP, Blumer D, et al. Impact of depressed mood on neuropsychological status in temporal lobe epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70: 180-5.

152. Gilliam FG, Santos J, Vahle V, et al. Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction?[Review]. *Epilepsia* 2004;45(suppl 2):28–33.
153. A.M. Kanner Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment *Biol Psychiatry*, 54 (3) (2003), pp. 388-398
154. E.B. Bromfield, L. Altshuler, D.B. Leiderman, M. Balish, T.A. Ketter, O. Devinsky, *et al.* Cerebral metabolism and depression in patients with complex partial seizures *Arch Neurol*, 49 (6) (1992), pp. 617-623
155. A.M. Kanner, J.J. Barry Is the psychopathology of epilepsy different from that of nonepileptic patients? *Epilepsy Behav*, 2 (3) (2001), pp. 170-186
156. A. Quiske, C. Helmstaedter, S. Lux, C.E. Elger Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis *Epilepsy Res*, 39 (2) (2000), pp. 121-125
157. H. Ring, P.D. Acton, D. Scull, D.C. Costa, S. Gacinovik, M.R. Trimble Patterns of brain activity in patients with epilepsy and depression *Seizure*, 8 (7) (1999), pp. 390-397
158. Hesdorffer DC, Hauser WA, Annegers JF, et al. Major depression is a risk factor for seizures in older adults. *Ann Neurol* 2000;47: 246–9.
159. Nilsson FM, Kessing LV, Bolwig TG. On the increased risk of developing late-onset epilepsy for patients with major affective disorder. *J Affect Disord* 2003;76: 39–48.
160. Hesdorffer DC, Isson P, Hauser WA, et al. Depression is a risk factor for epilepsy in children [Abstract]. *Epilepsia* 1998;39: 222A.
161. Kwon, Oh-Young, and Sung-Pa Park. "Depression and anxiety in people with epilepsy." *Journal of clinical neurology* 10.3 (2014): 175-188.
162. Fiest KM, Dykeman J, Patten SB, Wiebe S, Kaplan GG, Maxwell CJ, et al. Depression in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2013; 80:590–599.
163. Loring DW, Meador KJ, Lee GP. Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004;5:976–980.

164. Leaffer EB, Jacoby A, Benn E, Hauser WA, Shih T, Dayan P, et al. Associates of stigma in an incident epilepsy population from northern Manhattan, New York City. *Epilepsy Behav.* 2011; 21:60–64.
165. Carreño M, Donaire A, Falip M, Maestro I, Fernández S, Nagel AG, et al. Validation of the Spanish version of the Liverpool Adverse Events Profile in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2009; 15:154–159.
166. Park JM, Seo JG, Park SP. Validity and reliability of the Korean version of the Liverpool Adverse Events Profile (K-LAEP) in people with epilepsy. *J Korean Epilepsy Soc.* 2012; 16:43–48
167. Kanner AM. The treatment of depressive disorders in epilepsy: what all neurologists should know. *Epilepsia.* 2013; 54:Suppl 1. 3–12.
168. Kerr MP, Mensah S, Besag F, de Toffol B, Ettinger A, Kanemoto K, et al. International consensus clinical practice statements for the treatment of neuropsychiatric conditions associated with epilepsy *Epilepsia.* 2011; 52:2133–2138.
169. Wagner, J. L., Smith, G., Ferguson, P., van Bakergem, K. & Hrisko, S. Pilot study of an integrated cognitive-behavioral and self-management intervention for youth with epilepsy and caregivers: Coping Openly and Personally with Epilepsy (COPE). *Epilepsy Behav.* 18, 280–285 (2010).
170. Ciechanowski, P. *et al.* PEARLS depression treatment for individuals with epilepsy: a randomized controlled trial. *Epilepsy Behav.* 19, 225–231 (2010).
171. Thompson, N. J. *et al.* Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project UPLIFT. *Epilepsy Behav.* 19, 247–254 (2010).
172. Lundgren, T., Dahl, J. & Hayes, S. C. Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *J. Behav. Med.* 31, 225–235 (2008).
173. Lu, Elaine, et al. "Systematic literature review of psychiatric comorbidities in adults with epilepsy." *Journal of Clinical Neurology (Seoul, Korea)* 17.2 (2021): 176.

174. C. Brandt, M. Schoendienst, M. Trentowska, T.W. May, B. Pohlmann-Eden, B. Tuschen-Caffier, *et al.* Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy—a prospective clinic based survey *Epilepsy Behav*, 17 (2010), pp. 259-263
175. Mula M. Treatment of anxiety disorders in epilepsy: an evidence-based approach. *Epilepsia* 2013;54(Suppl. 1):13–8.
176. Pizzol AD, Martin KC, Mattiello CM, de Souza AC, Torres CM, Bragatti JA, *et al.* Impact of the chronic use of benzodiazepines prescribed for seizure control on the anxiety levels of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2012;23:373–6.
177. Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:263–72.
178. Macrodimitris S, Wershler J, Hatfield M, Hamilton K, Backs-Dermott B, Mothersill K, *et al.* Group cognitive-behavioral therapy for patients with epilepsy and comorbid depression and anxiety. *Epilepsy Behav* 2011;20:83–8.
179. E. Kraepelin, *Dementia praecox, Dementia praecox and Praphrenia* E.&S. Livingstone, Edinburgh (1919) pp. 181-184
180. M. Matsuura, N. Adachi, Y. Oana, Y. Okubo, M. Kato, T. Nakano, N. Takei A polydiagnostic and dimensional comparison of epileptic psychoses and schizophrenia spectrum disorders *Schizophr. Res.*, 69 (2004), pp. 189-201
181. Clarke MC, Tanskanen A, Huttunen MO, Clancy M, Cotter DR, Cannon M. Evidence for shared susceptibility to epilepsy and psychosis: a population-based family study. *Biol Psychiatry* 2012;71:836-839
182. Maguire, Melissa, Jasvinder Singh, and Anthony Marson. "Epilepsy and psychosis: a practical approach." *Practical neurology* 18.2 (2018): 106-114.
183. Cascella, Nicola G., David J. Schretlen, and Akira Sawa. "Schizophrenia and epilepsy: is there a shared susceptibility?." *Neuroscience research* 63.4 (2009): 227-235.

184. Qin, Ping, et al. "Risk for schizophrenia and schizophrenia-like psychosis among patients with epilepsy: population based cohort study." *Bmj* 331.7507 (2005): 23.
185. Mula, M. et al. On the prevalence of bipolar disorder in epilepsy. *Epilepsy Behav.* **13**, 658–661 (2008).
186. H.S. Akiskal, M.L. Bourgeois, J. Angst, R. Post, H. Moller, R. Hirschfeld Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders *J Affect Disord*, 59 (Suppl. 1) (2000), pp. S5-S30
187. F. Monaco, A. Cavanna, E. Magli, et al. Obsessionality, obsessive-compulsive disorder, and temporal lobe epilepsy *Epilepsy Behav*, 7 (2005), pp. 491-496
188. K.L. Isaacs, J.W. Philbeck, W.B. Barr, O. Devinsky, K. Alper Obsessive-compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy *Epilepsy Behav*, 5 (2004), pp. 569-574
189. W.A.M. Swinkels, J. Kuyk, R. Van Dyck, P.H. Spinhoven Psychiatric comorbidity in epilepsy *Epilepsy Behav*, 7 (2005), pp. 37-50
190. Ertekin BA, Kulaksizoglu IB, Ertekin E, Gurses C, Bebek N, Gökyiğit A, et al. A comparative study of obsessive-compulsive disorder and other psychiatric comorbidities in patients with temporal lobe epilepsy and idiopathic generalized epilepsy. *Epilepsy Behav* 2009;14: 634-639.
191. Reilly, Colin J. "Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood epilepsy." *Research in developmental disabilities* 32.3 (2011): 883-893.
192. Dunn, David W., et al. "ADHD and epilepsy in childhood." *Developmental medicine and child neurology* 45.1 (2003): 50-54.
193. Ekinci, Ozalp, et al. "Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in epilepsy and primary ADHD: differences in symptom dimensions and quality of life." *Journal of child neurology* 32.14 (2017): 1083-1091.

194. Verrotti, Alberto, et al. "The challenge of pharmacotherapy in children and adolescents with epilepsy-ADHD comorbidity." *Clinical Drug Investigation* 38.1 (2018): 1-8.
195. McCagh J, Fisk JE, Baker GA. Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. *Epilepsy Res* 2009;86:1-14.
196. Choi EJ, Lee SA, Jo KD, Yim SB, No YJ, Kwon JH, et al. Factors contributing to concerns of persons with epilepsy. *Seizure* 2011;20:14-7
197. Baker GA. People with epilepsy: what do they know and understand and how does this contribute to their perceived level of stigma? *Epilepsy Behav* 2002;3:26-32.
198. Baker GA, Brooks J, Buck D, Jacoby A. The stigma of epilepsy: a European example. *Epilepsia* 1999;41(1):98-104.
199. Buck D, Jacoby A, Baker GA, Chadwick DW. Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes. *Seizure* 1997; 6: 87-93.
200. Ellis N, Upton D, Thompson P. Epilepsy and the family: a review of current literature. *Seizure* 2000;9:22-30.
201. Mula M, Sander JW. Psychosocial aspects of epilepsy: a wider approach. *BJPsych Open*. 2016;2:270-4.
202. Aydemir N, Özkara Ç, Ünsal P, Canbeyli R. A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure* 2011;20:679-85.
203. Geerlings RPJ, Gottmer-Welschen LMC, Machielse JEM, de Louv AJA. Failed transition to independence in young adults with epilepsy: the role of loneliness. *Seizure* 2019;69:207-12.
204. Koponen A, Seppala U, Eriksson K, et al. Social functioning and psychological well-being of 347 young adults with epilepsy only—population-based, controlled study from Finland. *Epilepsia* 2007; 48: 907-12.

205. Jacoby A, Wang W, DangVu T, Snape D, Aydemir N, Parr J, et al. Meanings of epilepsy in its socio-cultural context and implications for stigma: findings from ethnographic studies in local communities in China and Vietnam. *Epilepsy Behav* 2008;12:286–97.
206. Reis R. Epilepsy and self-identity among the Dutch. *Med Anthropol* 2001;19:355–82. <https://doi.org/10.1080/01459740.2001.9966182>.
207. Wo, M.C., Lim, K.S., Choo, W.Y., Tan, C.T., 2016. Factors affecting the employability in people with epilepsy. *Epilepsy Res.* 128, 6–11. 200:
208. Dogan Ak P, Atakli D, Yuksel B, Tekin Guveli B, Sari H. Stigmatization and social impacts of epilepsy in Turkey. *Epilepsy Behav* 2015;50:50–4.
209. Diriöz, M., *Ayrılma anksiyetesi için yapılandırılmış Klinik Görüşme, Çocukluk ve Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Ölçekleri'nin geçerlik ve güvenirliği*. 2010, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
210. Silove D, Manicavasagar V, O'connell D, Blaszczyński A, Wagner R, Henry J. The development of the separation anxiety symptom inventory (SASI). *Australas Psychiatry*. 1993;27(3):477–88.
211. Manicavasagar, V., et al., *A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood*. *Comprehensive Psychiatry*, 2003. **44**(2): p. 146-153.
212. B. Kaya, G. Yildiz, Developing scales to measure felt-stigma, concerns, overprotection and disclosure for Turkish individuals with epilepsy. 18th National Psychology Students Congress, Izmir University of Economics, Izmir, Turkey (2013)
213. Mollaoglu M, Durna Z, Bolayir E. Validity and reliability of the quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31) for Turkey. *Arch Neuropsychiatr* 2015;52:289–95.
214. Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck depression inventories IA and –II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67 (3), 588–597
215. Hisli N, Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği *Psikoloji Dergisi*, 1989;7:3-13

216. Lehrner J, Kalchmayr R, Serles W, et al. Health-related quality of life (HRQOL), activity of daily living (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. *Seizure* 1999;8:88–92.
217. 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;50:1059-1066.
218. Tedrus GM, Fonseca LC, Carvalho RM. Epilepsy and quality of life: socio-demo-graphic and clinical aspects, and psychiatric co-morbidity. *Arq Neuro Psiquiatr* 2013;71:385–91. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20130044>. C.J. Baranowski *Seizure: European Journal of Epilepsy* 60 (2018) 190–197 196
219. Yogarajah M, Mula M. Social cognition, psychiatric comorbidities and quality of life in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2019;100:106321.
220. Taylor RS, Sander JW, Taylor RJ, baker GA. Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: a systematic review. *Epilepsia* 2011;52:2168–80.
221. Peterson, CL, Walker, C, Shears, G. The social context of anxiety and depression: exploring the role of anxiety and depression in the lives of Australian adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2014; 34: 29–33.

Ekler

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

“Epilepsi hastalarında ayrılma anksiyetesi bozukluğunun sıklığı ile algılanan aşırı koruyuculuk ve yaşam kalitesinin ilişkisi”

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu’nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Epilepsi hastalarında eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sık görüldüğü ve hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Ayrılma anksiyetesi kişinin bağlanma figüründen ayrılması ya da ayrılma beklentisi ortaya çıktığında ortaya çıkan endişe durumudur. Biz bu çalışmamızda epilepsi hastalarında ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile bunun algılanan aşırı koruyuculuk ve yaşam kalitesiyle ilişkisini incelemeyi amaçlıyoruz.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmaya katılmanız durumunda, doktorunuz tarafından size sosyodemografik bilgilerinizle ilgili bazı sorular sorulacak, hastalığınızla ilgili faktörleri ölçmek için bir takım ölçekleri doldurmanız istenecektir. Bu ölçekleri doldurmanız tahmini olarak 30 dakikanızı alacaktır.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacak veya bunun için yönlendirileceksiniz.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

ADI : Harun Yetkin

GÖREVİ : Ar. Gör. Dr.

TELEFON : (0212) 606 52 00 (Dahili: 300702) 0554 797 78 09 (Cep)

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz

Kaynaklar

kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:

Araştırmacı Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

Tarih ve İmza:

Telefon:

Telefon:



Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

AD SOYAD:

Tarih:

YAŞ:

Telefon numarası:

CİNSİYET:

1.Kadın () 2.Erkek ()

MEDENİ DURUM:

1.Bekar() 2.Evli() 3.Boşanmış() 4.Dul()

EĞİTİM DURUMU

1.Okur yazar () 2.İlköğretim mezunu()

3.Lise mezunu () 4.Üniversite ve üzeri()

KİMLERLE YAŞADIĞI:

1.Yalnız () 2.Ebeveynler ()

3.Eş ve çocuklar () 4.Diğer ()

KARDEŞ SAYISI:

ÇALIŞMA DURUMU:

1.Çalışıyor () 2.Çalışmıyor () 3.Emekli ()

MESLEK: 1.İşçi () 2.Memur ()

3. Diğer (belirtiniz)...

EK TIBBİ HASTALIKLAR:

1.Yok ()

2.Var (). Var ise belirtiniz:.....

Psikiyatrik tedavi alıyor mu?

1. Evet () 2. Hayır ()

Evet ise;

Başvuru şikayeti:

Kullanılan ilacın adı ve dozu:

Kullanma süresi:

Daha önce psikiyatrik tedavi aldı mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

Evet ise;

O zamanki başvuru şikayeti:

İlk tedaviye başladığı tarih:

Kullandığı ilaçlar:

Klinik görüşmede;

Duygudurum Bozuklukları:

Anksiyete Bozuklukları:

Psikotik Bozukluklar:

Obsesif Kompulsif Bozukluklar:

Nörogelişimsel Bozukluklar:

Ek 3. Ayrılma Anksiyetesi İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

AYRILIK ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME ÇOCUKLUK AYRILMA ANKSİYETESİ

Yönerge: Çocukken yaşamış olabileceğiniz duygular hakkındaki sorularla başlamak isterim. Çocukken, annenizden ya da evden uzaklaşmak zorunda kaldığınızda kendinizi nasıl hissederdiniz? **Not;** *Eğer katılımcı annesi dışında birinden bakım aldıysa ve kendine en yakın hissettiyse, bu soruda ve aşağıdaki diğer sorularda annenin yerine o kişiyi koyunuz.*

Başlık DSM-IV ölçütlerine uygun araştırma soruları

A.1. Hiç annenizden ayrıldığınızda kendinizi çok üzgün ya da altüst olmuş hissettiniz mi? Örneğin; anneniz gittiğinde ya da bir seyahate çıktığında ağladınız mı, ona kalması için yalvardınız mı, öfkeleniniz mi, onu durdurmaya ya da arkasından gitmeye çalıştınız mı? Evden ya da annenizden uzaktayken kendinizi çok üzgün ya da altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Erkenden eve dönmek istediniz mi? Annenizi sık sık aradınız mı? / telefon ettiniz mi?

Ölçüt: Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.

A.2. Hiç annenize kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişendiniz mi (Örneğin, eğer hasta olursa diye çok endişendiniz mi veya bir kazada yaralanabilir ya da daha başka kötü bir şey olabilir diye endişendiniz mi)? Hiç annenizin gidip, bir daha hiç geri gelmeyeceğinden endişendiniz mi? Hiç annenizin öleceğinden endişendiniz mi?

Ölçüt: Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.

A.3. Hiç, başınıza, sizi annenizden ayırabilecek kötü bir şey gelmesinden endişelendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, bir kaza geçirmek ve hatta öldürülmek gibi)?

Ölçüt: Olumsuz bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya neden olacağına dair duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.

A.4. Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için, okula gitmekte sorun yaşadınız mı? Hiç evde kalarak annenizle olabilmek için okula gitmeyi reddettiniz mi? Hiç, ebeveynleriniz sizi okula gitmeniz için zorladılar mı? Okula gittiğinizde evden birinin de sizin yanınızda kalması gerekti mi?

Ölçüt: Ayrılma korkusu yüzünden okula ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.

A.5. Sizin için, yalnız kalmak, hatta bir odada tek başına kalmak bile çok zor muydu? Hiç, yalnız kalmamak için annenizin ya da evdeki diğer kişilerin peşinden gittiniz mi? Hiç, anneniz sizin çok “yapışkan” olduğunuzdan şikâyet etti mi?

Ölçüt: Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığına evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığına diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.

A.6. Hiç, anneniz yakınıınızda olmaksızın uyumaya gitmek konusunda istekli olmadığınızı ya da sizin evden uzaklarda uyumak istemediğinizi hissettiniz mi? Hiç, gecenin yarısında uyanıp annenizin yanında uyumaya gittiğiniz ya da onun iyi olup olmadığını denetlediğiniz oldu mu?

Ölçüt: Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.

A.7. Hiç, sizi ailenizden ya da annenizden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)?

Ölçüt: Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.

A.8. Okula gitmek zorunda kaldığınızda, hiç kendinizi fiziksel olarak hasta hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının olması) Eğer evde kalsaydınız kendinizi daha iyi hisseder miydiniz? Farklı bir nedenden dolayı evinizden ya da annenizden uzak kaldığınızda fiziksel olarak hastalanır mıydınız? Evde kendinizi daha iyi hisseder miydiniz?

Ölçüt: Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.

AYRILIK ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ

Yönerge: Şimdi, size bir yetişkin olarak, sevdiğiniz birinden ayrılmayla ve genelde de yalnız olmayla ilişkili olan duygularınızı sormak istiyorum.

Başlık DSM-IV ölçütlerine uygun araştırma soruları

B.1. Hiç, bir aile üyenize, eşinize ya da bir başka kişiye, fazlaca bağımlı olduğunuzu hissettiniz mi ya da onları kaybetmekten korktuğunuz için onlara yapıştınız mı? Hiç, bu kişiden ya da evden uzak kalmak zorunda olduğunuzda kendinizi çok altüst olmuş ya da üzgün hissettiniz mi? Örneğin; ağladınız mı, evde kalması için ona yalvardınız mı? Öfkelendiniz ya da kıskançlaştınız mı? Gitmesin diye onu durdurmayı ya da ardından gitmeyi denediniz mi? Evden ya da bu kişiden uzak kaldığınızda, hiç kendinizi çok üzgün veya altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Eve erkenden gelmek istediniz mi? Bir bağlantınız olsun diye bu kişiyi sık sık arar mıydınız? /telefon eder miydiniz?

Ölçüt: Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrıldığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.

B.2. Hiç, bu kişiye kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişe duydunuz mu? Örneğin; onunla tartışsaydınız, o kişi hastalansaydı, bir kazada ya da bir başka şekilde yaralansa ya da incinseydi çok fazla endişelenir miydiniz? Hiç, onun sizi terk edebileceğinden ya da ölebileceğinden dolayı çok fazla endişelendiniz mi?

Ölçüt: Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.

B.3. Hiç sizin başınıza, sizi bu kişiden ayıracak, kötü bir şey geleceğinden endişendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, kaza geçirmek ya da öldürülmek gibi)?

Ölçüt: Tatsız bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya sebep olacağına dair duyulan ısrarlı ya da yineleyici endişe.

B.4. Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için dışarıya çıkmakla ilgili güçlük yaşadınız mı? Hiç evde kalabilmek için dışarı

çıkmadığınız oldu mu? Ev dışı işlerinizi yapması için başka birine ihtiyaç duydunuz mu? Dışarı çıktığınızda yanınızda birinin olması gerekli midir?

Ölçüt: Ayrılma korkusu yüzünden dışarı çıkmaya ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.

B.5. Sizin için yalnız kalmak, hatta bir odada tek başınıza kalmak bile çok zor mudur? Yalnız kalmamak için, hiç etraftaki birilerinin peşine takıldığınız oldu mu? Hiç, birileri çok “yapışkan”, “bağımlı” olduğunuzdan ya da sizin onu “boğduğunuzdan” şikâyet etti mi?

Ölçüt: Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığında evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığında diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.

B.6. Hiç, sevdiğiniz birileri yanınızda değilken ya da siz evinizden uzaklardayken yatıp uyumak istemediğinizi hissettiğiniz oldu mu? Hiç, gecenin yarısında uyanıp onun iyi olup olmadığını kontrol ettiğiniz oldu mu?

Ölçüt: Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.

B.7. Hiç, sizi ailenizden ya da diğer önemli kişilerden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)?

Ölçüt: Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.

B.8. Hiç, dışarı çıkmak zorunda kaldığınızda, fiziksel olarak hasta olduğunuzu hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının ya da diğer fiziksel belirtiler olması) Eğer evde kalsaydınız, kendinizi daha iyi hisseder miydiniz?

Ölçüt: Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.

Ek 4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ

Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşıyıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz.

Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1- Size yakın olan kişilerle birlikte evinizdeyken kendinizi daha güvende hissettiniz mi?				
2- Evinizden saatlerce uzak kalmakta zorluk çektiniz mi?				
3- Çantanızda veya cüzdanınızda size güven ya da huzur veren bir şeyler taşıyor musunuz?				
4- Uzun bir yolculuğa çıkmak üzere evden ayrılmazdan önce aşırı stres yaşadınız mı?				
5- Size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili kabuslar ya da rüyalar gördüğünüz oldu mu?				
6- Bir yolculuğa çıkmanızdan önce size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili aşırı stres yaşadınız mı?				
7- Günlük işleriniz aksadığında çok huzursuz olur musunuz?				
8- Size en yakın kişilerle olan ilişkilerinizin yoğunluğu konusunda endişelendiniz mi? Örneğin çok aşırı bağlı olmanızdan dolayı.				
9- İşiniz veya diğer düzenli ev dışı uğraşlarınız için evinizden ayrılmadan önce baş ağrısı, mide ağrısı ya da bulantı gibi (veya başka) belirtiler oldu mu?				
10- İnsanları yakınızdaki tutmak için çok fazla konuştuğunuzu fark ettiğiniz oldu mu?				
11- Size yakın kişilerden ayrıldığınızda (örneğin işe gitmek ya da evden dışarıya çıkmak için), özellikle onların nerede oldukları konusunda endişelendiniz mi?				
12- Gece tek başınıza uyumakta güçlük çeker misiniz? Örneğin bir yakınızdaki evdeyse daha iyi uyur musunuz?				
13- Size yakın olan kişilerin seslerini işitebiliyor ya da televizyonun veya radyonun sesini duyuyorsanız daha kolay uyuduğunuzu fark ettiniz mi?				
14- Size yakın olan kişilerden uzak kaldığınızı düşündüğünüzde çok sıkıntı yaşadınız mı?				

	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
15- Evinizden uzakta olmayla ilgili kâbuslar ya da rüyalar gördünüz mü?				
16- Yakınlarınızın ciddi bir zarar görebileceği hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, bir trafik kazası geçirmeleri veya ölümcül bir hastalığa yakalanmaları gibi.				
17- Günlük olağan işlerinizi yaparken, size yakın olan kişilerle bağlantı kurmanızı engelleyecek değişimlerin olması sizi çok huzursuz eder mi?				
18- Önemseydiğiniz insanların sizi terk edeceği konusunda çok fazla endişelenir misiniz?				
19- Hiç, evde ya da yatak odasında ışıklar açıkken daha iyi uyuduğunuzu fark ettiğiniz mi?				
20- Özellikle size yakın kişiler evde değilse, evde tek başınıza kalmaktan kaçınmaya çalışır mısınız?				
21- Size yakın olanlardan ayrıldığınızı ya da onların sizi terk ettiğini düşündüğünüzde, aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin, aniden titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
22- Size yakın olan kişilerle düzenli olarak (örneğin her gün) telefon görüşmeleri yapmadığınızda sıkıntı yaşadığınızı fark ettiniz mi?				
23- Önemseydiğiniz birisi sizi terk ettiğinde, bu durumla başa çıkamayacağınızdan ya da onsuz yapamayacağınızdan korktunuz mu?				
24- Size yakın olan kişilerden ayrıldığınızda aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin ani titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
25-Sizi, yakın olduğunuz birilerinden ayırabilecek muhtemel olaylarla hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, işle ilgili gereklilikler gibi.				
26- Hiç, size yakın olan kişiler “çok fazla konuştuğunuzu” söylediler mi?				
27- Bazı insanlarla olan ilişkilerinizin, onlar için sorunlar oluşturacak kadar yakın olduğu konusunda endişelenir misiniz?				

Ek 5. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri

**AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ
ENVANTERİ**

Ad-Soyad:

Tarih:

No:

Aşağıdaki cümleler çocukluğunuzda (18 yaş altında) yaşayabileceğiniz bazı korkulara ilişkindir; lütfen hatırlamaya çalışarak, “tüm soruları” yanıtlayınız.

Ben 18 yaşından küçükken...

	Çok Sık Hissettim	Sıklıkla Hissettim	Nadiren Hissettim	Hiç Hissetmedim
1- Okula gitmek istemezdim.				
2- Evde olmadığım zaman ebeveynlerimden birinin başına kötü bir şey gelebileceğinden korkardım.				
3- Evde tek başıma bırakılmak istemezdim.				
4- Okula gitmeden önce baş ağrısı, bulantı, mide ağrısı gibi bedensel şikayetlerim olurdu.				
5- Onların yanında olmadığımda, ailemden birilerinin başına kaza gelebileceğine dair korkularım vardı.				
6- Yabancı yerlerde bulunduğumda, kaybolmaktan korkardım.				
7- Gece yalnız kaldığımda, canavarların ya da hayvanların bana saldırabileceğini hayal ederdim.				
8- Tek başımayken, tanımadığım kimselerden çok korkardım.				

Kaynaklar

9- Kendimin ya da ailemin şiddete maruz kaldığı şeklinde kâbuslar görürdüm.				
10-Ailemden ayrılmışsam çok mutsuz olurdum.				
11- Yalnız olduğumda, kaçırılacağımdan ya da zarar göreceğimden korkardım.				
12- Evden uzaktayken, ailemle birlikte olduğumu hayal ederdim.				
13- Yalnız başıma uyumaktan korkardım.				
14- Okula gitmeden önce çok gergin olurdum.				
15- Karanlıktan korkardım.				

Ek 6. Algılanan Aşırı Koruyuculuk Ölçeği

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	
1. Ailemin epilepsimden dolayı bana karşı aşırı koruyucu davrandığını düşünüyorum.						c1
2. Ailem, yanımda aile bireyi veya bir arkadaşım olmadan dışarıya çıkmama (sinema, gezmeye gitme v.b) izin vermekten kaçınır.						c2
3. Hastalığımın dolayı ailemin bana daha hoşgörülü davrandığını düşünüyorum						c3
4. Ailemin epilepsim yüzünden bana yapabileceğimden daha az sorumluluk verdiğini düşünüyorum.						c4
5. Eğer epilepsim olmasaydı, ailemin benden daha fazla beklentisi olacağını düşünüyorum.						c5
6. Ailemin bana gösterdiği aşırı ilginin, epilepsiden kaynaklandığını düşünüyorum.						c6
7. Ailemin bana gösterdiği aşırı ilginin, epilepsiden kaynaklandığını düşünüyorum.						c7
8. Ailem epilepsimden dolayı ev işlerinde bana daha az sorumluluk verdiğine inanıyorum.						c8
9. Epilepsimden dolayı ailemin bana daha fazla ilgi gösterdiğini düşünüyorum.						c9
10. Ailemin epilepsim yüzünden çok kollayıcı olduğunu düşünüyorum.						c10

Ek 7. Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

EPİLEPSİDE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (QOLIE-31)

1-Yaşamınızda sizi etkileyen her şeyi düşündüğünüzde genelde yaşam kalitenize kaç puan verirsiniz. Lütfen bir sayı işaretleyiniz.

En iyi ☺ ☺ ☺ ☹ ☹ ☹ En kötü
yaşam kalitesi 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 yaşam kalitesi

Aşağıdaki sorular **son bir ay boyunca** kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği ile ilgilidir.

	Her zaman	Çoğu zaman	Sık-sık	Bazen	Nariden	Hiçbir zaman
2-Kendinizi çok canlı mı (güçlü-zinde) hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
3-Çok sinirli bir insan mı oldunuz?	1	2	3	4	5	6
4-Hiç bir şeyden zevk alamayacak kadar keyifsiz mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
5-Sakin ve huzurlu mu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
6-Çok enerjik mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
7-Üzgün ve kederli mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
8-Kendinizi bitkin mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
9-Mutlu bir kişi mi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
10-Kendinizi yorgun mu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
11-"Başka bir nöbet geçiririm"diye endişelendiniz?	1	2	3	4	5	6
12- Akıl yürütmeye ve sorun çözmede zorluğunuz oldu?(İş planlama, karar verme,yeni şeyler öğrenme gibi)	1	2	3	4	5	6
13- Sağlık sorunlarınız sosyal ilişkilerinizi (arkadaşlarınızı ya da akrabalarınızı ziyaret gibi) engelledi?	1	2	3	4	5	6

14-Son bir ay içinde YAŞAM KALİTENİZ ne durumdaydı (yani;size göre herşey nasıl gitti) ? Lütfen bir sayı işaretleyiniz

Çok iyi; daha iyi olamazdı	1
Oldukça iyi	2
İyi ve kötü bölümler hemen-hemen eşit	3
Oldukça kötü	4
Çok kötü; daha kötü olamazdı	5

Aşağıdaki soru hafıza ile ilgilidir. Bir sayı işaretleyiniz

	Evet; çok fazla	Evet; biraz	Çok az	Hayır; hiç
15-Son bir ayda hafıza güçlüğü yaşadınız mı?	1	2	3	4

Son bir ay içinde yaşadığınız hatırlama zorluğu normal işinizi ya da hayatınızı ne sıklıkta etkiledi? Bir sayı işaretleyiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Sık-sık	Bazen	Nariden	Hiçbir zaman
16-İnsanlar size ne sıklıkla bir şeyler hatırlattı?	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki Sorular **dikkatinizi toplama** sorunları ile ilgilidir.**Son bir ay içinde** ne sıklıkta **dikkat dağınıklığı (konsantrasyon sorunu)** sorununu yaşadınız ya da bu sorunuz normal işinizi ya da yaşantınızı ne sıklıkta etkiledi ?.Bir sayı işaretleyiniz.

Kaynaklar

	Her zaman	Çoğu zaman	Sık-sık	Bazen	Nariden	Hiçbir zaman
17-Okuduğunuza dikkatinizi verebilme	1	2	3	4	5	6
18-Bellik bir işe dikkatinizi verebilme	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki sorular **bazı aktivitelerle** ilgili sorunlarla ilgilidir. **Son bir ay içinde** ne sıklıkta **epilepsi hastalığınız veya epilepsi için kullandığınız ilaçlar** aşağıdaki aktivitelerinizi etkiledi? Bir sayı işaretleyiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Sık-sık	Bazen	Nariden	Hiçbir zaman
19-Boş zamanlarınızı (hobi, dışarı çıkmalarınızı)	1	2	3	4	5	6
20-Araba kullanma	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki sorular **sara nöbetleri** hakkında ne hissettiğinizle ilgilidir.Bir sayı işaretleyiniz.

	Çok korkuyorum	Biraz korkuyorum	Fazla korkmuyorum	Hiç korkmuyorum
21-Gelecek ay nöbet geçirmekten ne kadar korkuyorsunuz?	1	2	3	4

	Çok endişelenirim	Bazen endişelenirim	Hiç endişelenmem
22-Nöbet sırasında kendinizi yaralayacağınızdan dolayı endişelenir misiniz?	1	2	3

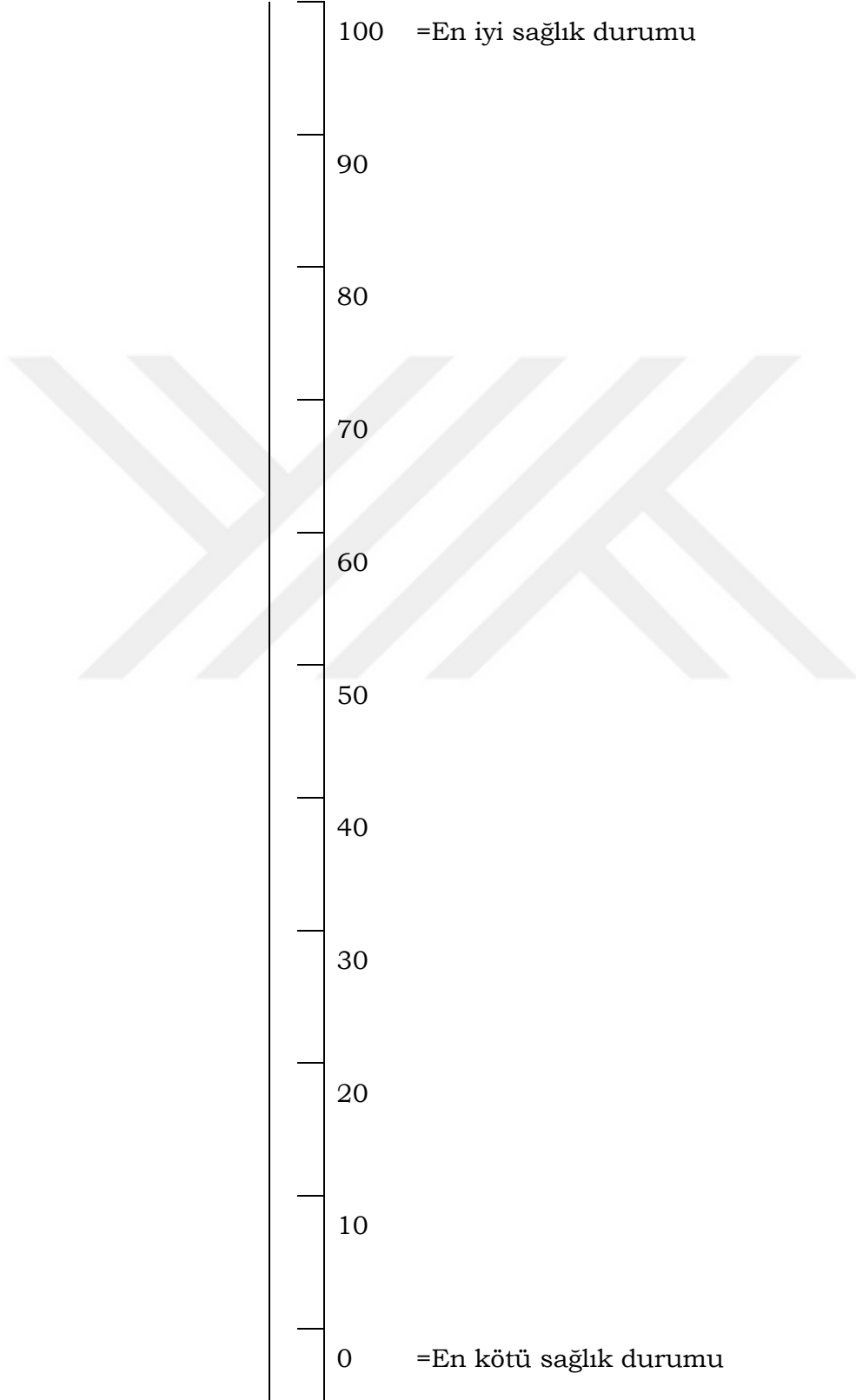
	Çok endişelenmiyorum	Biraz endişeleniyorum	Fazla endişeleniyorum	Hiç endişelenmiyorum
23-Gelecek ay nöbet geçirerek etrafa mahcup olurum ya da başka sosyal sorunlar olabilir diye endişeleniyor musunuz?	1	2	3	4
24-Şu anda kullandığınızı ilaçları uzun süre kullanmanız gerekirse size zararlı olacağı konusunda ne kadar endişelisiniz?	1	2	3	4

Aşağıdaki her bir sorunun sizin için ne kadar **rahatsız edici** olduğunu 1-5 arasında işaretleyiniz. 1: Hiç rahatsız edici değil, 5: Son derece rahatsız edici

	1.Hiç rahatsız edici değil	2	3	4	5. Son derece rahatsız edici
25-Nöbetler	1	2	3	4	5
26-Unutkanlıklar	1	2	3	4	5
27-İş yapmada sınırlılıklar	1	2	3	4	5
28-Sosyal hayattaki sınırlılıklar	1	2	3	4	5
29-Epilepsi ilaçlarının fiziksel etkileri	1	2	3	4	5
30-Epilepsi ilaçlarının zihinsel etkileri	1	2	3	4	5

31- Sağlığınızla ilgili düşünceniz (ne kadar iyi ya da ne kadar kötü) nedir? Aşağıdaki termometre skalasında düşünülebilir *en iyi sağlık durumu* **100**,en

kötü sağlık durumu ise **0** olarak verilmiştir. Lütfen termometre üzerinde bir sayı işaretleyiniz.Bu soruyu yanıtlarken sara hastalığınızı lütfen sağlığınızın bir parçası olarak değerlendiriniz.



Kaynaklar

(Varsa)Düşünceleriniz?.....
.....
.....
.....



Ek 8. Beck Depresyon Envanteri

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.

- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Atalarımın dolayısı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 24.09.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Erişkin epilepsi hastalarında ayrılma anksiyetesi bozukluğunun sıklığı ile algılanan aşırı koruyuculuk ve yaşam kalitesinin ilişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@subgoztepehastanesi.gov.tr

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doçent Doktor Aynur GÖRMEZ- Doktor Öğretim Üyesi Rümeysa Yeni ELBAY- Dr. Harun YETKİN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	☒	ÇOK MERKEZLİ	☐	
	ULUSAL	☐	ULUSLARARASI	☐	
	İlaç dışı klinik araştırma	☒			
	Retrospektif	☐			
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐			
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0465	Tarih: 24.09.2021			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

T.C.S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurulu Başkanı
Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
İmza: (Mühür) 2001/025

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

Tarih: 24.09.2021

SAYI:

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Erişkin epilepsi hastalarında ayrılma anksiyetesi bozukluğunun sıklığı ile algılanan aşırı koruyuculuk ve yaşam kalitesinin ilişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Aytekin OGUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Öröloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Haacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Böz	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi