

T.C.
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

**ERİŞKİN EPİLEPSİ HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE DİKKAT
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

NUR PINAR YÜKSEL

Danışman: Prof. Dr. Lut TAMAM(Çukurova Üniversitesi)

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK(Çukurova Üniversitesi)

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa KALE(Çağ Üniversitesi)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERSİN / OCAK 2022

T.C
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ' NE

201910109 numaralı öğrencimiz olan **Nur Pınar YÜKSEL** tarafından hazırlanan **“ERİŞKİN EPİLEPSİ HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ”** başlıklı bu tez çalışması jüri üyelerimiz tarafından **oy birliği** ile **PSİKOLOJİ** Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

(Enstitü Müdürlüğünde Asıl Sureti Islak İmzalıdır)
Üniv. Dışı – (Tez Danışmanı) – Jüri Başkanı: Prof. Dr. Lut TAMAM
(Çukurova Üniversitesi)

(Enstitü Müdürlüğünde Asıl Sureti Islak İmzalıdır)
Üniv. İçi– Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa KALE

(Enstitü Müdürlüğünde Asıl Sureti Islak İmzalıdır)
Üniv. Dışı – Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK
(Çukurova Üniversitesi)

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylarım.

(Enstitü Müdürlüğünde Asıl Sureti Islak İmzalıdır)

27/01/2022

Doç. Dr. Murat KOÇ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

NOT: Bu tezde kullanılan ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'ndaki hükümlere tabidir.

İTHAF

*Sevgili aileme ve epilepsi hastası olan tüm
bireylere...*

ETİK BEYANI

Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

27/01/2022

Nur Pınar YÜKSEL

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada bana rehber olan tez danışmanım Prof. Dr. Lut Tamam'a ve tezi yürütmemde bana yardımcı olan başta Prof. Dr. Hacer Bozdemir'e ve tüm Çukurova Üniversitesi Nöroloji polikliniği doktorlarına,

Beni araştırmacı ruhlu yetiştiren anneme, eğitim hayatım boyunca beni hep destekleyen babama ve tüm bu süreçte yanımda olan, beni her konuda destekleyen ve motive eden eşim Onuralp Fikret Yüksel'e sonsuz teşekkürler...



ÖZ**ERİŞKİN EPİLEPSİ HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ****Nur Pınar YÜKSEL****Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Ana Bilim Dalı****Tez Danışmanı: Prof. Dr. Lut TAMAM****Ocak 2022 , 61 sayfa**

Epilepsi görülme oranı çocuk ve ergenlerde yüksek olmakla birlikte erişkinlerde de yaygınlığı artmakta olan bir nörolojik bozukluktur. Psikiyatrik bozukluklarla ve çocukluk-ergenlik dönemlerinde DEHB ile birlikte oldukça sık görülmektedir. DEHB yaşam boyu yükü ve anti epileptik ilaçların bilişsel yan etkileri erişkin epilepsi hastalarında DEHB görülebileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada Erişkin Epilepsi Polikliniği hastalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeylerinin ve dikkat eksikliği hiperaktivite düzeyleri ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı Erişkin Epilepsi Polikliniği'nde ayaktan takip edilen epilepsi hastaları ile yürütülen kesitsel bir çalışmadır. Araştırma örneklemini 68 epilepsi olan erişkinler ile yaş ve cinsiyet yönünden eşleştirilmiş 68 kişilik sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 136 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılardan Sosyodemografik Bilgi Formu, Wender- Utah Derecelendirme Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ile veri toplanmıştır. Epilepsi hastalarının DEHB olma ihtimalinin kontrol grubuna göre 7.8 kat daha fazla olduğu, fokal nöbet geçiren hastaların DEHB düzeylerinin jeneralize nöbet geçirenlerden daha yüksek olduğu, son bir ayda birden fazla nöbet geçirenlerin DEHB düzeylerinin son bir ayda bir ve daha az nöbet geçirenlerden daha yüksek olduğu, geçmişe dönük DEHB düzeyi ile erişkin DEHB düzeyleri arasında ilişki olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: epilepsi, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, erişkin, psikiyatrik belirti.

ABSTRACT**THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL FEATURES OF ADULT
EPILEPSY PATIENTS AND ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
LEVELS****Nur Pınar YÜKSEL****Master Thesis, Department of Psychology****Supervisor: Prof. Dr. Lut TAMAM****January 2022, 61 pages**

Although the incidence of epilepsy is high in children and adolescents, it is a neurological disorder with an increasing prevalence in adults. It is seen quite frequently with psychiatric disorders and ADHD in childhood and adolescence. ADHD lifetime burden and cognitive side effects of antiepileptic drugs suggest that ADHD can be seen in adult epilepsy patients. In this study, it was aimed to examine the attention deficit and hyperactivity levels and the variables associated with attention deficit hyperactivity levels in Adult Epilepsy Outpatients. This is a cross-sectional study conducted with outpatient epilepsy patients in the Adult Epilepsy Outpatient Clinic of the Çukurova University Faculty of Medicine, Balcalı Hospital, Department of Neurology. The research sample consisted of a total of 136 individuals, 68 adults with epilepsy and 68 healthy control group matched for age and gender. Data were collected from the participants using the Sociodemographic Information Form, the Wender-Utah Rating Scale, the Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale and the Brief Symptom Inventory. Patients with epilepsy were 7.8 times more likely to have ADHD compared to the control group, patients with focal seizures had higher ADHD levels than those with generalized seizures, those who had more than one seizure in the last month had higher ADHD levels than those who had one or less seizures in the past month. It was found that there is a relationship between the level of adult ADHD and the level of adult ADHD.

Key Words: epilepsy, attention deficit and hyperactivity, adults, psychiatric symptoms.

İÇİNDEKİLER

KAPAK.....	i
İTHAF.....	ii
ONAY.....	ii
ETİK BEYANI.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZ.....	vi
ABSTRACT.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
1.GİRİŞ.....	1
2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	5
2.1.Epilepsi.....	5
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	8
2.3.Epilepsi ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Çalışmalar.....	8
3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	11
3.1. Katılımcılar.....	11
3.2. Prosedür.....	12
3.3. Veri Toplama Araçları.....	12
3.4. Araştırmanın Modeli.....	15
3.5. Verilerin Analizi.....	15
4.BULGULAR.....	17
4.1.Epilepsi ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	17
4.2.Epilepsi ve Kontrol Grubunun DEHB Puanı ve Psikiyatrik Belirti puanlarının Karşılaştırılması.....	18
4.3. Epilepsi Hastalarının Klinik Özelliklerinin İncelenmesi.....	19
4.4. Epilepsi Hastalarında DEHB Düzeyi ile İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi.....	20
4.5.Epilepsi ve Kontrol Grubunun DEHB Sıklığı, Psikiyatrik Belirti Sıklığının İncelenmesi.....	23
5. TARTIŞMA.....	24
KAYNAKÇA.....	30
EKLER.....	37

KISALTMALAR

AEİ	: Anti Epileptik İlaçlar
ASRS Ölçeği	: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
BCECTS	: Sentrotemporal dikenli iyi huylu çocukluk çağı epilepsisi
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
GSI	: Genel belirti düzeyi
KBZ	: Karbamazepin
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
LEV	: Levetiresetam
SBF	: Sosyodemografik Bilgi Formu
VPA	: Valproik asit
WUDÖ	: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.	<i>Epilepsi ve Epileptik Sendromların Sınıflandırılması</i>	7
Tablo 2.	<i>Epilepsi Hastaları ile Sağlıklı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri .</i>	17
Tablo 3.	<i>Epilepsi ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması</i>	19
Tablo 4.	<i>Epilepsi Hastalarının Klinik Özellikleri</i>	20
Tablo 5.	<i>Epilepsi Hastalarında DEHB Düzeyi ile İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi</i>	22
Tablo 6.	<i>Epilepsi-Sağlıklı Olan Bireylerin Risk Açısından Karşılaştırılması.....</i>	23



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. <i>Araştırmanın Modeli</i>	2
--	---



EKLER LİSTESİ

Ek A. Çağ Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi	37
Ek B. Çağ Üniversitesi Tez Anket İzin İstek Yazısı	40
Ek C. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Tez Anket İzin Yazısı	41
Ek D. Çalışmada Kullanılan Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği Onay ve İzin E-Postaları.....	42
Ek E. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	44
Ek F. Kısa Semptom Envanteri	45
Ek G. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği	47
Ek H. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği.....	48
Ek I. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	49

1.GİRİŞ

Bu bölümünde araştırmanın;

- Problemi ve gerekçesi,
- Amacı,
- Önemi
- Varsayıtları,
- Sınırlılıkları
- Hipotezleri,
- Amaç, hipotez ve tasarımın birbirleriyle ilişkisi
- Araştırmanın pratik ve teorideki etkisi;
- Araştırma konusuna ilişkin geçmiş alanyazın ve araştırmanın diğer önemli yönleri (değişkenler, kavramlar, araştırma evreni gibi) yer almaktadır.

Araştırma Problemi ve Gerekçesi

Epilepsi, görülme oranı çocuk ve ergenlerde yüksek olmakla birlikte yetişkinlerde de yaygınlığı artmakta olan bir nörolojik bozukluktur. Psikiyatrik bozukluklarla ve çocukluk-ergenlik dönemlerinde DEHB ile birlikte oldukça sık görülmektedir. DEHB yaşam boyu yükü ve antiepileptik ilaçların bilişsel yan etkileri erişkin epilepsi hastalarında DEHB görülebileceğini düşündürmektedir. Türkiye’de çocuk ve ergenlerde epilepsi ve DEHB üzerine çalışma mevcutken erişkin örnekleme bu konuda çalışmaya rastlanmamıştır.Yurt dışı alan yazın incelendiğinde de sınırlı çalışmaya rastlanılmıştır (Ettinger 2015; Ashjazadeh ve ark., 2019). Erişkin epilepsi ve DEHB ile ilgili çalışmaların yapılması erişkin epilepsi hastalarında DEHB düzeyi ve ilişkili değişkenleri açıklamaya fayda sağlayacaktır. Bu kesitsel çalışmada araştırma soruları şu şekildedir:

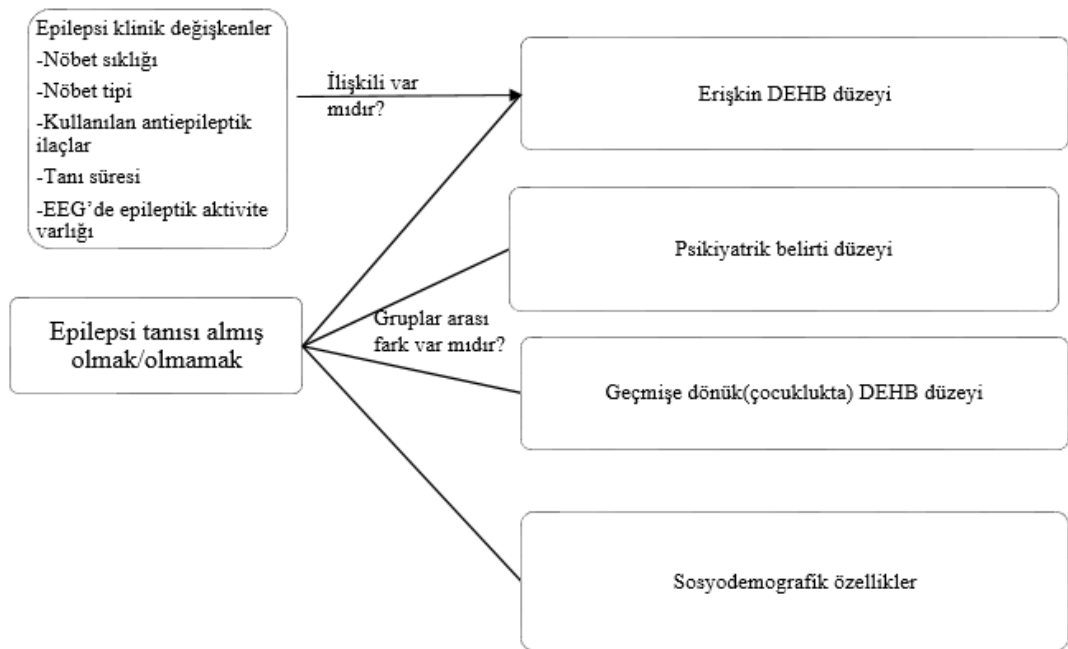
1) Erişkin epilepsi hastalarında DEHB düzeyi/riski sağlıklı erişkinlerden farklı mıdır?

2) Erişkin epilepsi hastalarında DEHB düzeyi/riski ile ilişkili değişkenler nelerdir?

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Epilepsi Polikliniği hastalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeylerini sağlıklı bireylerle karşılaştırmak ve epilepsi hastalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeyleriyle ilişkili değişkenlerin neler olduğunu betimlemek amaçlanmıştır.

Şekil 1 Araştırmanın Modeli



Araştırmanın Önemi

Epilepsi hastalarında psikiyatrik semptomlar sık görülmektedir (Reuber ve ark., 2012) ve tedaviyi zorlaştırmaktadır. Dirençli epilepsi gelişiminde status epileptikus öyküsü varlığı, psikiyatrik bozukluk, mental gerilik, motor gerilik olması, ilk nöbetin jeneralize tipte olması, semptomatik epilepsi varlığı, nöbet başlangıç yaşının iki yaşın altında olması, başlangıçta ve takiplerde daha sık nöbet olması risk faktörüdür (Önal, 2017).

Çocuk ve ergenlerde epilepsiye depresyon, anksiyete ve dikkat eksikliği hiperaktivite; mental retarde olduğunda otistik bozukluk eşlik etmektedir (Ekinci ve Toros, 2013). DEHB görülme riski epilepsi varlığında artmakta veya epilepsi görülme

riski DEHB varlığında artmaktadır (Cohen ve ark., 2013). Yapılmış araştırmalarda DEHB olan çocuk ve ergenlerin epileptik nöbet geçirmeye yatkın olduğu bulunmuştur (Ishii ve ark. , 2003 ; Altuner, Altuner ve Sever, 2013).

Epilepsi ve DEHB ilişkisinin açıklandığı çoğu çalışmada veriler pediatrik örneklerden elde edilmekle beraber, epilepsi olan bireylerde normal kontrollere kıyasla 2.5-5.5 kat daha yüksek DEHB oranları bulunmuştur (Brikell ve ark., 2018; Aaberg ve ark. , 2016; Salpekar ve Mishra, 2014). Epilepsi hastalarında DEHB prevalansı %12-39 arasında değişmekte ancak erişkinlerde DEHB tanısının ihmal edildiği görülmektedir (Davis ve ark. , 2010). Erişkinlerde yapılmış çalışmalar epilepsi hastalarının %18'inde DEHB olabileceğini söylemektedir (Ettinger 2015; Ashjazadeh ve ark. ,2019). Hem DEHB'nin hem de epilepsinin çocukluk çağında sık görülmesi ile karakterize olması ve erişkin dönem özelliklerini inceleyen çalışmaların kısıtlılığı, bu rahatsızlıkların erişkin dönemde yeterince tanınmamasına ve tedavisiz kalmasına neden olmaktadır.

Çocukluk döneminde epilepsi ve DEHB'nin birlikte sık görülmesi, DEHB'nin yaşam boyu yükü ve anti epileptik ilaçların etkileri göz önüne alındığında erişkin epilepsi hastalarının DEHB aday olabileceğini düşündürmektedir. Bu araştırma erişkin epilepsi hastalarında DEHB düzeylerinin ve DEHB düzeyleri ile ilgili değişkenlerin daha iyi anlaşılmasını sağlayarak tanı alan bireylerin tedavi süreçleri ve yaşam kalitelerini iyileştirmek, olumsuz psikososyal etkileri azaltmak ve yüksek risk altında olan grupları daha kolay belirleyebilmek açısından önem teşkil etmektedir.

Varsayımlar (Sayıtlar)

Araştırmada ölçme araçlarının değişkenleri ölçmede yeterli olduğu, araştırmaya katılan katılımcıların ölçekleri içten, samimi ve dürüst yanıtladıkları, hastanede mental retarde raporu olmayan hastaların normal zeka sınırları içerisinde olduğu varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

Araştırmada sürekli performans testi (MOXO d-CPT) ve klinik görüşme kullanılmak istenmiş olup Covid-19 pandemi koşullarından dolayı öz bildirim dayalı ölçekler kullanılmıştır. Araştırmaya sadece 18-55 yaş Adana Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Epilepsi hastalarının dâhil edilmesi, zaman içindeki değişimin değerlendirilmemesi (tekrar ölçümlü çalışma olmaması) ve araştırma bulgularını karşılaştırılabilecek sınırlı çalışmaya rastlanması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

Araştırma Hipotezleri

Bu araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

H₁) Epilepsi olan ve sağlıklı bireylerin erişkin DEHB düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

H_{1a}: Epilepsi olan ve sağlıklı bireylerin ASRS dikkatsizlik alt boyutu puanları arasında anlamlı fark vardır.

H_{1b}: Epilepsi olan ve sağlıklı bireylerin ASRS dürtüsellik alt boyutu puanları arasında anlamlı fark vardır.

H_{1c}: Epilepsi olan ve sağlıklı bireylerin ASRS toplam puanları arasında anlamlı fark vardır.

H₂) Epilepsi olan ve sağlıklı bireylerin geçmişe dönük DEHB düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

H₃) Epilepsi olan ve sağlıklı bireylerin psikiyatrik belirti düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

H₄) Epilepsi olan bireylerin nöbet tipi ile erişkin DEHB düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

H₅) Epilepsi olan bireylerin cinsiyetlerine göre erişkin DEHB düzeyleri farklılaşmaktadır.

H₆) Epilepsi olan bireylerin nöbet sıklığına göre erişkin DEHB düzeyleri farklılaşmaktadır.

H₇) Epilepsi olan bireylerin kullanılan anti epileptik ilaç türüne göre erişkin DEHB düzeyleri farklılaşmaktadır.

H₈) Epilepsi olan bireylerin erişkin DEHB düzeyleri geçmişe dönük DEHB düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H₉) Epilepsi olan bireylerin erişkin DEHB düzeyleri psikiyatrik belirti düzeyine göre farklılaşmaktadır.

2. KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1.Epilepsi

Epilepsi; kortikal nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel deşarj sonucu ortaya çıkan, ani, tekrarlayıcı, tanımlanabilen bir olayla tetiklenmemiş epileptik nöbetlerle karakterize bir durumdur. Epilepsi tanısı almak için sadece nöbet geçirmek yeterli değildir. EEG, MR bulguları ve nöbetlerin takibi (nöbet tipi ve eşlik eden semptomların takibi), aile geçmişinde olup olmaması önem taşımaktadır (Bora, Yeni ve Gürses, 2008). Dünya Sağlık Örgütü'ne (2019) göre epilepsi hastalığının genel yaşam boyu yaygınlığı 6.17-9.38/1000, aktif epilepsinin ise 5.57-7.3/1000 'dir. Epilepsi prevelansı, düşük ve orta gelirli ülkelerde ve özellikle nedeni bilinmeyen sık nöbetleri olan grupta artarken cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (Fiest ve ark. , 2017).

Epilepsi genellikle bebeklik ve çocukluk dönemlerinde sık görülmektedir ve bu dönemde prevelansı %8'dir. Her yaş grubu örneklemin dâhil edildiği çalışmalarda prevelans düşmektedir. Ülkemizde farklı bölgelerinde epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır ve farklı sosyoekonomik düzeye sahip yerlerde sonuçlar farklı bulunmuştur. Düşük sosyoekonomik ve kırsal yerlerde prevelans artış göstermiştir. 2010 yılından sonra yapılan çalışmalara göre Türkiye'de epilepsi prevelansı 5,7-8,94/1000 arasında değişmektedir (Bora, Yeni ve Gürses, 2008).

Epilepsi hastalığı sebebi ya da etiyojisine göre idiopatik, kriptojenik ve semptomatik epilepsiler olarak 3 ana grupta toplanabilir. İdiopatik epilepsilerde altta yatan nörolojik hasar veya yapısal beyin lezyonu yoktur ve nöbetin nedeni genetik yatkınlık veya olası biyokimyasal bir bozukluktur. Semptomatik epilepsilerde; nöbetlere yol açan yapısal beyin hasarı, nörolojik fonksiyon bozukluğu ya da biyokimyasal bir neden vardır. Kriptojenik epilepsiler doktorların hastalığın bir nedene bağlı olduğuna inandığı, ancak hastalık nedenini teşhis edemediği vakalardır, idiopatik epilepsilerin bilinen özelliklerine uymamaları nedeniyle semptomatik gibi görünen fakat mevcut araştırma yöntemleri ile etiyojik bir sonuca ulaşılamayan durumlar için kullanılır (Aktekin ve ark. , 2012).

Epileptik nöbetler temelde jeneralize ve parsiyel (fokal) olmak üzere iki ana başlıkta incelenir. Parsiyel nöbetler lokalize beyin bölgelerindeki epileptiform aktiviteden kaynaklanır. Jeneralize nöbetlerde ise beyinde yaygın epileptik aktivite gözlenir. Epilepsi ve epileptik sendromlar, nöbetlerin başladığı gelişim dönemine göre de farklılaşmaktadır. Bebeklerde infantil spazmlar, selim neonatal konvülziyonlar; çocuklarda Lennox-

Gastaut sendromu, Landau-Kleffner sendromu, Rasmussen sendromu, benin rolandik epilepsi; ergenlikte progresif miyoklonik epilepsi, uyanma sırasında oluşan tonik-klonik nöbetli epilepsi, juvenil miyoklonik epilepsi, juvenil absans epilepsi yaygın görülebilmektedir (Bora, Yeni ve Gürses, 2008). Epileptik nöbetlerin ve sendromların uluslararası sınıflandırması *Tablo 1*'de verilmiştir.

Epilepsi tedavisinde kullanılan ilaçlar bilişsel ve davranışsal sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar monoterapi alan hastalarda daha hafif ve orta düzeyde görülürken çoklu ilaç kullananlarda daha ağırdır (Bora, Gürses ve Yeni, 2008). Epilepsi tedavisi için kullanılan etken maddelerden Fenobarbital kullanan hastalarda DEHB semptomları oldukça sık görülürken bunu Topiramate ve Valproik asit izlemektedir. Karbamazepin ve Lamotrijine gibi ilaçların hem dikkat hem de davranış üzerinde olumlu etkileri mevcuttur. Lacosamide'in davranış üzerinde olumlu etkileri mevcutken Perampanel saldırganlık ve agresifliğe neden olabilmektedir (Akt. Mukaddes, 2021).

Epilepsi hastalarında psikiyatrik semptomlar sık görülmektedir (Weatherburn, Heath, Mercer , Guthrie , 2017; Yapıcı ve ark., 2003). Yetişkin epilepsi hastalarında depresyon, sürekli kaygı, umutsuzluk (Koç ve Akmeşe, 2011) ve aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğu (İzci, 2016), C kümesi kişilik bozukluklarının iki kat fazla görüldüğü saptanmıştır (Bostancı ve ark. , 2011). Çocuk ve ergenlerde depresyon, anksiyete ve dikkat eksikliği hiperaktivite; mental retarde olduğunda otistik bozukluk izlemektedir (Toros ve Ekinci,2013). Epilepsi hastalarının yaklaşık yarısında hipokampus hasarı görülmektedir (Carlson, 2011).

Tablo 1.***Epilepsi ve Epileptik Sendromların Sınıflandırılması***

I. LOKALİZASYONA BAĞLI (FOKAL, PARSİYEL) EPİLEPSİLER ve SENDROMLAR	1.1. İdiopatik (yaşa bağlı başlangıç)	*Sentrotemporal dikenli iyi huylu çocukluk çağı epilepsisi *Oksipital paroksizmlili çocukluk çağı epilepsisi *Primer okuma epilepsisi
	1.2. Semptomatik	*Temporal lob epilepsisi *Frontal lob epilepsisi *Parietal lob epilepsisi *Oksipital lob epilepsisi *Çocukluk çağının kronik progresif epilepsi parsiyalis kontinuası (Kojewnikow's sendromu) *Spesifik faktörlerle uyarılan nöbetlerle karakterize sendromlar
	1.3. Kriptojenik	
II. JENERALİZE EPİLEPSİLER ve SENDROMLAR	2.1. İdiopatik (yaşa bağlı başlangıç-yaş sırasına göre sıralanmıştır)	*İyi huylu ailesel yeni doğan konvülsiyonları *İyi huylu yeni doğan konvülsiyonları *Süt çocukluğunun iyi huylu miyoklonik epilepsisi *Çocukluk çağı absans epilepsisi (piknolepsi) *Jüvenil absans epilepsisi *Jüvenil miyoklonik epilepsi (impulsif petit mal) *Uyanırken gelen grand mal nöbetli epilepsi *Diğer jeneralize İdiopatik epilepsiler *Belirli aktivasyon yöntemleriyle uyarılan epilepsiler
	2.2. Kriptojenik veya semptomatik (yaş sırasına göre)	*West sendromu (infantil spazmlar, Blitz-Nick-Salaam Kraempfe) *Lennox-Gastaut sendromu Miyoklonik astatik nöbetli epilepsi *Miyoklonik absanslı epilepsi
	2.3. Semptomatik	2.3.1. Nonspesifik etiyoloji *Erken miyoklonik ensefalopati *Erken infantil epileptik ensefalopati (Supression-burst ile niteli) *Diğer semptomatik jeneralize epilepsiler 2.3.2. Spesifik sendromlar
III. FOKAL veya JENERALİZE OLDUKLARI BELİRLENEMEYEN EPİLEPSİLER	3.1. Jeneralize ve fokal konvülsiyonlu epilepsiler	*Yeni doğan konvülsiyonları *Süt çocuğunun ağır miyoklonik epilepsisi *Yavaş dalga uykusu sırasında devamlı diken-dalgalı epilepsi *Edimsel epileptik afazi (Landau-Kleffner sendromu) *Diğer belirlenemeyen epilepsiler
	3.2. 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.
IV. ÖZEL SENDROMLAR	4.1. Duruma bağlı nöbetler	Febril konvülsiyonlar İzole nöbet veya izole status epileptikus Akut metabolik veya toksik nedenlere bağlı nöbetler

* Epilepsi rehberi: Türk Nöroloji Derneği Çalışma Grubu(2012) adlı kaynaktan uyarlanmıştır.

2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB dikkat süresinde kısalık/dağınıklık, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle seyreden; genellikle çocukluk dönemi başlangıçlı yaşam boyu süren ve yaşam kalitesini düşüren nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Belirtiler “dikkat eksikliği” ve “hiperaktivite /dürtüsellik” olmak üzere iki ana kategoride değerlendirilmektedir. Belirtilerin ağırlıklı olduğu kategoriye göre Bileşik, Dikkat Eksikliğinin Ön Planda Olduğu ve Hiperaktivitenin Ön Planda Olduğu 3 alt tipe ayrılmaktadır. Çocuk ve ergenlerde DSM-5’te her belirti grubunda en az 6 madde karşılama şartı varken 17 yaş ve üzerinde beşer maddenin karşılanması yeterli bulunmuştur (APA, 2013) .

DEHB görülme sıklığı geniş aralıklarla verilse de çocuk ve ergenlerde %2.9-12.4 arasında değişmektedir (Ercan, 2019; Danielson ve ark., 2018; Reale ve Bonati, 2018; Thomas ve ark., 2015). Yapılan meta-analiz çalışmalarında çocuk ve ergenlerde DEHB’nin dünyadaki birleştirilmiş görülme sıklığının %5.29 (Polanzky ve ark., 2007) ve %5.9-7.1 (Willcutt ve ark., 2012) olduğu tahmin edilmektedir. Erişkinlerde %1.2-7.3 (Fayyad ve ark. ,2017) ve yaşlılıkta %2.8 (Mihielsen ve ark. , 2012) oranlarında DEHB görülme sıklığı olduğu tahmin edilmektedir. Erişkinlerde yapılmış bir metaanaliz çalışmasında DEHB görülme sıklığı %2.5 bulunmuştur (Simon ve ark.,2009). DEHB görülme riski epilepsi varlığında artmakta veya epilepsi görülme riski DEHB varlığında artmaktadır(Cohen ve ark., 2013).

DEHB tanısı alan bazı çocuklar yetişkinlikte sorunlarını aşabilir veya başa çıkmak için uygun mekanizmalar geliştirebilir. Bu durum bozukluğun şiddetinin daha az olduğu ve karşıt olma bozukluğu veya davranım bozukluğunun eşlik etmediği durumlarda daha yaygındır (Kessler ve ark., 2005). Ancak DEHB’li yetişkinler kolay sıkılan, sürekli yeni heyecanlar arayan karakteristiklere sahip oldukları için iş yaşamındaki ve sosyal ilişkilerdeki işlevsellikleri olumsuz etkilenir. Dolayısıyla depresyon, düşük kendilik algısı, madde kullanımı ve kişilik bozuklukları açısından risk altındalardır (Barkley,2014; akt. Mukaddes, 2021). Bu risk faktörlerinin epilepsi hastalarında da görülmesi epilepsi ve DEHB’nin ortak nörobiyolojik alt yapısı olabileceğini düşündürmektedir.

2.3.Epilepsi ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Çalışmalar

Epilepsi hastalarında dikkat düzeylerini inceleyen bir çalışmada jeneralize nöbet geçirenlerin fokal nöbet geçirenlere göre daha kötü performans sergilediği,

sentrotemporal dikenli iyi huylu çocukluk çağı epilepsisi (BCECTS) grubunun ise en kötü performansa sahip olduğu bulunmuştur. Araştırma örnekleminin %49.2'sini oluşturan DEHB hastalarının önemli ölçüde daha kötü işitsel seçici dikkat ve uzamsal çalışma belleği performansı sergilediği ve çoğunlukla mono terapi alanlar olduğu görülmüştür (Kang ve ark. , 2015). Rolandik epilepsi tanılı grubun hem sağlıklı hem de DEHB eş tanılı grupla karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada Conner Sürekli Performans Testi- II 'den DEHB olan hastaların epilepsi olsun olmasın hata puanı anlamlı düzeyde yüksek olduğu, BCECTS ve DEHB olan grup en kötü performans sergilediği görülmüştür (Lima ve ark. ,2018).

3-14 yaş grubu 196 BCECTS tanılı çocuklarla yapılan çalışmada hastaların %31'inde DEHB, %21,9'unda bilişsel bozukluk görülmüştür. Takip sürecinde de hastaların %78' i en az 1 kere jeneralize nöbet geçirmiş, 4 çocukta IQ düşüşü, 4 çocukta dil geriliği gözlenmiş ve 5 hastaya DEHB tanısı konulmuştur (Tovia ve ark. ,2011). Benzer başka çalışmada ise 6.5-16.5 yaş grubu BCECTS tanılı grupta %64.9 DEHB oranı ve BCECTS ve DEHB tanısı alan 48 hastadan 14'ünün (% 29,2) DEHB için farmakoterapi (metilfenidat, n = 8, atomoksetin, n = 6) aldığı, çocukların bilişsel performansının özellikle görsel alanda olumsuz etkilendiği görülmüştür (Kim ve ark., 2014). 3-40 aylık miyoklonik epilepsili olan çocuklarla yürütülen araştırmada hastaların %28.9'unun ailesinde epilepsi öyküsü %15.8'inin ailesinde ateşli nöbet öyküsü bulunmuştur. Dört hastaya (%10.4) önemli derecede öğrenme bozukluğu ikisine (%5.2) DEHB tanısı konulmuştur (Caraballo ve ark., 2013).

Epilepsi ve DEHB' nin her ikisi de yalnız başına uykuyu etkilemektedir. Ancak uyku uyanıklık geçiş bozukluklarının DEHB'ye kıyasla epilepsi olan çocuklarda daha fazla görülmektedir (Cohen, Halevy ve Shuper, 2013). DEHB tanılı çocuklarla yürütülmüş olan bir çalışma DEHB tanılı bireylerin epilepsi veya parasomnia eş tanısı alabileceğini göstermektedir (Ishii ve ark., 2003). DEHB tanılı bireyleri epilepsi, uyku ve mental muhakeme açısından değerlendirmek önem taşımaktadır.

EEG değişiklikleri, epilepsi ve DEHB ilişkisinin incelendiği çalışmalar, EEG değişikliklerinin, tanı düzeyinde olmasa da, hem epilepsi hem de DEHB'de önemli rol oynadığını ve nöropsikiyatrik bulgularla ilişkili olabileceğini göstermektedir. 6-11 yaş EEG değişiklikleri olan çocuklarda DEHB grubunda %70, epilepsi grubunda %50 oranlarında DEHB bileşik alt tipi görüldüğü; hiperaktivite alt tipinde EEG değişiklikleri olmayan grubun daha sık olduğu bulunmuştur (Ahmed ve ark., 2021). DEHB tanılı 134 çocuğun incelendiği çalışmada hastaların %28'inin BCECTS tanısına uygun EEG

bulguları ve çocukların yaklaşık yarısında EEG esnasında epileptik nöbet görülürken tüm bireylerde EEG değişiklikleri gözlenmiştir (Altunel, Altunel ve Sever, 2013).

DEHB ve epilepsi birlikteliğine sahip çocukların geriye dönük incelendiği çalışmada hastaların %75'inin epilepsi sonrası DEHB tanısı aldıkları ve bu grubun ilk nöbet yaşı, anti epileptik ilaç başlama yaşının anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. İlk nöbet yaşı >5, anti epileptik başlama yaşı >6.5 olan hastalarda iki tanı arası sürenin azaldığı görülürken iki tanı arası süre 1.5 yıldan fazla olan grupta EEG anormallikleri daha sık bulunmuştur (Şahin ve ark. , 2019). Kartal'ın (2012) çalışmasında DEHB tanılı çocukların %14.3'ünde epilepsi öyküsü, %80'inde 5 yaş öncesinde nöbet ve ilaç tedavisinde %61.1 sodyum valproat, %33.3 Karbamazepinin tercih edildiği görülmüştür. Asfiksünün epilepsi görülme riskini artırdığı, 37 hafta ve öncesi doğumunda EEG anormalliğinde risk faktörü olduğu bulunmuştur.

Erişkin epilepsi hastalarında DEHB belirtilerini inceleyen araştırmada Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) kullanılarak %18.4 DEHB oranı ve DEHB pozitif olan bireylerde negatif olan bireylere göre daha sık nöbet, yüksek anksiyete ve depresyon puanına sahip olduğu görülmüştür (Ettinger ve ark. , 2015). Benzer bir çalışmada da epilepsi hastası olan bireylerin %35'inde DEHB görülürken yalnızca normal kognisyona sahip olanlar incelendiğinde bu oran diğer çalışmaya paralel %18' e düşmektedir (Ashjazadeh ve ark., 2019). Ancak erişkinlerde epilepsi ve DEHB birlikteliğini inceleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1.Katılımcılar

Araştırmanın evreni Çukurova Üniversitesi Erişkin Epilepsi Polikliniği hastalarından oluşmaktadır. Gerekli örneklem büyüklüğünün bir tahminini elde etmek için G-Power 3.1 programı üzerinde analizlere ilişkin istatistiksel güç hesaplaması yapılmıştır. Cohen'in (1988) her analiz için belirttiği orta etki büyüklüğü sınır değeri baz alınmıştır. Araştırma için gerekli minimum örneklem Tip I hata olasılığı % 5; Tip II hata olasılığı % 20 olacak şekilde 64 epilepsi hastası ve 64 karşılaştırma grubu toplam 128 kişi olarak hesaplanmıştır.

Epilepsi grubu dâhil edilme ölçütleri ve nedenleri:

1. Kullanılan antiepileptik ilaçlara göre farklılığı inceleyebilmek için monoterapi alan ve 2 antiepileptik ilaç kullanan
2. Nöbet sıklığını ve etkilerini inceleyebilmek için son 5 yılda en az 1 kere epileptik nöbet geçiren
3. En az 6 aydır epilepsi tanısı olan ve antiepileptik ilaç kullanan
4. 18-55 yaş arası okuryazar epilepsi hastaları dâhil edilmiştir.

Epilepsi grubu dışlama ölçütleri ve nedenleri:

1. Hafif, orta ve ağır düzeyde mental retarde raporu olan
2. Yaşa bağlı bilişsel süreçlerde yavaşlamadan kaynaklı etkileri minimum tutmak için 55 yaş üstü olan
3. Epilepsi dışında poliklinik dosyasında raporlu ve ilaç kullanmayı gerektiren başka kronik hastalığı olan
4. İlaç etkileşimleri ve politerapi kaynaklı bilişsel yan etkileri kontrol etmek için 2'den fazla antiepileptik kullanan ve 6 aydan daha kısa süredir ilaç kullanan
5. 18-55 yaş dışı olan ve okuryazar olmayan hastalar araştırma dışı bırakılmıştır.

Kontrol grubu olgu grubuyla yaş ve cinsiyet olarak uyumlu, okuryazar olan, nöroloji ve psikiyatri polikliniğinde takip edilmeyen, raporlu ilaç kullanmayan hasta yakınları ve hastane çalışanlarından oluşmaktadır. Araştırma evreninde 300 epilepsi hastasına ulaşılmıştır ancak ölçütlere uyan 72 epilepsi hastası, 74 kontrol grubu örneklemini oluşturmaktadır.

3.2. Prosedür

Araştırma için Çağ Üniversitesi'nden tez anket izni, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı ve Başhekimliğinden (19/03/2021-60391) uygulama için izin alınmıştır.

1. Değerlendirme

Epilepsi hastaları: Nöroloji polikliniğinde randevulu hastaların dosyasına bakılarak psikiyatri tanısı, mental retarde olup olmadığı, tanı süresine ve kullanılan ilaçlara göre araştırma ölçütlerini karşılayan hastalara erişilmiştir. Dahil edilme ve dışlama kriterlerini sağlayıp sağlamadığına nörolog hekim eşliğinde karar verilmiştir.

Kontrol grubu: Araştırmaya dâhil edilmeden önce bireylere yaşı, nöroloji veya psikiyatri polikliniğinde takibi ve ilaç kullanımı olup olmadığı hakkında kısa görüşme yapılmıştır. Kontrol grubu bireylerin öz bildirimine dayanarak oluşturulmuş olup herhangi belge ile teyit edilmemiştir.

2. Ölçüm

Katılımcılara araştırma hakkında bilgilendirilerek hem sözlü hem yazılı onamları alınmıştır. Her 2 grup Sosyodemografik Bilgi Formu, geçmişe dönük DEHB belirtilerini taramak için Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği, şu ana dönük DEHB belirtilerini taramak için Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği ve psikiyatrik belirtilerin taranması için Kısa Semptom Envanterini doldurmuştur. Formların doldurulması 5-10 dk sürmüştür. Katılımcılardan tek ölçüm alınmıştır.

3. Analiz

Katılımcıların verileri incelendiğinde 4 kişi ölçeklerde %10'dan fazla boş madde bıraktığı için ve 6 kişi ölçeklerden aşırı uç değer aldığı için çalışma dışı tutulmuştur. Toplam 68 epilepsi grubu, 68 kontrol grubu olmak üzere 136 bireyin verileri hipotez testlerine dâhil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veriler Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ve Sosyodemografik Bilgi Formu ile toplanmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Form sosyodemografik özellikler ve hastalık bilgileri olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Kontrol grubu yalnızca sosyodemografik bilgiler bölümünü, epilepsi hastaları her iki bölümü doldurmuştur.

Sosyodemografik özellikler olarak yaş, cinsiyet (kadın-erkek), medeni durum (evli-bekâr), eğitim durumu (ilköğretim-lise-yüksekokul/üniversite), çalışma durumu (çalışıyor-çalışmıyor), sosyoekonomik düzey (asgari ücret ve altı- asgari ücret üzeri) sorgulamaktadır.

Hastalık bilgi formu başlığı altında hastalığın süresi, tanı yaşı, son 1 ayda nöbet sıklığı(1 nöbet veya nöbet yok- 1'den fazla nöbet var) , kullanılan aei(Levetiresetam-karbamazepin- valproik asit- ikili ilaç) yer verilmiştir. Hastaların nöbet tipi(fokal-jeneralize) , EEG'de epileptik aktivite varlığı(epileptik aktivite var-yok) poliklinik dosyasından ve ilgili nörolog hekimden elde edilmiştir. Hastaların formda boş bırakması veya dosyası ile çelişmesi durumunda dosyadaki bilgi geçerli kabul edilmiştir.

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği(WUDÖ) : Ward ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen erişkinlerde DEHB tanısı koyarken geçmişe yönelik belirtileri taramada yardımcı olabilecek 25 maddelik 5 alt boyutlu (İrritabilite, Depresyon, Okul Sorunları, Davranış sorunları/ Dürtüsellik ve Dikkat Eksikliği) 5'li Likert yapıda ölçektir.Kesme puanı 46 alındığında DEHB olanların %86'sını, sağlıklı kontrollerin %99'unu ayırt edebildiği bildirilmiştir. WUDÖ ile Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği arasında orta düzeyde korelasyon bulunmuştur (Ward vd., 1993).

Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.93, test tekrar test korelasyonu (toplam puan) 0.81, madde toplam puan korelasyonları 0.31-0.75 arasında bulunmuştur (Öncü, Ölmez ve Şentürk, 2005). Kesme noktası olarak 36 ve üzerindeki değerler alındığında DEHB olan erişkinlerin %82.5'i, kontrol grubunun %90.8'i doğru sınıflandırabilmektedir (Öncü, Ölmez ve Şentürk, 2005).

Kısa Semptom Envanteri(KSE): Şahin ve Durak (1994) tarafından Türkçeye uyarlanan KSE psikopatolojik değerlendirme yapmak amacıyla sıklıkla kullanılan 53 maddelik 0-4 arası puanlanan 5'li Likert yapıda öz bildirim dayalı bir ölçektir. Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünceler ve Psicotizm olmak üzere 9 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 212'dir. Ölçekten alınan yüksek puan psikiyatrik belirtilerin artmasına işaret etmektedir. Ölçekten elde edilen genel belirti düzeyi, pozitif belirti toplamı ve pozitif belirti düzeyi olmak üzere 3 indeks bulunmaktadır. Ölçek genel ortalama puanı olan genel belirti düzeyi(GSI)

ölçeğin en iyi indeksidir. Psikiyatrik tarama çalışmalarında GSI 1.00 kesme puanı yaygınlıkla önerilmektedir (Gökler, 1978; Akt.Köroğlu ve Aydemir, 2000). Türkiye’de yapılmış olan 3 farklı araştırmada KSE’nin 9 alt ölçeği için elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayılarının 0.71 ve 0.85 arasında değişmektedir (Savaşır ve Şahin, 1997).

Kısa semptom envanterinin orijinal versiyonunda iç tutarlılık katsayıları 0.71 (psikotizm) ile 0.85 (depresyon) arasında değişmektedir. Test tekrar test güvenilirlik çalışmalarında da 9 alt boyut 0.68 (somatizasyon) ile 0.91 (fobik anksiyete) arasında değişirken 3 küresel indeks için 0.87 (pozitif belirti düzeyi) ile 0.90 (genel belirti düzeyi) arasında değişmektedir. Kısa Semptom Envanteri SCL-90, MMPI, Middlesex hastane anketi vb. ölçeklerle 0.50 (0.3-.72) civarında korelasyonlar gösterdiği bildirilmiştir (Deragotis ve Cleary, 1977).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS): DSÖ tarafından ruhsal bozuklukların taranması amacıyla geliştirilen ölçeklerden biridir (Kessler vd., 2005). Erişkinlerde şu ana yönelik DEHB belirtilerini tarama aracı olarak kullanılmaktadır. 0-4 arası puanlanan 5’li Likert yapıda olan ölçekten alınabilecek puan 0-72 arasında değişmektedir. 6 maddelik tarama, 12 maddelik daha detaylı soruların olduğu iki bölümden oluşmaktadır.

DEHB olan yetişkin bireylerle yapılan pilot geçerlik çalışmasında hem hastaların hem de klinisyenlerin derecelendirmeleri Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0.88, 0.89 olduğu bulunmuştur (Adler vd., 2006). ASRS 6 maddelik tarama formunun kullanıldığı 3 farklı araştırmadan elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının 0.63 ile 0.72; test tekrar test güvenirliliğinin 0.58 ile 0.77 arasında değiştiği bildirilmiştir (Kessler vd., 2007).

Doğan ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Faktör analiziyle varyansın %41.6’nı açıklayan iki faktör (hiperaktivite/ dürtüsellik ve dikkat eksikliği) elde edilmiş ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları sırasıyla de 0.78, 0.82 bulunmuştur. ASRS ile SCL-90-R, WUDÖ arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Doğan ve ark., 2009). ASRS’nin altı soruluk tarama formu özellikle epidemiyolojik araştırmalarda sınıanmış olması ve DSM-IV’e dayalı 18 belirtiyi değerlendiren sorular içermesi açısından daha yararlı görülmektedir. ASRS 6 maddelik tarama formundan 14 puan üstü almak olası DEHB tanısına işaret etmektedir (Kessler vd., 2007). Ancak DSM-V’te yetişkinlerde dikkat eksikliği veya hiperaktivite boyutundan

en az 5 belirtinin karşılanması ve başlangıç yaşı ölçütü 12 olarak belirlenmesi değişiklikleri göz önünde bulunmalıdır (Mukaddes,2020).

3.4.Araştırmanın Modeli

Araştırmada yöntem bakımından nicel araştırma, süre bakımından kesitsel araştırma yaklaşımı tercih edilmiştir. Gruplar arası farklılıkları incelemek için Karşılaştırmalı-İlişkisel tarama modeli kullanılmıştır (Erkuş,2013).

3.5.Verilerin Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır. Normallik varsayımı değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 aralığında olduğu durumlarda, çalışma örnekleminin 50 ile 300 değerleri arasında olması sebebiyle z skorun -3.29 ve 3.29 aralığında olduğu durumlarda kabul edilmiştir. Ayrıca histogram grafikleri de incelenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalamaları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t testi ile incelenmiş olup $Ort \pm SS$ gösterimi ile ortalama ve standart sapmalar gruplara göre yazılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin medyanları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Gösterim olarak medyan ve çeyrekliklerden yararlanılmıştır (M(1.Ç-3.Ç.)).

Nümerik değişkenler arasındaki korelasyonun incelenmesi için normal dağılım göstermeleri durumdan Pearson Korelasyon, aksi durumda ise Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin birbiriyle ilişkisini incelemek için ise beklenen gözlem sayısının 5 den az olması durumunda Fisher Exact, 5 ile 25 arasında olması durumunda Yate's istatistiği, diğer durumlarda ise Ki-kare test kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistik değerleri de tablo ve grafiklerle desteklenmiştir. Parametreler arasındaki ilişki $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Epilepsi ve kontrol grubunun yaş, ASRS, KSE, WUDÖ toplam ve alt ölçekler puanları arasında fark olup olmadığı Mann Whitney U Testi ve Bağımsız Gruplar T-Testi kullanılarak incelenmiştir. Gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu ve eğitim düzeyine göre fark olup olmadığı Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir.

Epilepsi hastalarında nöbet tipi, nöbet sıklığı, psikiyatri genel belirti düzeyi, cinsiyet, çocuklukta olası DEHB durumu ile ASRS toplam ve alt ölçek puanları arasında ilişki Mann Whitney U Testi ve Bağımsız Gruplar T-Testi kullanılarak incelenmiştir.

Epilepsi ve kontrol grubunda ASRS kısa formdan 14 kesme puanına göre erişkinlikte olası DEHB sıklığı; WUDÖ'den 36 kesme puanına göre çocuklukta olası DEHB sıklığı; KSE'den 1.00 kesme puanına göre psikiyatrik sıkıntı sıklığı Ki-Kare Risk Analizi-Odds oranları hesaplanmıştır.



4.BULGULAR

4.1.Epilepsi ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Epilepsi grubunun %55.9'unu kontrol grubunun % 54.4'ünü kadın bireyler oluşturmaktadır. Epilepsi grubunda evli bireyler grubun %52.9'unu kontrol grubunun %41.2'sini oluşturmaktadır. Çalışma durumu incelendiğinde epilepsi grubunda çalışan oranı %35.3 iken kontrol grubunda %38.2'dir. Medeni durum, çalışma durumu, yaş ve cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$)(Tablo 2'ye bakınız).

Gelir durumu ve sosyoekonomik düzeye bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur($X^2=34$; $p < .001$). Epilepsi hastalarında asgari ücret ve altı alan bireyler daha fazla iken, kontrol grubunda asgari ücret üzeri alan bireyler daha fazladır (Tablo 2'ye bakınız).

Eğitim düzeyleri ile gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır($p < 0.001$). Epilepsi hastalarında tüm eğitim gruplarına homojen bir dağılım söz konusu iken, kontrol grubunda yükseköğretim ve üniversite mezunlarının daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2'ye bakınız).

Tablo 2

Epilepsi Hastaları ile Sağlıklı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

		Epilepsi N(%)	Kontrol N(%)	İstatistik	p
Cinsiyet	Kadın	38(55.9)	37(54.4)	$X^2=0.03$	0.86a
	Erkek	30(44.1)	31(45.6)		
Medeni durum	Evli	36(52.9)	28(41.2)	$X^2=1.89$	0.17a
	Bekâr	32(47.1)	40(58.8)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	44(64.7)	42(61.8)	$X^2=0.13$	0.72a
	Çalışıyor	24(35.3)	26(38.2)		
Gelir durumu	Asgari ücret ve altı	51(75)	17(25)	$X^2=34$	<0.001a
	Asgari ücret üzeri	17(25)	51(75)		
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	24(35.3)	7(10.3)	$X^2=21.45$	<0.001a
	Lise	23(33.8)	14(20.6)		
	Yükseköğretim/Üniversite	21(30.9)	47(69.1)		
		X ± S.s	X ± S.s		
Yaş		30.79±8.84	31.26±9.49	t=-0.30	0.77b

* a. Ki-kare b.Bağımsız Gruplar t testi

4.2.Epilepsi ve Kontrol Grubunun DEHB Puanı ve Psikiyatrik Belirti puanlarının Karşılaştırılması

ASRS ölçek puanları incelendiğinde; ASRS Toplam puan ile ASRS Dikkat Eksikliği alt ölçek puan ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır($p=0.01;0.001$). Epilepsi hastalarının ASRS Toplam ve Dikkat Eksikliği ortalamaları kontrol grubundan daha yüksektir (Tablo 3'e bakınız).

WUDÖ puanlarına bakıldığında WUDO Toplam, İrritabilite, Depresyon ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.001; 0.01; 0.003$). Epilepsi hastalarının WUDO Toplam puan ile İrritabilite ve Depresyon alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubundan daha yüksektir. Okul Sorunları, Dikkat Eksikliği medyanına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.01;0.002$). Epilepsi hastalarının Okul Sorunları, Dikkat Eksikliği medyanları kontrol grubundan daha yüksektir (Tablo 3'e bakınız).

KSE puanları incelendiğinde KSE Toplam puan, Somatizasyon, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Hostilite, Fobik Anksiyete, Psicotizm medyanına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001; p<0.001; p<0.001; p=0.002; p<0.001; p=0.001; p=0.001; p=0.002$). Epilepsi hastalarının KSE Toplam, Somatizasyon, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Hostilite, Fobik Anksiyete, Psicotizm medyanları kontrol grubundan daha yüksektir. KSE OKB ortalamalarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Epilepsi hastalarının OKB alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubundan daha yüksektir (Tablo 3'e bakınız).

Tablo 3*Epilepsi ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması*

		Epilepsi	Kontrol	İstatistik	p
ASRS	Toplam	26.75±13.83	20.85±10.64	t=2.79	0.01a
	Dikkat Eksikliği	14.38±8.31	10.34±5.92	t=3.27	0.001a
	Dürtüsellik	12.37±6.69	10.51±5.65	t=1.75	0.08a
WUDÖ	Toplam	26.15±20.57	16.19±12.36	t=3.42	0.001a
	İrritabilite	6.69±6.13	4.19±3.84	t=2.85	0.01a
	Depresyon	4.84±4.78	2.75±3.17	t=3.002	0.003a
	Okul Sorunları	2(0-4)	1(0-2)	U=1754 Z=-2.50	0.01b
	Dürtüsellik	2(1-6)	1(0-4)	U=1945 Z=-1.63	0.104b
	Dikkat Eksikliği	7(4-11)	5(2.25-7)	U=1611 Z=-3.06	0.002b
	KSE	Toplam	52.50(26-73.25)	30(16-41.75)	U=1357.5 Z=-4.16
	Somatizasyon	6.5(2-11.75)	2(1-5)	U=1477 Z=-3.65	<0.001b
	Okb	8.72±5.53	5.04±3.66	t=4.57	<0.001a
	Kişilerarası Duyarlılık	4.5(2-7)	2(1-4)	U=1353 Z=-4.21	<0.001b
	Depresyon	5(3-10)	3(1-5)	U=1607.5 Z=-3.08	0.002b
	Anksiyete	5(3-9)	3(1-4)	U=1385.5 Z=-4.06	0.001b
	Hostilite	5(3-8)	3(2-5)	U=1575.5 Z=-3.23	0.001b
	Fobik Anksiyete	3(1-5.75)	1(0-3)	U=1546.5 Z=-3.40	0.001b
	Paranoid Düşünce	5.41±4.26	4.53±3.91	t=1.26	0.21a
	Psikotizm	2.5(1-5)	1(0-3)	U=1604 Z=-3.13	0.002b

*a. Bağımsız Gruplar t testi b.Mann Whitney U

WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, KSE: Kısa Semptom Envanteri, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

4.3. Epilepsi Hastalarının Klinik Özelliklerinin İncelenmesi

Epilepsi hastaları nöbet tipi, nöbet sıklığı, alınan tedavi ve kullanılan antiepileptik ilaç türü, EEG’de epileptik aktivite varlığı, tanı yaşı ve hastalık süresi değişkenleri açısından değerlendirilmiştir. Buna göre epilepsi hastalarının %39.7’si fokal nöbet, %60.3’ü jeneralize nöbet geçirmektedir. Nöbet sıklıklarına bakıldığında son bir aydaki nöbet sayısı birden fazla olan hastaların sayısı nöbet geçirmeyen veya 1 nöbet geçirenlerden yüksektir. Hastaların son bir ayda geçirdikleri nöbet sayısı 0 ile 10 arasında değişmektedir. Hastaların nöbetsiz geçirdikleri süre ortalaması 13.9 aydır. Hastaların EEG’lerine bakıldığında %76.5’inin raporunda epileptik aktivite bulgusu vardır (Tablo 4’e bakınız).

Tanı yaşı 0-42 arasında değişmekte ve tanı yaşı ortalaması 18.42'dir. Tanı alınan gelişim dönemi incelendiğinde hastaların yarısının çocukluk ve ergenlikte, diğer yarısının yetişkinlik döneminde tanı aldığı görülmektedir. Hastalar ortalama 12 yıl hastalık geçmişine sahiptir. Çalışmaya monoterapi ve iki antiepileptik ilaç kullanan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların %75'i(51) monoterapi almakta ve 17'si Levetiresetam, 9'u Valproik-asit, 25'i Karbamazepin tedavisi görmektedir. Politerapi (2 ilaç) alan 17 hasta bulunmakta olup monoterapi alan hastalarla aynı ilaçları kullanmaktadır (Tablo 4'e bakınız).

Tablo 4
Epilepsi Hastalarının Klinik Özellikleri

		N(%)
Nöbet tipi	Fokal	27(39.7)
	Jeneralize	41(60.3)
EEG'de epileptik aktivite	Var	52(76.5)
	Yok	16(23.5)
Nöbet sıklığı	Son 1 ayda 1 > nöbet var	38(55.9)
	Son 1 ayda 1 nöbet veya nöbet yok	30(44.1)
Epilepsi tanısı alınan gelişim dönemi	18yaş öncesi	34(50)
	18yaş sonrası	34(50)
Tedavi şekli	monoterapi	51(75)
	politerapi	17(25)
Antiepileptik ilaç	levetiresetam (lev)	17(25)
	Valproik asit (vpa)	9(13.2)
	Karbamazepin (kbz)	25(36.8)
	İkili(Lev-Kbz, Lev-Vpa, Vpa-Kbz)	17(25)
	Min-Max	X ± S.s
Son bir aydaki nöbet sayısı	0-10	1,31 ± 2.024
Tanı Yaşı	0-42	18,42 ± 8,55
Hastalık Süresi (yıl)	1-32	12,077 ± 8,34
Nöbetsiz Geçen Süre (ay)	0-60	13,904 ± 16,922

4.4. Epilepsi Hastalarında DEHB Düzeyi ile İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi

Nöbet tipine göre DEHB puanları incelendiğinde ASRS toplam puanı medyanına göre nöbet tipleri arasında anlamlı farklılık vardır ($U=372.5$; $p=.02$). Fokal nöbet geçiren hastaların ASRS toplam puanı jeneralize nöbet geçirenlerden daha yüksektir. Dikkatsizlik puanı ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ($t=-2.53$, $p=.01$). Fokal nöbet geçiren hastaların dikkatsizlik puanı jeneralize nöbet geçirenlerden daha yüksektir. Dürtüsellik puanı ile nöbet tipleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$) (Tablo 5'e bakınız).

Nöbet sıklığına göre DEHB puanları incelendiğinde ASRS toplam puan ($t=-.445$; $p=.017$), dikkatsizlik puanları ($t=-2,312$, $p=.024$) ve dürtüsellik puanları ($t=-2,147$; $p=.035$) anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Son bir ayda birden fazla nöbet geçirenlerin

DEHB puanları son bir ayda bir ve daha az nöbet geçirenlerden daha yüksektir (Tablo 5'e bakınız).

ASRS toplam puan ortalamaları geçmişe dönük DEHB düzeyine göre farklılaşmaktadır ($t=-5,55$; $p<.001$). ASRS dikkatsizlik puan ortalamaları geçmişe dönük DEHB düzeyine göre farklılaşmaktadır ($t=-6,81$; $p<.001$). ASRS dürtüsellik puan ortalamaları geçmişe dönük DEHB düzeyine göre farklılaşmaktadır ($t=-4,37$; $p<.001$). Geçmişe dönük DEHB düzeyi yüksek olan bireylerin ASRS toplam, dikkatsizlik ve dürtüsellik puanları geçmişe dönük DEHB düzeyi düşük olan bireylerden daha yüksektir (Tablo 5'e bakınız).

Genel psikiyatrik belirti düzeyi ile ASRS toplam puanı ($t=5,025$; $p<.001$), dikkatsizlik puanı ($t=4,165$; $p<.001$) ve dürtüsellik puanı ($t= 4,954$; $p<.001$) arasında anlamlı farklılık vardır. Psikiyatrik belirti düzeyi yüksek olan hastaların DEHB puanları düşük düzeyde olanlara göre daha yüksektir (Tablo 5'e bakınız).

Cinsiyete göre DEHB puanları incelendiğinde ASRS toplam puan($t=-2,129$; $p=.037$) ve dürtüsellik puanı($t=-2,544$; $p=.013$) anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Dikkatsizlik puanları ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p< .05$). Erkek hastaların dürtüsellik ve ASRS toplam puanları kadın hastalardan yüksektir (Tablo 5'e bakınız).

Kullanılan antiepileptik ilaçlara göre DEHB puanları incelendiğinde Karbamazepin kullanan hastaların DEHB puan ortalamaları en yüksek; Valproik asit kullanan hastaların DEHB puan ortalamaları en düşüktür. Karbamazepinden sonra yüksek DEHB puan ortalamasını Levetiresetam kullananlar izlemektedir (Tablo 5'e bakınız).

Tablo 5
Epilepsi Hastalarında DEHB Düzeyi ile İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi

			X ± S.s.	İstatistik	p
ASRS TOPLAM PUAN	Nöbet tipi	Jeneralize	22(13-32.5)	U=372.5	0.02a
		Fokal	28(21-47)	Z=-2.27	
	Çocuklukta Dehb Düzeyi -WUDÖ	Çocuklukta DEHB yüksek	40.32±13.44	t=-5.55	<0.001b
		Çocuklukta DEHB düşük	21.49±9.90		
	Nöbet Sıklığı	Son 1 Ayda 1≤ Nöbet Geçirme	24,11±11,351	t = -2,445	0.017b
		Son 1 Ayda 1> Nöbet Geçirme	32,67±17,06		
	Cinsiyet	Kadın	23,66±10,748	t=-2,129	0.037b
Erkek		30,67±16,308			
Genel Belirti Düzeyi-KSE	Psikiyatrik sıkıntı var 1≥	33,97±12,535	t=5,025	< .001b	
	Psikiyatrik sıkıntı yok 1<	19,53±11,120			
Kullanılan antiepileptik ilaç	Levetiresetam	26,53 ±15,395	**		
	Karbamazepin	31,28 ±13,939			
	Valproik asit	20,22 ± 9,080			
	İkili ilaç(Lev-Kbz/ Lev-Vpa/ Kbz-Vpa)	23,76 ±12,862			
ASRS DİKKATSİZLİK PUANI	Nöbet Tipi	Jeneralize	12.39 ± 7.85	t= -2.53	0.01b
		Fokal	17.41 ± 8.22		
	Nöbet Sıklığı	Son 1 Ayda 1≤ Nöbet Geçirme	12,87 ± 7,107	t= -2,312	0.024b
		Son 1 Ayda 1> Nöbet Geçirme	17,76 ± 9,899		
	Çocuklukta Dehb Düzeyi-WUDÖ	Çocuklukta DEHB Yok	11.08 ± 6.09	t= -6.81	< .001b
		Çocuklukta DEHB Var	22.89 ± 7.22		
	Genel Belirti Düzeyi- KSE	Psikiyatrik sıkıntı yüksek 1≥	18,15 ± 7,778	t= 4,165	< .001b
Psikiyatrik sıkıntı düşük 1<		10,62 ± 7,714			
Kullanılan antiepileptik ilaç	Levetiresetam	13,24 ± 8,606	**		
	Karbamazepin	17,36 ± 8,958			
	Valproik asit	10,89 ± 6,092			
	İkili ilaç(Lev-Kbz/ Lev-Vpa/ Kbz-Vpa)	13,00 ± 7,228			
ASRS DÜRTÜSELLİK PUANI	Nöbet Sıklığı	Son 1 Ayda 1≤ Nöbet Geçirme	11,23 ± 5,828	t= -2,147	0.035b
		Son 1 Ayda 1> Nöbet Geçirme	14,90 ± 7,867		
	Çocuklukta Dehb Düzeyi-WUDÖ	Çocuklukta DEHB Yok	10.41 ± 5.49	t= -4.37	<0.001b
		Çocuklukta DEHB Var	17.42 ± 6.98		
	Cinsiyet	Kadın	10,61 ± 5,202	t= -2,544	0.013b
		Erkek	14,60 ± 7,717		
	Genel Psikiyatrik Belirti Düzeyi-KSE	Psikiyatrik sıkıntı yüksek 1≥	15,82 ± 5,987	t=4,954	< .001b
Psikiyatrik sıkıntı düşük 1<		8,91 ± 5,507			
Kullanılan antiepileptik ilaç	Levetiresetam	13,29 ± 7,824	**		
	Karbamazepin	13,92 ± 6,350			
	Valproik asit	9,33 ± 4,500			
	İkili ilaç(Lev-Kbz/ Lev-Vpa/ Kbz-Vpa)	10,76 ± 6,543			

*a. Mann Whitney U testi b. Bağımsız Gruplar T-testi

** Yalnızca ölçek puan ortalaması ve standart sapmaları verilmiş; sayı azlığı nedeniyle istatistik yapılamamıştır.
WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, KSE: Kısa Semptom Envanteri, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

4.5.Epilepsi ve Kontrol Grubunun DEHB Sıklığı, Psikiyatrik Belirti Sıklığının İncelenmesi

Epilepsi hastalarının ASRS pozitif olma ihtimali kontrol grubuna göre 7.8 kat daha fazladır ($X^2=7.49$; $p=0.006$). Epilepsi grubunun %19.1'ini, kontrol grubunun %2.9'sini ASRS pozitif olan bireyler oluşturmaktadır (Tablo 6'ya bakınız).

Epilepsi grubunda olmak WUDÖ'ye göre DEHB tanısı alma ihtimalini 3.38 kat artırmaktadır ($X^2=5.75$ $p=0.016$). Epilepsi hastalarında çocuklukta DEHB olma ihtimali sağlıklı bireylere göre daha yüksektir (Tablo 6'ya bakınız). Çocuklukta DEHB düzeyi yüksek olan epilepsi hastalarının ASRS pozitif olma ihtimali çocuklukta DEHB düzeyi düşük olanlara göre 10.125 kat daha fazladır ($X^2=11,192$; $p=0.001$). Epilepsi grubunda çocuklukta DEHB düzeyi yüksek ve ASRS pozitif olan 9 (%13.2) kişi iken kontrol grubunda 2(%2.9) kişidir. Kontrol grubunun %89.7'sini, epilepsi grubunun %66.1'ini çocuklukta DEHB düzeyi düşükken ASRS negatif olan bireyler oluşturmaktadır (Tablo 6'ya bakınız).

Epilepsi grubunun genel psikiyatrik belirti düzeyi yüksek olma ihtimali kontrol grubuna göre 5.8 kat daha fazladır ($X^2=17,773$; $p= .000$). Epilepsi grubunun %50'si, kontrol grubunun %14.7'si psikiyatrik belirti yaşayan bireyler oluşturmaktadır (Tablo 6'ya bakınız).

Tablo 6

Epilepsi-Sağlıklı Olan Bireylerin Risk Açısından Karşılaştırılması

		Epilepsi N(%)	Sağlıklı N(%)	X^2	Odds Oranı	p
Erişkin DEHB Düzeyi	ASRS +	13(19.1)	2(2.9)	7,493	7,8	.006
	ASRS-	55(81.9)	66(97.1)			
Çocukluk DEHB Düzeyi-WUDÖ	DEHB düzeyi yüksek	19(27.9)	7(10.3)	5,754	3,379	.016
	DEHB düzeyi düşük	49(72)	61(89.7)			
Çocukluk DEHB Düzeyine Göre Erişkinlik DEHB Düzeyi*	Çocuklukta DEHB yüksekken ASRS+	9(13.2)	2(2.9)	11,192	10,125	.001
	Çocuklukta DEHB düşükken ASRS +	4(5.8)	0(0)			
	Çocuklukta DEHB düşükken ASRS-	45(66.1)	61(89.7)			
	Çocuklukta DEHB yüksekken ASRS-	10(14.7)	5(7.3)			
Psikiyatrik Genel Belirti Düzeyi-KSE	GSI 1+ (psikiyatrik sıkıntı var)	34(50)	10(14.7)	17,773	5,8	.000
	GSI 1- (psikiyatrik sıkıntı yok)	34(50)	58(85.2)			

*Sağlıklı grupta hücreye düşen birey sayısı nedeniyle hesaplanamamıştır. Bu değişken yalnızca epilepsi hastalarında hesaplanabilmiştir. WUDÖ için kesme puanı 36; ASRS için 14 , KSE için 1.00 alınmıştır.

*Odds oranı Kikare risk analizi sonucu hesaplanmıştır.

WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, KSE: Kısa Semptom Envanteri, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

5. TARTIŞMA

Çalışma 68 epilepsili, 68 sağlıklı bireyle yürütülmüştür. Epilepsi hastalarının %19.1'inin DEHB olabileceği saptanmış olup bu bulgu erişkin epilepsi hastalarında %18 ile %35 arasında bildirilen DEHB komorbiditesi oranı ile uyumludur (Ettinger ve ark., 2015; Ashjazadeh ve ark., 2019). Erişkin epilepsi hastalarında normal kognisyona sahip olmanın DEHB oranını yarı yarıya düşürdüğü; DEHB oranının yüksek çıkmasının bilişsel bozulmalardan kaynaklanabileceği dikkat çekmektedir (Ashjazadeh ve ark., 2019). Tüm yaş gruplarından epilepsi hastaları birlikte değerlendirildiğinde DEHB prevalansı %12 ile %39 arasında değişmekte ancak erişkinlerde DEHB tanısının ihmal edildiği görülmektedir (Davis ve ark., 2010).

Çalışmada epilepsi hastalarının sağlıklı bireylere göre DEHB olma ihtimali 7.8 kat fazla olduğu bulunmuş olup, bu oranın literatürde epilepsi hastalarının genel popülasyondan 5.5 kat (Salpekar, 2014) ve 2.7 kat (Bertelsen, 2016) daha fazla DEHB tanısı aldıklarını bildiren araştırma verilerinden yüksek olduğu görülmektedir. Bu farkın oluşmasında, araştırmanın örneklem özelliklerinin ve araştırmada klinik görüşme olmadan yalnızca öz bildirime dayalı DEHB oranının hesaplanmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Epilepsi grubunun kontrol grubuna göre 3.38 kat daha fazla geçmişe dönük DEHB tanısı almış olması, çalışmaya geçmişinde DEHB tanısı olanların dahil edilmediği düşünüldüğünde epilepsi olan bireylerde DEHB tanısının gözden kaçırılabilceğini akla getirmektedir. Geçmişe dönük tanı alan epilepsi hastalarının %27.9'unun erişkinlik döneminde de DEHB adayları oldukları ve geçmişe dönük DEHB tanısı alanların tanı almayanlara oranla erişkinlikte tanı alma riskinin 10 kat daha yüksek olduğu bir arada değerlendirildiğinde epilepsi hastalarında DEHB belirtilerinin uzun süreli var olduğu söylenebilir. Çocuk ve ergenlerle yapılmış epilepsi DEHB komorbidite çalışmalarında bu ilişkinin iki yönlü olduğu (Cohen ve ark., 2013; Lima ve ark., 2018), DEHB olan çocuk ve ergenlerin epileptik nöbet geçirmeye yatkın olduğu bulunmuştur (Ishii ve ark., 2003; Altuner, Altuner ve Sever, 2013). Epilepsisi olan çocukların üçte birinde DEHB görüldüğü ve DEHB olan çocuklarda epilepsi sıklığı 2.7 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Hesdorffer ve ark., 2004). DEHB tanısı olan bireylerin daha erken nöbet başlangıç yaşına sahip olduğu, daha sık nöbet geçirdiği ve bu bireylerde epilepsinin daha şiddetli olduğu görülmektedir (Davis ve ark., 2010). Bertelsen ve ark. (2016) epilepsi ve ateşli nöbet varlığının DEHB'yi etkilediğini, bireyde ateşli nöbet ve epilepsi olması halinde

DEHB insidansının 3.22 kat arttığını, perinatal risk faktörleri, sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik bozukluklar kontrol edildiğinde insidans oranının 4.14 olduğunu bildirmiştir. Carabolla ve ark. (2013) tarafından yürütülen araştırmada miyoklonik epilepsili olan çocukların %28.9'unun ailesinde epilepsi öyküsü olduğu, %15.8'inin ailesinde ateşli nöbet öyküsü olduğu; bunların DEHB ve öğrenme bozukluğu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. DEHB ve epilepsi birlikteliğine sahip çocukların geriye dönük incelendiği çalışmada hastaların %75'inin epilepsi sonrası DEHB tanısı aldıkları ve bu grubun ilk nöbet yaşı ve anti epileptik ilaç başlama yaşının anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur (Şahin ve ark., 2019). Kartal'ın (2012) çalışmasında DEHB tanılı çocukların %14.3'ünde epilepsi öyküsü, %80'inde 5 yaş öncesinde nöbet varlığı ve bu çocukların tedavilerinde %61.1 oranında Sodyum Valproat, %33.3 oranında Karbamazepin tercih edildiği görülmüştür. Epilepsi veya DEHB tanısı alan bireyler değerlendirilirken çoklu faktörler ele alınmalı ve detaylı nöropsikolojik değerlendirme yapılmalıdır.

Araştırmaya dahil edilen epilepsi hastalarının yarısının çocukluk ve ergenlikte epilepsi tanısı aldığı ve geçmişe dönük DEHB tanısı alanların dikkatsizlik, dürtüsellik puanları tanı almayanlara göre yüksek olduğu, çocuklukta DEHB tanısı alma ile erişkinlikte DEHB olma ihtimali arasında ilişki olduğu görülmüştür. Epilepsisi olan çocuk ve ergenlerde sıklıkla dikkat eksikliği ve hiperaktivite görüldüğü (Toros ve Ekinci, 2013), çocuk ve ergen yaş grubunda yapılmış çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla rolandik epilepsi hastaları ile çalışılmış olduğu ve yüksek oranda DEHB görüldüğü bildirilmiştir (Pooya ve ark., 2019; Kang ve ark., 2015; Lima ve ark., 2018; Tovia ve ark., 2011; Kim ve ark., 2014). Rolandik epilepsi ve EEG'lerde rolandik yükselmeler dikkati ve bilişsel fonksiyonları olumsuz etkilemekte, davranış ve psikiyatrik problemleri artırmaktadır (Ayaz ve ark., 2013; Xiao ve ark., 2016; Nissenkorn ve ark., 2017; Danhofer ve ark., 2018). EEG değişiklikleri olan DEHB'li çocuklarda %70, epilepsi grubunda %50 oranlarında DEHB bileşik alt tipi görüldüğü; hiperaktivite alt tipinde EEG değişiklikleri olmayan çocukların çoğunlukta olduğu (Ahmed ve ark., 2021), uykulu EEG'de epileptik aktivitenin olmasının dikkat eksikliği ve dürtüsellikle yüksek düzeyde ilişkili olduğu (Danhofer ve ark., 2018) bildirilmiştir. Araştırmada geçmişe dönük DEHB tanısı alan hastaların erişkin dikkatsizlik puanlarının iki kat yüksek olması çocuklukta görülen bu psikiyatrik belirtilerin erişkinlikte de devam ettiğini, çocuklukta tedavi edilmediğini veya tedavide yetersiz kalındığına dikkat çekmektedir.

Epilepsi grubu klinik özelliklerine göre incelendiğinde, nöbet tipinin ve nöbet sıklığının erişkin DEHB düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Fokal nöbet geçiren hastaların dikkatsizlik puanları jeneralize nöbet geçiren hastaların puanlarından yüksek olup, bu fark kullanılan anti epileptik ilaçların ve sayısının dikkat üzerinde olumsuz yan etkilerinden kaynaklanabilmektedir (Williams ve ark., 2016; Mukaddes, 2021). Literatürde Jeneralize nöbet geçiren hastalarda özellikle uzun süreli dikkatin fokal nöbet geçirenlere göre daha çok bozulduğunu bildirilmektedir (Sancez-Carpintero ve Neville, 2003; Kang ve ark., 2015). Dürtüsellik puanlarının nöbet tipine göre farklılaşmaması, karbamazepin, levetiresetam ve valproik asitin hastalar üzerinde duygu durum düzenleyici ve dürtüsellik baskılayıcı etkileri olduğuna yönelik literatür bulgularıyla uyumludur (Öztürk ve Demir, 2019; Mukaddes, 2015).

Bu çalışmada nöbet sıklığı bireylerin son 1 ayda geçirdikleri nöbet sayısı baz alınarak incelenmiş olup, son bir ayda birden fazla nöbet geçiren hastaların hem dikkatsizlik hem de dürtüsellik puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Nöbet tipi ile dürtüsellik arasında ilişki görülmezken nöbet sıklığının dürtüsellik puanları ile ilişkili olması sık nöbet geçiren hastaların yüksek düzeyde stres, kaygı ve öfke yaşamalarından kaynaklı dürtüsel davranmalarına yol açabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada epilepsi hastalarının sağlıklı bireylere göre 5.8 kat daha fazla psikiyatrik belirti deneyimlediği ve literatürde de epilepsili bireylerde psikiyatrik komorbiditenin yaygın olması (Weatherburn, Heath, Mercer, Guthrie, 2017; Yapıcı ve ark., 2003) bu düşüncüyü desteklemektedir. Yetişkin epilepsi hastalarında depresyon (Feldman ve ark., 2018; Chandraekharan ve ark., 2017) sürekli kaygı ve umutsuzluk (Koç ve Akmeşe, 2011), somatik yakınmalar, DEHB, içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları (Ahmed ve ark., 2021) görülmektedir. DEHB riski olan erişkin epilepsi hastalarının daha sık nöbet geçirdikleri, yüksek anksiyete ve depresyon puanına sahip olduğu görülmüştür (Ettinger ve ark., 2015). Sekonder jeneralize tonik klonik nöbet tipine sahip olmak ve ayda birden fazla nöbet geçirmek depresyon riskini artırmaktadır (Chandraekharan ve ark., 2017). Feldman ve ark. (2018) erişkin epilepsi hastalarının %40'ında bilişsel ve ruhsal bozulmaların görüldüğü, bu bozulmaların son 1 aydaki nöbet sıklığı ve kullanılan anti epileptik ilaç sayısı ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Lee ve ark. (2017) erişkin epilepsi hastalarında nöbet başlangıç yaşı ile kaygı düzeyi negatif yönlü ve iyi oluş düzeyi ile pozitif yönlü ilişki olduğunu ve politerapi alan hastaların daha yüksek düzeyde kaygı ve depresyona sahip olduğunu; remisyonunda olmanın depresyon ve kaygıyı azalttığını bildirmiştir. Nöbet sıklığı ve psikiyatrik belirtilerin varlığı epilepsi olan bireylerin başa

çıkmasını zorlaştırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Kanner ve Balabanov, 2002; Kanner ve ark., 2010; Tellez-Zenteno ve ark., 2007).

Erişkinlerde dürtüsellik ve dikkatsizlik puanlarının kullanılan ilaca göre değiştiği ve dikkatsizlik puanını artıran ilaçların sırasıyla karbamazepin sonrasında levetiresetam, ikili ilaç (LEV-KBZ-VPA ikilileri) ve valproik asit olduğu görülmektedir. Hastaların dikkatsizlik puanlarının dürtüsellik puanlarından daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Verrotti (2018) çalışmasında antiepileptik ilaçlarda en çok DEHB semptomu yapan ilaçların başta fenobarbital olmak üzere topiramate, valproik asit olduğunu, karbamazepin kullanımının davranış ve dikkat üzerinde olumlu etkileri olduğunu bildirmiştir. Chen ve ark.(2017) erişkin epilepsi hastalarında karbamazepin ve valproik asit kullanımının psikiyatrik ve davranışsal olarak daha az yan etki yaptığı, en çok levetiresetam kullanan hastalarda semptom görüldüğünü ve karbamazepin, gabapentin, clobazam, valproate kullanan hastalarda düzenli ilaca devam edildiğini bulgulamıştır. Pooya ve ark. (2019) rolandik epilepsili çocuklarda levetiresetamın karbamazepine göre daha iyi bir opsiyon olduğunu bildirirken Xiao ve ark. (2014) valproik asit monoterapisinin levetiresetama göre daha iyi nöbet kontrolü sağladığını, Schubert (2007) lamotrijin ve karbamazepinin dikkat ve davranışı olumlu etkileyeceğini bildirmiştir. Literatürde antiepileptik ilaçlar ile ilgili çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Ancak monoterapinin bilişsel ve davranışsal fonksiyonları koruduğu, politerapinin olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (Tzitziridou ve ark., 2005).

Psikiyatrik tanı geçmişine sahip olan, sekonder JTK nöbet, absans nöbet ve dirençli epilepsi olan hastalarda davranışsal ve ruhsal yan etkiler görüldüğü (Chandraekharan ve ark., 2017), antiepileptik ilaç tedavisi gören erişkin epilepsi hastalarının %13.8'inin bu yan etkileri tolere edemediği (Chen ve ark., 2017) ve epilepsi hastalarında görülen bilişsel ve ruhsal yan etkilerden dolayı ilaç değişikliği ve doz azaltmaya gidildiği bildirilmiştir (Chen ve ark., 2017; Chandraekharan ve ark., 2017). Luş (2007) çalışmasında başlangıç aşamasında olan epilepsi hastalarında valproik asit tedavisinden sonra EEG'lerinde düzelme görülürken nöropsikolojik testlerde düzelme olmadığını; görülen DEHB semptomlarının ilaçlardan bağımsız olabileceğini ve psikiyatri alanında değerlendirilip tedavi edilmesi gerektiğini bildirmiştir.

Çalışmada EEG'de epileptik aktivite varlığı ile DEHB düzeyi incelenmiş olup anlamlı bir bulguya rastlanmamıştır. Ancak DEHB'li bireylerin EEG sonuçları incelendiğinde %53'ünde interiktal epileptiform deşarjlar olduğu, interiktal rolandik

yükselmeler olduğu ve bu yükselmelerin zeka fonksiyonları, bellek fonksiyonları ve DEHB ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Silvestri vd., 2007). Ayrıca idiopatik epilepsi tanılı çocuklarla yapılmış araştırmada nöbet kontrolü olmasına rağmen dikkatte antepileptik tedavi sonrası iyileşme olmadığı ve EEG'lerde interiktal anomalilerin kalıcı olduğu ve DEHB ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Borgatti vd., 2004). EEG değişiklikleri, epilepsi ve DEHB ilişkisinin incelendiği çalışmalar, EEG değişikliklerinin tanı düzeyinde olmasa da hem epilepsi hem de DEHB'de önemli rol oynadığını ve nöropsikiyatrik bulgularla ilişkili olabileceğini göstermektedir. (Ahmed ve ark., 2021; Altunel, Altunel ve Sever, 2013). Epilepsi veya DEHB tanılı bireylerde EEG izlemesi yapılmasının sorunun asıl kaynağını bulmada önem taşımaktadır.

Epilepsi hastalarının dikkatsizlik puanlarının cinsiyete göre değişmediği ancak dürtüsellik puanlarının cinsiyet ile ilişkili olduğu, erkek hastaların kadın hastalardan daha dürtüsel olduğu bulunmuştur. Genel popülasyonda DEHB görülme sıklığının erkeklerde kadınlara oranla 2 kat daha yüksekken epilepsi hastalarında cinsiyet dağılımının benzer olduğu yönündedir (Downs, Guist ve Dunn, 2017; Bertelsen ve ark., 2016).

Sonuç olarak bu araştırmadan;

-Epilepsi hastalarının DEHB olma ihtimalinin sağlıklı erişkinlere göre 7.8 kat daha fazla olduğu, özellikle fokal nöbet geçiren ve son bir ayda birden fazla nöbet geçiren hastaların DEHB riskinin yüksek olduğu, geçmişe dönük DEHB düzeyi ile erişkin DEHB düzeyleri arasında ilişki olduğu,

-Epilepsi hastalarının psikiyatrik belirti düzeylerinin sağlıklı bireylerde 5.8 kat yüksek olduğu ve psikiyatrik belirti düzeyi yüksek olan epilepsi hastaların DEHB puanlarının düşük düzeyde olanlara göre daha yüksek olduğu bulguları elde edilmiştir.

Ancak araştırmanın sınırlılıkları göz önüne alındığında;

-Araştırmaya dahil edilen katılımcılar erişkin epilepsi hastalarının tamamını kapsamakta olup mental retarde olan, 2'den fazla antepileptik ilaç kullanımı olan ve epilepsi dışında kronik fiziksel/ruhsal rahatsızlık tanısı olan hastaların dahil edilerek tekrarlanması, araştırma sadece Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Polikliniği ile sınırlı kalması bu araştırmanın

genellenebilirliğini dūřürmekte olup katılımcı sayısının artırılarak ve daha çok bireye ulaşılarak tekrarlanması,

-Araştırmada öz değerlendirmeye dayalı veriler kullanılmış olup performans değerlendirmeye dayalı ölçme araçları ve klinik görüşme yapılarak tekrarlanması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Aaberg, K. M., Bakken, I. J., Lossius, M. I., S raas, C. L., H berg, S. E., Stoltenberg, C., ... & Chin, R. (2016). Comorbidity and childhood epilepsy: a nationwide registry study. *Pediatrics*, 138(3).
- Ahmed, G. K., Darwish, A. M., Khalifa, H., & Khashbah, M. A. (2021). Evaluation of psychiatric comorbidity in attention-deficit hyperactivity disorder with epilepsy: A case-control study. *Epilepsy Research*, 169, 106505.
- Aktekin, B., Agan, K., Arman, F., Aslan, K., Aykutlu, E., Baklan, B., ... & Velioglu, S. (2012). Epilepsi rehberi: Turk noroloji dernegi epilepsi calisma grubu. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 18(1), 26-39.
- Altunel, A., Altunel, E.  ., & Sever, A. (2013). Electroencephalogram in attention deficit hyperactivity disorder: spike and wave paroxysms, foci, and seizures. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 30(4), 357-361.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 TM tanı  l utleri ve başvuru elkitabı (K. Ertuğrul,  ev.) Ankara: HYB Yayıncılık.
- Asadi-Pooya, A. A., Forouzesh, M., Eidi, H., & Mirzaghafour, S. E. (2019). Levetiracetam versus carbamazepine in treatment of rolandic epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 94, 1-8.
- Ashjazadeh, N., Sahraeian, A., Sabzgolın, I., & Asadi-Pooya, A. A. (2019). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 101, 106543.
- Ayaz M, Karakaya I, Ayaz AB, Kara B, Kutlu M. Psychiatric and neurocognitive evaluation focused on frontal lobe functions in rolandic epilepsy. *Noro Psikiyatr Ars* 2013; 50:209–15.
- Bora, S., Yeni, S. N., & G rses, C. (2008). Epilepsi. s: 707-734, 1. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Borgatti, R., Piccinelli, P., Montiroso, R., Donati, G., Rampani, A., Molteni, L., ... & Balottin, U. (2004). Study of attentional processes in children with idiopathic epilepsy by Connors' Continuous Performance Test. *Journal of child neurology*, 19(7), 509-515.
- Bostancı, B., Konuk, N., Kiran, S., K krek, Z., & Yeni, S. N. (2011). Epilepsi hastalarının kişilik  zelliklerinin Cloninger'in Mizaç ve Karakter  l eđi ile

- değerlendirilmesi/The evaluation of personality of epileptic patients by using Cloninger's Temperament and Character Inventory. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 13.
- Bertelsen, E. N., Larsen, J. T., Petersen, L., Christensen, J., & Dalsgaard, S. (2016). Childhood epilepsy, febrile seizures, and subsequent risk of ADHD. *Pediatrics*, 138(2).
- Brikell, I., Ghirardi, L., D'Onofrio, B. M., Dunn, D. W., Almqvist, C., Dalsgaard, S., ... & Larsson, H. (2018). Familial liability to epilepsy and attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Biological psychiatry*, 83(2), 173-180.
- Caraballo, R. H., Flesler, S., Pasteris, M. C., Lopez Avaria, M. F., Fortini, S., & Vilte, C. (2013). Myoclonic epilepsy in infancy: an electroclinical study and long-term follow-up of 38 patients. *Epilepsia*, 54(9), 1605-1612.
- Carlson, N. R. (2011). *Fizyolojik psikoloji*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Chandrasekharan, S. C., Menon, V., Wadwekar, V., & Nair, P. P. (2017). High frequency of depressive symptoms among adults with epilepsy: results from a hospital-based study. *Journal of neurosciences in rural practice*, 8(S 01), S013-S019.
- Chen, B., Choi, H., Hirsch, L. J., Katz, A., Legge, A., Buchsbaum, R., & Detyniecki, K. (2017). Psychiatric and behavioral side effects of antiepileptic drugs in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 76, 24-31.
- Cohen, R., Halevy, A., & Shuper, A. (2013). Children's sleep disturbance scale in differentiating neurological disorders. *Pediatric neurology*, 49(6), 465-468.
- Cohen J. (1988), *Statistical power analysis for the Behavioral Sciences* (3.Baskı). Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.
- Danhofer P, Pejčochová J, Dušek L, Rektor I, Ošlejšková H. The influence of EEGdetected nocturnal centrotemporal discharges on the expression of core symptoms of ADHD in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BCECTS): a prospective study in a tertiary referral center. *Epilepsy Behav* 2018; 79:75–81.
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 199-212.

- Davis, S. M., Katusic, S. K., Barbaresi, W. J., Killian, J., Weaver, A. L., Ottman, R., & Wirrell, E. C. (2010). Epilepsy in children with ADHD: a population-based study. *Pediatric neurology*, 42(5), 325.
- Doğan, S., Öncü, B., Varol Saraçoğlu, G., & Küçükgöncü, S. (2009). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 77-87.
- Downs J., Guist J., Dunn D.W., Considerations for ADHD in child with epilepsy and the child with migraine. *Expert RevNeurother*.2017;17(9):861-9.
- Ekinci, Ö. , & Toros, F. (2013). Epilepsi Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Bozukluklar/ Psychiatric Disorders in Children and Adolescents with Epilepsy. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 5(1), 60.
- Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardıc U, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry* 2019;73:132-40.
- Erkuş, A. (2013). Davranış bilimleri için bilimsel araştırma süreci. 4.Baskı,Seçkin Yayıncılık,Ankara.
- Ettinger, A. B., Ottman, R., Lipton, R. B., Cramer, J. A., Fanning, K. M., & Reed, M. L. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adults with self-reported epilepsy: results from a national epidemiologic survey of epilepsy. *Epilepsia*, 56(2), 218-224.
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... & WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65.
- Feldman, L., Lapin, B., Busch, R. M., & Bautista, J. F. (2018). Evaluating subjective cognitive impairment in the adult epilepsy clinic: effects of depression, number of antiepileptic medications, and seizure frequency. *Epilepsy & Behavior*, 81, 18-24.
- 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.
- Halmoy, A., Klungsoyr, K., Skjaerven, R., & Haavik, J. (2012). Pre-and perinatal risk factors in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 71(5), 474-481.

- Hesdorffer, D. C., Ludvigsson, P., Olafsson, E., Gudmundsson, G., Kjartansson, O., & Hauser, W. A. (2004). ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. *Archives of general psychiatry*, *61*(7), 731-736.
- Ishii, T., Takahashi, O., Kawamura, Y., & Ohta, T. (2003). Comorbidity in attention deficit–hyperactivity disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *57*(5), 457-463.
- İzci, F. (2016). Epilepsi Hastalarında Aleksitimi, Mizaç ve Karakter Özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *8*(1), 64-75.
- Kang, S. H., Yum, M. S., Kim, E. H., Kim, H. W., & Ko, T. S. (2015). Cognitive function in childhood epilepsy: importance of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical neurology (Seoul, Korea)*, *11*(1), 20.
- Kanner, A. M., & Balabanov, A. (2002). Depression and epilepsy: how closely related are they?. *Neurology*, *58*(8 suppl 5), S27-S39.
- Kanner, A. M., Barry, J. J., Gilliam, F., Hermann, B., & Meador, K. J. (2010). 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*, *51*(7), 1152-1158.
- Kartal, A. Y., & DEDA G. T. D. (2012). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda risk faktörlerinin elektrofizyolojik ve klinik bulgular üzerine etkisi
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V & Zaslavsky, A. M. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological psychiatry*, *57*(11), 1442-1451.
- Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ vd. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* *16*:52–65.
- Kim, S. E., Lee, J. H., Chung, H. K., Lim, S. M., & Lee, H. W. (2014). Alterations in white matter microstructures and cognitive dysfunctions in benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes. *European Journal of Neurology*, *21*(5), 708-717.
- Koç, E. R., & Piştav Akmeşe, P. (2011). Comparison of the Levels of Anxiety, Depression and Hopelessness of Patients with Epilepsy and Healthy Individuals. *Turkish Journal of Neurology*, *17*(4), 189-194.

- Lee, S. A., Ryu, H. U., Choi, E. J., Ko, M. A., Jeon, J. Y., Han, S. H., ... & Jo, K. D. (2017). Associations between religiosity and anxiety, depressive symptoms, and well-being in Korean adults living with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 75, 246-251.
- Lima, E. M., Rzezak, P., Dos Santos, B., Gentil, L., Montenegro, M. A., Guerreiro, M. M., & Valente, K. D. (2018). The relevance of attention deficit hyperactivity disorder in self-limited childhood epilepsy with centrotemporal spikes. *Epilepsy & Behavior*, 82, 164-169.
- Lus G., Kılınçaslan A., Mukaddes NM., Tatlı B. (2007). Neurocognitive characteristic of children with rolandic epilepsy. Poster presentation, *European Child and Adolescent Psychiatry ESCAP(ITALY)*.
- Michielsen, M., Semeijn, E., Comijs, H. C., van de Ven, P., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Kooij, J. S. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 201(4), 298-305.
- Mukaddes, N. M. (2021). *Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar*. Nobel Tıp.
- Nissenkorn A, Pappo A, Feldmann Y, Heimer G, Bar-Yosef O, Tzadok M, et al. Influence of epileptic activity during sleep on cognitive performance in benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes. *Eur J Paediatr Neurol* 2017;21:858–63.
- Önal, E. (2017). *Çocuklarda dirençli epilepsi gelişimini belirleyen faktörler*. (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Öncü, B., Ölmez, Ş., & Şentürk, V. (2005). Wender-Utah derecelendirme ölçeği Türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 252-259.
- Öztürk Z., Demir E., “Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile nöropsikolojik bozukluklar”, ed. A. Şebnem Soysal Acar. *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Ruh Sağlığı Çalışanları, Alan Uzmanları, Öğrenciler ve Aileler İçin Kuramdan Uygulamaya*(Ankara:Nobel ,2019), 446-455.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Reale, L., & Bonati, M. (2018). ADHD prevalence estimates in Italian children and adolescents: a methodological issue. *Italian journal of pediatrics*, 44(1), 1-9.

- Reuber, M., Schachter, S. C., Elger C. E., Altrup U.(2012), Açıklamalı Epilepsi. Erdinç O.O.(Çev.).Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Salpekar, J. A., & Mishra, G. (2014). Key issues in addressing the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and pediatric epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 37, 310-315.
- Sanchez-Carpintero R., Neville B. G., Attentional ability in children with active epilepsy. *Epilepsia*.2003;44(10):1340-9.
- Schubert, R. (2005). Attention deficit disorder and epilepsy. *Pediatric neurology*, 32(1), 1-10.
- Silvestri, R., Gagliano, A., Calarese, T., Arico, I., Cedro, C., Condurso, R., ... & Tortorella, G. (2007). Ictal and interictal EEG abnormalities in ADHD children recorded over night by video-polysomnography. *Epilepsy research*, 75(2-3), 130-137.
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211.
- Şahin, S., Kamaşak, T., Arslan, E. A., Durgut, B. D., Dilber, B., Kandil, S., & Cansu, A. (2019). Çocuklarda epilepsi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu birlikteliğinin özellikleri: Geriye dönük inceleme. *Güncel Pediatri*, 17(1), 71-84.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Savaşır, I. ve Şahin, N. H. (Eds.). (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Tellez-Zenteno, J. F., Patten, S. B., Jetté, N., Williams, J., & Wiebe, S. (2007). Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia*, 48(12), 2336-2344.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001.
- Tovia, E., Goldberg-Stern, H., Ben Zeev, B., Heyman, E., Watemberg, N., Fattal-Valevski, A., & Kramer, U. (2011). The prevalence of atypical presentations and comorbidities of benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes. *Epilepsia*, 52(8), 1483-1488.

- Tzitoridou, M., Panou, T., Ramantani, G., Kambas, A., Spyroglou, K., & Panteliadis, C. (2005). Oxcarbazepine monotherapy in benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes: a clinical and cognitive evaluation. *Epilepsy & behavior*, 7(3), 458-467.
- Verrotti, A., Moavero, R., Panzarino, G., Di Paolantonio, C., Rizzo, R., & Curatolo, P. (2018). The challenge of pharmacotherapy in children and adolescents with epilepsy-ADHD comorbidity. *Clinical drug investigation*, 38(1), 1-8.
- Weatherburn, C. J., Heath, C. A., Mercer, S. W., & Guthrie, B. (2017). Physical and mental health comorbidities of epilepsy: population-based cross-sectional analysis of 1.5 million people in Scotland. *Seizure*, 45, 125-131.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.
- Williams A. E., Guist J M., Kroneneberger W.g., Dunn D.W., Epilepsy and attention deficit hyperactivity disorder: links, risks, and challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12:287-96.
- World Health Organization. (2019). Epilepsy: a public health imperative.
- Xiao, F., An, D., Deng, H., Chen, S., Ren, J., & Zhou, D. (2014). Evaluation of levetiracetam and valproic acid as low-dose monotherapies for children with typical benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BECTS). *Seizure*, 23(9), 756-761.
- Xiao, F., An, D., Lei, D., Li, L., Chen, S., Wu, X., ... & Zhou, D. (2016). Real-time effects of centrotemporal spikes on cognition in rolandic epilepsy: an EEG-fMRI study. *Neurology*, 86(6), 544-551.
- Yapıcı, A., Güvenç, C., Ceylan, M. E., Kılınç, E., & Oğuz, N.(2003). Epilepsili Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar. *Düşünen Adam*; 2003 ; 16(4):240-248.

EKLER

Ek A. Çağ Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi

T.C	
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ	
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	
TEZ / ARAŞTIRMA / ANKET / ÇALIŞMA İZİNİ / ETİK KURULU İZİNİ TALEP FORMU VE ONAY TUTANAK FORMU	
ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
T.C. NOSU	
ADI VE SOYADI	Nur Pınar ÜNAL
ÖĞRENCİ NO	201910109
TEL. NO.	
E - MAİL ADRESLERİ	
ANA BİLİM DALI	Psikoloji
HANGİ AŞAMADA OLDUĞU (DERS / TEZ)	TEZ
İSTEKDE BULUNDUĞU DÖNEME AİT DÖNEMLİK KAYDININ YAPILIP-YAPILMADIĞI	2020/ 2021 - BAHAR DÖNEMİ KAYDINI YENİLEDİM.
ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA TALEBİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
TEZİN KONUSU	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Epilepsi Hastalarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörlerinin İncelenmesi
TEZİN AMACI	Bu olgu kontrol çalışmasında erişkin epilepsi hastalarının DEHB belirtilerini (hem şu an hem de geçmişe dönük), psikolojik belirtilerini sağlıklı kontrol grubuna göre karşılaştırmak ve epilepsi grubunda DEHB olası risk faktörlerini betimlemek amaçlanacaktır.
TEZİN TÜRKÇE ÖZETİ	Epilepsi görülme oranı çocuk ve ergenlerde yüksek olmakla birlikte yetişkinlerde de yaygınlığı artmakta olan bir nörolojik bozukluktur. Psikiyatrik bozukluklarla ve çocukluk- ergenlik dönemlerinde DEHB ile birlikte oldukça sık görülmektedir. DEHB yaşam boyu yükü ve antiepileptik ilaçların bilişsel yan etkileri erişkin epilepsi hastalarında DEHB görülebileceğini düşündürmektedir. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde epilepsi ve DEHB üzerine çalışma varken erişkin örneklemede bu konuda çalışmaya rastlanmamış olup yurtdışı çalışmalarında da oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Epilepsi Polikliniği hastalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeyleri ve bunu etkileyen faktörlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma erişkin epilepsi hastalarında DEHB görülme oranının belirlenmesine ve DEHB belirtileri yaşayan erişkin epilepsi grubunun betimlenmesine katkı sağlayacaktır.

ARAŞTIRMA YAPILACAK OLAN SEKTÖRLER/ KURUMLARIN ADLARI	Sağlık Sektörü –Psikoloji Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi
İZİN ALINACAK OLAN KURUMA AİT BİLGİLER (KURUMUN ADI-ŞUBESİ/ MÜDÜRLÜĞÜ - İLİ - İLÇESİ)	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Nöroloji Polikliniği Adana/Sarıçam
YAPILMAK İSTENEN ÇALIŞMANIN İZİN ALINMAK İSTENEN KURUMUN HANGİ İLÇELERİNE/ HANGİ KURUMUNA/ HANGİ BÖLÜMÜNDE/ HANGİ ALANINA/ HANGİ KONULARDA/ HANGİ GRUBA/ KİMLERE/ NE UYGULANACAĞI GİBİ AYRINTILI BİLGİLER	Araştırmanın evreni Çukurova Üniversitesi Erişkin Epilepsi Polikliniği hastaları olacaktır. Çalışmaya Erişkin Nöroloji / Epilepsi Polikliniği' nde tedavi gören 18-45 yaş arası, en az 1 yıldır epilepsi tanısı olan, mono terapi (gerekirse en fazla 2) antiepileptik ilaç alan aktif epilepsi hastaları(son 3 yılda en az bir kez nöbet geçirmiş olan) dahil edilecek; mental retarde olan, 45 yaş üstü, epilepsi dışında herhangi bir nörolojik/psikiyatrik kronik eş tanısı olan ve 2'den fazla antiepileptik ilaç veya başka ilaç kullanan hastalar dışlanacaktır. Gerekli örneklem büyüklüğünün bir tahminini elde etmek için bir güç analizi yapılmıştır. Araştırma için gerekli minimum örneklem Tip I hata olasılığı % 5; Tip II hata olasılığı % 20. olacak şekilde 64 epilepsi hastası ve 64 kontrol grubu toplam 128 kişi olarak hesaplanmıştır.
UYGULANACAK OLAN ÇALIŞMAYA AİT ANKETLERİN/ ÖLÇEKLERİN BAŞLIKLARI/ HANGİ ANKETLERİN - ÖLÇELERİN UYGULANACAĞI	Sosyodemografik Bilgi Formu Wender Utah Derecelendirme Ölçeği(WUDÖ) Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS) Kısa Semptom Envanteri Not: Epilepsi grubunun hastalık ile ilişkili değişkenler dosyalarından elde edilecektir(nöbet tipi/ tanı yaşı ve tanı süresi/ kullanılan ilaç ve EEG de anormal bulgu varlığı).
EKLER (ANKETLER, ÖLÇEKLER, FORMLAR, ... V.B. GİBİ EVRAKLARIN İSİMLERİYLE BİRLİKTE KAÇ ADET/SAYFA OLDUKLARINA AİT BİLGİLER İLE AYRINTILI YAZILACAKTIR)	1) EK 1 (1) Sayfa Sosyodemografik Bilgi Formu. 2) EK 2 (1) Sayfa Wender Utah Derecelendirme Ölçeği. 3) EK 3 (1) Sayfa Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS). 4)EK 4 (2) Sayfa Kısa Semptom Envanteri 5) EK 5 (1) Sayfa Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
ÖĞRENCİNİN ADI - SOYADI: Nur Pınar ÜNAL	ÖĞRENCİNİN İMZASI: Enstitü müdürlüğünde evrak aslı imzalıdır TARİH: 24/ 02/ 2021

TEZ/ ARAŞTIRMA/ANKET/ÇALIŞMA TALEBİ İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRME SONUCU				
1. Seçilen konu Bilim ve İş Dünyasına katkı sağlayabilecektir.				
2. Anılan konu <u>Psikoloji</u> faaliyet alanı içerisine girmektedir.				
1.TEZ DANIŞMANININ ONAYI		SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜNÜN ONAYI		A.B.D. BAŞKANININ ONAYI
Adı - Soyadı: Lut TAMAM		Adı - Soyadı: Murat KOÇ		Adı - Soyadı: Şükrü UĞUZ
Unvanı: Prof. Dr.		Unvanı: Doç. Dr.		Unvanı: Prof. Dr.
İmza e-posta yoluyla alınmış ve enstitü müdürlüğüne verilmiştir.		İmza e-posta yoluyla alınmış ve enstitü müdürlüğüne verilmiştir.		İmza e-posta yoluyla alınmış ve enstitü müdürlüğüne verilmiştir.
ETİK KURULU ASIL ÜYELERİNE AİT BİLGİLER				
Adı - Soyadı: Mustafa BAŞARAN	Adı - Soyadı: Yücel ERTEKİN Y.	Adı - Soyadı: Deniz Aynur GÜLER	Adı - Soyadı: Ali Engin OBA Y.	Adı - Soyadı: Mustafa Tevfik ODMAN
Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.	Unvanı: Prof. Dr.
İmza e-posta yoluyla alınmış ve enstitü müdürlüğüne verilmiştir.	İmza e-posta yoluyla alınmış ve enstitü müdürlüğüne verilmiştir. Dr. Sami Doğru	İmza e-posta yoluyla alınmış ve enstitü müdürlüğüne verilmiştir.	İmza e-posta yoluyla alınmış ve enstitü müdürlüğüne verilmiştir. Ars. Gör. Özge Çetiner	İmza e-posta yoluyla alınmış ve enstitü müdürlüğüne verilmiştir.
Etik Kurulu Jüri Başkanı - Asıl Üye	Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi	Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi	Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi	Etik Kurulu Jüri Asıl Üyesi
OY BİRLİĞİ İLE		<input checked="" type="checkbox"/>		
OY ÇOKLUĞU İLE		<input type="checkbox"/>		
<p>Çalışma yapılacak olan tez için uygulayacak olduğu Anketleri/Formları/Ölçekleri Çağ Üniversitesi Etik Kurulu Asıl Jüri Üyelerince İncelenmiş olup, 08 / 03 / 2021 - 30 / 04 / 2021.. tarihleri arasında uygulanmak üzere gerekli iznin verilmesi tarafımızca uygundur.</p>				
<p>AÇIKLAMA: BU FORM ÖĞRENCİLER TARAFINDAN HAZIRLANDIKTAN SONRA ENSTİTÜ MÜDÜRÜNE ONAYLATILARAK ENSTİTÜ SEKRETERLİĞİNE TESLİM EDİLECEKTİR. AYRICA YAZININ PUNTOSU İSE 12 (ON İKİ) PUNTO OLACAK ŞEKİLDE YAZILARAK ÇIKTI ALINACAKTIR.</p>				

Ek B. Çağ Üniversitesi Tez Anket İzin İstek Yazısı



T.C.
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sayı : E-23867972-044-2100001774
Konu : Nur Pınar ÜNAL'a Ait Tez Anket
İzni Hakkında

08.03.2021

DAĞITIM YERLERİNE

Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında 201910109 numaralı öğrencimiz olan **Nur Pınar ÜNAL**, “Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Epilepsi Hastalarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Düzeyleri ile Bunu Etkileyen Faktörlerinin İncelenmesi” konulu tez çalışmasını Üniversiteniz Tıp Fakültesi öğretim üyesi **Prof. Dr. Lut TAMAM** danışmanlığında yürütmektedir. Adı geçen öğrenci tez çalışmasında Üniversitenize bağlı Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Nöroloji (Epilepsi) Polikliniğine başvurarak tedavi gören 18-45 yaş arası, en az 1 yıldır epilepsi tanısı olan, mono terapi (gerekirse en fazla 2) antiepileptik ilaç alan aktif epilepsi (son 3 yılda en az bir kez nöbet geçirmiş olan) hastaları kapsamak üzere kopyası Ek’lerde sunulan anket uygulamasını yapmayı planlamaktadır. Üniversitemiz Etik Kurulunda yer alan üyelerin kurumsal mail adreslerinden onaylar online olarak alınmış olup, gerekli iznin verilmesini arz ederim.

Prof. Dr. Ünal AY
Rektör

Ek : 3 sayfa tez etik kurul izin formu, 5 sayfa Ölçekler, 8 sayfa tez etik kurul izin onay e-postaları, 3 sayfa ölçek kullanım izinleri.

Dağıtım:
Gereği:
Çukurova Üniversitesi Rektörlüğüne

Bilgi:
Adana İl Sağlık Müdürlüğüne
Adana Valiliğine

Ek C. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Tez Anket İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/03/2021-60391



T.C.
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-31439837-641.03.01-60391
Konu : Nur Pınar Ünal hk.

19/03/2021

BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 16.03.2021 tarih ve 59565534/57306 sayılı yazı

Çağ Üniversitesi Psikoloji Tezli Yüksek Program öğrencisi Nur Pınar Ünal'ın 16.03.2021 tarihli ve 57132 sayılı dilekçesi incelenmiş olup çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Hacer BOZDEMİR
Anabilim Dalı Başkanı

Ek D. Çalışmada Kullanılan Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği Onay ve İzin E-Postaları



Nur Pınar Ünal ·

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS V11) kullanım izin talebi

2 ileti

Nur Pınar Ünal

22 Şubat 2021 14:02

Alıcı:

Sayın Sultan Doğan,

Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapmaktayım. Prof. Dr. Lut TAMAM yönetiminde "Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Epilepsi Polikliniği Hastalarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörlerinin İncelenmesi" başlıklı tezimde kaynak göstererek Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği'ni (ASRS V11) kullanmak için istiyorum, saygılarımla.

Psikolog

Nur Pınar ÜNAL

sultan doğan ·

Alıcı: Nur Pınar Ünal ·

22 Şubat 2021 14:23

Merhaba
Çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz
Başarı dilekleriyle
Prof Dr Sultan Doğan



Nur Pınar Ünal ·

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) kullanım izin talebi

2 ileti

Nur Pınar Ünal ·

22 Şubat 2021 14:06

Alıcı:

Sayın Bedriye Öncü,

Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapmaktayım. Prof. Dr. Lut TAMAM yönetiminde "Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Epilepsi Polikliniği Hastalarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörlerinin İncelenmesi" başlıklı tezimde kaynak göstererek Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) kullanım için izin istiyorum, saygılarımla.

Psikolog

Nur Pınar ÜNAL

Prof.Dr. Bedriye Öncü ·

Alıcı: Nur Pınar Ünal ·

22 Şubat 2021 15:31

Merhabalar,
Çalışmalarınıza başarılar dilerim. Ölçeği kullanabilirsiniz. Lut hocaya da lütfen selamlarımı iletin.
Selamlar,
Dr. Bedriye Öncü
[Alınılan metin gizlendi]



Nur Pınar Ünal

Kısa Semptom Envanteri Kullanım İzin Talebi

2 ileti

Nur Pınar Ünal

22 Şubat 2021 14:12

Alıcı:

Sayın Ayşegül Durak Batıgün,
Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapmaktayım. Prof. Dr. Lut TAMAM yönetiminde "Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Epilepsi Polikliniği Hastalarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörlerinin İncelenmesi" başlıklı tezimde kaynak göstererek Kısa Semptom Envanteri kullanım için izin istiyorum, saygılarımla.

Psikolog
Nur Pınar ÜNAL

aysegul durak

23 Şubat 2021 11:17

Alıcı: Nur Pınar Ünal

Sayın Ünal,
Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün
Ankara Üniversitesi
DTCF Psikoloji Bölümü

[Alıntılanan metin gizlendi]



Ek E. Sosyodemografik Bilgi Formu

A) SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Adı –Soyadı:

2) Yaş:

3) Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

4) Çalışma durumunuz:

Çalışıyor ()

Çalışmıyor ()

Öğrenci ()

Diğer (.....

5) Sosyoekonomik Düzey (Aylık Gelir): TL

6) Medeni Durum:

Evli () Bekâr () Boşanmış ()

7) Eğitim Durumu (Mezun Olunan Son Okul):

İlköğretim () Ortaokul () Lise () Yüksekokul () Lisans () Lisansüstü ()

Bu kısım epilepsi/sara hastaları içindir, epilepsi değilseniz diğer sorulara geçiniz.

B) HASTALIK BİLGİ FORMU

* Son 1ayda kaç nöbet geçirdiniz?

Ayda... .. kez nöbet geçiriyorum.

*Eğer son 1 ayda nöbet geçirmediyseniz ne kadar zamanda bir nöbet geçiriyorsunuz belirtiniz.

.....

.....

*Tanı koyulduğunda kaç yaşındaydınız?

*Ne kadar süredir epilepsi(sara) hastasıınız?

*Şu an kullandığınız ilaç adı ve günlük miktarı nedir? (Örnek: Tegretol 300 sabah akşam 1 adet; eğer ilacın adı veya dozunu bilmiyorsanız boş bırakınız)

.....

Ek F. Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin **bugün dâhil, son bir haftadır ne kadar var olduğunu** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Oldukça Fazla
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2.Baygınlık, baş dönmesi					
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5.Olayları hatırlamada güçlük					
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10.İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11.İştahta bozukluklar					
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16.Yalnızlık hissetmek					
17.Hüzünlü, kederli hissetmek					
18.Hiçbirşeye ilgi duymamak					
19.Ağlamaklı hissetmek					
20.Kolayca incinebilme, kırılmak					
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek					
23.Mide bozukluğu, bulantı					
24.Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25.Uykuya dalmada güçlük					
26.Yaptığınızı şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Oldukça Fazla
27.Karar vermede güçlükler					
28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30.Sıcak, soğuk basmaları					
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32.Kafanızın bomboş kalması					
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36.Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük					
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41.Birşeyleri kırma, dökme isteği					
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışma					
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45.Dehşet ve panik nöbetleri					
46.Sık sık tartışmaya girmek					
47.Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek					
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50.Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları					
51.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52.Suçluluk duyguları					
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

Ek G. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

Aşağıdaki davranış özellikleri tüm çocuklarda belli sıklıklarda görülür. Siz çocukluğunuzda nasıldınız?
Size uyan şıkkı işaretleyiniz.

ÇOCUKKEN	Hayır ya da çok hafif	Hafif	Orta derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere dalardım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, sebatkâr ve inatçıydım, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankâr davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alıngandım, buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarım pişman olurdu.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA;					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım.					

Ek H. Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan cevabın altındaki kutuya işareti koyunuz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıp, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

Ek I. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bu çalışmanın amacı erişkin epilepsi hastalarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeylerini incelemektir. Bu amaçla size hastalığınız ve sağlık durumunuz ile ilgili sorular sorulacak ve değerlendirmeler yapılacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız, burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacak olup özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,
Adı-Soyadı:
Tarih :
İmza :

Açıklamaları yapan araştırmacının,
Adı-soyadı: Nur Pınar ÜNAL
Unvanı: Psikolog