



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK - ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARDA VE EBEVEYNLERİNDE
PSİKOPATOLOJİ, YAŞAM KALİTESİ TARAMASI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Sevgi ÖZMEN

Kayseri – 2012

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Didem Behice Öztop'a,

Psikiyatri ve Çocuk Nöroloji eğitimlerim sırasında tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum bütün hocalarıma,

Tez çalışmam boyunca yardımlarını esirgemeyen tüm Çocuk Nöroloji Bilim Dalı ekibine ve Psikiyatri Ana Bilim Dalı'ndan Doç. Dr. Saliha Demirel Özsoy'a,

Yardımları ve verdikleri destekten dolayı, Dr. Hatice Bozdoğan, Dr. Bedia İnce, Dr. Merve Çıkılı, Dr. Rabia Durmuş, psikolog Emel Karakaya ve Başak Gökdal, hemşire Selma Bozkurt, sekreter Zekiye Temur'a,

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her türlü fedakârlığı yapan aileme, özellikle uzmanlığımı göremeyen babama,

Bu sıkıntılı süreçte sürekli yanımda olan, emeği ve manevi desteğiyle katkıda bulunan sevgili eşim Rifat'a teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. KRONİK HASTALIK	4
2.2. KRONİK HASTALIKLARIN ÇOCUK VE ERGEN ÜZERİNE ETKİLERİ ..	5
2.2.1. Çocukla İlgili Faktörler	5
2.2.2. Hastalıkla İlgili Faktörler.....	10
2.2.1. Aile ile İlgili Faktörler	11
2.2.1. Çevresel Faktörler.....	12
2.3. KRONİK HASTALIKLARIN AİLE ÜZERİNE ETKİLERİ	13
2.4. KRONİK BİR HASTALIK OLARAK EPİLEPSİ	14
2.2.1.Uluslar Arası Epilepsi Sınıflandırması	16
2.2.2. Epilepsinin Bilişsel ve Davranışsal Etkileri	16
2.2.3. Epilepsili Çocuklarda Görülen Ruhsal Sorunlar	18
2.2.4. Epilepsinin Aile Üzerindeki Etkileri	20
2.2.5. Epilepsi ve Yaşam Kalitesi	21
2. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3. BULGULAR	30
4. TARTIŞMA	46
5. SONUÇLAR	55
6. KAYNAKLAR	57
7. EKLER	67
8. TEZ ONAY SAYFASI	87

KISALTMALAR

AGTE	: Ankara Gelişim Tarama Envanteri
K-1/3SDD	: Kısa 1-3 Yaş Sosyal ve Duygusal Değerlendirme Ölçeği
EÇE-4:EF	: Erken Çocukluk Envanteri–4:Ebeveyn Formu
SCL-90	: Ruhsal Belirti Tarama testi
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-DE	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği Alt Tip
DEHB-HA	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite Alt Tip
DEHB-B	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Alt Tip
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
PSDI	: SCL-90 Pozitif Belirti Düzeyi
PST	: SCL-90 Pozitif Belirti Toplamı
GSI	: SCL-90 Genel Semptom İndeksi
WISC-R	: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği
IQ	: Intelligence Quotient/Zeka Puanı
EEG	: Elektro Ensefalografi
KPE	: Kompleks Parsiyel Epilepsi
PGE	: Primer Generalize Epilepsi
ÇİYKÖ	: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
ÖTP	: Ölçek Toplam Puanı
FSTP	: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı
DSTP	: Duygusal Sağlık Toplam Puanı

SSTP	:Sosyal Sağlık Toplam Puanı
PSTP	:Psikososyal Sağlık Toplam Puanı
DSM-IV	:Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Basım
SPSS	:Statistical Pacckage For Social Sciences

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çalışma Grubu Yaş ve Cinsiyet Oranları Dağılımı	30
Tablo 2: Çalışma Grubu Demografik Verileri	31
Tablo 3: Gruplara Göre Ebeveynlerin Yaş ve Eğitim Durumu	32
Tablo 4: Gruplara Göre Ebeveynlerin Çalışma ve Hastalık Durumu	33
Tablo 5: Gruplara Göre Akrabalık, Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ve Çocukta Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	34
Tablo 6: Gruplara Göre Uyku ve İştah Durumu	34
Tablo 7: Çalışma Grubunda Anlamlı Bulunan Semptomlar	35
Tablo 8: Epileptik Grupta Demografik Veriler 1	36
Tablo 9: Epileptik Grupta Demografik Veriler 2	37
Tablo 10: Grupların AGTE ile Değerlendirilmesi	38
Tablo 11: Kısa 1-3 Yaş Sosyal ve Duygusal Değerlendirme Ölçeği Puanları	38
Tablo 12: Erken Çocukluk Envanteri Puanları 1	39
Tablo 13: Erken Çocukluk Envanteri Puanları 2	40
Tablo 14: Anne SCL-90 Ölçek Puanları	41
Tablo 15: Baba SCL-90 Ölçek Puanları	42
Tablo 16: Gruplara Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları.....	43

EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARDA PSİKOPATOLOJİ, YAŞAM KALİTESİ VE EBEVEYNLERİNDE PSİKOPATOLOJİ TARAMASI

ÖZET

Giriş ve Amaç: Epilepsi çocukluk döneminde yaygın olarak görülen kronik hastalıklardan biri olup, epileptik çocukların normal topluma ve diğer kronik hastalığı olan çocuklara göre daha fazla psikiyatrik sorunlara sahip oldukları bilinmektedir. Bu çocukların önemli bir bölümü hastalığın doğası gereği düşük yaşam kalitesine sahiptir. Tedavi sürecindeki zorluklar epilepsi tanısı konulan çocukların sağlıklı ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, çocuk ve ailesi için psikososyal sorunların ortaya çıkma olasılığını arttırmaktadır. Bu çalışmada epilepsili çocuklardaki psikopatoloji, yaşam kalitesi algıları, ebeveynlerindeki psikopatoloji ve bunların birbiriyle olan ilişkilerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya hasta grubu olarak 1-6 yaş aralığında, en az bir yıldır antiepileptik tedavi almakta olan 36 epilepsili çocuk ve ailesi alındı. Altta yatan diğer nörolojik, metabolik, genetik hastalığı ve mental retardasyonu olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Kontrol grubunu yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş, herhangi bir psikiyatrik ve kronik hastalığı bulunmayan 36 çocuk ve ailesi oluşturuyordu. Çalışmaya katılan tüm çocukların ailelerine sosyodemografik veri formu verilerek doldurmaları istendi. Araştırma kapsamındaki çocukların ebeveynlerinden, 1-3 yaş aralığındaki çocuklar için Kısa 1-3 Yaş Sosyal ve Duygusal Değerlendirme Ölçeği (K-1/3SDD), 4-6 yaş aralığındaki çocuklar için Erken Çocukluk Envanteri-4:Ebeveyn Formu (EÇE-4:EF) , tüm çocuklar için Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ), ebeveynlerindeki psikopatolojiyi taramak için Ruhsal Belirti Tarama testi (SCL-90) doldurmaları istendi.

Bulgular: Epileptik grupta, anne ve babaların tahsil sürelerinin daha düşük olduğu, daha fazla fiziksel hastalığa sahip oldukları ve annelerin daha az oranda çalıştığı saptandı. AGTE ile yapılan değerlendirmede dil alanında epileptik grupta gerilik tespit edildi. 1-3 yaş grubundaki epileptik çocukların sosyal ve duygusal

değerlendirme ölçek puanları kontrol grubu ile benzer bulundu. 4-6 yaş çocukları için EÇE-4:EF ile yapılan değerlendirmede, epileptik grupta kaba motor ve ince motor gelişim düzeylerinin daha geç olduğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) alt tiplerinin her üçü, distimik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve eliminasyon bozuklukları kontrollere kıyasla yüksek oranda tespit edildi. Epileptik grubun annelerinde SCL-90 toplam, SCL-90 Pozitif Belirti Düzeyi (PSDI), SCL-90 Pozitif Belirti Toplamı (PST), somatizasyon, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete ve ek skala puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuş iken babalarının SCL-90 değerlendirmesinde sadece psikotizm puanları yüksek bulundu. Epileptik grup yaşam kalitesi toplam puan ve alt ölçek puanları kontrol grubu ile benzer tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada 1-3 yaş grubu epilepsili çocuklarda her hangi bir psikopatoloji saptanmazken, 4-6 yaş epilepsili çocuklarda psikopatoloji sıklığı artmıştır. Epilepsili çocukların annelerinde ruhsal belirti sıklığı artmış iken, babalarında belirgin bir psikopatoloji saptanmamış olup bu çocukların yaşam kalitesinin bozulmadığı tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan çocuklarda psikopatoloji, yaşam kalitesi algıları, ebeveynlerindeki psikopatoloji ve bunların birbiriyle ilişkisinin daha iyi anlaşılması için daha geniş örnekleme olan kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, Çocuk, Psikopatoloji, Yaşam Kalitesi, Ebeveyn psikopatolojisi

SCREENING FOR PSYCHOPATHOLOGY AND QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH EPILEPSY AND PSYCHOPATHOLOGY IN THEIR PARENTS

ABSTRACT

Introduction and Objective: Epilepsy is one of the commonly encountered diseases at childhood. It is known that epileptic children have more psychiatric diseases than normal population and children with other chronic diseases. Most of these children have impaired quality of life inherent to disease. Challenges in the treatment process negatively affects health-related quality of life in children with epilepsy and increases the likelihood of psychosocial problems in children and their parents. In the present study, it was aimed to identify psychopathology, quality of life perception, psychopathology in their parents and relationship among these.

Material and Method: Thirty six children with epilepsy (1-6 years-old) who have been receiving anti-epileptic therapy at least for one year and their parents were included to this study. Patients with underlying further neurological, metabolic, genetic diseases or mental retardation were excluded. Control group was comprised from 36 age- and sex-matched children without any psychiatric or chronic diseases, and their parents. All parents included to study were asked to complete sociodemographic data sheet. Parents in this study were asked to complete Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA) for children at 1-3 years of age, Early Childhood Inventory-Parent Scale (ECI-4) for children at 4-6 years of age, Quality of Life Scale for children for all cases and Symptoms Checklist-90 (SCL-90) for screening psychopathology in parents.

Findings: Education time of both parents was found to be shorter in epileptic group. It was found that parents (both mother and father) had more physical disorder and mother had less employment. In the ADSI assessment, a retardation was detected in

language domain in epileptic group. BITSEA scores were found to be similar to those in control group. In the ECI-4-Parent Scale assessment, it was found that, when compared to controls, crude and fine motor development was delayed; and all 3 subtypes of attention deficiency-hyperactivity disorder, dysthymic disorders, diffuse anxiety disorder, posttraumatic stress disorder and elimination disorders were found to be in higher rates. In the mothers of epileptic children, scores of SCL-90-Total, SCL-90 Positive Symptom Distress Index, SCL-90 Positive Symptom Total, somatization, depression, anxiety, anger-hostility, phobic anxiety and additional scale were found to be significantly higher than those in controls, while only psychotism score was higher in fathers of epileptic children. Total score and subscale scores for quality of life were found to be similar in those in controls.

Conclusion: In the present study, no psychopathology was detected in the children with epilepsy at 1-3 years of age, while frequency of psychopathology was increased in those at 4-6 years of age. It was found that frequency of mental symptoms were increased in mothers of children with epilepsy, while no psychopathology was detected in fathers of these children; and, in these children, no impairment was detected in the quality of life. There is a need for more comprehensive and larger studies in order to improve our understanding in psychopathology in the children with chronic diseases, quality of life perceptions, psychopathology in their parents and interaction among these.

Keywords: Epilepsy, child, psychopathology, quality of Life, parent psychopathology

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalık, normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen bir durum olarak tanımlanmaktadır (1). Kronik hastalıklar hem çocuklarda hem de ailelerinde psikolojik, sosyal, akademik ve mesleki açıdan olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Yeni tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve buna bağlı olarak yaşam süresinin uzaması “kronik hastalıklar” kavramının kapsamının genişlemesine neden olmuştur. Tedavi yaklaşımlarındaki önemli ilerlemeler, yaşam süresinde uzama ve bazı tedavi yöntemlerinin oluşturduğu olumsuz etkiler nedeniyle kronik hastalığı olan çocuk ve ailelerinde süreç içinde ortaya çıkabilecek psikososyal sorunlar ön plana çıkmıştır.

Epilepsi, çocukluk döneminde yaygın olarak görülen kronik hastalıklardan biridir. Genel toplumdaki epilepsi yaygınlığı %1 olup, olguların %50’den fazlası çocukluk döneminde başlamaktadır (2). Yirmi yaş altında en az bir nöbet geçirme oranı %5’tir. Çocukluk ve ergenlik dönemindeki epilepsi ile ilişkili psikopatolojinin varlığı, araştırmacılar tarafından sıklıkla gösterilmiştir. Epileptik çocukların normal topluma ve diğer kronik hastalığı olan çocuklara göre daha fazla psikiyatrik sorunlara sahip oldukları, bunun nedeni olarak da epilepsinin doğrudan merkezi sinir sistemini etkileyen bir rahatsızlık olması gösterilmiştir (3). Bazı çalışmalar ise, epileptik çocuklardaki psikopatolojinin kısmen hastalığın kronik doğasından

kaynaklanabileceğini, nörolojik ve psikososyal faktörlerin birlikte ele alınması gerektiğini bildirmektedirler (4). Epileptik erişkinlerde yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlere oranla psikopatolojinin çok daha yüksek oranda saptanması ve intihar girişimlerinin rapor edilmesi, çocuklukta başlayan davranışsal ve psikiyatrik sorunların artarak devamlılık gösterdiğini düşündürmektedir (5,6).

Ailede bir hastalık ya da aile bireyleriyle ilgili bir belirsizlik olduğunda tüm aile etkilenir. Çocukluk dönemi kronik hastalıkları, belirti, sağaltım yöntemi, seyri, günlük aktivite kısıtlaması, uzun dönem etkisi gibi nedenlerle aileye birçok yük getirmektedir. Bir çocuğun kronik hastalık tanısı alması uzun dönemde ebeveyn ve diğer aile üyeleri üzerinde ruhsal ve psikososyal risklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Epilepsili çocukların ebeveynleri pek çok ruhsal sorun yaşamasına rağmen, genellikle ihmal edilmektedir. Bu ebeveynler sıklıkla işlerinden ayrılmak zorunda kalmakta ya da çocuklarının bakımını yaşlı akrabalarına bırakmaktadır. Bu durum büyük ekonomik ve sosyal sorunlara ve epilepsinin tahmin edilemeyen özellikleri ile ailede zayıf iletişime, ailenin uyumunun bozulmasına neden olmaktadır. Çocukluk dönemi epilepsileri diğer kronik hastalıklar gibi ailenin var olan kaynaklarında değişiklikler talep etmesinden dolayı tüm aileyi etkilemektedir. Biyopsikososyal modele göre aile ilişkilerinde işleyen kalıplar aile bireylerinin ruhsal süreçlerini, hasta bireyin biyopsikososyal süreçleri de ailenin işlevsellik sürecini etkilemektedir. Başka bir deyişle epilepsi yalnız epilepsili kişiyi etkilememekte, bir birim olan ailenin de etkilenmesine neden olmaktadır. Aile, çocuğun epilepsi tanısı alması ile birlikte birçok sorunla yüzleşmek zorunda kalmaktadır.

Epileptik çocukların normal topluma ve diğer kronik hastalığı olan çocuklara göre daha fazla psikiyatrik sorunlara sahip oldukları ve beraberinde bu çocukların yaşam kalitesinde düşüklük olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle varsa bu rahatsızlıkların önceden tespiti ve tedavisi çocukların psikolojik dengesi açısından oldukça önemlidir. Kronik hastalıkların anne-babaların ruh sağlığı üzerine de önemli etkileri vardır. Bundan dolayı tedavinin uygun bir şekilde yapılabilmesi için fiziksel bakımın yanında çocuklar ve anne-babalarının ruh sağlığına da doğru yaklaşım gereklidir. Tedavinin etkili olması ve uygun girişimlerin yapılabilmesi için çocuklar ve anne-babaları ile destekleyici iletişim kurmak önemlidir. Bu amaçla yapılan çalışmalara bakıldığında, daha çok okul çağı ve ergenlik dönemindeki epileptik çocuklara ait çalışmaların olduğu ve okul öncesi çocuklara ait bilgilerin yetersiz olduğu tespit

edilmiştir. Bu çalışmada okul öncesi epilepsisi olan çocuklarda psikiyatrik hastalık taraması yapmak, epilepsi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu çocukların anne ve babalarındaki ruhsal belirtilerin saptanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK HASTALIK

Kronik hastalık; patolojik değişiklikler sonucu oluşan normalden sapma veya bozukluk gösterip kalıcı yetersizliklere neden olabilen, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen bir durum olarak tanımlanmaktadır (1). Çocukluk çağı hastalıkları eğer çocuğun hastane ve evde çok zaman geçirmesini gerektiriyorsa, yoğun bir tedavi programına ihtiyacı varsa, tıbbi gideri fazlaysa ve son bir yıl veya daha fazla sürede çocuğun normal aktivitelerini etkiliyorsa, çocukluk dönemi kronik sağlık sorunu olarak da tanımlanır (8). Kronik hastalıklar ilerleyici olup çocuğun fiziksel ve/veya zihinsel işlevlerinde bozulmalara ya da gerilemelere neden olabilmektedir. Hatta bazı durumlarda kronik hastalıklar ölümle sonuçlanmaktadır (9).

Çocukluk çağı kronik hastalıklarının epidemiyolojisi, erişkin çağı kronik hastalıklarından farklıdır. Kronik hastalıkların çeşitliliği, çocuklarda erişkinlere kıyasla daha fazla olmasına rağmen bu hastalıklar çocukluk çağında daha nadir olarak görülürler. Genel nüfustaki çocukların ortalama %10-15'i kronik hastalıklara sahip olup; astım, migren, epilepsi, artrit ve tip 1 diyabet çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklardır (7,10).

2.2. KRONİK HASTALIKLARIN ÇOCUK ÜZERİNE ETKİLERİ

Son yıllarda tedavideki ilerlemeler, bir yandan yaşam süresini uzatırken bir yandan da kronik hastalığı olan çocuk ve ailelerinde psikososyal sorunların ortaya çıkma olasılığını arttırmaktadır (11). Kronik hastalıklar çocuğun yaşı, içinde bulunduğu koşullar, kişiliği, hastalığın tipi ve süresi gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak hafiften önemli düzeylere kadar sıkıntı oluşturabilmekte; bu sıkıntı çocukta geçici ya da tüm yaşamı boyunca sürecek izler bırakabilmektedir (12). Çocuklukta önemli fiziksel hastalık bulunması, daha sonraki ruhsal sorunların gelişmesinde önemli bir risk etkeni olmaktadır (13). Genel olarak hastanede yatan ya da poliklinikte izlenen tüm hastaların üçte birinde, fiziksel hastalık yanında psikososyal zorluklar ve ruhsal bozukluklar görülmektedir (14). Fiziksel hastalığa eşlik eden ruhsal sorunlar çocuk ve ergenin tedaviye uyumunu, dolayısıyla da hastalık seyrini, morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Çocukların hastalığa gösterdiği tepkiler bazı etkenlere göre değişiklik göstermektedir. Çocuğun duygusal ve bilişsel gelişim süreci, çocuğun hastalıktan önceki kişilik özellikleri ve önceki uyum yeteneği, hastalık ve sakatlığın ciddiyeti, hastalığın çocuk ve ailesi için taşıdığı anlam, hastalığın çocuğun fiziksel ve psikolojik işlevlerine getirdiği kısıtlamalar, çocuğun ayrılıklara gösterdiği psikolojik tepkiler, ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi ve sosyal destek sistemlerinin varlığı hastalığa genel tepkileri belirleyen faktörlerdir.

2.2.1. Çocukla İlgili Faktörler

Çocuğun yaşı, mizacı, içinde bulunduğu ve kullandığı savunma mekanizmaları hastalığa verilen tepkide önemli faktörlerdir.

Çocuğun Yaşı

Çocuğun bilişsel gelişim düzeyinin, hastalık ve tedavi sürecini anlamada önemli olması ve çocuğun içinde bulunduğu psikososyal ve psikoseksüel gelişim basamaklarının hastalığa verilen tepkide etkili olması nedeniyle, kronik hastalığı olan çocuğun yaşı, hastalıklara gösterdikleri tepkinin belirlenmesinde önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Kronik hastalıkların çocukların farklı gelişimsel evreleri üzerinde farklı etkileri olmaktadır. Çocuğun hastalığa vereceği tepki bilişsel olarak anlama kapasitesi ile ilişkilidir. Bebeklik çağında kendilik farkındalığı olmadığı için bebek, hastalığı olduğunun da farkında değildir. Hastalığın yol açtığı

fiziksel değişiklikler sebebiyle ağlayabilir ya da huzursuzluk, emmekten keyif almama gibi memnuniyetsizlik belirtileri gösterebilir (9). Küçük çocuklarda hastalık ve tedavinin doğası tam olarak anlaşılmadığı için bu yaştaki çocukların hastalığın ağrı ve kaygı verici semptomlarıyla baş etmesinin daha zor olduğu belirtilmektedir (7). Ergenlik döneminde ise beden algısı, kişilik gelişimi ve arkadaşlar tarafından kabul görme oldukça önemli olduğundan bu dönemde kronik hastalığın başlaması normal benlik gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çocuğun bulunduğu gelişimsel dönemin özelliklerini bilmek, çocuğun hastalığına tepkisini anlamak açısından önemlidir.

Bebeklik çağında kendiliğın farkında olunmadığı için bebek hastalığı olduğunun da farkında değildir. Doğrudan kendilerine bakım veren kişilerin duygularını yansıtır. Gergin ve sıkıntılı bir annenin bebeği, çocuğunu yatıştıran bir annenin bebeğine göre daha huzursuz olacaktır. Bebek, kendilik duygusu henüz oluşmadığı için, bir sakatlığı ya da hastalığı olduğunu ayırt edemez. Ayrıca hastalık nedeni ile anneden ayrı kalmak, emme işlevindeki yetersizlik de bu dönemle ilişkili olan temel güven duygusunun kazanılması, oral dönem işlevleri ve bağlanma sürecinde sorunlar yaratabilir (9).

18 ay-3 yaş arasındaki çocuklar, araştırarak her şeyi kendileri yapmak isterler ve kronik hastalık bu otonominin önüne geçer. Tedavi nedeni ile çocuğun sürekli gözetim altında tutulması da kendilik duygusu gelişiminde sorunlara neden olabilir. Bu nedenle çocuklar pasif, bağımlı bir görünüm sergileyebilir. Bu dönemde ben merkezci oldukları için hastalıktan kendilerinin sorumlu olduğu şeklinde bir duygu gelişebilir. Bu çağlarda çocuklar anne babadan tam ayrılaşmadıkları için hastalıklarının sadece kendi başlarına geldiğini anlayamazlar. Çocuklar özellikle anneden ayrı kalırsa hastaneye yatıştan çok etkilenir. Bu yüzden annelerin çocuklarıyla kalmalarına izin verilmesinde yarar vardır (9,11).

3-6 yaş arası çocuklarda, ebeveynlerden ayrılmayı ve bireyselleşmeyi öğrenme, semboller ve dili kullanmaya başlama en önemli özellikleridir. Terk edilme ve bedensel zarar görme ile ilgili kaygılar bu dönemde çok fazla görülmektedir. Ben merkezlik ön plandadır ve hastalığı, hastaneye yatışı ya da yapılan ağrılı işlemleri kötü bir davranışın sonucu olarak görür (15). Ayrıca hastalığı, kendi içinde bir şeylerin olup bitmesi olarak anlar. Hastalık sadece dıştan gelen işaretler yoluyla tanımlanır. Sağlam bir bedene odaklanırlar, gerçekçi olmayan korkularla birleşen

sınırlı içerik anksiyete ve kafa karışıklığını artırabilir (15). Daha uzun süreli ayrılıkların üstesinden gelebilirler. Ancak hala birincil bağlanma figürüne ihtiyaçları devam eder. Beş yaşın altındaki çocukların hastalığı kendilerine yönelik ceza olarak algıladıkları, dolayısıyla bu çocuklar için hastalığın adı ve niteliğinden çok anne babanın sevgisini kaybedip kaybetmedikleri, onlardan ayrı kalıp kalmayacakları ve hastanede anne babaları yokken kendilerine acılı bir işlem yapılıp yapılmayacağı ile ilgili kaygılar önde gelir (16). Okul öncesi çağlarda çocuk hastalığını anne babasından ayımlayamaz. Anne babalar kuvvetli bilgi dönüştürücülerini olarak işlev görürler. Bu yüzden onların hastalığı gerçekçi kabul edişleri ve duygusal reaksiyonları, çocuğun büyüme ve gelişmesi açısından hayati öneme sahiptir. Anne babanın sakin bir şekilde tanı ve tedavi ile ilgili işlemlere kabul göstermesi çocuğun da uyumunu artıracaktır. Anne babaların uygun bir şekilde çocuğun dikkatini başka alanlara kanalize etmeleri tedaviye yardımcı olurken, kaygılı uğraşları zarar verecektir (11). Bu yaşlarda kronik hastalıklar çocuğun motor kontrol ve sosyal yeterliliği kazanmasına mani olabilir. Ebeveynler hastalık nüksüyle ilgili kaygılardan dolayı çocuğun aktivitelerini sınırlayabilirler. Bu da çocuğun girişimcilik duygusunu geliştirmesine engel olur. Erişkinlikte pasif ve bağımlı özellikler geliştirebilir. Bu yaş çocuklar benmerkezci oldukları ve somut düşündükleri için hastalığı bir cezalandırma olarak algılayabilirler. Okula başlama gecikebilir ve bu durum anne babaya bağımlılığı artırır. Diğer çocuklardan kendilerini farklı algıladıkları için öfke duyguları gelişebilir (9,17).

Okul çağına gelen çocuklarda bedeninin kendisi ilgi ve kaygı odağıdır, çocuk daha gerçekçi bir destek ve güvence alma ihtiyacı içindedir ve bunu hastalığı hakkında sorular sorarak belli eder. Kendisini yaşlılarıyla karşılaştırır ve bu süreç yıllarca devam edebilir. Bu yüzden bu dönemde süreç hassas bir şekilde ele alınmalı ve çocuğa gerçekçi çözümler sunulmalıdır (11). Bu yaşta çocuklar yaşlılarından ve okul deneyimlerinden giderek daha çok etkilenirler. Bu çocuklar normal yaşlılarından nasıl farklı oldukları ve hastalığın yaşıt ilişkilerini geliştirmede nasıl etkili olacağı konusunda kaygılar yaşayabilirler. Bu yaşta çocuklar birbirine karşı acımasız davranabilirler; normal çocuklar hastalığı olan çocuklardan kaçabilir ya da onlarla alay edebilirler. Bu yaş çocuklar için okul, akademik becerilerin ve sosyalizasyonun kazanıldığı önemli bir ortamdır. Weitzman'a göre (1984) çocuğun kendilik duygusunun gelişmesinde başkalarıyla ilişkilerinde kendi yeterliliklerini ve

etkili başa çıkma mekanizmalarını algılamada, okuldaki başarılar, yetersizlikler ve sosyal ilişkiler çok etkili olmaktadır (9).

Hastalık alevlenmeleri, hastaneye yatış ve doktor kontrolleri nedeniyle okula devamsızlık oluşabilir, bu da çocuğun akademik başarısını ve yaşıt ilişkilerini olumsuz etkiler. Tüm bunlar çocukta değersizlik duygusu gelişmesine ve maturasyonda duraklamaya sebep olabilir. Bunların sonucunda depresyon ortaya çıkabilir ve depresyonun yol açtığı somatik yakınmalar daha fazla okul devamsızlığına yol açar. Bazı çalışmalarda kronik hastalıklı çocukların, ortalamanın oldukça üzerinde okul devamsızlığı olmasına rağmen, okul başarılarında sağlıklı çocuklara göre önemli bir düşüklük saptanmamıştır. Ancak epilepsi bunun dışında kalmıştır (18). Fowler ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, belli kronik hastalığı olan çocukların (spina bifida, orak hücre anemisi ve epilepsi) okul performansının daha düşük olduğunu göstermişlerdir (19). Epileptik çocuklar normal zeka düzeyine sahip olsalar dahi okul başarıları daha düşüktür. Bu sonuçlar epileptik çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda desteklenmiştir (20).

Ergenlik döneminde cinsellik, beden imgesi, bağımsızlık, meslek seçimi gibi kimlik duygusunun gelişimi ile ilgili özel gelişimsel görevler gündeme gelir. Ergenin bağımsızlık uğraşı içinde hastalığın kendisi bir mücadele alanı haline gelebilir. Çünkü kronik hastalık ergenin fiziksel-cinsel gelişimini, arkadaş ilişkilerini etkiler. Diyetler, ilaçlar, terapiler ve doktor kontrolleri ergenlikte zorlayıcı konulardır. Bazı hastalar ebeveyne bağımlı hale gelebilirler. Bazıları asi bir tavır içindedir, bağımsız olduklarını göstermek için tedaviyi reddedebilirler. Tedavi sürecinde ergene artan bağımlılık korkularını ifade etme fırsatı verilirse uyum artabilir. Tedaviyle ilgili kararlar alınırken ergenin her evrede katılımını sağlamak, kendi fikir ve düşüncelerinin önemli olduğunu görmesine ve kendilik duygusunun gelişimine yardımcı olur (9,17).

Çocuk ve Ergenin Kişilik Özellikleri

Çocuk ve ergenin kişilik özellikleri duygusal sorunların ortaya çıkışında etkilidir. Kaygı düzeyi düşük olan çocuklarda, içe dönük ve narsisistik çocuklara oranla kronik hastalıklardan daha az etkilenme olmaktadır. Çocukların bazı beceri ve tutumları da psikososyal sorunların azalmasını sağlayabilir. Kronik hastalığı olan çocukların hemen hepsi hoşlanmadıkları durumdan kaçmak için hastalıklarını kullanırlar. Ancak psikososyal uyumdaki sürekli bozukluk farklı bir durumdur.

Mattson'a göre hastalığına sürekli kötü uyum yapan çocuklarda belli davranış kalıpları vardır. Birinci gruptaki çocuklar korkak, pasif, dış olaylara ilgi duymayan, ebeveynine, özellikle anneye aşırı bağımlılığı olan çocuklardır. Bu çocuklarda erken dönemde pasif bağımlı durum gelişir. Bu çocukların ebeveynleri de genellikle sürekli kaygılı ve aşırı kollayıcı bir tutum sergilerler. İkinci grup; aşırı derecede bağımsız, risk taşıyan ve yasaklanmış eylemlere kalkışan çocuklardır. Bu çocuklarda gerçek tehlike ve korkuları yadsıma eğilimi vardır. Bu çocukların annelerinde erken çocukluk döneminden itibaren aşırı suçlayıcı tutumlar olur. Genellikle ergenliğe girişle birlikte bu çocuklar annelerinin müdahalelerine isyankar cevap verirler. Daha az yaygın olan üçüncü grubu genellikle doğumsal deformiteleri olan büyük yaştaki çocuklar oluşturur. Bunlar utangaç, insanlara düşmanca tavır gösteren ve yalnız çocuklardır. Bu çocukların ebeveynleri çocuğun eksikliklerine aşırı vurgu yapma, utanarak onları izole etme eğiliminde olan kişilerdir. Böylece çocuklar ebeveynlerinin kendileri ile ilgili görüşleri ile özdeşim yaparak, toplumun dışında kalan 'eksik kişi' şeklinde bir benlik imgesi geliştirirler (9,11). Bunun yanında çocukların ve ergenlerin bazı beceri ve tutumları da psikososyal sorunların azalmasını sağlayabilir. Eğitsel, sanatsal, sportif etkinliklere katılmak hastalıkla daha iyi başa çıkmayı sağlayabilir ve tedaviye uyumu arttırabilir (22).

Çocuk ve Ergenin Kullandığı Savunma Mekanizmaları

Çocuk ve ergenler hastalıkları nedeniyle hissettikleri huzursuzluk ve çaresizlik duygularını bazı savunma mekanizmalarıyla azaltmaya çalışırlar. Kronik hastalık karşısında geliştirilen en yaygın savunma mekanizmaları inkâr, regresyon ve yansıtmadır (23).

Regresyon, çocukların en sık kullandığı bilinç dışı savunma düzeneği olup 'bebeğe dönüş' olarak tanımlanabilir. Bu durumda tuvalet alışkanlığını kazanmış bir çocuk altını ıslatmaya başlayabilir ya da çocukta huysuzluk, aşırı ağlama, sürekli ilgi bekleme görülebilir. Regresyon mekanizmasını kullanan ergenler ise ebeveyne daha fazla bağımlı hale gelebilirler ve çocuksu davranışlarda artış olabilir.

İnkâr ise özellikle büyük yaştaki çocukların ve ergenlerin kullandığı bir savunma mekanizmasıdır. Kaygı düzeyi yüksek olan çocuğun hastalığını inkâr etmesi sonucunda doktor randevusunu ve tedavi uygulamalarını unutma gibi tedaviye uyum sorunları ortaya çıkabilir.

Yansıtma mekanizmasını kullanan çocuk ve ergenler, hastalıklarıyla ilgili öfke, sinirlilik ya da suçluluk duygularını ebeveynlerine ya da tedavi ekibine yansıtabilirler.

Yer değiştirme mekanizmasını kullanan çocuk ve ergenler, hastalık ve tedaviye karşı olan olumsuz duygularında nesne değişikliği yaparak, bu olumsuz duygularını hırçınlık, huzursuzluk, inatçılık şeklinde yansıtabilirler.

Akla uygunlaştırmada, çocuk hastalık nedeniyle yapamadığı etkinlikler için uygun mazeretler bulabilir. Daha çok büyük çocuklarda, erken ve orta ergenlikte kullanılan bir mekanizmadır. Bu mekanizmanın fazla kullanılması durumunda işlevsellikte bozulmalar olabilir.

Yalıtma savunma mekanizması, çocuk ve ergenlerin içinde buldukları olayla ilgili bilişsel tepkiler vermelerine rağmen, bu duruma duygusal bileşenin eşlik etmemesiyle karakterizedir.

Yüceleştirme, hasta çocuk ve ergenlerin kullandıkları en olumlu savunma mekanizmasıdır. Hasta çocuk ve ergenin sağlık koşulları elverdiği sürece enerjisini eğitsel, sanatsal ve sportif etkinliklere yönelmesi beklenebilecek en olumlu tutumdur (22,24).

2.2.2. Hastalıkla İlgili Faktörler

Kronik hastalıklar her zaman psikiyatrik bozukluklara ve uyum sorunlarına yol açmasalar da kronik hastalığı olan çocuklarda sağlıklı yaşıtlarına oranla 2 kat daha fazla ruhsal sorunlara ve bozukluklara rastlandığı bildirilmektedir (10). Çocukluk çağı kronik hastalıklarında psikososyal problem oluşturma açısından hastalık başlangıç yaşı, hastalığa neden olan genetik/çevresel faktörlerin birlikteliği, hastalık cinsi, hastalığın fiziksel deformite ve engellenme oluşturması, uygulanan tedavi şeklinin ağırlığı, tanının yanlış veya geç konması ve hastalık seyrinin kötü olması gibi faktörlerin önemli olduğu bilinmektedir (7) .

Kronik hastalığın başlama yaşı, hastalığın oluşturduğu psikolojik etkide önemli rol oynamaktadır. Kronik hastalığın başlangıç yaşının farklı etkileri üzerine odaklanan çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Çocuk gelişiminde 0-5 yaş erken çocukluk dönemi ve ergenlik dönemi gibi özel güçlükleri bulunan gelişim dönemlerinde hastalık tanısı konması, uyum sorunları açısından çocuk için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (23).

Hastalığın genetik ya da edinsel olması çocuk ve ergende oluşabilecek psikososyal zorluklarda önemli rol oynar. Genetik kökenli hastalığı olan çocuk ve ergenler hastalığı yaşamının bir parçası olarak görmeye başlar. Bu durum tedaviye uyum açısından iyi bir özellik olmakla beraber hastalık nedeniyle gelişim basamaklarında ortaya çıkan aksamalar çocuk ve ergenin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Edinsel hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ise yaşamları normal seyrinde giderken hastalık tanısıyla beraber aniden kendilerini hiç bilmedikleri ve zorlayıcı tedavi rejimlerinin olduğu bir ortamda bulmaları ruhsal gerginlik oluşmasına neden olabilir (1).

Hastalığın cinsinin de ruhsal problem oluşturma açısından önemli olduğu belirtilmektedir. Merkezi sinir sistemini tutan hastalıkların diğer kronik hastalıklara göre çocuk ve ergende daha fazla psikososyal sorunlara ve davranım bozukluklarına neden olduğu bildirilmiştir (24). Bunun yanında ataklar halinde seyreden hastalıkların da psikososyal sorun oluşturma açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Remisyon ve alevlenmelerle seyreden hastalıklar çocuğun gelişimini olumsuz etkileyebilir. Çocuğun gelişimi bazen yavaşlar, bazen de tamamen durabilir. Gelişimdeki bu duraklama ve yavaşlama sadece fiziksel değil, aynı zamanda çocuğun mental ve sosyal gelişiminde de gözlemlenebilir (25). Bununla beraber ataklar halinde seyreden bu hastalıklar, kalıcı hastalıklara göre daha fazla kaygı oluşturur. Alevlenme dönemlerinde önceden yapılan planların bozulması ve gerçekleştirilememesi, hasta dahil tüm aileyi sıkıntıya sokar. Bu durum hastalığın ciddiyetini geri planda bırakabilir. İlimli, az belirtiyeye yol açan ya da ataklar halinde seyreden hastalıkların ara dönemlerinde hastalığı yadsıma olabilmekte, bu da çocuk ve ebeveynde tedaviye uyumu azaltmaktadır (9).

2.2.3. Aile İle İlgili Faktörler

Aile tipi, evlilik ilişkileri, ailenin hastalığa verdiği tepki, hasta çocuğa verilen bakım ve psikososyal destek düzeyi, anne-babanın ebeveynlik niteliği, kişilik özellikleri ile hastalıktan etkilenme düzeyleri gibi ailesel değişkenlerin de çocuk ve ergenin hastalığa uyum sürecinde önemli faktörler olduğu bilinmektedir (26).

Ailenin çocuğun hastalığına bakışı, onun kendini nasıl göreceğini ve kendilik kavramının nasıl oluşacağını belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Sheerin ve arkadaşlarının 16 porto şarabı lekesi olan çocuk ile 42 belirgin kulağı olan çocuğu psikososyal zorluklar açısından karşılaştırdığı çalışmalarında, belirgin kulağı olan

çocukların porto şarabı lekesi olanlara kıyasla içe atım ve dışa atım semptomlarını daha fazla gösterdikleri, benlik algılarının daha düşük, anksiyete skorlarının ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, porto şarabı lekesi olan çocukların doğduklarından bu yana ebeveynlerinden yeterli düzeyde psikososyal destek alması ve belirgin kulak gibi bir deformitenin yeterli aile desteğine neden olmaması nedeniyle bu çocukların psikososyal aile desteğinden uzak kalmış olmalarıyla açıklanmıştır (27).

Bununla beraber düşük sosyoekonomik seviye, aile içi ilişkilerde sorun ve ebeveynlerden birinde ruhsal hastalık olması, çocuk ve ergenin tedaviye kötü uyumu açısından risk faktörüdür. Bu nedenle ailenin davranışını hedefleyen müdahale stratejileri önemlidir. Bu sayede psikolojik problemlerin başlangıcı geciktirilebilir veya engellenebilir (22).

2.2.4.Çevresel Faktörler

Çocuk ve ergenin okul sorunları, akranları ve tedavi ekibi ile olan ilişkileri de tedavi uyum sürecinde önemlidir. Akran ilişkileri daha çok ergenlik döneminde önem kazanır. Kronik hastalıklar; çocuk ve ergenin aktivitelerini fiziksel, mental ve duysal yetersizlikler nedeniyle ve bunun yanında hastalığın getirdiği yorgunluk, bitkinlik, sık doktor kontrolü ve hastane yatışları nedeniyle kısıtlayabilir. Kronik hastalıklı ergenler akranları tarafından dışlanabilirler ya da dışlandıkları hissine kapılabilirler. Bu gibi durumlar ergenin arkadaş gruplarına alınmama korkusu yaşamasına ya da sosyal izolasyona neden olabilir (22). Birçok çocuk ve ergen için okullar yeni arkadaşlar edinmek için en uygun sosyal ortamlardan biridir. Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin doktor kontrolleri ve hastaneye yatış dönemlerinde okuldan uzak kalması hem arkadaşlarından uzaklaşmakla ilgili hem de akademik performansla ilgili kaygı yaşamalarına neden olabilmektedir (10).

Tedavi ekibiyle kurulan güvenli, sürekli ve yeterli iletişim hasta ve ailesinin hastalığa uyumunu arttırmakta, hastalığın oluşturduğu anksiyeteyi ise azaltmaktadır (28). Ergeni hastalık ve tedavi süreciyle ilgili bilgilendirmek, belirsizliği azaltır ve ergenin durumla ilgili bir kontrol geliştirmesine yardımcı olur. Yeterli bilgi verilmemesi sonucu gelişen yanlış oluşmuş düşünceler, gerçeğin kendisinden daha fazla bozucu ve zedeleyici etki oluşturabilir. Tedavi ekibinin çocuk ve ergenle açık, yeterli ve uzlaşmacı iletişim kurması tedavi ekibine karşı güven duygusunun oluşmasını sağlar.

Bu sayede kronik hastalığı olan çocuk ve ergen uygun başa çıkma yöntemlerini kullanmaya başlar ve benlik saygısı artar (29).

2.3. KRONİK HASTALIKLARININ AİLE ÜZERİNE ETKİLERİ

Kronik hastalık neden olduğu psikolojik, sosyal sonuçları ile hem çocuğu hem de aileyi etkilemektedir. Aile bakışında, ebeveyn ve çocuklar arasında ortak ilişkiyi göz önüne almak zorunludur. Bir yanda çocuğun sağlık durumu ebeveynin psikolojik durumuna bağlı iken, diğer yanda ebeveynin işlevleri ve sağlıklı olması çocuğun sağlıklı olmasını etkilemektedir (5). Çocuğun bakım sorumluluğu, psikolojik tepkiler (anksiyete, korku, öfke, depresyon ve suçluluk), tahmin edilemeyen tıbbi giderlerin oluşturduğu ekonomik yükler, çocuklarının geleceği ile ilgili belirsizlikler aileye ağır yük getirmektedir (31). Çocukluk kronik hastalıkları, belirti, neden, sağaltım yöntemi, seyri, günlük aktivite kısıtlaması, uzun dönem etkisi noktasında farklılık göstermektedir. Fakat tüm kronik hastalıklarda çocuk ve ailede stres tepkisine neden olan ortak etmenler bulunmaktadır (32).

Araştırmalar kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde artan ekonomik yük, ebeveynlerin çocuklarının sık sık hastaneye yatırılması, hastalıkla birlikte değişen aile rolleri ve uyumla ilgili geniş çaplı ebeveyn stresörlerini tanımlamıştır (33). Kronik hastalığa sahip bir çocuğun sağaltımıyla başa çıkmada ebeveynler bilişsel ve davranışsal öğeler kullanırlar. Burada amaç tıbbi duruma, tanıya uyum sağlamak ve çocuk ve ailenin sağaltım gereksinimlerini karşılamaktır (34). Çocuk ve aile bireyleri günlük bakımla ilgili beklentileri karşılama gibi ağır sorumlulukların yanında, şok, inanmama, yadsıma, öfke, korku, hayal kırıklığı, yalnızlık, kaygı ve suçluluk gibi duygusal tepkiler de yaşamaktadırlar (35).

Çocukluk dönemindeki kronik ve akut hastalıkları birbirinden ayıran en önemli özellik; kronik hastalığa sahip çocukların uzun dönem tedavisinde ve kronik hastalığa özgü çocukta meydana gelen şiddetlendirici krizlerle baş etmede ailenin sergilediği bütünleştirici ve tamamlayıcı roldür.

Kronik hastalık tanısı, aile bireylerinde duygusal tepkileri tetikler ve aile yaşamının elverişli yönlerinde gerekli değişiklikleri yapar (36). Çok sayıda çalışmada kronik hastalığı başlayan bireyde ruhsal sorunlar sıklıkla bildirilmiştir. Daha az sayıdaki çalışmada ise kronik hastalığı olan kişinin ailesine ya da tanıdıklarına odaklanılmıştır (33). Başka bir deyişle, günümüzde kronik hastalığı olan bir çocuğun ailesinin uyum süreci ile ilgili bilgiler sınırlıdır (35). Kronik bir hastalığın çocuk üzerinde nasıl bir etki yaptığı, aile kavramıyla birlikte ele alınmalıdır. Çünkü aile çocuğun da içinde

yaşadığı bir birimdir. Her ailenin içinde bulunduğu kültürel ortama uygun kuralları, örgütsel ilkeleri, inanç sistemi, hastalık ve gelişimle ilgili düşünceleri vardır. Aile birimi kronik hastalığın etkisini anlama, çocuk ve hastalığa ne tür tepkiler verileceği kavramlarından fazlasıyla etkilenir (30).

Genel olarak kronik hastalığı olan çocukların sağlıklı çocuklardan farklı olarak psikolojik, sosyal ve biyolojik sorunları bulunmaktadır (37). Çocuklarına ilk kez kronik hastalık tanısı konan çocuk ve ergenlerin aileleri birçok yönden etkilenirler. Aileler suçluluk, çaresizlik, kaygı, utanma, kızgınlık veya perişan olma gibi duygular hissedebilir ve bu durum da çocuğun sağaltımını olumsuz olarak etkileyebilir (38). Bütün göstergeler kronik hastalığın çocuklar ve aileler üzerindeki olası olumsuz sonuçlarına işaret etmesine rağmen, bu ailelerin bazılarında takdir edilebilir bir iyileşme de gözükabilmektedir. Çünkü kronik hastalık çocuk ve ergen için duyguları düzenlemek ve sorun çözebilmek gibi temel yaşamsal becerilerde mükemmel olanaklar sağlayabilmektedir (39). Aile sağlığının sürdürülmesinde, özellikle de çocukların sağlığının korunmasında öncelikli olarak annelik rolünün olduğu iddia edilmektedir. Başka bir deyişle, toplum ideolojisi ve cinsiyet rolleri, çocuk ve aile sağlığını kadınlara emanet etmektedir. Araştırmalar, genel aile sağlığını ilgilendiren durumlarda aile sağlığı için annelerin sorumluluğu üzerlerine aldıklarını göstermektedir (35).

2.4. KRONİK BİR HASTALIK OLARAK EPİLEPSİ

Epilepsi, en sık karşılaşılan kronik hastalıklardan birisidir. Babilliler döneminden bu yana bilinmekte olup, epilepsili hastalar eski çağlardan bu yana bilişsel ve davranışsal açıdan farklı olarak algılanmıştır. Psikiyatrik bozuklukların epilepsiye sık eşlik etmesinin, bu hastaların damgalanarak kötü muamelelere maruz kalmasında etken olduğu ve şeytan tarafından ele geçirildikleri, kötü ruhların içlerine girdiği gibi yakıştırmalar yapıldığı bilinmektedir. Hipokrat'ın yazdığı 'Kutsal Hastalık Üzerine-On the Sacred Disease' ve Dostoyevski'nin yazdığı 'Budala-The Idiot' gibi eserler, epilepsiye yönelik bu tür tutumları belgeler niteliktedir. Bu yanlış inanışlara ilk direnç gösteren ve şimdiki anlamda bir beyin hastalığı olduğunu söyleyen kişi de Hipokrat olmuştur. Bilişsel ve davranışsal farklılıkların altta yatan hastalığa mı ya da toplum tarafından dışlanmaya uyum yapma çabalarına mı bağlı olduğuna dair tartışmalar halen sonuçlanmamıştır. Hastalığa ait bir takım tanımlama ve sınıflamaların anlaşılması bu noktaların aydınlatılması açısından anahtar rolü oynayabilir (40,41).

Nöbet; kontrol dışı, paroksizmal, bilinçte vücut hareketlerinde değişikliğe, algı ve duygulanım değişikliğine yol açan kortikal nöronların senkron deşarjıdır veya normal fonksiyon ve davranışı engelleyen bu türlü semptomların karışımıdır diye tanımlanabilir. Kendini sınırlayıcı özelliğindedir. Konvülziyon olarak adlandırılan generalize tonik klonik nöbetler prototip olarak düşünülür, ancak nöbet kısa bir bilinç kaybı, istemsiz stereotipik bir hareket olabilir (40).

Epilepsi; tekrarlayıcı nöbetlere işaret eder, merkezi sinir sistemi disfonksiyonunu gösterir. Epileptik bozukluklar oldukça yaygındır ve genellikle erken başlangıçlıdır. Tüm dünyada 20 ila 40 milyon epileptik olduğu düşünülmektedir ve yaşam boyu prevalansı %0.63, yıllık insidansı ise %0.05'tir. Hauser ve Kurland'in (1975) yaptığı bir çalışmada tek bir afebril nöbetin yaşam boyu prevalansı %6, tekrarlayan nöbetler için %4 olarak bulunmuştur. Febril konvülziyonlar 5 yaş altı çocukların % 3'ünde ortaya çıkmakta ancak çok az bir kısmı tekrarlayan nöbetlere dönüşmektedir. Epilepsinin başlangıç yaşı özellikle 20 yaş altında kümelenmektedir. Genel olarak bakıldığında insidans hayatın ilk yılında en sıktır, 30-40 yaş arasında en düşük seviyeye iner ve ileri yaşlarda tekrar artar. Farklı çalışmalara göre epilepsilerin en az %75'i 20 yaş altında başlamakta ve çocukluk çağı epilepsilerinin %50'si 5 yaş altında ortaya çıkmaktadır. Hayatın ilk yılında başlangıç da oldukça sıktır. Bu yüzden çocuk ve ergen yaş grubunda önemli bir problemdir. Çocukluk çağı epilepsilerinin %70'inin idiopatik olduğu öngörülmüştür. Generalize nöbetler en sık tiptir. Erkek kız oranı 1.1/1.2 dir (40,42).

Uluslararası epileptik nöbetlerin sınıflandırılmasına göre nöbetler parsiyel ve generalize nöbetler olarak iki bölümde incelenir. Parsiyel nöbetler beynin bir tarafında başlarlar ve fokal başlangıçlıdır. Generalize nöbetler her iki beyin yarı küresini de etkilerler. Parsiyel nöbetler bilinç değişiminin eşlik etmediği parsiyel elementer nöbetler ve bilinç değişiklikleri ile giden parsiyel kompleks nöbetleri içerir. Bu nöbetler sıklıkla temporal lob ve limbik sistemden çıkar. Sekonder olarak generalize olabilir. Epileptik nöbetlerin uluslararası sınıflandırılması şu şekildedir:

2.4.1. Uluslar Arası Epilepsi Sınıflandırması

I-PARSİYEL NÖBETLER

A-Basit Parsiyel Nöbetler

Motor, somatosensoriyel, otonomik, psişik semptomlar

B-Kompleks Parsiyel Nöbetler

1-Basit parsiyel olarak başlayıp bilinç kaybı ile giden nöbetler

2-Bilinç kaybı ile başlayan nöbetler

C-Sekonder Generalize Olan Parsiyel Nöbetler

1-Basit parsiyel nöbetlerle başlayanlar

2-Kompleks parsiyel nöbetlerle başlayanlar

II- GENERALİZE NÖBETLER

A-Absans

B-Myoklonus

C-Klonik

D-Tonik

E-Tonik-klonik

F-Atonik/akinetik

2.4.2. Epilepsinin Bilişsel ve Davranışsal Etkileri

Epilepsi interiktal manifestasyonlarla giden episodik, kronik bir hastalık olup gelişmekte olan çocuğun entellektüel ve psikososyal modellerine belirgin etkileri olur. Epilepsi merkezi sinir sistemini etkilediği için, sadece kronik bir hastalığa bağlı psikososyal uyum problemleri değil, merkezi sinir sistemi disfonksiyonu ile doğrudan ilişkili bilişsel ve davranışsal problemlere de yol açar. (40,41)

Epilepsisi olan bütün çocuklarda, yaygın olarak görülen spesifik bir bilişsel bozulma ya da davranış problemi yoktur. Bununla birlikte genel çocuk popülasyonundan oldukça yüksek oranda bilişsel ve davranışsal bozukluklar görülür. Bu çocuklarda entellektüel bozuklukların ve kişilik problemlerinin sebebini saptamak çoğunlukla zordur. Bazı çocuklarda problemler limbik sistem fizyolojisinde bir anormalliği yansıtır. Etkili olan diğer faktörler, tekrarlayan kontrol dışı nöbetlerin beyin hasarına sebep olan etkileri, kişilik bozukluklarına ve mental bozukluklara sebep olan altta yatan dejeneratif hastalıkların bulunması, antiepileptik tedavinin etkileri, epileptik çocuğa sıklıkla toplumun gösterdiği duyarsız tutuma epileptik çocuğun verdiği bozuk psikolojik cevaptır (40). Bazı çalışmalar ilk nöbetin ortaya çıkışından önceki davranış sorunlarını saptamaya çalışmış ve ilk fark edilen nöbetten önce oldukça

yüksek oranda davranış problemi ve fark edilmeyen nöbetler olduğunu göstermişlerdir. Sonuç olarak epilepsinin davranışsal problemler ve nöbetlerle birlikte giden bir hastalık olduğunu; davranışsal problemleri ilaçların olumsuz etkileri ya da ailesel ve çevresel negatif etkilerden ziyade nöbetlerin doğrudan etkileri veya nörolojik disfonksiyonun ortaya çıkardığını bildirmişlerdir (43).

Şimdiye kadar pek çok çalışma epilepsinin bilişsel fonksiyonlar üzerine etkisini araştırmıştır. Entellektüel kapasiteyi ölçen Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) gibi testlerle geniş çocuk popülasyonlarını tarayan çalışmalarda normal çocuklara göre daha düşük zeka puanı (IQ) düzeylerine sahip oldukları gösterilmiştir. Ancak yapılan geniş araştırmalara rağmen epileptik aktivitenin bilişsel yetenekler üzerine gerçek etkileri açık bir şekilde tanımlanabilmiş değildir. Buna epilepsinin klinik heterojenitesi ve bilişsel yetilerin ölçümü konusundaki güçlükler yol açmaktadır. Bilişsel ve davranışsal anormalliklerin biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Ayrıca epilepsinin doğrudan etkilerinin yanında, ilaç tedavisinin de bilişsel fonksiyonlar üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır.

Epilepsinin biyolojik kökenli etkilerinin yanında, çocukların sıklıkla maruz kaldıkları strese yol açan durumlar vardır. Bunlar, epilepsili olarak damgalanma, anne babanın aşırı koruyuculuğu, okuldaki akademik problemler, yaşlılarının alay etmesi ya da korkutulma gibi sosyal uyumu güçleştiren durumlardır. Nöbet geçirme korkusu çocukların sosyal uyum yapma çabalarının önüne geçebilir. Epileptik süreçten önceki psikopatoloji epileptik çocukların ve ergenlerin psikososyal özelliklerine etki eder. Komorbid psikiyatrik bozuklukların bulunması tanı ve tedavi ikilemelerine yol açar (40).

Epileptik çocuklardaki pek çok tipte ve şiddetteki psikososyal bozukluklar epilepsinin başlangıç yaşı, kullanılan ilacın türü, epilepsinin tipi ve elektro ensefalografi (EEG)'nin şeklinden etkilenir. Söz gelimi infantil epilepsi sıklıkla mental retardasyon, motor organizasyonda bozukluklar, uygunsuz sosyal davranışlarla birliktedir. Çocukluk çağında başlayan epilepsi ise hafıza, dikkat eksiklikleri ve problem çözümlenmede güçlüklerle birliktedir. Bu daha sık olarak çocuk okula gittiğinde heceleme problemleri, diskalkuli, disleksi, akademik başarıda düşme şeklinde belirginleşir. Bazı epileptik çocuklarda okuma kapasitesindeki düşüklük EEG anormallikleriyle ilişkili olabilir. Ergenlerde ise genelde okuduğunu

anlama ve davranış problemleri siktir. Bundan başka epileptik ergenlerin problemleri davranışları EEG anormallikleri, parsiyel kompleks nöbetler ve fenitoine bağıdır. Ergenlik başlangıçlı epilepsi çoğu kez psikolojik rahatsızlıklarla yakından ilişkilidir. Psikososyal problemleri karmaşık hale getiren bir diğere etken ilaç tedavisinin, özellikle de polifarmasinin zararlı etkileridir. Fenobarbital kullanıldığında hiperaktivite, saldırganlık, dikkat eksikliği ortaya çıkabilir. Benzodiazepinler de fenitoin gibi hafıza kusurlarına yol açar, okuma kabiliyetinde eksiklik ve IQ düşüklüklerine sebep olur (40).

2.4.3. Epilepsili Çocuklarda Görülen Ruhsal Sorunlar

Çocuk ve ergenlik dönemindeki epilepsiler ile ilişkili psikopatolojinin varlığı, araştırmacılar tarafından sıklıkla gösterilmiştir. Epileptik çocukların normal topluma ve diğere kronik hastalığı olan çocuklara göre daha fazla psikiyatrik sorunlara sahip oldukları, bunun nedeni olarak da epilepsinin doğrudan merkezi sinir sistemini etkileyen bir rahatsızlık olması gösterilmiştir (3). Bazı çalışmalar ise, epileptik çocuklardaki psikopatolojinin kısmen hastalığın kronik doğasından kaynaklanabileceğini, nörolojik ve psikososyal faktörlerin birlikte ele alınması gerektiğini bildirmektedirler (4). Epileptik erişkinlerde yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlere oranla psikopatolojinin çok daha yüksek oranda saptanması (6) ve intihar girişimlerinin rapor edilmesi (5), çocuklukta başlayan davranışsal ve psikiyatrik sorunların artarak devamlılık gösterdiğini düşündürmektedir.

Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği kullanılarak epileptik çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda davranışsal sorunlar %21-53.8 oranında saptanmıştır (43,44). Çocuklar için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi kullanarak yapılan araştırmalarda ise %55-60 oranında psikiyatrik tanı konduğu gösterilmiştir (45,46).

Depresyon ve kaygı bozukluklarının epileptik çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklar olduğu bildirilmektedir (47). Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı epilepsilerinde duygudurum bozuklukları sıklıkları %12-36.4 arasında değişen oranlarda saptanmıştır (46,48,49). Epilepsisi olan 171 çocuk ile yapılan bir çalışmada %33 oranında depresyon ve kaygı bozuklukları olduğu, %20 oranında ise intihar düşüncesi taşıyan hasta bulunduğu gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan çocuk olmamıştır (14). Ott ve arkadaşları depresyon oranını kompleks parsiyel epilepsisi (KPE) olan 48 çocukta %12, primer generalize epilepsisi (PGE) olan 40 çocukta %13 olarak tespit etmişlerdir (46). Bu çalışmada intihar düşüncesi ve planı oranları

sırasıyla PGE'li çocuklarda %18 ve %11, KPE'li çocuklarda %17 ve %8 olarak belirtilmiştir. Dunn ve arkadaşlarının 115 ergen ile yaptığı bir çalışmada %23 oranında depresif belirtiler saptanmıştır (50). Erişkin hastalarda yapılan çalışmalar intihar girişimi oranlarının daha fazla olduğunu göstermektedir (6).Kaygı bozukluklarının da epileptik çocuklar arasında yaygın olduğu bildirilmektedir (51). Nöbetlerin ani oluşu, ölüm korkusu, anne babaların kaygılı tepkileri gibi nedenlerle epileptik çocuklar kaygı bozukluklarına yatkın hale gelmektedir. Bir araştırmada epileptik çocukların %18'inde ılımlı-orta kaygı, %5'inde aşırı kaygı belirtileri saptanmıştır. Ek olarak öğrenme ve davranış bozukluklarının olması ve çoklu ilaç tedavisinin artmış kaygı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (51).

Epileptik çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) eş tanısı %1.6-%54 arasından değişen oranlarda bildirilmektedir (52). Güncel çalışmalardan birinde normal toplumdaki DEHB oranının %4-5 olarak bildirilmesine karşın, epileptik çocuklarda bu oran %29.1 olarak bulunmuştur (48).

Psikotik bozuklukların epileptiklerde genel topluma göre daha sık görüldüğü bilinmekle birlikte çocuklardaki yaygınlık oranları henüz kesin değildir (53). Japonya'da yapılan bir araştırmada erişkin epilepsi kliniklerinde psikoz oranı %0.9-9.1 oranında bildirilirken, çocuk hastalıkları kliniklerinde psikoz oranı %0.7 olarak bildirilmiştir (54).

Epileptik çocukların normal topluma, hatta diğer kronik hastalıklara oranla daha fazla davranışsal, psikiyatrik sorunları olduğu ve yaşamlarını olumsuz etkilediği bilinmektedir (3,55,43). Ek olarak merkezi sinir sistemini ilgilendiren hastalıklar ve mental retardasyon bulunduğu psikopatoloji ve ilişkili olumsuzluklar artmaktadır (56,57). Buna karşın ne derecede psikiyatrik tedavi aldıklarına ilişkin yeterli sorun saptaması yapılmamıştır ve bu hizmeti alabilmeleri için nasıl bir yol

izleneceğine ilişkin bir çalışma yoktur. Sadece dış kaynaklı iki çalışma epileptik çocukların aldığı psikiyatrik hizmet oranlarını araştırmıştır (58,59). Ülkemizde ise bu konu ile ilgili araştırma bulunmamaktadır.

2.4.4. Epilepsinin Aile Üzerindeki Etkileri

Hastaların %70-80'inin ilaç sağaltımı ile epilepsileri başarılı bir şekilde kontrol altına alınırken, epilepsili çocukların ebeveynlerinin çocukları üzerindeki kontrol yitimi hissi, toplum tarafından etiketlendirme ile eşleşerek uzun dönemli aile stresini artırıp aile uyumunu etkilemektedir (60). Çok sayıda ebeveyn, çocukları epilepsi tanısı aldığı anda üzüntü yaşamaktadır. Ebeveynlerin tipik ilk tepkisi inkar, şok, perişan

olma, hayal kırıklığı, yas ve depresyondur. Aile için çocuğunun nöbetine tanık olma (özellikle tonik-klonik nöbet) en kaygı verici yaşantılardan birisidir. Bu durum genellikle ebeveyn de çaresizlik duygusu ve korkuya bunun sonucu olarak da çocuğu aşırı koruma ve aşırı düşkünlüğe neden olabilmektedir (61).

Anne-babanın psikolojik tepkisinin temelinde ruhsal travma ve fiziksel tükenmişliğin olması yatmaktadır. Epilepsi tanısı sonrası ilk 6 ay ya da bir yılda ebeveynler etiketlemenin duygusal deneyimini yaşamanın yanı sıra bir de çocuğun sağlığının tamamen yitilmesi stresini yaşamaktadır. Belirsiz, beklenmedik nöbetler ve kontrol edilemeyen durumların aileler tarafından anımsanması veya olayın çağrışımı aileyi bitkin hale getirip kaosa sürüklemektedir (62). Bazı tür nöbetler korkutucu özellikler gösterir. Çok sayıda anne-baba her tonik ya da klonik nöbeti yaşamı tehdit edici bir olay olarak algılamaktadır. Nöbet sıklığı ve nöbet süresinin, aile içi ilişkileri ve epileptik koşullara uyumu olumsuz etkilediği görülür (63). Epilepsinin çocuk ve ailenin günlük hayatındaki etkisi bazı etmenlere bağlıdır. Bu faktörler arasında epilepsinin şiddeti, klinik sağaltımın karmaşıklığı, hastalığın çocuk, aile ve toplum üzerindeki anlamı, çocuk ve ailenin aktivitelerinde kısıtlanmalar, çocuk ve aileye özgü başa çıkma becerileri, sosyal desteğin düzeyi, epilepsiyle ilgili mevcut kaynakların boyutu vardır. Bu etmenlerin her biri kronik hastalıktaki gerçek ya da algılanan uyuma katkı yapar (64). Epilepsili çocukların anne-babalarının büyük bir kısmı, ihmal edilmiş pek çok ruhsal soruna sahiptir. Böyle özellikteki çocuklara düzenli sağaltım yöntemleri uygulamak ailelerin ruhsal ve bedensel sağlıklarını etkilemenin yanında kişisel bakımı, boş zaman etkinlikleri ve diğer uğraşlar için gerekli olan zamanı da alıp götürür (65). Hem koruyucu hem de reddedici ebeveyn tutumları epilepsili çocuklarda bildirilmektedir. Bulgular, epilepsili çocukların annelerinin baskın tutumları yüzünden aşırı bağımlılıklar gösterdiğini bildirmektedir (66).

Çocukluk dönemi epilepsi tanısı aile için de önemli sorunları beraberinde getirmektedir. Bu sadece “mükemmel çocuğun yitimi” değil, aynı zamanda çocuklarının her zaman diğer çocuklardan farklı olacağını farkına varılması sürecini içermektedir. Bu yitimin kendisi ebeveynlerin daha kırılabilir duygular hissetmelerine, öfke, suçluluk ve üzüntü duymalarına yol açmaktadır (67,68). Epilepsinin psikososyal sonuçları sadece hastalığın doğrudan etkileri tarafından belirlenmemekle birlikte, olası bozukluğun hastanın sosyal çevresi tarafından nasıl algılandığı ile belirlenmektedir (69). Genel olarak epilepsili çocukların ebeveynleri kötümser bir

görünüm sergilerler. Açık ve gizli olarak kendilerine yöneltilmiş suçluluk duyguları vardır (70). Ailede epilepsi gelecek için yapılan planları sıklıkla belirlemekte, ailedeki kişiler hoşlandığı aktiviteler için daha az zaman ayırmakta, çocuğu nöbet geçirir diye korkabilmekte, çocuğun sosyal aktivitelerine kısıtlama getirebilmektedir. Bazı anne-babalar dışarıdaki işine son verip çocuğunun bakımını üstlenmeye başlamakta, bu durum da ailenin gelirinin azalmasına ve aile için hoş giden aktivitelerde azalmaya neden olabilmektedir.

Hastalık kronik olduğu zaman genel olarak tüm aile üyeleri daha fazla üzüntü yaşamaktadırlar. Baskı, çatışma, güvensizlik ile ilgili ilişkiler psikiyatrik bozukluklarla bağlantılı bulunmuştur. Aile ilişkileri ruhsal durumu dengelemede genel anlamda önemlidir (66). Çocukluk çağı epilepsisinde aile ortamı ve davranış sorunları ile ilgili araştırmaların bir çoğu ebeveynin olayı algılayış biçimlerine odaklanmıştır. Yüz sekiz aile üzerinde gerçekleştiren bir çalışmada, ailedeki stres ve olumsuz ebeveyn tutumlarının epilepsili çocukların davranışsal sorunları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Aile içi ilişkilerin zayıflığının çocuk uyum yetersizliğiyle bağlantılı olduğu belirtilmiştir (71).

2.4.5. Epilepsi ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmakta, kısaca kişisel iyilik hali denilen bireyin yaşamdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir (72). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (73).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen bazı ölçekler, belirtileri ya da klinik durumu sorgularken, bazıları kişinin işlevsel becerisini, psikososyal iyilik halini, sosyal destek durumunu ve yaşamdan memnuniyetini değerlendirmektedir. Sosyal işlevsellik, arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi, duygusal işlevsellik, beden imgesi, özerklik, bilişsel işlevsellik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenen yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Bir hastanın sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algısının bilinmesi hekimlerin, hastalarının hastalıkları ile ilgili en çok hangi yönden etkilendiklerini kavrayıp, tedavilerini yönlendirmelerine, tedavi protokollerinde değişiklikler yapmalarına, hasta-hekim ilişkisinin güçlenmesine ve hekim tarafından uygulanan girişimlerin

hastanın yaşam kalitesini ne yönde etkilediğinin görülmesine olanak sağlamaktadır (72).

Epilepsi hastalarında nöbetlerin aniden oluşması, kişinin kendini kontrol edememesine ve bundan dolayı kendine saygısını yitirmesine ve utanmasına sebep olmaktadır. Abramson ve Hermann tarafından “öğrenilmiş çaresizlik” olarak tanımlanan bu durum, kişinin iş ve sosyal ilişkilerinde sorunlara yol açmakta ve bunu takiben depresyon hemen hemen kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkmaktadır (74,75). Epilepsi hastalarının düşük benlik saygısı kişinin çevresine bağımlılık geliştirmesine sebep olmaktadır (76). Hasta çevreden destek arayışına girmektedir. Sosyal destek, yaşam kalitesi ile birebir ilgili bir konudur ve bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanabilir.

Epilepsi hastalarının damgalanması ise gelişmiş ülkelerde dahi aşılamamış bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (77,78). Türkiye’de yapılan çalışma sonuçları da halkın epilepsi hastalarını kabullenmeme ve ayrı tutma eğiliminde olduğunu ve bu durumun çocukluk çağından itibaren hastalar ve aileleri tarafından açık bir biçimde hissedildiğini göstermektedir (79,80).

Epilepside yaşam kalitesi üzerine tedavinin etkisinin değerlendirilmesi esastır. Çünkü iyiliği hissetme ve fonksiyonel olma hastaları etkileyen en önemli sonuçlardır (81). Kognisyon, emosyon ve davranış ile ilgili değişiklikler, çalışabilme, sosyal durum, kendine saygı ve nöbetlere uyum epilepsi hastalarının yaşam kalitesinde önemli faktörlerdendir (82,83). Yapılan çalışmalar nöbet sıklığı, nöbet tipi, politerapi, günlük yaşam aktivitelerindeki bozukluklar, depresyonun varlığı, sosyal ve aile yaşantısı ile ilgili problemlerin epileptik hastaların yaşam kalitesini bozduğu bilinmektedir (84,85).

Epilepsi hastalığına sahip çocukların önemli bir bölümü hastalığın doğası gereği düşük yaşam kalitesine sahiptir. Okul, sosyal ve duygusal işlevsellik, fiziksel belirtiler ve tedavi yaklaşımlarının epilepsili bir çocuğun yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir. Bu etkinin ne düzeyde olduğunun belirlenebilmesi ve tıbbi girişimlerin etkinliğinin ve yan etkilerinin değerlendirilebilmesi için epilepsisi olan çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algılarını bilmek önemlidir. Stevanovic ve arkadaşlarının 2011 yılında 60 çocuk ve ergen üzerinde yapmış oldukları çalışmada, kontrollere kıyasla epileptik çocuklarda yaşam kalitesi skorlarında düşüklük tespit edilmiş olup, özellikle depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği grupta bu skorlarda anlamlı derecede düşüklük bulunmuştur (86).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde büyük oranda epilepsisi olan yetişkin hastalarla çalışıldığı, çocuklarda ise daha çok okul ağı ve ergen grubuna ait verilerin olduğu dikkat çekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Anabilim Dalı ve Çocuk Nöroloji Anabilim Dalı işbirliği ile gerçekleştirildi.

Çalışmaya Çocuk Nöroloji polikliniğinden takip edilmekte olan ve Mayıs 2011/Ekim 2011 tarihleri arasında bu kliniklere başvuran, 1-6 yaş grubu 36 epilepsili çocuk alındı. Çalışmaya alınan hastalara epilepsi tanıları bir nörolog tarafından klinik belirtiler ve EEG bulgularına dayanarak Uluslararası Epilepsi Sınıflamasına göre konmuştu. Olgular en az bir yıldır antiepileptik tedavi almakta olan çocuklardan oluşmaktaydı ve tamamı ayaktan takip edilmekteydi. Altta yatan diğer nörolojik hastalığı, doğumsal metabolik hastalığı, doğumsal genetik hastalığı ve mental retardasyonu olan hastalar çalışmaya alınmadılar. Mental retardasyon klinik psikiyatrik muayene, psikometrik testlerle belirlendi. Çalışmaya alınan tüm olgulara AGTE yapıldı, gelişimi anormal olanlar araştırmaya dahil edilmedi.

Kontrol grubu olarak Sosyal Pediatri Bilim Dalı'na başvuran sosyokültürel düzeyi eşitlenmiş, hasta yaş grubu ile uyumlu, 1-6 yaş arası 36 çocuk ve ailesi alındı. Altta yatan diğer nörolojik hastalığı, doğumsal metabolik hastalığı, doğumsal genetik hastalığı ve mental retardasyonu olan hastalar çalışmaya alınmadılar.

Gönüllü olup dışlama kriterlerini karşılamayan çocukların anne ya da babalarına Çocuk Nöroloji hekimlerinin görüşleri alınarak hazırlanmış sosyodemografik veri formu verildi. Hem epilepsili hasta grubunda hem de kontrol grubundaki çocukların

psikiyatrik hastalıklarını sorgulayan 1-3 yaş arası çocuklar için ' Kısa 1-3 Yaş Sosyal & Duygusal Değerlendirme ölçeği (K-1/3SDD)', 4-6 yaş arası çocuklar için 'Erken Çocukluk Envanteri (EÇE-EF:4)', çocukların yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik 'Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)', anne-babalardaki ruhsal belirtileri saptamak amacı ile 'Ruhsal Belirti Tarama testi (SCL-90)'nin doldurulması ebeveynlerden istendi. Her iki gruptaki çocuklara uzman bir psikolog tarafından Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) yapıldı.

Çalışma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı (02.08.2011 tarih, karar no: 2011/406). Helsinki deklarasyonuna uygun olarak tüm aileler çalışma hakkında bilgilendirilip gönüllü olanlardan aydınlatılmış onam formu alındı.

KULLANILAN GEREÇLER

1. Demografik Bilgi Formu

Veri formunda öncelikle olgunun sosyodemografik özellikleri tanımlandı. Adı soyadı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı ve sırası, anne-babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, iletişim bilgileri sorgulandı. Uyku, iştah ve davranış değişiklikleri varlığı, önceden psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirilme durumu, ailede ruhsal yardım alma ihtiyacı olup olmadığı, olguda psikiyatrik semptomların olup olmadığı, olgunun nöromotor gelişimi, özgeçmişinde hastalık öyküsü, soygeçmişinde hastalık mevcudiyeti araştırıldı. Ayrıca hasta grubu için tanı aldığı yaş, hastalığın süresi, uygulanan tedavi protokolleri, antiepileptik kullanma süresi, tedaviye uyumu, hastalık hakkında bilgi ve destek alma durumu, hastaneye yatış sayısı, ailenin tıbbi tedaviye uyumu sorgulandı. **(EK-1)**

2. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

Bebeklerin ve okul öncesi dönemdeki çocukların gelişimini ve becerilerini bakımveren kişiden alınan bilgiler doğrultusunda sistemli biçimde değerlendiren bir envanterdir. Çeşitli yaş gruplarına ve kültüre özgü olarak düzenlenmiştir. "Evet / hayır / bilmiyorum" şeklinde yanıtlanan 154 maddeden oluşur. Uygulama sonucu Toplam Gelişim Puanı ve gelişimin farklı ancak birbiriyle ilişkili alanlarını temsil eden Dil-Bilişsel, İnce- Motor, Kaba-Motor ve Sosyal Beceri - Öz Bakım puanları olmak üzere 5 ayrı puan elde edilmektedir. Üç farklı yaş grubunda (0-12 ay, 13-44 ay, 45-72 aylar) hesaplanan test tekrar test güvenilirlikleri .99 ve .88 arasında bulunmuştur. Envanterin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı üç yaş grubunda Cronbach

alfa katsayıları hesaplanarak incelenmiş ve ilk iki yaş grubunda katsayıların çok yüksek olduğu görülmüştür (.99 ve .80 arası). Denver Gelişim Tarama Envanteri kriter olarak kullanıldığında her iki ölçüm aracı arasındaki ilişki yüksek bulunmuştur (86). Bayley Bebekler için Gelişim ölçekleri ve Vineland Uyum Davranış ölçeği ile AGTE arasındaki ilişkiler de yüksek bulunmuştur (87).

3. Kısa 1-3 Yaş Sosyal ve Duygusal Değerlendirme Ölçeği (K-1/3SDD)

Son yıllarda yaygın bir biçimde kullanılmaya başlanan tarama araçlarından biri de K-1/3SDD'dir. K-1/3SDD, Briggs-Gowan ve arkadaşları tarafından 1-3 yaşları arasındaki çocuklar için geliştirilen (90), ebeveynler tarafından doldurulan, “doğru değil/nadiren”, “kısmen doğru/bazen”, “oldukça doğru/sık sık” olmak üzere oranlandırılan, 42 sorudan oluşan bir ölçektir. Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği 2007 yılında Karabekiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (91). Bu ölçek, çocukların son bir ayını sorgulamakta olup, 3 seçenekli likert tipi ölçek şeklinde geliştirilmiştir. Ölçeğin toplam puan, problem alanı puanı ve yeterlilik puanı olmak üzere üç indeksi bulunmaktadır. Ölçek yurt dışında pek çok çalışmada kullanılmakla birlikte, ülkemizde kısıtlı sayıda çalışmada kullanılmıştır. (EK-2)

4. Erken Çocukluk Envanteri-4:Ebeveyn Formu (EÇE-4:EF)

Erken Çocukluk Envanteri-4, 3-6 yaşlarındaki çocuklar için geliştirilen, ebeveynler ve öğretmenler tarafından doldurulan, 2 soru listesinden oluşan bir ölçektir. Ebeveynlerin ve öğretmenlerin doldurduğu soru listelerinin her ikisi de 108 maddeden oluşur. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Basım (DSM-IV) tanı ölçütlerine göre erken çocukluk döneminde görülen davranışsal, duygusal ve bilişsel sorunları değerlendirir. Sprafkin ve Gadow tarafından 1996'da geliştirilmiştir (92,93). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Başgül ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır (94).

Erken Çocukluk Envanteri-4'de, diğerlerinden farklı olarak 3-6 yaşlarında nadir görülen şizofreni gibi bozukluklar sorgulanmamış, ancak bu yaşlarda daha sık görülebilen beslenme ve uyku bozuklukları, reaktif bağlanma bozukluğu gibi tanılar dahil edilmiştir. EÇE-4, ebeveynler ve öğretmenler tarafından doldurulmak üzere 2 soru listesinden oluşmaktadır (93).

Ülkemizde okul öncesi eğitimin henüz yaygınlaşmamış olması ve bu yaş çocukların çoğunlukla ev ortamında bulunması nedeniyle çalışmamızda sadece EÇE-4: EF kullanılmıştır. EÇE-4: EF “hiçbir zaman”, “bazen”, “sık sık”, “hemen her zaman”

olmak üzere oranlandırılan 108 sorudan oluşur. Ayrıca envanterin ilk bölümü çocuğun gelişimsel özelliklerini sorgulayan 12 soru içermektedir. Bunlardan ilk dört soru dil gelişimini, 5. soru kaba motor gelişimi, 6. soru ince motor gelişimi ve 7-12 maddeler arası 6 soru kişisel sosyal alanı sorgulamaktadır.

Sprafkin ve arkadaşları EÇE-4: EF'nu, belirti sayısı puanı ve belirti şiddeti puanı olmak üzere iki farklı şekilde puanlandırmıştır (92).

Belirti sayısı puanlama yöntemine göre “hiçbir zaman” ve “bazen” 0 , “sık sık” ve “hemen her zaman” 1 olarak puanlanır. EÇE-4: EF'ndaki her bir bozukluk için alınan puanlar toplanır. Bu toplam DSM-IV tanısı için gerekli en az belirti sayısına eşit veya fazla ise o bozukluk için belirti ölçüt puanı “evet” olarak değerlendirilir (91).

Belirti şiddeti puanlama yöntemine göre “hiçbir zaman” 0, “bazen” 1, “sık sık” 2, “hemen her zaman” 3 olarak puanlanır. Her bir bozukluk için belirtilen maddelerin puanları toplanır ve ilgili bozukluğun belirti şiddeti puanı elde edilir. (93). **(EK-3)**

5. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

ÇİYKÖ, Varni ve arkadaşları tarafından 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek amacıyla yaklaşık 15 yıllık bir çalışma sonucunda 1999 yılında geliştirilmiş olan bir yaşam kalitesi ölçeğidir (84). ÇİYKÖ, 2-4, 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için ebeveyn formu ve 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için öz bildirim formu olmak üzere toplam 7 formdan oluşmaktadır. Ergen ve çocuk formları birbirine benzer olmasına rağmen, çocuk ve ergenlerin bilişsel gelişim düzeylerindeki farklılıktan dolayı, çocuk formlarında daha basit sözcükler kullanılmıştır. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ, okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Bu ölçek, çocuk ve ergenlerin son bir ayını sorgulamaktadır. 5-7 yaşları arasındaki çocuklar için 3 seçenekli, 8-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenler için 5 seçenekli likert tipi ölçek şeklinde geliştirilmiştir. Maddeler 0-100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı “hiçbir zaman” olarak işaretlenmişse 100, “nadiren” olarak işaretlenmişse 75, “bazen” olarak işaretlenmişse 50, “sıklıkla” olarak işaretlenmişse 25, “hemen her zaman” olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Ölçekte eksik doldurulan maddelerin olması halinde doldurulmuş maddelerin puanları toplanmakta ve işaretlenmiş madde sayısına bölünmektedir.

Ölçeğin %50'sinden fazlası doldurulmamış ise ölçek değerlendirmeye alınmamaktadır. Sonuçta ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır. ÇİYKÖ 23 maddeden oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (89). (EK-4)

6. SCL-90 Ruhsal Belirti Tarama testi (SCL-90)

Belirti Tarama Listesi Şemaların psikopatoloji gelişimindeki rolüne ilişkin kuramsal önermelerden hareketle, birleşen geçerliğinin incelenmesi amacıyla kullanılan bu ölçek, Deragotis (95) tarafından geliştirilmiş ve ülkemizdeki geçerlik-güvenirlik çalışmaları Dağ (96) tarafından yürütülmüştür. Psikolojik ve bedensel belirtileri, bireyin içinde bulunduğu zorlanmanın ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin düzeyini ölçmeye yönelik psikiyatrik bir tarama aracı olan ölçek 5'li (hiç/çok az/orta derecede/oldukça fazla/ileri derecede) Likert tipi değerlendirmeye dayanan 90 maddeden oluşmakta ve kendini bildirimeye dayanmaktadır. Ölçeğin 9 ayrı belirti grubunu yansıtan 9 alt ölçeği bulunmaktadır: Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke-Düşmanlık, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psicotizm. Ölçeğin ayrıca Genel Semptom İndeksi (GSI), Pozitif Belirti Toplamı (PST) ve Pozitif Belirti Düzeyi (PSDI) olmak üzere üç indeksi ve suçluluk duyguları, yeme sorunları ve uyku ile ilgili sorunları değerlendiren maddelerden oluşan bir ek ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin özgün ve Türkçe formuna ilişkin çalışmalar ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Ölçek ülkemizde de pek çok çalışmada kullanılmıştır. (EK-5)

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

İstatistiksel değerlendirmeler “SPSS (Statistical Package for social Sciences) for Windows 17.0” programı ile yapıldı. Elde edilen verilerin dağılımının normal olup olmadığı ‘Kolmogorov-Smirnov testi’ ile değerlendirildi. Devamlı verilerin (yaş, ölçek puanları vs.) ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel değerleri belirtildi. Çalışmaya katılan her iki grubun ve ebeveynlerinin demografik veri ve psikometrik ölçüm sonuçlarının karşılaştırılmasında, dağılımın normal olduğu veriler için ‘bağımsız örnekler t testi’, dağılımın anormal olduğu veriler için ‘Mann-Whitney U testi’ kullanıldı. Her iki grubun ve ebeveynlerinin kategorik özellikteki klinik verileri (cinsiyet dağılımı, ailede ruhsal hastalık öyküsü vs.) ‘ki-kare testi’ ile karşılaştırıldı. Hastaların, kontrollerin ve ebeveynlerinin sosyodemografik, klinik ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ‘Pearson korelasyon testi’ kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Nörolojisi polikliniğinden epilepsi tanısıyla Mayıs-Ekim 2011 tarihleri arasında ayaktan tedavi görüp takip edilmekte olan, en az bir yıldır antiepileptik kullanan ve bu kliniklere başvuran 12-72 aylık 36 epilepsili çocuk alındı. Kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla birebir eşleştirilmiş 36 çocuktan oluşmaktaydı. Her iki gruptaki olguların 24'ü (%66.7) kız, 12'si (%33.3) erkekti. 12-36 aylık 24 (%66.7) çocuk, 36-72 aylık 12 (%33.3) çocuk çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 37.56 ± 14.70 ay olarak hesaplandı (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışma Grubu Yaş ve Cinsiyet Oranları Dağılımı

	EPİLEPSİ n (%)	KONTROL n(%)
Yaş grubu		
12-36 ay	24 (66.7)	24 (66.7)
36-72 ay	12(33.3)	12 (33.3)
Cinsiyet		
Kız	24 (66.7)	24 (66.7)
Erkek	12 (33.3)	12 (33.3)

Hasta grubunda otuz beş çocuğun, kontrol grubunda bütün çocukların ilk kelimesini çıkardığı tespit edilmiştir. Hasta grubunda yirmi yedi çocuk ilk cümlesini kurarken, kontrol grubunda otuz üç çocuğun ilk cümlesini kurduğu öğrenildi. İlk kelime konuşma zamanları arasında hasta grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel

olarak farklılık saptanmadı. Ancak ilk cümle kurma zamanı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.042$). Epilepsi grubunda 9 çocuk hala anne sütü almakta iken, kontrol grubunda 2 çocuk hala anne sütü almakta idi. Anne sütü alım süreleri ve ilk yürüme zamanları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışma Grubu Demografik Verileri

	EPİLEPSİ	KONTROL	Karşılaştırma
	Ort. \pm Ss	Ort. \pm Ss	
Yaş (ay)	37.56 \pm 14.70	37.56 \pm 14.70	t = 0.000, df = 1, 70, p = 1.000
Anne sütü alma süresi (ay)	16.03 \pm 8.62	12.38 \pm 2.06	t = 1.722, df = 1, 70, p = 0.093
İlk yürüme zamanı (ay)	12.61 \pm 2.21	12.38 \pm 2.06	Z = 0.685, p = 0.493
İlk kelime konuşma zamanı (ay)	11.02 \pm 3.61	10.30 \pm 2.98	Z = 0.584, p = 0.559
İlk cümle zamanı (ay)	20.18 \pm 5.39	17.33 \pm 5.18	t = 2.081, df = 1, 70, p = 0.042

Her iki grupta anne ve babaların yaş ortalamaları benzer şekilde bulunmuştur. Epileptik grupta annelerin ve babaların eğitim süreleri ortalaması kontrol grubu ile kıyaslandığında, epileptik grupta bu ortalamalar daha düşük olup, iki grup arasında anne ve babaların eğitim süreleri açısından ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$)(Tablo 3).

Tablo 3. Gruplara Göre Ebeveynlerin Yaş ve Eğitim Durumu

	EPİLEPSİ	KONTROL	Karşılaştırma
	(n=36) Ort. ± Ss	(n=36) Ort. ± Ss	
Anne yaşı	31.33 ± 5.68	30.94 ± 5.23	t=0.302, df=1, 70, p=0.763
Baba yaşı	34.75 ± 5.12	34.42 ± 4.88	t=0.282, df=1, 70, p=0.778
Anne tahsil süresi (yıl)	7.16 ± 3.83	12.27 ± 4.30	Z=4.449, p<0.001
Baba tahsil süresi (yıl)	7.77 ± 3.34	12.38 ± 4.19	Z=4.346, p<0.001

Çalışmamızda epileptik grupta annelerin kontrol grubuna kıyasla daha az oranda çalıştığı tespit edilmiş olup, iki grup arasında annelerin çalışma durumu açısından ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.001). Epileptik grubun annelerinin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda fiziksel hastalığa sahip olduğu saptanmış olup, iki grup arasında annelerin hastalık durumu açısından ortaya çıkan bu fark anlamlı bulunmuştur (p=0.001). Epileptik grup ve kontrol grubunda babaların hepsi çalışmakta idi. Epileptik grupta babaların kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda fiziksel hastalığa sahip olduğu saptanmış olup, iki grup arasında babaların hastalık durumu açısından ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.003)(Tablo 4).

Tablo 4. Gruplara Göre Ebeveynlerin Çalışma ve Hastalık Durumu

		EPİLEPSİ n (%)	KONTROL n (%)	Karşılaştırma
Anne Çalışma Durumu	Evet	3 (8.3)	16 (44.4)	$\chi^2=2.083$ p=0.001
	Hayır	33 (91.7)	20 (55.6)	
Annede Hastalık Varlığı	Var	10 (27.8)	2 (5.6)	$\chi^2=6.400$ p=0.011
	Yok	26 (72.2)	34 (94.4)	
Baba Çalışma Durumu	Evet	36 (100)	36 (100)	
	Hayır	0	0	
Babada Hastalık Varlığı	Var	10 (27.8)	1 (2.8)	$\chi^2=8.692$ p=0.003
	Yok	26 (72.2)	35 (97.2)	

Çalışmamızda iki grup arasında ailede büyük ebeveyn varlığı, kardeş sayıları, doğum kiloları, doğum şekli, gebelikte tıbbi sorun ve doğum sonu küvezde kalma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Fakat epileptik grupta çocukların doğum esnasında daha fazla tıbbi sorun yaşadıkları tespit edilmiş olup, iki grup arasında ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.041$).

Her iki grup ailede akrabalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu ve çocukta psikiyatrik sorun durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.005$). Fakat psikiyatrik yardım alma sıklığı açısından bakıldığında epileptik grubun kontrol grubuna kıyasla daha az oranda psikiyatrik yardım aldığı bulunmuş olup, ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Psikiyatrik ilaç kullanımının kontrol grubu ile kıyaslandığında epileptik grupta daha fazla olduğu saptanmış olup, iki grup arasında ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$)(Tablo 5).

Tablo 5. Gruplara Göre Akrabalık, Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ve Çocukta Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

		EPİLEPSİ n (%)	KONTROL n (%)	Karşılaştırma
Akrabalık Durumu	Evet	5 (13.9)	8 (22.2)	$\chi^2=0,845$ p=0.358
	Hayır	31 (86.1)	28 (77.8)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Evet	15 (42.7)	6 (16.7)	$\chi^2=5.788$ p=0.055
	Hayır	21 (58.3)	30 (83.3)	
Çocukta Psikiyatrik Sorun Durumu	Var	15 (41.7)	6 (16.7)	$\chi^2=1.017$ p=0.601
	Yok	21 (58.3)	30 (83.3)	
Ne Sıklıkta Psikiyatrik Yardım	Her Zaman	1 (2.8)	4 (11.1)	$\chi^2=29.731$ p<0.001
	Çoğunlukla	1 (2.8)	7 (19.4)	
	Bazen	2 (5.6)	13 (36.1)	
	Nadiren	1 (2.8)	4 (11.1)	
	Hiçbir zaman	31 (86.1)	8 (22.2)	
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Evet	3 (8.3)	1 (2.8)	$\chi^2=57.091$ p<0.001
	Hayır	33 (91.7)	35 (97.2)	

Çalışmamızda her iki grupta uyku ve iştah durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.005)(Tablo 6).

Tablo 6. Gruplara Göre Uyku, İştah Durumu

		EPİLEPSİ n (%)	KONTROL n (%)	Karşılaştırma
İştah	Normal	26 (72.2)	20 (55.6)	$\chi^2=2.167$ p=0.141
	Az	10 (27.8)	16 (44.4)	
Uyku	Normal	29 (80.6)	28 (77.8)	$\chi^2=0.129$ p=0.938
	Geç Yatma	4 (11.1)	5 (13.9)	
	Sık Uyanma	3 (8.3)	3 (8.3)	

İlk başvuru anında semptomlar sorgulandığında, aşırı korku, aşırı hareketlilik, dikkat sorunu, aşırı sinirlilik, içe kapanıklık ve anlama güçlüğüne epileptik grupta daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Çalışma Grubunda Anlamlı Bulunan Semptomlar

		EPİLEPSİ n (%)	KONTROL n (%)	Karşılaştırma
Aşırı Korku	Evet	9 (25.0)	2 (5.6)	$\chi^2=5.258$ p=0.022
	Hayır	27 (75.0)	34 (94.4)	
Aşırı Hareketlilik	Evet	20 (55.6)	10 (27.8)	$\chi^2=5.714$ p=0.017
	Hayır	16 (44.6)	26 (72.2)	
Dikkat Sorunu	Evet	16 (44.4)	6 (16.7)	$\chi^2=6.545$ p=0.011
	Hayır	20 (55.6)	30 (83.3)	
Aşırı Sinirlilik	Evet	19 (52.8)	3 (8.3)	$\chi^2=16.756$ p<0.001
	Hayır	17 (47.2)	33 (91.7)	
İçe kapanıklık	Evet	6 (16.7)	4 (11.1)	$\chi^2 = 16.756$ p<0.001
	Hayır	30 (83.3)	32 (88.9)	
Anlama Güçlüğü	Evet	9 (25.0)	1 (2.8)	$\chi^2=7.432$ p=0.006
	Hayır	27 (75.0)	35 (97.2)	

Epileptik grupta ilk havale zamanı ortalama 11.61±8.30 ay, epilepsi süresi ortalama 22.36±13.29 ay, antiepileptik kullanım süresi ortalama 21.69±13.29 ay, hastanede yatma sıklığı 1.73± 1.84 olarak hesaplanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Epileptik Grupta Demografik Veriler 1

	EPİLEPSİ
	(n=36) Ort. ± Ss
İlk Havale Zamanı (ay)	11.61 ± 8.30
Epilepsi Süresi (ay)	22.36 ± 13.29
Antiepileptik Kullanım Süresi (ay)	21.69 ± 13.29
Hastanede yatma sıklığı	1.73 ± 1.84

Epileptik grupta antiepileptik tedaviye uyum % 100 olarak saptanmıştır. 34 çocuk tekli antiepileptik tedavi alırken, 2 çocuk ikili antiepileptik tedavi almakta idi. Hastalıkla ilgili destek durumu sorgulandığında 20 olgu (%55.6) destek aldığını bildirmiş olup, 15 olgu (%41.7) daha çok anne ve babasından destek aldığını bildirmiştir. Nöbet sıklığı değerlendirildiğinde 24 olgu (%66.7) yılda 1-2 kez nöbet geçirmekte olup, 30 olgu (% 83.3) hastanede en az bir defa yatmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Epileptik Grupta Demografik Veriler 2

		EPİLEPSİ n (%)
Antiepileptik Tedaviye Uyum	Evet Hayır	36 (100.0) 0
Antiepileptik Tedavi	Tekli İkili	34 (94.4) 2 (5.6)
Hastalıkla İlgili Destek Durumu	Evet Hayır	20 (55.6) 16 (44.4)
Destek Olan Kişi	Anne/ Baba Akraba	15 (41.7) 5 (13.9)
Nöbet Sıklığı	Ayda 1-2 İki ayda 1 Yılda 1-2 Düzensiz	3 (8.3) 3 (8.3) 24 (66.7) 6 (16.7)
Hastanede Yatma Durumu	Evet Hayır	30 (83.3) 6 (16.7)

Her iki grup gelişimsel açıdan AGTE ile değerlendirildiğinde, bütün alt testlerde epileptik grubunun ortalamalarının kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak AGTE dil-bilişsel gelişim alanında hasta ve kontrol grubu arasında ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.047$)(Tablo 10).

Tablo 10. Grupların AGTE ile Değerlendirilmesi

	EPİLEPSİ	KONTROL	Karşılaştırma
	(n=36) Ort. ± Ss	(n=36) Ort. ± Ss	
Genel Gelişim	37.19±16.89	45.27±21.77	t=1.760, df=1, 70, p=0.083
Dil Gelişimi	35.44±16.55	44.47±21.07	t=2.021, df=1, 70, p=0.047
İnce Motor Gelişim	36.25±16.85	42.72±21.40	t=1.425, df=1, 70, p=0.159
Kaba Motor Gelişim	38.47±15.89	41.05±17.15	t=0.556, df=1, 70, p=0.510
Kişisel-Sosyal Alan	38.75±17.12	40.97±18.51	t=0.572, df=1, 70, p=0.599

1-3 yaş çocuklar için K-1/3SDD toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında epileptik grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 11).

Tablo 11. Kısa 1-3 Yaş Sosyal ve Duygusal Değerlendirme Ölçeği Puanları

	EPİLEPSİ	KONTROL	Karşılaştırma
	(n=24) Ort. ± Ss	(n=24) Ort. ± Ss	
Problem alanı puanı	14.79 ± 8.08	12.41 ± 4.77	t=0.240, df=1. 46, p=0.223
Yeterlilik alanı puanı	17.12 ± 2.95	16.29 ± 3.35	t=0.913, df=1. 46, p=0.366
Toplam puan	31.91 ± 8.29	28.70 ± 5.43	t=1.585, df=1. 46, p=0.121

4-6 yaş arası çocuklar için Erken Çocukluk Envanteri ile yapılan değerlendirmede kaba motor ve ince motor gelişim açısından değerlendirildiğinde kontrol grubuna kıyasla epileptik grubun daha geç gelişim göstermiş olduğu saptanmış olup, iki grup arasında ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kontrol

grubuna kıyasla epileptik grupta DEHB-Dikkat Eksikliği (DEHB-DE), DEHB-Hiperaktivite (DEHB-HA), DEHB-Bileşik (DEHB-B) tip, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Distimik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Eliminasyon bozukluğunun daha sık olduğu saptanmış olup, iki grup arasında ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 12-13).

Tablo 12. Erken Çocukluk Envanteri Puanları 1

EÇE-4:EF	EPİLEPSİ	KONTROL	Karşılaştırma
	(n=12) Ort. ± Ss	(n=12) Ort. ± Ss	
Dil Gelişimi	9.08 ± 3.52	11.25 ± 1.60	Z=1.776 , p=0.076
Kaba Motor Gelişim	1.16 ± 1.11	0.25 ± 0.45	Z=2.300, p=0.021
İnce Motor Gelişim	0.91 ± 1.08	0.08 ± 0.28	Z=2.574, p=0.010
Kişisel Sosyal Alan	11.9 ± 3.11	12.08 ± 2.64	t=0.141, df=1, 22, p=0.889
DEHB-DE	10.91 ± 5.51	5.08 ± 4.87	t=2.746, df=1, 22, p=0.012
DEHB-HA	12.7 ± 6.71	5.08 ± 3.87	t=3.426, df=1, 22, p=0.002
DEHB-B	23.66 ± 11.13	10.16 ± 7.86	t=3.432, df=1, 22, p=0.002
KOKGB	7.83 ± 3.58	5.16 ± 3.32	t=1.888, df=1, 22, p=0.072
DB	2.58 ± 2.74	0.91 ± 1.50	t=1.844, df =1, 22, p=0.079
DB Alt Tip	3.41 ± 2.71	0.83 ± 1.19	t=3.020, df=1, 22, p=0.009
Tik Bozukluğu	0.41 ± 0.51	0.33 ± 0.65	Z=0.348, p=0.506

DEHB-DE: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği Alt Tip, **DEHB-HA:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite Alt Tip, **DEHB-B:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Alt Tip, **KOKGB:**Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, **DB:**Davranım Bozukluğu

Tablo 13. Erken Çocukluk Envanteri Puanları 2

	EPİLEPSİ	KONTROL	Karşılaştırma
	(n=12) Ort. ± Ss	(n=12) Ort. ± Ss	
YAB	10.6 ± 2.26	8.33 ± 2.93	t=2.179, df=1, 22, p=0.040
Sosyal Fobi	2.58 ± 1.50	2.91 ± 1.78	Z=0.495, p=0.625
AAB	4.58 ± 4.07	3.50 ± 3.58	Z=0.692, p=0.496
OKB	1.00 ± 0.85	0.91 ± 1.08	t=0.209, df=1, 22, p=0.836
TSSB	7.58 ± 2.64	4.66 ± 1.96	t=3.064, df=1, 22, p=0.006
Depresyon	8.25 ± 2.56	6.50 ± 1.50	t=2.039, df=1, 22, p=0.054
Distimik Bozukluk	6.75 ± 2.13	4.83 ± 1.02	t=2,799, df=1, 22, p=0.013
YGB	6.25 ± 4.76	4.83 ± 1.02	t=1.799, df=1, 22, p=0.086
TBB	1.41 ± 1.31	1.25 ± 1.13	t=0.332, df=1, 22, p=0.743
Eliminasyon Bozukluğu	3.08 ± 1.67	0.41 ± 1.16	Z=3.474, p=0.001
Beslenme Bozukluğu	1.50 ± 1.24	0.83 ± 1.19	t=1.340, df=1, 22, p=0.194

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, **AAB:** Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, **OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk, **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu **YGB:** Yaygın Gelişimsel Bozukluk, **TBB:** Tepkisel Bağlanma Bozukluğu

Her iki grubun anneleri için SCL-90 Ölçek Puanları ile yapılan değerlendirmede kontrol grubuna kıyasla epilepsi grubunda annelerde SCL toplam, SCL PSDI, SCL PST puanlarının daha fazla olduğu saptanmış olup iki grup arasında ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Epileptik grubun annelerinde kontrol grubuna kıyasla somatizasyon, depresyon, anksiyete, öfke- düşmanlık, fobik anksiyete ve ek skala semptomlarına daha fazla rastlanmıştır olup, iki grup arasında ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14. Anne SCL-90 Ölçek Puanları

	EPİLEPSİ	KONTROL	Karşılaştırma
	(n=34) Ort. ± Ss	(n=36) Ort. ± Ss	
SCL Toplam	81.73± 50.25	52.66± 39.77	t=2.691, df=1, 68, p= 0.009
SCL PSDI	1.68 ± 0.513	1.43± 0.36	t=2.395, df=1, 68, p= 0.019
SCL PST	45.85± 20.90	34.08± 20.92	t=2.353, df=1, 68, p= 0.022
SCL GSI	0.90 ± 0.55	2.31 ± 10.41	t=0.788, df=1, 68, p=0.433
Somatizasyon	0.95± 0.61	0.62 ± 0.50	t=2.477, df=1, 68, p= 0.016
Obsesif- Kompulsif	1.00± 0.59	0.72 ± 0.62	t=1.952, df=1, 68, p=0.055
Duyarlılık	1.11± 0.78	0.85 ± 0.76	t=1.423, df=1, 68, p=0.159
Depresyon	1.11± 0.71	0.76 ± 0.61	t=2.168, df=1, 68, p= 0.034
Anksiyete	0.92± 0.72	0.48 ± 0.38	t=3.131, df=1, 68, p= 0.003
Öfke Düşmanlık	0.93 ± 0.80	0.49 ± 0.47	t=2.735, df=1, 68, p= 0.008
Fobik Anksiyete	0.53± 0.51	0.22 ± 0.30	Z=2.733, p= 0.006
Paranoid Düşünce	0.85± 0.72	0.56 ± 0.48	t = 1.947, df=1, 68, p=0.056
Psikotizm	0.55± 0.55	0.31 ± 0.30	Z=1.718, p=0.086
Ek Skala	0.91± 0.66	0.62 ± 0.54	t=2.002, df=1, 68, p= 0.049

SCL-90: Ruhsal Belirti Tarama testi, **PSDI:** SCL-90 Pozitif Belirti Düzeyi, **PST:** SCL-90 Pozitif Belirti Toplamı, **GSI:** Genel Semptom İndeksi

Her iki grubun babaları için SCL-90 Ölçek Puanları ile yapılan değerlendirmede kontrol grubuna kıyasla epilepsi grubunda Psikotizm semptomlarının daha fazla olduğu saptanmış olup, iki grup arasında ortaya çıkan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. Baba SCL-90 Ölçek Puanları

	EPİLEPSİ	KONTROL	Karşılaştırma
	(n=23) Ort. ± Ss	(n=32) Ort. ± Ss	
SCL Toplam	62.73 ± 39.84	53.62 ± 41.84	t=0.813, df=1. 53, p=0.420
SCL PSDI	1.48 ± 0.46	1.32 ± 0.48	t=1.190, df=1. 53, p=0.239
SCL PST	39.82 ± 15.40	36.87 ± 21.38	t=0.563, df=1. 52, p=0.576
SCL GSI	0.69 ± 0.44	0.59 ± 0.46	t=0.812, df=1. 53, p=0.420
Somatizasyon	0.71 ± 0.57	0.64 ± 0.52	t=0.467, df=1. 54, p=0.642
Obsesif- Kompulsif	0.92 ± 0.56	0.93 ± 0.74	t=0.096, df=1. 54, p=0.924
Duyarlılık	0.96 ± 0.68	0.73 ± 0.56	t=1.390, df=1. 54, p=0.170
Depresyon	0.70 ± 0.55	0.68 ± 0.53	t=0.160, df=1. 54, p=0.873
Anksiyete	0.54 ± 0.41	0.50 ± 0.46	t=0.397, df=1. 54, p=0.693
Öfke Düşmanlık	0.76 ± 0.71	0.75 ± 0.83	t=0.015, df=1. 54, p=0.988
Fobik Anksiyete	0.29 ± 0.29	0.22 ± 0.21	t=1.036, df=1. 54, p=0.305
Paranoid Düşünce	0.85 ± 0.60	0.65 ± 0.52	t=1.345, df=1. 54, p=0.184
Psikotizm	0.39 ± 0.34	0.27 ± 0.35	Z=2.019, p=0.043
Ek Skala	0.83 ± 0.75	0.64 ± 0.65	Z=1.418, p=0.156

SCL-90: Ruhsal Belirti Tarama testi, **PSDI:** SCL-90 Pozitif Belirti Düzeyi, **PST:** SCL-90 Pozitif Belirti Toplamı, **GSI:** Genel Semptom İndeksi

Her iki grup yaşam kalitesi toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldı. Her iki gruptan 6 çocuk iki yaşından küçük olduğu için karşılaştırmaya dahil edilmedi. Gruplar arasında ölçek puanları açısından ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 15). Epilepsi grubunda okula giden 3 çocuk, kontrol grubunda 6 çocuk vardı. Elde edilen verilerin az olması nedeni ile yaşam kalitesi okul alt ölçeği çalışmaya dahil edilmedi.

Tablo 16. Gruplara Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları

	EPİLEPSİ	KONTROL	Karşılaştırma
	(n=30) Ort. ± Ss	(n=30) Ort. ± Ss	
ÖTP	1531.66±278.61	1647.16±302.30	t=1.539, df=1, 58, p=0.129
FSTP	681.66±154.38	680.83±112.12	t=0.024, df=1, 58, p=0.981
DSTP	388.33±77.60	415.00±92.28	t=1.211, df=1, 58, p=0.231
SSTP	440.00±90.87	458.33±69.58	Z=0.885 p=0.376
PSTP	828.33±137.51	873.33±142.62	t=1.244, df=1, 58, p=0.218

ÖTP:Ölçek Toplam Puanı, **FSTP:** Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, **DSTP:** Duygusal Sağlık Toplam Puanı, **SSTP:** Sosyal Sağlık Toplam Puanı, **PSTP:** Psikososyal Sağlık Toplam Puanı

HASTA GRUBUNDA KORELASYON İNCELEMELERİ

Çocukların yaşı ile yaşam kalitesi sosyal alan puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.390$, $p=0.019$). Anne tahsil süresi ile dil gelişim süreleri arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.638$, $p=0.026$). Çocukların yürümeye başlama ayı ile toplam K-1/3SDD puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.564$, $p=0.005$). Çocukların hastalık başlama yaşı ile DEHB-DE puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.668$, $p=0.018$). Çocukların hastalık başlama yaşı ile DEHB-B puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.653$, $p=0.021$). Çocukların hastalık başlama yaşı ile DEHB-HA puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.653$, $p=0.074$). Çocukların hastalık başlama yaşı ile sosyal fobi puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.685$, $p=0.014$). Baba tahsil süresi ile anne SCL toplam puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.408$, $p=0.017$). Baba tahsil süresi ile anne GSİ puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.408$, $p=0.017$). Baba tahsil süresi ile anne PSDİ puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.443$, $p=0.009$). Anne tahsil süresi ile anne fobik puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.388$, $p=0.023$). Hastalığın başlama yaşı ile yaşam kalitesi duygusal alan puanları arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.346$, $p=0.039$). Epilepsi süresi ile yaşam kalitesi sosyal alan puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.334$, $p=0.047$). K-1/3SDD problem alanı puanları ile yaşam kalitesi fiziksel alan puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.446$, $p=0.029$). K-1/3SDD problem alanı puanları ile yaşam kalitesi duygusal alan puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.535$, $p=0.007$). K-1/3SDD toplam puanları ile yaşam kalitesi duygusal alan puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.542$, $p=0.006$). Yaşam kalitesi duygusal alan puanları ile YAB puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.624$, $p=0.030$). Yaşam kalitesi duygusal alan puanları ile DB puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.577$, $p=0.049$). Yaşam kalitesi duygusal alan puanları ile DB alt kategori puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.613$, $p=0.034$). Yaşam kalitesi duygusal alan puanları ile distimi puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.681$, $p=0.015$). Dil gelişimi ile depresyon puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.747$, $p=0.005$). Yaşam kalitesi sosyal alan puanları ile anne PSDİ puanları arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.347$, $p=0.045$). Yaşam kalitesi duygusal alan puanları ile anne öfke

puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.347$, $p=0.028$). Yaşam kalitesi toplam puanları ile baba SCL toplam puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.447$, $p=0.032$). Yaşam kalitesi toplam puanları ile baba depresyon puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.471$, $p=0.023$). Yaşam kalitesi fiziksel puanları ile baba öfke puanları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.630$, $p=0.001$).

5.TARTIŞMA

Temel olarak epileptik çocuklarda psikopatolojinin sorgulandığı, yaşam kalitesi, ebeveynlerindeki psikiyatrik semptomların kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmamıza 36 çocuk ve ailesi alındı. Gruplar arasında anne sütü alma süresi, kardeş sayısı ve ebeveyn yaş dağılımı bakımından anlamlı farklılık yoktu. Epileptik grupta hem anne tahsil süresi hem de baba tahsil süresi kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulundu. İzlanda'da yapılan bir çalışmada (97) ve ülkemizde yapılan başka bir çalışmada (98) sosyoekonomik düzeyin epilepsi prevalansını etkilemediği bildirilmiş olup, bizim çalışmamızla uyumluluk göstermemektedir. Bu durum kontrol ve hasta grubunu oluşturan olguların sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmemiş olmasıyla açıklanabilir.

Epilepsi grubunda annelerin daha az oranda çalıştığı ancak babaların kontrol grubuna kıyasla aynı oranda çalıştığı tespit edilmiş olup, bu konu ile ilgili farklı çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada epilepsili çocuklarda ebeveyn işsizliğinin anlamlı derecede arttığı bildirilmiş iken (98), ülkemizden yapılan geniş kapsamlı başka bir çalışmada sosyoekonomik düzeyle epilepsi prevalansı arasında anlamlı fark bulunamamıştır (99).

Ebeveynlerin ifadelerine göre, epileptik grupta çocukların kontrollere kıyasla daha geç sürede cümle kurdukları tespit edilmiş olup, bu durum literatür ile uyumluluk göstermektedir (40). Ek olarak anne tahsil süresi ile çocukların dil gelişimi arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. Ott ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, iyi eğitilmiş anne babaların çocukların sorunlarını daha iyi anladıkları ve duygusal

durumlarını daha iyi fark ettikleri bildirilmiş olup (46), bu tespitin bizim çalışmamızla uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda ailelerden alınan bilgiler doğrultusunda, ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve akrabalık durumu arasında iki grup arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte epileptik grubun anne ve babalarında daha fazla fiziksel hastalık olduğu saptanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda epileptik çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerden daha kaygılı olduğu ve psikiyatrik problemlerin daha fazla olduğu bildirilmiştir (100,101). Çalışmamızda ailelerin psikolojik şikayetlerinin olmamasının, ailelerin bu konuda farkındalıklarının az olmasına ve psikolojik destek için başvurmamış olmalarına bağlı olabileceği düşünüldü. Epilepsili çocukların ebeveynlerinde daha fazla oranda fiziksel hastalık bulunması ile ilgili literatürde çalışma bulunmamakla birlikte, epilepsili çocukların anne ve babalarında tükenmişlik oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir. Epilepsili çocukların anne-babaları, çocuklara düzenli sağaltım yöntemleri uygulamaktadır. Bu durum ailelerin ruhsal ve bedensel sağlıklarını etkilemenin yanında kişisel bakımı, boş zaman etkinlikleri ve diğer uğraşlar için gerekli olan zamanı da alıp götürür (65). Buna bağlı olarak anne ve babaların daha fazla oranda fiziksel hastalığa yakalandıkları düşünülebilir.

Anne ve babalardan alınan bilgiler doğrultusunda çocukta psikiyatrik sorun durumu açısından epileptik grup ile kontrol grubu arasında herhangi bir fark ortaya çıkmamıştır. Ancak epileptik grubun daha yüksek oranlarda psikiyatrik ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Bu durumun, ailelerin çocuklarındaki psikiyatrik hastalığın yeterince farkında olmayışıyla ilişkili olabileceği düşünüldü (48). Epileptik grupta psikiyatrik ilaç kullanımının fazla olması da bu çocuklara psikiyatrist dışı hekimlerce tedavi başlanılmış olabileceğini düşündürdü.

İki grup arasında uyku ve iştah şikayetleri açısından fark bulunmamıştır. Literatürde epilepsi ve iştah problemleri arasındaki ilişkiye dair bilgiye rastlanılmamakla birlikte, Maganti ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada epilepsili çocuklarda uyku problemlerinin epilepsisi olmayan çocuklara kıyasla daha fazla oranda görüldüğü bildirilmiştir (102). Mevcut çalışmada epilepsiye eşlik eden ek nörolojik rahatsızlıklar olup, bizim çalışmamızda bu hastalar çalışma dışı bırakıldığı için, çalışma grubumuzda uyku problemlerinin daha az olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda epileptik grupta aşırı korku, aşırı hareketlilik, dikkat sorunu, aşırı sinirlilik, içe kapanıklık ve anlama güçlüğü semptomlarının ilk başvuruda daha fazla

bulunduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu konu ile ilgili yapılan birçok çalışmada epilepsili çocuklarda DEHB, kaygı bozuklukları, davranışsal problemler, depresyon, intihar düşüncelerinin sıklıkla eşlik ettiği bildirilmiş olup (48,52,59), bu durum çalışmamızdaki epileptik çocuklara ait semptomlarla uyumluluk göstermektedir.

Epileptik ve kontrol grupları için yapılan AGTE değerlendirmesinde, genel gelişim, ince motor gelişim, kaba motor gelişim, kişisel sosyal alan alt testleri arasında iki grup arasında anlamlı fark ortaya çıkmamış olup, dil alanında epileptik grupta gerilik tespit edilmiştir. Solomon ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada epilepsili çocukların genel nüfusa oranla daha çok bilişsel sorunlar gösterdiği, görsel-motor koordinasyonda, psikomotor performansta, görsel algılamada bilişsel sorunlar ortaya çıktığı tespit edilmiştir (40). Aldenkamp ve arkadaşlarının yapmış oldukları başka bir çalışmada, epileptik çocuklarda kısa süreli bellek kapasitesinde bozulma ile genel kelime kullanımının bozulması, dikkat eksikliği, öğrenme ve bellek bozukluğu, tepki zamanında, karmaşık görevlerde ve bilgi işlemede yavaşlama şeklinde ortaya çıkan bilişsel fonksiyon bozuklukları tespit edilmiştir (103). Seidenberg ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, epilepsili çocuklarda kognitif fonksiyonlardan özellikle dil ve bellek kusurlarının etkilendiği, verbal öğrenmede %29-35 oranında gerilik olduğu saptanmış olup, bu durum bizim bulgularımız ile uyumluluk göstermektedir (104). Bu nedenle bu çocukların ileride ortaya çıkabilecek iletişim (dil ve konuşma) ve öğrenme bozuklukları açısından daha fazla risk taşıdıkları akılda tutulmalı ve yakından takip edilmelidir. Bu durum, epilepsinin bilişsel fonksiyonlardan özellikle dil alanını etkilemiş olabileceğini akla getirmektedir. Üstelik erken çocukluk döneminde dil gelişimindeki gerilik bilişsel gelişim geriliğini yordayabilmektedir (105). Bu sonuç, sadece epilepsi tanısı olsa bile, erken çocukluk dönemindeki bebek ve küçük çocukların bilişsel gelişim ve dil gelişimi açısından yakından takip edilmesinin önemli olduğunu göstermektedir.

Epileptik ve kontrol grupları arasında 1-3 yaş sosyal ve duygusal değerlendirme ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Bu durumla uyumlu literatür incelemesi yapıldığında 1-3 yaş grubuna ait bilgiye rastlanılmamıştır. Bununla birlikte 5-16 yaş aralığında epileptik çocuklarla yapılan bir çalışmada %60 oranında psikiyatrik tanı konduğu tespit edilmiştir (46). Yurt dışı kaynaklı bir diğer çalışmada 4-15 yaş arasında yapılmış olup, %53.8 oranında

psikopatoloji saptanmıştır. Çalışmamızda 1-3 yaş grubu epileptik çocuklarda literatürle uyumlu olmayan bu durum, bu yaş grubundaki çocukların gelişimsel düzeylerine bağlı olabilir. Üç yaş ve öncesi birincil bağlanmanın ve güven ilişkisinin kurulduğu, beden işlevlerini düzenlemenin öğrenildiği evredir. Bu dönemde çocuklar hastalık kaynaklı ağrı ve sıkıntıdan kurtulmak için neredeyse tamamen bakım vericilerine bağımlı hale gelirler. Bunun neticesinde bu çocuklarda daha çok bağlanma problemleri, uyku ve beslenme problemleri ortaya çıkmaktadır (106,107). Çalışmamızda bu yaş grubuna verdiğimiz ölçeğin bu problemleri yordamamış olması, kullanılan ölçeğin sadece ailelerinin verdiği bilgilere dayalı olması ve yapılandırılmış görüşme formunun kullanılmaması nedeni ile bu fark ortaya çıkmış olabilir.

Çalışmamızda epileptik ve kontrol grupları arasında 4-6 yaş çocukları için EÇE-4:EF ile yapılan değerlendirmede, epileptik grupta kaba motor ve ince motor gelişim düzeylerinin daha geç olduğu tespit edilmiş iken, dil gelişimi ve kişisel sosyal alan açısından fark ortaya çıkmamıştır. Yapmış olduğumuz AGTE değerlendirmesi ile bu durum arasında ortaya çıkan bu fark, EÇE-4:EF ile yapılan değerlendirmede bu alanlardaki soruların yetersizliğinden kaynaklanıyor olabilir. Ortaya çıkan bu farkın diğer bir sebebinin de, EÇE-4:EF' nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının Denver Gelişimsel Tarama Testi ile yapılmış olması olabilir. Sonuç olarak AGTE ve EÇE-4:EF bakıldığında epileptik çocukların motor ve dil alanlarında ortaya çıkan geriliğe klinisyenler dikkat etmeli ve nörolojik problemleri olan çocukların gelişimsel değerlendirmelerini mutlaka yapmalıdır.

4-6 yaş epilepsili çocukların EÇE-4:EF ile yapılan değerlendirmesinde, epilepsili grupta DEHB-B, DEHB-HA ve DEHB-DE alt tiplerinin her üçü, distimik bozukluk, YAB, TSSB ve eliminasyon bozuklukları kontrollere kıyasla yüksek oranda tespit edilmiştir. Literatürde epileptik çocuk ve ergenlerde DEHB eş tanısı %1.6-%54 arasından değişen oranlarda bildirilmektedir (52). Güncel çalışmaların birinde, normal toplumdaki DEHB oranının %4-5 olarak bildirilmesine karşın epileptik çocuklarda bu oran %29.1 olarak bulunmuştur (48). Konu ile ilgili bir çok çalışmada epilepsili çocuklarda en sık rastlanan tanının DEHB olduğu bildirilmiş (48,52,59) olup, bu durum çalışmamızda elde ettiğimiz verileri destekler niteliktedir. Epilepsi grubunda hastalığın başlangıç yaşı ile DEHB arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, hastalık başlangıcı erken olanlarda DEHB sıklığının arttığı saptanmıştır. Konu ile

ilgili çalışmalara bakıldığında epilepsinin başlangıç yaşı ile psikopatoloji arasında ilişki saptanmış olup (44,46), bu durum çalışmamızda elde ettiğimiz verilerle uyumludur.

Çalışmalarda depresyon ve kaygı bozukluklarının da epileptik çocuklarda sık görüldüğü bildirilmektedir (47). Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı epilepsilerinde duygudurum bozuklukları sıklığı %12-36.4 arasında değişen oranlarda saptanmıştır (46,48,49). Epilepsisi olan 171 çocuk ile yaptıkları çalışmada Caplan ve arkadaşları, %33 oranında depresyon ve kaygı bozuklukları olduğunu tespit etmişlerdir (45). Dunn ve arkadaşlarının 115 ergen ile yaptığı bir çalışmada %23 oranında depresif belirtiler saptanmıştır (50). Çalışmamızda epilepsili çocuklarda kontrollere kıyasla depresyon semptomlarında fark ortaya çıkmamış olup, distimi semptomlarında artış tespit edilmiştir. Literatür ile uyumlu olmayan bu durumun, çalışmalarda farklı ölçeklerle değerlendirme yapılmasından kaynaklanıyor olabileceği gibi, olguların yaşça küçük olmasından dolayı ailelerin çocuklarındaki semptomları yeterince algılayamamasına bağlı olabilir. Ayrıca çalışma grubunun sayısının azlığının bu duruma katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda epileptik çocuklarda YAB, TSSB kontrollere kıyasla yüksek oranlarda çıkmış olup, bu bulgular literatür ile uyumluluk göstermektedir (14,51). Literatüre bakıldığında epileptik çocuklarda genel olarak anksiyete bozukluklarının artmış olduğu ifade edilip, TSSB alt grubuna rastlanılmamıştır. Ortaya çıkan bu fark mevcut çalışmalardaki yöntem farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca ilginç bir şekilde TSSB bulgularının yüksek oranlarda çıkması, elde edilen bilgilerin ebeveyn kaynaklı olması nedeni ile epilepsinin travma şeklinde algılanmasının aslında ebeveynlerin kendi algıları olabileceğini akla getirmektedir.

Çalışmamızda 4-6 yaş grubundaki çocuklarda kontrollere kıyasla eliminasyon bozuklukları yüksek oranlarda saptanmıştır. Literatürde epilepsili çocuklarda bu duruma ait bilgiye raslanılmamıştır. Eliminasyon bozuklukları çocukluk çağında sık görülmekte olup, ülkemizden yapılan bir çalışmada 7-12 yaş grubunda enürezis nokturna prevalansı %20.8 olarak bulunmuştur (108). Eliminasyon bozukluğu olan çocuklarda gecikmiş motor ve dil gelişim basamakları, artmış mental retardasyon, okula başlama yaşının gecikmesi ve nörolojik belirtiler gibi spesifik olmayan belirtiler santral sinir sistemini de içine alan bir sorunun varlığına işaret etmektedir (109). Çalışmamızda epilepsili çocuklarda eliminasyon bozukluklarının fazla çıkmasının nedeni olarak her iki bozukluğunda santral sinir sistemini etkileyen bir

rahatsızlık olması düşünülebilir. Ayrıca çalışma grubumuzun yaş ortalamasının düşük olmasına bağlı olarak çocuklarda henüz tuvalet eğitimi tamamlanmamış olabilir.

Çalışmamızda epileptik grubun annelerinde kontrol grubuna kıyasla SCL toplam, SCL PSDI, SCL PST, somatizasyon, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete ve ek skala puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Baba SCL değerlendirmesinde ise sadece psikotizm puanları kontrol grubuna kıyasla yüksek bulunmuştur. Annelerde SCL toplam puanlarının fazla olması epilepsi grubundaki annelerin psikiyatrik belirtilerden duyduğu sıkıntının kontrol grubuna kıyasla artmış olduğuna işaret etmektedir. PST puanlarının epileptik grup annelerinde daha yüksek olması ise annelerin kendisinde daha fazla çeşitlilikte psikiyatrik belirti algıladığını göstermektedir. Ayrıca epileptik grup annelerinde PSDI puanlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı yüksek olması; annelerin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasının kontrollere kıyasla daha yüksek olması anlamına gelmektedir. Literatürde konu ile ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde, kronik hastalıkların aile üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar anneler üzerine yoğunlaşmış olup, bu annelerin sağlıklı çocuklara sahip annelere göre daha depresif ve nörotik olduğundan söz etmektedir (110). Ayrıca çalışmalarda kronik nörolojik hastalığı olan, zihinsel ve bedensel engeli olan çocukların ebeveynlerinde depresif belirtiler, kaygı bozukluğu ve alkol bağımlılığının daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (111, 112). Çalışmamızda kronik bir hastalık olarak epilepsiyi değerlendirdiğimizde bu bilgiler ışığında bulgularımız literatür ile uyumludur. Epileptik çocukları olan ebeveynlerin psikiyatrik hastalıkları ile ilgili çalışmalara bakıldığında ise birbirinden farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bazı çalışmalarda epileptik çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerden daha sık psikiyatrik hastalığa sahip olduğu bildirilmiş olup (101,102), elde ettiğimiz bu veriler literatürü destekler niteliktedir. Bazı çalışmalarda ise epilepsi tanılı çocuğu olan ebeveynler arasında herhangi bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (67).

Çalışmamızda epileptik çocukların annelerinde kontrollere kıyasla yüksek oranlarda psikiyatrik semptomlar tespit edilmiştir. Epileptik çocukların babalarında ise sadece psikotizm puanlarının yüksek olduğu saptanmış olup, bu bulgunun tek başına anlamlı olmadığını düşünmekteyiz. Mevcut araştırmalar kronik hastalığı olan çocukların annelerinin stresörlere bağlı olarak daha fazla örselenebilir olduklarını,

babaların ise çocuklarında kronik bir hastalık olduğu zaman daha az örselendiğini bildirmektedir.

Anne ve babaların çocukluk hastalıklarına tepkileri farklıdır. Annelerin birincil bakımveren olmaları nedeniyle kişisel olarak çocuklarına kendilerini daha çok feda etmekte ve yeni bir nöbet başladığında babalardan daha fazla kaygılanmaktadır (35). Babalar ise annelerden farklı olarak kronik hastalığın ekonomik yükü açısından daha fazla endişelenmektedir (113). Bu bilgiler ışığında değerlendirildiğinde çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgu literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda epilepsi ve kontrol grubu, yaşam kalitesi toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak alt ölçek puanlarında epilepsi grubunun puanları daha düşük tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında bizim bulgularımızı destekleyen ve desteklemeyen çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmalarda genel olarak epilepsi, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalık olarak ele alınmıştır (114,115). Stevanovic ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, kontrollere kıyasla epileptik çocuklarda yaşam kalitesi skorlarında düşüklük tespit edilmiştir (86). Başka bir çalışmada bedensel işlevsellik ve bedensel rol kısıtlılığı alanlarında epilepsi hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir (116). Bu çalışmalardaki bulgularla çalışmamız arasında ortaya çıkan bu fark çalışma grubumuzun yaş ortalamasının küçüklüğünden ya da sayısının azlığından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte, Eddy ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada ise epileptik çocuklar ile kontrol grubu arasında yaşam kalitesi skorları arasında fark saptanmamış olup (117), bu bilgiler bizim çalışmamızla uyumluluk göstermektedir. Çalışmamızda epilepsi süresi ile yaşam kalitesi sosyal alan puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, hastalık süresi arttıkça bu skorların düştüğü tespit edilmiştir. Hastalığın başlangıç yaşı ile yaşam kalitesi duygusal alan puanları arasında ilişkiye bakıldığında, hastalığın başlangıç yaşı azaldıkça bu skorların düştüğü tespit edilmiş olup, elde edilen bu bulgular literatür ile uyumludur (118,119).

Epilepsi çocukluk çağında sık görülen rahatsızlıklardan biri olup, epileptik çocukların normal topluma ve diğer kronik hastalığı olan çocuklara göre daha fazla psikiyatrik sorunlara sahip oldukları bilinen bir gerçektir. Epilepsiye eşlik eden psikolojik güçlükler çocuğun yaşam kalitesi algısını kötüleştirir. Bununla beraber hastalığa bağlı olarak aile içinde ortaya çıkan psikososyal yük aile içi çatışmalara,

olumsuz ebeveyn tutumlarına ve aile bireylerinde ruhsal problemlere neden olabilir. Bu da çocuğun tedaviye uyum sağlarnasını güçleştirebilir. Bu nedenle kronik hastalığı olan çocuklarda psikopatolojiyi, ebeveynlerindeki ruhsal şikayetleri, yaşam kalitesi algılarını ve bunların birbiriyle ilişkisini inceleyen daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olup, bu konuda çocuk doktorları ile çocuk psikiyatristleri iş birliği içinde olmalıdır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

1. Çalışmaya alınması hedeflenen hasta ve ebeveyn sayısına ulaşamaması
2. Yaş grubu olarak ikiye ayrıldığı zaman her bir grupta az sayıda hastanın bulunması ve iki gruba ayrı ölçekler verilmesi
3. Psikiyatrik değerlendirmeler için ölçek kullanılması ve yapılandırılmış görüşme ile desteklenmemesi
4. Çocuk ve ebeveynlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmemesi

6.SONUÇLAR

- 1- Epilepsili grupla kontrol grubu arasında anne sütü alma süresi, kardeş sayısı ve ebeveyn yaş dağılımı bakımından anlamlı farklılık yoktu.
- 2- Epileptik grupta çocukların kontrollere kıyasla daha geç sürede cümle kurdukları tespit edildi.
- 3- Epileptik grupta hem anne tahsil süresi hem de baba tahsil süresi kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulundu
- 4- Anne tahsil süresi ile çocukların dil gelişimi arasında negatif korelasyon tespit edildi.
- 5- Epilepsi grubunda annelerin daha az oranda çalıştığı ancak babaların kontrol grubuna kıyasla aynı oranda çalıştığı tespit edildi.
- 6- Ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve akrabalık durumu arasında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ancak epileptik grubun anne ve babalarında daha fazla fiziksel hastalık olduğu saptandı.
- 7- Anne ve babalardan alınan bilgiler doğrultusunda çocukta psikiyatrik sorun durumu açısından epileptik grup ile kontrol grubu arasında herhangi bir fark ortaya çıkmadı.
- 8- İki grup arasında uyku ve iştah şikayetleri açısından fark bulunmadı.

- 9- Epileptik grupta aşırı korku, aşırı hareketlilik, dikkat sorunu, aşırı sinirlilik, içe kapanıklık ve anlama güçlüğü semptomlarının ilk başvuruda daha fazla bulunduğu tespit edildi.
- 10- Epilepsi grubunda ailelerden alınan bilgiler doğrultusunda, hastalık hakkında bilgi verilme durumu açısından %50 oranında ailelere bilgi verildiği ancak sadece %16 oranında verilen bilginin yeterli olduğu saptandı.
- 11- AGTE değerlendirmesinde, genel gelişim, ince motor gelişim, kaba motor gelişim, kişisel sosyal alan alt testleri arasında iki grup arasında anlamlı fark ortaya çıkmamış olup, dil alanında epileptik grupta gerilik tespit edildi.
- 12- 1-3 yaş sosyal ve duygusal değerlendirme ölçek puanları açısından istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.
- 13- 4-6 yaş çocukları için EÇE-4:EF ile yapılan değerlendirmede, epileptik grupta kaba motor ve ince motor gelişim düzeylerinin daha geç olduğu tespit edilmiş iken, dil gelişimi ve kişisel sosyal alan açısından fark tespit edilmedi.
- 14- 4-6 yaş epilepsili çocukların EÇE-4:EF ile yapılan değerlendirmesinde, epilepsili grupta DEHB-B, DEHB-HA ve DEHB-DE alt tiplerinin her üçü, distimik bozukluk, YAB, TSSB ve eliminasyon bozuklukları kontrollere kıyasla yüksek oranda tespit edildi.
- 15- Epileptik grubun annelerinde kontrol grubuna kıyasla SCL toplam, SCL PSDI, SCL PST, somatizasyon, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete ve ek skala puanları anlamlı derecede yüksek bulundu.
- 16- Epileptik grubun babalarının SCL değerlendirmesinde sadece psikotizm puanları kontrol grubuna kıyasla yüksek bulundu.
- 17- Epilepsi ve kontrol grubu, yaşam kalitesi toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Ancak alt ölçek puanlarında epilepsi grubunun puanları daha düşük tespit edildi.
- 18- Epilepsi süresi ile yaşam kalitesi sosyal alan puanları arasında negatif korelasyon tespit edildi.
- 19- Hastalığın başlangıç yaşı ile yaşam kalitesi duygusal alan puanları arasında pozitif korelasyon tespit edildi.

7. KAYNAKLAR

1. Er MD. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006;49:155-68.
2. Franks RP. Psychiatric issues of childhood seizure disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2003;12:551-565.
3. Howe GW, Feinstein C, Reiss D, Molock S, Berger K. Adolescent adjustment to chronic physical disorders-I. Comparing neurological and non-neurological conditions. J Child Psycho Psychiatry 1993;34:1153-1171.
4. Rodenburg R, Stams GJ, Meijer AM, Aldenkamp AP, Dekovic M. Psychopathology in children with epilepsy: a meta-analysis. J Pediatr Psychol 2005;30:453-468
5. Perini GI, Tosin C, Carraro C, Bernasconi G, Canevini MP, Canger R, Pellegrini A, Testa G. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996;61:601-605.
6. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in the epilepsies: A meta-analytic investigation of 29 cohorts. Epilepsy Behav 2005;7:305-310
7. Mrazek DA. Chronic pediatric illness and multiple hospitalizations. In: Lewis M (eds), Child and Adolescent Psychiatry (3th ed). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2002, pp:1230-38.
8. Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic pediatric conditions on parental quality of life. Qual Life Res 2006;15:1121-31.

9. Wassermann AL. Principles of Psychiatric Care of Children and Adolescents With Medical Illnesses In: Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, Garfinkel BD (eds), W.B. Saunders Company, Philadelphia 1990, pp:486-502.
10. Vitulano LA. Psychosocial issues for children and adolescents with chronic illness. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2003;12:585-92.
11. Steiner H. Chronic Illness and Physical Disabilities. In: Noshpitz JD (eds), Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, John Wiley & Sons New York 1997, pp:251-73.
12. Sean P. Adaptive style in children with chronic illness. Psychosom Med 2002; 64:34-42.
13. Fettahoğlu EÇ, Koparan C, Özatalay E, Türkkahraman D. İnsüline bağımlı diabetes mellitus tanılı çocuk ve ergenlerde gözlenen ruhsal güçlükler.Türkiye’de Psikiyatri 2007;9:32-36.
14. Özkan S, Psikiyatrik Tıp; Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi; tanımı, kavramları, hizmet alanı, eğitim ve araştırma objektifleri ile dünyada gelişimi, 1994-1995.
15. Schonfeld DJ, The Child’s Cognitive Understanding of İlness. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook içinde, M Lewis (ed) Williams and Wilkins, Baltimore, pp:943-947
16. Gökler B, Ölümçül Hastalık Karşısında Çocuk, Aile, Hekim. Ben Hasta Değilim- Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü içine, A Ekşi (ed) Nobel Kitapevleri, İstanbul 1999;471-475.
17. Tüzün Ü, Çocuk Psikiyatrisinde Konsültasyon Liyezon, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Ö. Polvan, Editor., Nobel Tıp Kitapevleri: İstanbul 2000. s. 206-211.
18. Boekaerts M. and I. Roder, Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. Disabil Rehabil 1999;21(7):311-37.
19. Fowler M.G., M.P. Johnson, and S.S. Atkinson, School achievement and absence in children with chronic health conditions. J Pediatr 1985;106(4):683-7.
20. Kim W.J., Psychiatric aspects of epileptic children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991;30(6):874-86.

21. Perrin J.M. and W.E. MacLean, Jr. Children with chronic illness. The prevention of dysfunction. *Pediatr Clin North Am* 1988;35(6):1325-37.
22. Coupey SM, Neinstein LS, Zeltzer LK. Chronic illness in adolescents. In: Neinstein L, ed. *Adolescent Healthcare: A Practical Guide*. Lippincott Williams and Wilkins, 2002; pp:1511–39.
23. Erdoğan A, Karaman MG. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:244-52.
24. Burke P, Elliott M. Depression in pediatric chronic illness. *Psychosomatics* 1999; 40:5-17.
25. Pless I. Clinical assessment: Physical and psychical functioning, *Pediatr Clin North Am* 1984; 31:33-45.
26. Erermiş HS. Hastalık karşısında çocuk ve ergen. Kitap: Çetin FÇ, Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı, Hekimler Yayın Birliği Ankara 2008; ss:730-37.
27. Sheerin D, MacLeod M, Kusumakar V. Psychosocial adjustment in children with port-wine stains and prominent ears. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1637-47.
28. Ireys HT, Chernoff R, DeVet KA, Kim Y. Maternal outcomes of a randomized controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illnesses. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:771-77.
29. Akay AP, Emiroğlu Nİ. Kronik pediatric hastalıklar ve hastaneye yatış. Kitap: Çetin FÇ, Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı, Hekimler Yayın Birliği Ankara 2008; ss:723-29.
30. Rausch KFM. Moderating effects of family coping style on the relationship between physical and mental health of children with chronic illness (Psy.D.dissertation). United States – Texas, Our Lady of the Lake University, 2002.
31. Fritts SL. The impact of chronic illness on the family, the educators, and the community: An ethnographic research study (Ed.D. dissertation). United States-California, California State University, Fresno and University of California, Davis, 2004.

32. Cieurzo CE. Family environment, parental coping and distress, and socioeconomic status as predictors of psychological distress in chronically ill children (Ph.D. dissertation). United States-New York, Fordham University, 2002.
33. Ferrari M, Mattheews MS, Barabas G. The family and the child with epilepsy. *Fam Proc* 1983;22:53-59.
34. Hobdell EF, Mitzie LG, Valencia I, Mare J . Chronic sorrow and coping in families of children with epilepsy. *J Neurosci Nurs* 2007;39:76-82.
35. Shore, CP. Maternal adaptation to a child's epilepsy (Ph.D. dissertation). United States-Indiana, Indiana University, 2002.
36. Cieurzo CE. Family environment, parental coping and distress, and socioeconomic status as predictors of psychological distress in chronically ill children (Ph.D. dissertation). United States-New York, Fordham University, 2002.
37. Bridget LR, Kathy N, Speechley S, Levin MS. Parents' and physicians' perceptions of childhood epilepsy. *Seizure* 2003;12:359-368.
38. Pitts M. *Psychology of Health: An Introduction*. London, UK, Routledge. 1998.
39. LeBlanc LA, Goldsmith T, Patel DR. Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2003;50:859-878.
40. Solomon, G.E. and C. Pfeffer, *Neurobehavioral Abnormalities in Epilepsy*, in *Pediatric Behavioral Neurology*, Y. Frank, Editor. 1996, CRC Press: New York. 269-287.
41. Mendez, M.F., *Neuropsychiatric Aspects of Epilepsy*, in *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, B.J. Sadock and V.A. Sadock, Editors. 2000, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia. 261-273.
42. Kim, W.J., *Seizure Disorder*, in *Handbook of Child And Adolescent Psychiatry*, J.D. Noshpitz, Editor. 1997, John Wiley&Sons, Inc: New York. 409-416.
43. Austin, J.K., et al., *Behavior Problems in Children Before First Recognized Seizures*. *Pediatrics* 2001;107(1):115-122.
44. Datta SS, Premkumar TS, Chandy S, Kumar S, Kirubakaran C, Gnanamuthu C, Cherian A. Behaviour problems in children and adolescents with seizure disorder: associations and risk factors. *Seizure* 2005;14:190-197.
45. Caplan R, Arbelle S, Magharious W, Guthrie D, Komo S, Shields WD, Chayasirisobhon S, Hansen R. Psychopathology in pediatric complex partial and generalized epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 1998;40:805-811.

46. Ott D, Caplan R, Guthrie D, Siddarth P, Komo S, Shields WD, Sankar R, Kornblum H, Chayasirisobhon S. Measures of psychopathology in children with complex partial seizures and primary generalized epilepsy with absence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:907-914.
47. Pellock JM. Defining the problem: psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004; 5 Suppl 3:3-9
48. Thome-Souza S, Kuczynski E, Assumpcao F Jr, Rzezak P, Fuentes D, Fiore L, Valente KD. Which factors may play a pivotal role on determining the type of psychiatric disorder in children and adolescents with epilepsy? *Epilepsy Behav* 2004;5:988-994.
49. Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE, Gadow KD, Vitale SA, Andriola MR, Lenn NJ, Novak GP, Hermann BP. Symptoms of depression and anxiety in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia* 1998;39:595-599.
50. Dunn DW, Austin JK, Huster GA. Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1132-1138.
51. Williams J, Steel C, Sharp GB, DelosReyes E, Phillips T, Bates S, Lange B, Griebel ML. Anxiety in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003;4:729-732
52. Schubert R. Attention deficit disorder and epilepsy. *Pediatr Neurol* 2005;32:1-10
53. Kanner AM. Psychosis of Epilepsy: A Neurologist's Perspective. *Epilepsy Behav* 2000;1:219-227.
54. Matsuura M, Trimble MR. Psychoses in Epilepsy: A Review of Japanese Studies. *Epilepsy Behav* 2000;1:315-326.
55. McDermott S, Mani S, Krishnawami S. A population-based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures. *J Epilepsy* 1995;8:110-118
56. Buelow JM, Austin JK, Perkins SM, Shen J, Dunn DW, Fastenau PS. Behavior and mental health problems in children with epilepsy and low IQ. *Dev Med Child Neurol* 2003;45:683-692.
57. Caplan R, Austin JK. Behavioral aspects of epilepsy in children with mental retardation. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2000;6:293-299.
58. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Hanson R, Sankar R, Shields WD. Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. *Epilepsia* 2005;46:720-730.
59. Ott D, Siddarth P, Gurbani S, Koh S, Tournay A, Shields WD, Caplan R. Behavioral disorders in pediatric epilepsy: unmet psychiatric need. *Epilepsia* 2003;44:591-597.

60. Mu PF. Paternal reactions to a child with epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. *J Adv Nurs* 2005;49:367-376.
61. Chapieski L, Brewer V, Evankovich K, Culhane-Shelburne K, Zelman K, Alexander A. Adaptive functioning in children with seizures: Impact of maternal anxiety about epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005;7:246-252.
62. Mu PF. Transition experience of parents caring of children with epilepsy: A phenomenological study. *Int J Nurs Stud* 2008;45:543-551.
63. Galletti F, Sturniolo MG. Counseling children and parents about epilepsy. *Patient Educ Couns* 2004;55:422-425.
64. Camfield C, Breau L, Camfield P. Impact of pediatric epilepsy on the family: A new scale for clinical and research use. *Epilepsia* 2001;42:104-112.
65. Thomas SV, Bindu VB. Psychosocial and economic problems of parents of children with epilepsy. *Seizure* 1999;8:66-69.
66. Hodes M, Garralda ME, Rose G, Schwartz R. Maternal expressed emotion and adjustment in children with epilepsy. *J Child Psychol* 1999;40:1083-1093.
67. Baki O, Erdogan A, Kantarci O, Akisik G, Kayaalp L, Yalcinkaya C. Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy Behav* 2004; 5:958-964.
68. Ellis N, Upton D, Thompsan P. Epilepsy and the family: a review of current literature. *Seizure* 2000;9:22-30.
69. Oto R, Apak İ, Arslan S, Yavavlı A, Altındağ A, Karaca EE. Epilepsinin psikososyal etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004;7:210-214.
70. Murray J. Coping with the uncertainty of uncontrolled epilepsy. *Seizure* 1993; 2:167-178.
71. Austin JK, Dunn DW, Johnson CS, Perkins SM. Behavioral issues involving children and adolescents with epilepsy and the impact of their families: recent research data. *Epilepsy Behav* 2004;5:33-41.
72. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Derg* 1999;7:5-13.
73. Clarke SA, Eiser C, The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review. *Health and Qual Life Outcomes* 2004;2:66.

74. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978;87:49-74.
75. Hermann BP, Trenery MR, Collingan RC. Learned helplessness, attributional style and depression in epilepsy. *Epilepsia* 1996;37:680-6.
76. Coleman JC, Hendry LB. *The nature of adolescence* 1999; 3rd ed. London, Routledge, 80.
77. Jacoby A. Stigma, epilepsy, and quality of life. *Epilepsy Behav* 2002;3:10-20.
78. Jacoby A, Gorry J, Gamble C et al. Public knowledge, private grief: a pilot study of public attitudes to epilepsy in the United Kingdom and implications for stigma. *Epilepsia* 2004;45:1405-15.
79. Demirci S, Donmez CM, Gundogar D et al. Public awareness of, attitudes toward, and understanding of epilepsy in Isparta, Turkey. *Epilepsy Beh* 2007;11:427-33.
80. Hirfanoglu T, Serdaroglu A, Cansu A et al. Do knowledge of, perception of, and attitudes toward epilepsy affect the quality of life of Turkish children with epilepsy and their parents? *Epilepsy Behav* 2009;14:71-7.
81. Kemp S, Morley S, Anderson E. Coping with epilepsy: do illness representations play a role? *Br J Clin Psychol* 1999;3:43-58.
82. Devinsky O. *Quality of life in epilepsy. The treatment of epilepsy: principles and practice.* (Wyllie E, Ed) Baltimore, Williams and Wilkins; 1996:1243-1250.
83. Kellet MW, Smith DF, Chadwick DW. Quality of life after epilepsy surgery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997;63:52-58.
84. Alma A, Li P, Chan J, Lui C, Ng P, Kwok A et al. Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2002;3:350-357.
85. Sanjeev V T, Samuel K, Nair CR S, Sankara P S. Frequent seizures and polytherapy can impair quality of life in person with epilepsy. *Neurol India* 2005;53:46-50.
86. Stevanovic D, Jancic J, Lakic A, The impact of depression and anxiety disorder symptoms the health-related of life of children and adolescents with epilepsy. *Epilepsia* 2011;52:75-78
87. Erol, N, Sezgin, N., Savaşır, I. Ankara Gelişim Tarama Envanteri ile ilgili geçerlik çalışmaları. *Türk Psikoloji Dergisi* 1993;29(8):16-22.
88. Varni JW, Seid M, Rode CA. The Peds QL: Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Med Care* 1999;37:126-39.

89. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 8-12 Yaş Çocuk Formunun Geçerlik ve Güvenirliği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2008;15:87-98.
90. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Irwin JR, Watchtel K, Cicchetti DV. The brief infant-toddler social and emotional assessment: Screening for social-emotional problems and delays in competence. Journal of Pediatric Psychology 2004;29(2):143-155.
91. Karabekiroğlu K, Rodopman-Arman A, Ay P ve ark. The reliability and validity of the Turkish version of the brief infant-toddler social emotional assessment (BITSEA). Infant Behav Dev 2009;32:291-297.
92. Gadow KD, Sprafkin J. Early Childhood Inventory-4 Norms Manual. Stony Brook, NY: Checkmate Plus, 1997.
93. Gadow KD, Sprafkin J. Early Childhood Inventory-4 Screening Manual. Stony Brook, NY: Checkmate Plus, 2000.
94. Başgül ŞS, Etiler N, Coşkun A, Karakaya I, Ağaoğlu B. Erken Çocukluk Envanteri-4 Ebeveyn Formu (EÇE-4:EF) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2009;16:83-92.
95. Derogatis LR. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. J Clin Psychiatry 1977;33:981-989.
96. Dağ İ. Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. Turk Psikiyatri Derg 2001;2:5-12.
97. Hesdorffer DC, Tian H, Anand K, HauserWA, Ludvigsson P, Olafsson E et al. Socioeconomic status is a risk factor for epilepsy in Icelandic adults but not in children.Epilepsia 2005;46:1297-1303.
98. Onal AE, Tumerdem Y, Ozturk MK, Gurses C, Baykan B, Gokyıgıt A et al. Epilepsy prevalence in a rural area in İstanbul. Seizure 2002;11:397-401.
99. Serdaroğlu A, Özkan S, Aydın K, Gücüyener K, Tezcan S, Aycan S. Prevalence of epilepsy in Turkish children between the ages of 0 and 16 years. J Child Neurol 2004;19:271-4.
100. Thompson PJ, Upton D. The impact of chronic epilepsy on the family. Seizure 1992;1:43-48.

101. Yong L, Chengye J, Jiong Q. Factors affecting the quality of life in childhood epilepsy in China. *Acta Neurol Scand* 2006;113:167-173.
102. Maganti R, Hausman N, Koehn M, Sandok E, Glurich I, Mukesh BN. Excessive daytime sleepiness and sleep complaints among children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2006;8:272-7.
103. Aldenkamp AP, Alpherts WC, De Bruine Seeder D. Test-retest variability in children with epilepsy a comprehension of WISC-R profiles. *Epilepsy Res* 1990;7(2):165-167.
104. Seidenberg M, Hermann BP, Dohan FC. Hippocampal sclerosis and verbal encoding ability following anterior temporal lobectomy. *Neuropsychologia* 1996; 34:69-708.
105. Schaefer GB, Bodensteiner JB. Evaluation of the child with idiopathic mental retardasyon. *Pediatr Clin North Am* 1992;39:929-943.
106. Baykara A, Güvenir T, Miral S. Hastalık ve Hastaneye Yatışın Çocuk Üzerine Etkisi. Ben Hasta Değilim-Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü içinde, A Ekşi (ed) Nobel Kitapevleri, İstanbul 1999;s:374-378.
107. Drell MJ, Hanson White TJ. Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatırılma Tepkileri Cilt 4, *Comprehensive Textbook of Psycihatry* içinde HI Caplan, BJ Sadock (ed), H Aydın, A Bozkurt (çeviri ed) Güneş Kitapevi, Ankara 2007; s:3425-3433.
108. Ünalın D, Çetinkaya F, Baştürk M. Kentsel kesimde 7-12 yaş grubunda enürezis nokturna prevalansı ve özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(3):175-182.
109. Von Gontard A, Freitag CM, Seifen S, Pukrop R, Rohling D. Neuromotor development in nocturnal enürezis. *Dev Med Child Neural* 2006;48:744-750.
110. Mastroyannovpovlov K, Stakkard P, Lewis M. The impact of childhood non-malignant life threatening illness on parents: Gender differences and prediction of parental adjustment. *J Child Psychol Psycihatry* 1997;38(7):823-829.
111. Thompson RJ, Zeman JL, Fanurik D. The role of parent stress and coping and family functioning in parent and child adjusment to duchenne muskuler distrophy. *J Clin Psychol* 1992;48(1):11-19.
112. Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ. Life course impact of parenting a child with a disability. *Am J Ment Retard* 2001;106:265-286.

- 113.** Shore CP, Austin JK, Huster GA, Dunn DW. Identifying risk factors for maternal depression in families of adolescents with epilepsy. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 2002;7:71-80.
- 114.** Uysal S, Ercan T. Epilepsi, spor, sosyal yaşam. *Türk Pediatri Arşivi* 2005;40:68-71.
- 115.** Jacoby A, Chadwick D, Doughty J. Social consequences of epilepsy: findings from the UK MRC study of early epilepsy and single seizures. *Epilepsia* 2001;42:9.
- 116.** Mrabet H, Mrabet A, Zouari B. Health-related quality of life of people with epilepsy compared with a general population: a Tunisian study. *Epilepsia* 2004;45:838-843.
- 117.** Eddy CM, Rizzo R, Gulisano M, Cali P, Robertson MM, Cavanna AE. Quality of life in young people with treatment-responsive epilepsy: A controlled study. *Epilepsy Behaviour* 2010 Dec;19(4):623-6. Epub 2010 Oct 18.
- 118.** Sillanpaa M, Haataja L, Shinnar S. Perceived impact of childhood-onset epilepsy on quality of life as an adult. *Epilepsia* 2004;45:971-7.
- 119.** Loring DW, Meador KJ, Lee GP. Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004;5:976-80.

EK-1

1-6 Yaş Psikiyatrik Değerlendirme Formu

Sevgili anne-babalar: Bu form 12-42 aylık çocuklardaki psikiyatrik, psikolojik ve gelişimsel sorunların varlığını ve şiddetini araştırmak için hazırlanmıştır. Tüm bilgiler sadece sağlık personeli tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Lütfen tüm soruları eksiksiz yanıtlayınız. Bilgi için www.cocukhayat.com adresini kullanabilir, cocukhayat@yahoo.com adresine elektronik posta yollayabilirsiniz. Teşekkürler.

Formun doldurulduğu tarih (Bugünün tarihi):...../...../.....(gün/ay/yıl)
Çocuğun nesi oluyorsunuz?.....İlçe:.....Sağlık Ocağı/Kurumu:.....
Çocuğun adı-soyadı:.....Telefon: 0...../.....// 05...../.....
Çocuğun doğum tarihi:...../...../.....(gün/ay/yıl)Çocuğun cinsiyeti:()Erkek()Kız

Anne babası birlikte mi? (1)birlikte (2)boşanmış (3)evli ama ayrı yaşıyor (4)anne yada babası öldü
Annesinin yaşı:..... mesleği:..... çalışıyor mu? Evet ().....Hayır ()
Annesinin herhangi bir sağlık sorunu/ hastalığı var mı?: () Hayır () Evet: Nedir?.....
Annesinin en son bitirdiği okul?()Okuma yazma yok ya da ilkokulu bitirmede
() ilkokul () ortaokul () lise () üniversite

Babasının yaşı:..... mesleği:..... çalışıyor mu? Evet ().....Hayır ()
Babasının herhangi bir sağlık sorunu/ hastalığı var mı?: () Hayır () Evet: Nedir?.....
Babasının en son bitirdiği okul? ()Okuma yazma yok ya da ilkokulu bitirmede
() ilkokul () ortaokul () lise () üniversite

Çocuğa bu güne kadar çoğunlukla bakan kim?.....
Aynı evde yaşayan diğer kişiler kimler (kardeş, dayı gibi)?.....
Kaçınıcı çocuk:..... Kaç kardeşi var?.....

Çocuğunuzda herhangi bir psikiyatrik/psikolojik şikayet ya da gelişme sorunu var mı?

- (1)bir sorun olduğunu düşünmüyorum
(2)şu sorunların olduğunu düşünüyorum

- | | |
|---|------------------|
| 1. Tırnak yeme | a. Evet b. Hayır |
| 2. Parmak emme | a. Evet b. Hayır |
| 3. Dişini gıcırdatır mı? | a. Evet b. Hayır |
| 4. Toprak, kağıt, sigara külü, yeme ve duvar yalama | a. Evet b. Hayır |
| 5. Yemek yemeyi reddeder mi? | a. Evet b. Hayır |
| 6. Aşırı korkular | a. Evet b. Hayır |
| 7. Başkalarına zarar verme | a. Evet b. Hayır |
| 8. Aşırı hareketlilik | a. Evet b. Hayır |
| 9. Dikkat sorunu | a. Evet b. Hayır |
| 10. Aşırı ağlama | a. Evet b. Hayır |
| 11. Aşırı sinirlilik | a. Evet b. Hayır |
| 12. İçe kapanıklık | a. Evet b. Hayır |
| 13. Konuşma ile ilgili sorunu oldu mu? | a. Evet b. Hayır |
| 14. Kekemelik var mı? | a. Evet b. Hayır |
| 15. Sizin koyduğunuz kurallara uyar mı? | a. Evet b. Hayır |
| 16. Anlama ve öğrenme zorluğu | a. Evet b. Hayır |
| 17. Karşı cins gibi davranır mı? | a. Evet b. Hayır |

18. Cinsel organı ile oynarken ya da bir yere sürerken kızarır terler mi, hızlı nefes alıp verir mi?

a. Evet b. Hayır

19. Bir amacı olmayan tekrarlayan aşağıdaki hareketlerden birini yapar mı?

Parmakları ile oynama, tırnaklarını

koparma, saçını koparma, derisini yolma vb.

a. Evet b. Hayır

20. Göz kırpma, omuz silkme, burun çekme vb.

a. Evet b. Hayır

21. Kendini rahat ifade edebilir mi?

Hal ve hareketleriyle

a. Evet b. Hayır

Konuşmasıyla

a. Evet b. Hayır

22. Oyuncaklı veya oyuncaksız yaşına uygun hayali oyunlar oynar mı?

a. Evet b. Hayır

23. Yaşıtlarıyla oyun oynar mı?

a. Evet b. Hayır

a. Evet b. Hayır

İştahı (yemek yemesi) nasıl? ()normal ()az yiyor ()çok yiyor
Uykusu nasıl? ()normal ()çok zor dalıyor/geç yatıyor ()çok sık uyanıyor
Yürümeye kaç aylıkken başladı?.....()hala yürüyemiyor
Kaç aylık olana kadar anne sütü aldı?.....()hala anne sütü alıyor
Konuşmaya (yani iki kelimeyi bir araya getirmeye) başladı mı? ()EVET ()HAYIR
İlk kelimeleri kaç aylıkken söyledi?..... İlk cümleyi kaç aylıkken söyledi?.....
(Biliyorsanız) Boyu ne kadar?.....cm kilosu:.....kg

Bildiğiniz önemli bir hastalığı var mı? Evet ().....Hayır () EVET'se ne?.....

İlk havalesini ne zaman geçirdi?.....

Ne süredir epilepsi rahatsızlığı var?.....

Hangi ilaçları kullanıyor?.....

Ne süredir kullanıyor?.....

Tedavi planına uyuyor musunuz Evet () Hayır ().....

Hastanede size epilepsi hastalığına ilişkin bilgi verildi mi? Evet () Hayır ()

Bilgi verildiyse yeterli mi? Evet () Hayır ()

Çocuğunuzun hastalığı ile ilgili size destek olanlar var mı? Evet () Hayır ()

Varsa kimler destek oluyor

(1)Anne/Baba (3)Komşu (5)Resmi kuruluşlar

(2)Kardeş (4)Akraba (6)Dernekler

Epilepsi nedeniyle kaç kez hastaneye yattı?.....

Havaleleri ne sıklıkta olur

(1)Günde 1-6 kere (2)Ayda 1-2 kere (3)İki ayda 1 kere (4)Yılda 1-2 kere (5)Düzensiz

Hastaneye yatma durumu Evet ().....kere Hayır()

Ailesinde epilepsisi olan var mı Evet ().....Hayır () EVET'se kim?.....

EEG:.....

Sürekli kullandığı başka bir ilaç var mı? Evet ().....Hayır () EVET'se ne?.....

- Planlı ve istenen bir gebelik miydi?.. Evet () Hayır ()
- Doğum nasıl oldu?.....Normal () Sezaryen ()
- Gebelikte tıbbi bir sorun oldu mu? Evet () Hayır () EVET'se ne oldu?.....
- Doğum sırasında bir sorun oldu mu? Evet () Hayır () EVET'se ne oldu?.....
- Gebelik kaç haftalıkken doğdu?.....
- Doğumda kaç kiloydu?.....
- Doğum sonrası, bebek en az 24 saat kuvözde/yoğun bakımda kaldı mı? Evet () Hayır ()

Sizce çocuğunuz bir yaşına kadar nasıl bir bebektir?

()Kolay bakılabilen bir bebek ()Zor bir bebek ()Ne zor ne kolay bir bebek

Annesi ile babasının aralarında akrabalık var mı? Evet () Hayır ()

Varsa hastanın annesi, hastanın babasının nesi oluyor?.....

Ailede, yani kan bağı olan kişilerde, yani (çocuğunuzun) kardeşlerinde, anne babasında (ebeveynlerinde), anne babasının kendi ebeveynlerinde (çocuğun dedeleri, babaannesi, anneannesi), anne babasının kendi kardeşlerinde (çocuğun dayı, hala, amca, teyzesi), çocuğun kuzenleri veya daha uzak akrabalarınızda bildiğiniz bir **psikiyatrik tanı** almış olan var mı? Tanı almamış olsa dahi **psikiyatrik şikayetleri** olan biri var mı? Varsa kim? Ne tanısı/neşikayetler?.....

.....

Çocuğunuzla ilgili ruhsal, gelişimsel, davranışları ya da psikolojik durumu ile ilgili bir sorun yaşadığınızda ya da aklınıza bir soru geldiğinde en çok kimden yardım alıyor musunuz?

(1)hemen her zaman (2)çoğunlukla (3)bazen (4)çok nadiren (5)hiçbir zaman almadım

Eğer yardım alıyorsanız ,en çok nereden yardım alıyorsunuz?

(birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- () aile büyüklerimden
- () kitaplardan
- () internetten
- () doktorlardan
- () arkadaşlarımdan
- () öğretmenlerden
- () diğer ebeveynlerden
- () diğer:.....

EK-2**Kısa 1-3 Yaş Sosyal & Duygusal Değerlendirme – (K-1/3SDD)****ANNE**

DİKKAT: Aşağıdaki form 1-3 yaş çocuklarına ait ifadeler içermektedir. Pek çok ifade normal duygu ve davranışları tanımlarken, bazıları da sorun olabilecek durumları ifade etmektedir. Bazı ifadeler bu çocuğun yaşına göre fazla büyük ya da fazla küçük yaşa ait gelebilir.

Lütfen aşağıdaki her soru için çocuğa **SON BİR AY** için en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

(0= doğru değil/nadiren 1= kısmen doğru/bazen 2= oldukça doğru/sık sık)

1. Bir şeyi başarınca zevk aldığını belli eder (örneğin, kendini alkışlar).	0	1	2	
2. Gözünüzü bir dakika üzerinden ayıramayacağınız kadar sık yaralanır.	0	1	2	
3. Gergin, sikkın, ya da korkmuş görünür.	0	1	2	
4. Çok hareketlidir, yerinde duramaz.	0	1	2	
5. Kuralları uygular.	0	1	2	
6. Kolaylıkla uyanır, tekrar uykuya dalması için yardım etmek gerekir.	0	1	2	
7. Yorulana/gücü tükenene dek ağlar, öfke atakları yaşar.	0	1	2	
8. Belli bazı ortamlardan, hayvanlardan, nesnelere korkar. (Korktuğu şey varsa nedir?.....?)	0	1	2	
9. Diğer çocuklara göre daha az keyiflidir, daha az eğlenir.	0	1	2	
10. Kaygılı/sıkıntılı olduğunda anne/babasını ya da bakıcısını arar.	0	1	2	
11. Anne/Babası ondan ayrılırken ağlar, üzerine asılır/eteğine yapışır.	0	1	2	
12. Çok endişelidir, her şeyi fazla ciddiye alır.	0	1	2	
13. İsmi söylediğinizde dönüp size bakar.	0	1	2	
14. İncindiğinde/canı acıdığına tepki vermez.	0	1	2	
15. Sevdiklerine karşı sevgi/sevecenlik gösterir.	0	1	2	
16. Dokunduğunda rahatsız olacağı/ huylanacağı bazı nesnelere dokunmaz. (ör, pamuk, tahta gibi)	0	1	2	
17. Uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük çeker.	0	1	2	
18. Dışarıda (parkta/sokakta) kaçar/uzaklaşır. (N: Böyle bir şeyi gözleme şansı hiç olmadı.)	N	0	1	2
19. Diğer çocuklarla yaşına uygun oyunlar oynar (kardeşi dışındaki). (N: çocuklarla birlikte olma şansı olmadı.)	N	0	1	2
20. Dikkatini bir konuda uzun süre sürdürebilir. (Televizyon hariç)	0	1	2	
21. Değişikliklere uyum sağlamada sıkıntılar yaşar.	0	1	2	
22. Birinin canı acıdığını görse ona yardım etmeye çalışır. (ör, oyuncağını verir)	0	1	2	
23. Genellikle hemen üzüntüye kapılır.	0	1	2	
24. Yemek yerken öğürür, boğazına yemek kaçar.	0	1	2	
25. Yapması istendiğinde bazı sesleri taklit eder (oyun, şakalaşma sırasında).	0	1	2	
26. Yemek yemeyi reddeder.	0	1	2	
27. Çocukları iter, tekmeler ya da ısırır (kardeşi dışındaki). (N: çocuklarla birlikte olma şansı olmadı.)	N	0	1	2
28. Zarar vericidir. Amaçlı olarak nesnelere kırar, bozar.	0	1	2	
29. Uzaktaki bir şeyi size parmağıyla gösterir.	0	1	2	
30. Anne/Babasını iter, tekmeler, ısırır.	0	1	2	
31. Oyuncak bebekleri, hayvanları kucaklar, onları besler (oyun olarak).	0	1	2	
32. Çok üzgün, mutsuz, depresif, kendi kabuğuna çekilmiş bir görüntüsü vardır.	0	1	2	
33. Kasıtlı olarak diğer çocukların canını acıtır. (N: çocuklarla birlikte olma şansı olmadı.)	N	0	1	2
34. Kaygılı/sıkıntılı olduğunda hareketsizleşir, donmuşcasına durgunlaşır.	0	1	2	

Aşağıdaki sorular bazı çocuklarda görülen bir takım problemlili duygu ve davranış durumlarını ifade etmektedir. Bir çocukta daha önce hiç görmediyseniz, bazılarının anlaşılması güç olabilir. Yine de en uygun cevabı işaretleyiniz.

35. Nesneleri belli bir şekilde tekrar tekrar dizer, sıralar.	0	1	2
36. Belli bir hareketi/davranışı tekrar tekrar yapar ya da belli bir cümle/sözü tekrar tekrar söyler. (Ne olduğunu açıklayınız:.....)	0	1	2
37. Sallama, döndürme gibi belli bir hareketi tekrar tekrar yapar. (Ne olduğunu açıklayınız:.....)	0	1	2
38. “Burada değilmiş gibi” bir izlenim verir. (Etrafında olan bitenin hiç farkında değildir.)	0	1	2
39. Göz kontağı kurmaz/ göz göze gelmez.	0	1	2
40. Fiziksel temastan kaçınır/uzak durur.	0	1	2
41. Yenmeyecek, kağıt, boya gibi şeyleri yer/içer. (Ne olduğunu açıklayınız:.....)	0	1	2
42. Amaçlı olarak kendine zarar verir/canını acıtır (ör, başını bir yerlere vurur). (Ne olduğunu açıklayınız:.....)	0	1	2

- A. Çocuğunuzun davranışları, duyguları ve ilişki tarzı hakkında ne kadar endişelisiniz?
1= endişeli değilim 2= biraz endişeliyim 3= endişeliyim 4= çok endişeliyim.
- B. Çocuğunuzun dil gelişimi hakkında ne kadar endişelisiniz?
1= endişeli değilim 2= biraz endişeliyim 3= endişeliyim 4= çok endişeliyim.

The Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA) – Childcare Provider Version 1.1) (Briggs-Gowan & Carter, 2004)
Dr. Koray Karabekiroğlu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

EK-3

Erken Çocukluk Envanteri – 4: Ebeveyn Formu

3- 6 Yaş Çocukları

Çocuğun Adı -Soyadı	Cinsiyeti	Doğum Tarihi	Yaşı
Formu Dolduran Kişinin Adı	Çocuğa Yakınlığı	Tarih	

Çocuğunuz herhangi bir bakım kurumuna, yuvaya, ya da okul öncesi bir eğitim programına devam ediyor mu? (lütfeñ yuvarlak içine alınız) evet hayır

Yanıt "evet" ise, ne tür bir program? _____

Çocuğunuz herhangi bir özel eğitim alıyor mu? (lütfeñ yuvarlak içine alınız) evet hayır

Yanıt "evet" ise, ne tür bir özel eğitim hizmeti (konuşma terapisi, fiziksel terapi, danışmanlık, vs.):

Çocuğunuzun davranışları ile ilgili kaygılarınız var mı? (yanıt "evet" ise lütfeñ açıklayınız): _____

Daha önce bu sorunlar için herhangi bir yardım aldınız mı? (yanıt "evet" ise lütfeñ açıklayınız): _____

Çocuğunuz davranış sorunları için şu anda ilaç tedavisi alıyorsa lütfeñ ilaçların adını yazınız:

Yönergeler: bu değerlendirmeyi çocuğunuzun davranışlarını en iyi tanımlayacak şekilde yanıtlayınız. Her bir madde için uygun kutuya (x) işareti koyunuz.

AYNI YAŞTAKİ DİĞER ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA, ÇOCUĞUNUZ AŞAĞIDAKİLERİ NE SIKLIKLA YAPAR?	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
1. İHTİYAÇLARINI ANLATMAK İÇİN SÖZCÜKLER KULLANIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. BAŞKALARININ ONA NE DEDİĞİNİ ANLAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. SİZİNLE OLAYLAR VE ETKİNLİKLER HAKKINDA KONUŞUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. SÖZCÜKLERİ BAŞKALARININ ANLAYABİLECEĞİ ŞEKİLDE TELAFFUZ EDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. SAKAR VE "ELİ AYAĞI BİRBİRİNE KARIŞIR" HALDEDİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. MAKAS, KALEM, VEYA KÜP YA DA KÜÇÜK CİSİMLERİ KULLANIRKEN ELLERİNİ BECERİKSİZCE KULLANIR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ÖZBAKIMDA GÜÇLÜKLER YAŞAR (YIKANMA, YEMEK YEME, GİYİNME, TUVALETE GİTME, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. DİĞER ÇOCUKLARLA OYUN OYNARKEN EĞLENİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. KENDİ KENDİNE OYNARKEN EĞLENİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. AYNI YAŞTAKİ BAŞKA ÇOCUKLARLA OYNAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. CANI ACIDIĞINDA, İNCİNDİĞİNDE YARDIM İSTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ERİŞKİNLERİ MEMNUN ETMEK İSTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YÖNERGELER: BU DEĞERLENDİRMEYİ ÇOCUĞUNUZUN DAVRANIŞLARINI EN İYİ TANIMLAYACAK ŞEKİLDE YANITLAYINIZ. HER BİR MADDE İÇİN UYGUN KUTUYA (X) İŞARETİ KOYUNUZ.

A KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ DİĞER ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
1. BELLİ İŞLERİ VE ETKİNLİKLERİ YAPARKEN ACELE EDER VE AYRINTILARA DİKKATİNİ AZ VERİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. OYUNDA KURALLARA, GÖREVLERE DİKKAT ETMEDE ZORLUKLARI VARDIR (RESİMLİ KİTAPLARA BAKARKEN, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. DOĞRUDAN ONUNLA KONUŞULDUĞUNDA DİNLEMİYORMUŞ GİBİ GÖRÜNÜR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. BİR ETKİNLİĞİ BİTİRMEYEN DİĞERİNE GEÇER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ETKİNLİKLERİ, BELLİ İŞLERİ DÜZENLEMekte ZORLUKLAR YAŞAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ZİHİNSEL UĞRAŞ GEREKTİREN İŞLERİ YAPMAKTAN KAÇINIR (YAP-BOZ, SANATSAL ETKİNLİKLER, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ETKİNLİKLERDE GEREKLİ OLAN EŞYALARI KAYBEDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. BAŞKA ŞEYLER KOLAYLIKLA DİKKATİNİ DAĞITIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. GÜNLÜK İŞLERDE UNUTKANDIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ELİ AYAĞI KIPIR KIPIRDIR, YERİNDE SÜREKLİ HAREKET EDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. OTURMASI İSTENDİĞİNDE YERİNDE KALMAKTA ZORLANIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. YAPMA DENMESİNE RAĞMEN KOŞAR, EŞYALARIN ÜZERİNE TIRMANIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. SESSİZCE OYUN OYNAMAKTA ZORLANIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. MOTOR TAKILMIŞ GİBİ HER AN HAREKET HALİNDEDİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ÇOK FAZLA KONUŞUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. SORULAN SORU TAMAMLANMADAN YANIT VERİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. GRUP ETKİNLİKLERİNDE SIRASINI BEKLEMekte ZORLANIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. BAŞKALARININ SÖZÜNÜ KESER YA DA DİĞER ÇOCUKLARIN ETKİNLİKLERİNİ BOZAR, ARAYA GİRER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. BİR İŞTEN DİĞERİNE GEÇMESİ İSTENDİĞİNDE, YENİ İŞE KATILMAKTA ZORLUK ÇEKER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ÖNÜNDEKİ İŞİ BIRAKIP HAYALE DALIP GİDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ DİĞER ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
21. ÖFKE NÖBETİ YAŞAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ERİŞKİNLERLE TARTIŞIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. YAPMASI İSTENİLEN ŞEYİ REDDEDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. KASTEN BAŞKALARINI RAHATSIZ EDECEK ŞEYLER YAPAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. KENDİ HATALARI VEYA DAVRANIŞLARI İÇİN BAŞKALARINI SUÇLAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ALINGANDIR YA DA BAŞKALARININ DAVRANIŞLARINDAN KOLAYCA RAHATSIZ OLUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. KIZGIN VE ÖFKELİDİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ÖFKESİNİ BAŞKALARINDAN ÇIKARIR YA DA ÖÇ ALMAYA ÇALIŞIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ DİĞER ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
29. ÖNEMLİ YALANLAR SÖYLER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. BAŞKALARINI TEHDİT EDER, KABADAYILIK YAPAR VE KORKUTUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. FİZİKSEL KAVGALARI BAŞLATIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. EŞYA, PARA ÇALAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. BAŞKALARININ EŞYALARINA BİLEREK ZARAR VERİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. BİLEREK YANGIN ÇIKARIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. KAVGA SIRASINDA SİLAH KULLANIR (MAKAS, TAŞ, SOPA, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. HAYVANLARA FİZİKSEL OLARAK ACIMASIZCA DAVRANIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. İNSANLARA FİZİKSEL OLARAK ACIMASIZCA DAVRANIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. CİNSEL AKTİVİTELERDE BULUNUR YA DA BU AKTİVİTELERİ AKLINDAN ÇIKARAMAZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. DİĞER ÇOCUKLARIN EŞYALARINI ZORLA ALIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. DİĞER ÇOCUKLARA BİR ŞEYLER FIRLATIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. EŞYALARI PARÇALAR, ONLARA ZARAR VERİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. DİĞER ÇOCUKLARI, BAKIŞLARI VE VÜCUT HAREKETLERİ İLE KORKUTUR YA DA TEHDİT EDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. KAVGA ÇIKARMAK İÇİN DİĞER ÇOCUKLARA KÜFREDER, ONLARLA ALAY EDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. DİĞER ÇOCUKLARIN EŞYALARINA ZARAR VERİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. DİĞER ÇOCUKLARA VURUR, İTİP KAKAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. DİĞER ÇOCUKLARI, ZARAR VERMEKLE TEHDİT EDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. DİĞER ÇOCUKLARLA FİZİKSEL KAVGALARA KARIŞIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. DİĞER ÇOCUKLARI KIŞKIRTMAK İÇİN ONLARI RAHATSIZ EDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ DİĞER ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
49. EVDEN YA DA ANNE BABASINDAN AYRILMASI SÖZ KONUSU OLDUĞUNDA ÇOK FAZLA ENDİŞELENİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. ANNE BABASINA ZARAR GELECEĞİ, ONLARIN EVDEN GİDİP GERİ GELMEYECEĞİ ŞEKLİNDE ENDİŞELERİ VARDIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. KÖTÜ BİR OLAYIN (KAYBOLMA, KAÇIRILMA, VS.) KENDİSİNİ ANNE BABASINDAN AYIRACAĞINDAN ENDİŞE EDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. EVDE ANNE BABASI İLE KALMAK İÇİN OKULA GİTMEMENİN YOLLARINI ARAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. EVDE TEK BAŞINA KALACAĞI VEYA BİR BAKICI İLE BIRAKILACAĞI ENDİŞELERİ VARDIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. ANNE BABASI YANINDA OLMASIZIN YATAĞA GİTMekten KORKAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. ANNE BABASINDAN AYRILACAĞIYLA İLGİLİ KABUSLAR GÖRÜR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. EVDEN YA DA ANNE BABASINDAN AYRILMASI SÖZ KONUSU OLDUĞUNDA KENDİNİ HASTA HİSSEDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
57. BELLİ NESNELER VEYA DURUMLARDAN AŞIRI KORKAR (YA DA UZAK DURMAYA ÇALIŞIR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. KENDİSİNE SIKINTI VEREN DÜŞÜNCELERİ AKLINDAN ÇIKARAMAZ (MİKROPLAR YA DA BAZI İŞLERİ MÜKEMMEL OLARAK YAPMAYLA İLGİLİ KAYGILAR, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. BAZI İŞLERİ BİR DÜZEN İÇİNDE, KURALLI BİR ŞEKİLDE YAPMAK KONUSUNDA KENDİSİNİ ZORUNLU HİSSEDER (OYUNCAKLARI BİR SIRAYA DİZEREK OYNAMA, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. BELLİ BİR NEDENİ OLMASIZIN ALIŞILMADIK HAREKETLER YAPAR (GÖZ KIRPMA, DUDAK ISIRMA, BAŞINI SALLAMA, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. GÖRÜNEN BİR NEDENİ OLMASIZIN BAZI SESLER ÇIKARIR (ÖKSÜRME, BOĞAZ TEMİZLEME, BURUN ÇEKME, HOMURDANMA VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. BAŞKA ÇOCUKLARIN BELLİ ŞEYLERİ KENDİNDEN DAHA İYİ YAPTIĞI İLE İLGİLİ ENDİŞELERİ VARDIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. DİĞER ÇOCUKLARDAN DAHA FAZLA ENDİŞELİDİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. BELİRGİN BİR NEDENİ OLMAYAN BEDENSEL YAKINMALARI VARDIR (AĞRILAR, SIZILAR, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. AİLE BİREYLERİ DIŞINDAKİ KİŞİLERLE KONUŞMAYI REDDEDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
66. GÜNÜN BÜYÜK BİR BÖLÜMÜNDE ÜZÜNTÜLÜDÜR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. GÜNÜN BÜYÜK BİR BÖLÜMÜNDE GERGİNDİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. EĞLENCELİ ETKİNLİKLERE YA DA DİĞER ÇOCUKLARLA OYNAMAYA KARŞI İLGİSİ AZALMIŞTIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. ÖLÜM YA DA İNTİHAR HAKKINDA KONUŞUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. KENDİSİNİN KÖTÜ OLDUĞUNU HİSSEDER (ÖR, KÖTÜ BİR ÇOCUK OLDUĞUNU SÖYLER)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. ENERJİSİ AZDIR VE BELLİ BİR NEDENİ OLMASIZIN KOLAYLIKLA YORULUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVET YA DA HAYIRI İŞARETLEYİNİZ	HAYIR	EVET
72. NORMAL İŞTAHINDA YA DA KİLOSUNDA BİR DEĞİŞİKLİK OLMUŞTUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. NORMAL UYKU DÜZENİNDE BİR DEĞİŞİKLİK OLMUŞTUR - UYKUYA DALMA ZORLUĞU YA DA FAZLA UYUMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. NORMAL HAREKETLİLİK DÜZEYİNDE BİR DEĞİŞİKLİK OLMUŞTUR – DAHA HAREKETLİ YA DA DURGUN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. KONSANTRE OLMA BECERİSİNDE YA DA KARAR VERME YETİSİNDE BİR DEĞİŞİKLİK OLMUŞTUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. ALIŞILDIĞINDAN DAHA FAZLA HASSASLAŞMIŞ, KOLAY AĞLAR OLMUŞTUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. EBEVEYNLERİNİN BOŞANMASI, BİR ARKADAŞ YA DA AKRABASININ ÖLÜMÜ, CİDDİ BİR HASTALIK GİBİ ÖNEMLİ BİR STRES FAKTÖRÜ YAŞAMIŞTIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
78. AKRANLARI İLE BİRLİKTEYKEN AŞIRI UTANGAÇTIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. AİLE BİREYLERİ VE TANIDIĞI ERİŞKİNLERLE GENELLİKLE SICAK BİR İLİŞKİ İÇİNDEDİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. RAHAT OLMAYAN BİR SOSYAL ORTAMA GİRDİĞİNDE, AĞLAMAYA BAŞLAR, DONUP KALIR YA DA TAMAMEN KABUĞUNA ÇEKİLİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H KATEGORİSİ:	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
81. UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. GECE YARISI AĞLAYARAK UYANIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. ALIŞILDIĞINDAN ÇOK DAHA ERKEN UYANIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. GECE YARISI ANNE BABASININ YATAĞINA GELİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I KATEGORİSİ:	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
85. GECELERİ YATAĞINI ISLATIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. ŞU SIRALARDA YATAĞINI ISLATIYOR AMA DAHA ÖNCE EN AZINDAN 4 AY YATAK ISLATMADIĞI BİR DÖNEM OLMUŞTUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. GÜN İÇİNDE KİLODUNU ISLATIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. GÜN İÇİNDE KİLODUNA KAKASINI KAÇIRIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
89. OLAĞANDIŞI ÜZÜCÜ BİR OLAY YAŞAMIŞTIR VE BU OLAY HALEN DAHA SIKINTI VERMEKTEDİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. OLAĞANDIŞI ÜZÜCÜ OLAYLA İLGİLİ SIKINTI VEREN ANILAR HATIRLAMAKTA VE RÜYALAR GÖRMEKTEDİR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. OLAĞANDIŞI ÜZÜCÜ OLAYLA İLGİLİ OYNAMAKTA VE SÜREKLİ KONUŞMAKTADIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. KENDİNDEN GEÇMİŞ GİBİ GÖRÜNÜR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K KATEGORİSİ:	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
93. SAĞLIKLI BİR VÜCUT İÇİN GEREKEN MİKTARDA YEMEK YEMEYİ REDDEDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. AŞIRI DERECEDE KATI KURALLI YEME ALIŞKANLIKLARI VARDIR (ÖR, KATI GIDA YEMEMEK, SADECE BEBEK MAMASI YEMEK GİBİ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
95. TANIDIĞI İNSANLARIN YANINDA DAHI KORKMUŞ VE SIKINTILI GÖRÜNÜR (İLİŞKİDEN VE YARDIMDAN KAÇINIR, KENARDAN İZLER)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. BÜYÜKLERDEN HATTA YABANCILARDAN DAHI SEVGİ VE İLGİ BEKLER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK	HEMEN HER
--	---------------------	--------------	------------	------------------

KARŞILAŞTIRILDIĞINDA			SIK	ZAMAN
97. BAŞKALARIYLA GARİP BİR İLİŞKİ KURMA ŞEKLİ VARDIR (GÖZ KONTAĞI KURMAZ, YÜZÜNDE FARKLI VE ALIŞILMAMIŞ İFADELER VARDIR, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. DİĞER ÇOCUKLARLA YETERİNCE İLİŞKİ KURMAZ YA DA OYNAMAZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. ARKADAŞ EDİNMEYE KARŞI İLGİSİ YOKTUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. BAŞKA İNSANLARIN DUYGULARININ FARKINDA DEĞİLDİR YA DA BUNLARLA İLGİLENMEZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. ÖNEMLİ KONUŞMA PROBLEMİ VARDIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. SOSYAL OLARAK UYGUN BİR BİÇİMDE SÖZEL İLİŞKİ KURAMAZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. GARİP BİR ŞEKİLDE KONUŞUR (DİĞER İNSANLARIN SÖYLEDİKLERİNİ TEKRAR EDER, "BEN" VE "SEN" GİBİ KELİMELERİ KARIŞTIRIR, GARİP KELİME VE CÜMLELER KULLANIR, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. HAYALİ OYUN OYNAMAZ. "-MIŞ GİBİ" OYNAMA BECERİSİ YOKTUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. BELLİ BİR KONUDA AŞIRI DERECEDE MEŞGULİYETİ OLUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. NORMAL YAŞAMINDAKİ VE ÇEVRESİNDEKİ KÜÇÜK DEĞİŞİKLİKLERDEN ÇOK RAHATSIZ OLUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. GARİP, TEKRARLAYICI HAREKETLER YAPAR (EL ÇIRPMA, KOLLARINI SALLAMA, VS.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. NESNELERİN BELİRLİ PARÇALARINA KARŞI GARİP BİR İLGİSİ VARDIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DİĞER SORUNLAR VE YORUMLAR (GEREKLİ OLURSA SAYFA EKLEYİNİZ):

TEŞEKKÜRLER....

EK-4

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
Oyun Çocuğu Değerlendirme Formu (2-4 Yaş)

Çocuğunuzun adı soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Oyun Çocuğu Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (2-4 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Oyun oynamak ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Oyuncaklarını toplamakta yardım etmek	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duyusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüznünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekmek	0	1	2	3	4
5. Endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile oyun oynayamaması	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla oynamak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıyla oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Aşağıdaki bölümü, eğer çocuğunuz kreş ya da anaokuluna gidiyorsa doldurunuz.

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Kreş-anaokulu faaliyetlerini yaşıtları gibi yapamaması	0	1	2	3	4
2. Kendini iyi hissetmediği için Kreş-anaokuluna gidememesi	0	1	2	3	4
3. Doktora ya da hastaneye gittiği için kreş-anaokuluna gidememesi	0	1	2	3	4

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Küçük Çocuk Ebeveyn Formu

Çocuğunuzun adı soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Küçük Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (5-7yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur. Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız

lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı ?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekmek	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Yaşlıları ile geçinememesi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarıyla oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için Okula gidememesi	0	1	2	3	4

EK-5

SCL-90- R

Adı – Soyadı:

Yaş :

Cinsiyeti :

Açıklama :

Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Tanımlama :

Aşağıda belirtilen sorundan

0 Hiç

ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

1 Çok az

Cevap: Oldukça fazla

2 Orta derecede

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

3 Oldukça fazla

4 Aşırı düzeyde

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeler
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler

11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi
29. Yalnız hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adele (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük

45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk ve sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmaya, zarar vermek, yaralamaya dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkılma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılan hissetme
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma
79. Değersizlik duygusu

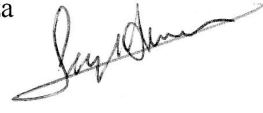
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

TC.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Sevgi ÖZMEN'E ait "EPİLEPSİLİ ÇOCUK VE EBEVEYNLERİNDE PSİKOPATOLOJİ, YAŞAM KALİTESİ TARAMASI" adlı çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Erken Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: 27.06.2012

İmza



Prof.Dr. Mustafa Baştürk (Başkan) İmza



Prof.Dr. M.Tayfun Turan(Üye) İmza



Doç.Dr. Hüseyin Per (Üye)İmza



Yard.Doç.Dr. Didem Behice Öztop (Üye).... İmza



Yard.Doç.Dr. Savaş Yılmaz (Üye) İmza

