



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARIN UYKU DURUMLARININ, ANNE VE
BABALARININ YAŞAM VE UYKU KALİTESİ SEVİYELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Şefik BAHAR
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Çetin OKUYAZ**

MERSİN 2023



**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARIN UYKU DURUMLARININ, ANNE VE
BABALARININ YAŞAM VE UYKU KALİTESİ SEVİYELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Şefik BAHAR
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Çetin OKUYAZ**

MERSİN 2023

TEŞEKKÜR

Tezimin oluşumu, yapımı ve yazımı aşamasında desteklerini esirgemeyen değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Çetin OKUYAZ'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bana aktaran başta Anabilim Dalı Başkanımız sayın Prof. Dr. Ali DELİBAŞ olmak üzere tüm Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Tezimin oluşumu sırasında bana yardımcı olan Sayın Doç. Dr. Öğr. Üyesi Gülen Güler AKSU'ya, Sayın Doç. Dr. Öğr. Üyesi Meltem ÇOBANOĞULLARI DİREK'e ve Sayın Özlem ERSOY'a

Çalışmama katkı sağlayan Çocuk Nöroloji Bilim Dalı çalışanlarına,

İstatistiksel analizlerin yapılmasında bana yardımcı olan Sayın Asena Ayça ÖZDEMİR'e

Tezimin oluşumu sırasında manevi destekleri ile yanımda olan sevgili ailem ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Saygılarımla

Dr. Şefik BAHAR

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	5
ABSTRACT.....	6
1. GİRİŞ.....	7
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Nöbet.....	8
2.1.1. Nöbet ve epilepsi tarihçesi.....	8
2.1.2. Epilepsi.....	9
2.1.2.1. Epilepsi epidemiyolojisi.....	9
2.1.2.2. Epilepsi patofizyolojisi.....	10
2.1.2.3. Epilepsi sınıflaması.....	11
2.1.2.4. Epilepsi tanı ve tedavisi.....	21
2.3. Epilepsinin Çocuklarda Uyku ve Ebeveynlerde Uyku, Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri.....	22
2.3.1. Epilepsi ve Tedavisinin Çocukta Uyku Kalitesi Üzerinde Etkileri.....	24
2.3.2. Epilepsinin Ebeveynlerdeki Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri.....	26
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Yeri.....	29
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi.....	29
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	30
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	30
3.3.3. Hasta Grupları.....	31
3.4. Araştırmanın Veri Kaynakları.....	32
3.4.1. Çocuklara Uygulanan Ölçekler.....	33
3.4.2. Anne veya Babaya Uygulanan Ölçekler.....	33
3.5. Araştırma Verilerinin Analizi.....	34
4. BULGULAR.....	36
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Bulguları ve Sosyodemografik Özellikleri.....	36
4.2. Uygulanan Ölçeklere İlişkin İstatistikler.....	38
4.3. Uygulanan Ölçekler Arası Korelasyonlar.....	41

5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ.....	51
KAYNAKLAR.....	54
TABLolar DİZİNİ.....	62
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	64
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	65
EKLER.....	67
EK 1. Sosyodemografik ve nöbet veri formu.....	67
EK 2. Çocuklar için Uyku Ölçeği (ÇUÖ).....	69
Ek 3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi.....	74
Ek-4. SF 36 Erişkin Yaşam Kalite Ölçeği.....	75



ÖZET

Epilepsi çocukluk çağında en sık görülen nörolojik hastalıktır. Yaşamı tehdit etmesinin yanında uyku problemlerini de beraberinde getirir. Epilepsili çocukların uyku kalitesinde azalma olması ve bunun sonucu olarak ebeveynlerin uyku ve yaşam kalitesinde düşüş olduğu görülebilmektedir. Bu da zaten çocuklarının nerde, ne zaman, nasıl nöbet geçireceği konusunda endişesi yüksek olan ebeveynlerin çocuklara yaklaşımında daha da stresli olmasına ve epilepsi tedavisinin veriminin düşmesine sebep olmaktadır. Çalışmamızda epilepsili çocuklar ve kontrol grubu uyku kalitesi açısından karşılaştırılmıştır. Vaka ve kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerinin yaşam ve uyku kalitesi açısından farkları karşılaştırılmıştır. Çalışmaya nöbet tanılı 67 çocuk ve 67 kişilik kontrol grubu dahil edilmiştir. Vaka grubuna ve kontrol grubuna Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Erişkin Yaşam Kalite Ölçeği (SF-36) ve Çocuklar için Uyku Ölçeği (ÇUÖ) uygulanmıştır.

Vaka grubunun yaş ortalaması $11,67 \pm 3,38$ yıldır. En sık görülen nöbet türü jeneralize tonik klonik nöbettir. Hasta grubunun uyku kalitesinde kontrol grubuna göre azalma olduğu, epilepsili çocuğa sahip ebeveynlerin de kontrol grubuna göre yaşam ve uyku kalitesinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Nöbetlerin kontrol altına alınması için ebeveynlerin çocukların uyku kalitesinin önemi hakkında yeterli bilgiye sahip olması hastalığın tedavisinde son derece önem arz etmektedir. Anne babanın yaşam ve uyku kalitesi de göz önünde bulundurularak aile merkezli epilepsi tedavileri uygulanması hastalığın yönetiminde daha başarılı olunmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Nöbet, Uyku, Yaşam, Epilepsi, Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi

ABSTRACT

Epilepsy is the most common neurological disease in childhood. In addition to being life-threatening, it also brings sleep problems. It can be seen that children with epilepsy have a decrease in sleep quality and, as a result, a decrease in parents' sleep and life quality. This, in turn, causes parents who have high concerns about where, when and how their children will have seizures, making it even more stressful in their approach to children and reducing the efficiency of epilepsy treatment. In our study, children with epilepsy and the control group were compared in terms of sleep quality. The differences in the quality of life and sleep of the parents of the children in the case and control groups were compared. 67 children with seizure diagnosis and a control group of 67 people were included in the study. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Adult Quality of Life Scale (SF-36) and Children's Sleep Scale (CIS) were administered to the case group and control group.

The mean age of the case group was 11.67 ± 3.38 years. The most common type of seizure is generalized tonic-clonic seizure. It was determined that the sleep quality of the patient group decreased compared to the control group, and the parents of children with epilepsy had a decrease in the quality of life and sleep compared to the control group. It is extremely important in the treatment of the disease that the parents have sufficient information about the importance of the sleep quality of their children in order to control the seizures. Taking into account the quality of life and sleep of the parents, the implementation of family-centered epilepsy treatments will contribute to more successful management of the disease.

Keywords: Seizure, Sleep, Life, Epilepsy, Sleep Quality, Life Quality

1. GİRİŞ

Nöbet, beyindeki ani anormal elektriksel aktivite sonucu meydana gelen geçici paroksizmal bir klinik tablodur.¹ Nöbetler, epilepsi hastalığının temel belirtisidir. Dünya Sağlık Örgütü; epilepsiyi, beyinde aşırı uyarılabilir hale gelmiş bir nöron topluluğunun, yineleyici, anormal deşarjlarına bağlı olarak ani ve geçici, motor, duyuşal, otonomik veya psişik bir olayı ile sonuçlanan beynin bir bölümünün ya da tamamının fonksiyon bozukluğu olarak tanımlamıştır.²

Çocukların sağlıklı büyümeleri ve gelişmeleri için düzenli uyku şarttır. Kısa uyku süresi, yetersiz uyku veya obstrüktif uyku apne gibi uyku bozuklukları davranış sorunları ve duygusal durum değişikliklerine yol açabilmektedir. Özellikle epilepsi gibi kronik hastalığı olan çocukların uyku sorunları nöbet kontrolü ve psikiyatrik semptomlarla ilişkili bulunmuştur.³ Yapılan çalışmalarda çoğu ebeveynin normal uyku düzeni ve uykunun önemi ile ilgili farkındalık düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Literatürde kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde depresyon, anksiyete ve uyku sorunlarının daha yüksek seviyelerde görüldüğü bildirilmiştir.^{4,5} Epilepsili çocukların uyku kalitesi ile nöbetlerin sıklığı arasında ciddi bir ilişki olduğu görülmüştür. Epilepsi hastalarının uygun ilaçlar ile tedavi edilmesinin yanı sıra uyku düzenleri ve ilişkili uyku bozuklukları ve nöbetlerin ailenin uyku ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmelidir.^{6,7} Bu yaklaşım epilepsili çocukların uyku kalitesi ve ebeveynlerdeki yaşam ve uyku kalitesini artırmaya yönelik stratejiler geliştirmemize yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda epilepsi hastası çocuklarla kontrol grubunun uyku kalitesi açısından karşılaştırılması; ebeveynlerin uyku ve yaşam kalitesine etkisi incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nöbet

Nöbet merkezi sinir sistemi (MSS) içinde artmış eş zamanlı nöronal aktivite sonucunda ortaya çıkan davranış, motor fonksiyon veya otonomik fonksiyonda değişikliklerle tekrarlayan ataklarla karakterize bir durumdur. Nöbetler hastalık, travma, metabolik bozukluklar veya toksisite gibi akut bir tetikleyici nedene bağlı veya bir neden olmaksızın ortaya çıkabilir.⁷

Epileptik nöbetler öncelikle nörolojik olmayan paroksizmal bozukluklar ve epileptik olmayan tik, distoni, stereotipik gibi hareket bozukluklarından ayırt edilmelidir. Gereksiz testlerden, müdahalelerden ve ilaç tedavilerinden kaçınmak için nöbetin doğru tanınması oldukça önemlidir.⁸

2.1.1. Nöbet ve Epilepsi Tarihçesi

Epileptik nöbetler ilk olarak MÖ 2000 tarihli bir Akad metinlerinde tanımlanmıştır. Epilepsi tanımlanması ise Antik Yunan tıbbi döneminde değişmeye başlamıştır. "Epilepsi" teriminin kendisi, "sahip olmak, ele geçirmek veya eziyet etmek" anlamına gelen "epilambanein" fiilinden türetilmiş Yunanca bir kelimedir.⁹

Epilepsi ile ilgili bilinen ilk raporlar genellikle nöbetleri "kötü ruhların" işi olarak tanımlamaktaydı. Antik Yunanlılar epilepsiyi "kutsal hastalık" olarak adlandırmışlardır. Hipokrat ile epilepsinin doğaüstü olaylardan kaynaklanmadığı ifade edilmeye başlanmış ve Hipokrat'ın "Kutsal Hastalık Üzerine" adlı çalışması ile "ruhsal" bir hastalık olarak algılanmaya başlanmıştır.

1886'da Londra'da beyin cerrahı Sir Victor Horsley tarafından nöbetlerin tedavisine yönelik lokalize rezeksiyonlar ile hedefe yönelik epilepsi cerrahisinin ilk adımları atıldı. Daha sonra Kanadalı beyin cerrahı Wilder Penfield tarafından, beyindeki epileptik bölgeleri daha doğru bir şekilde tanımlamak ve çıkarmak için bilinci yerinde olan hastalar arasında elektrik stimülasyonunun kullanılmasıyla gelişmeler devam etti.¹⁰

2.1.2. Epilepsi

Epilepsi, Yunanca 'Epilepsia' kelimesinden köken alır; yakalamak, birden tutulmak anlamındadır.¹¹ Epileptik nöbet, beyindeki anormal, artmış ya da senkron nöronal aktiviteye bağlı geçici semptom ya da bulguların oluşmasıdır. Epilepsi ise beyin epileptik nöbet oluşturma yatkınlığı ve bu durumun nörobiyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçları olarak tanımlanmıştır. Uluslararası Epilepsi ile Savaş Birliği epilepsiyi; 24 saatten uzun aralıklarla en az iki provake olmayan nöbet geçirme, bir provake olmayan nöbet ile 10 yıl içerisinde en az %60 tekrarlama riski olması veya bir epilepsi sendrom tanısı konması olarak tanımlamaktadır.⁷

2.1.2.1. Epidemiyoloji

Epilepsi dünya genelinde yaklaşık 50 milyon insanı etkilemekte olduğu tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılında epilepsi prevalansının gelişmiş ülkelerde 6/1000, gelişmekte olan ülkelerde ise 18.5/1000 olarak bildirmiştir.¹²

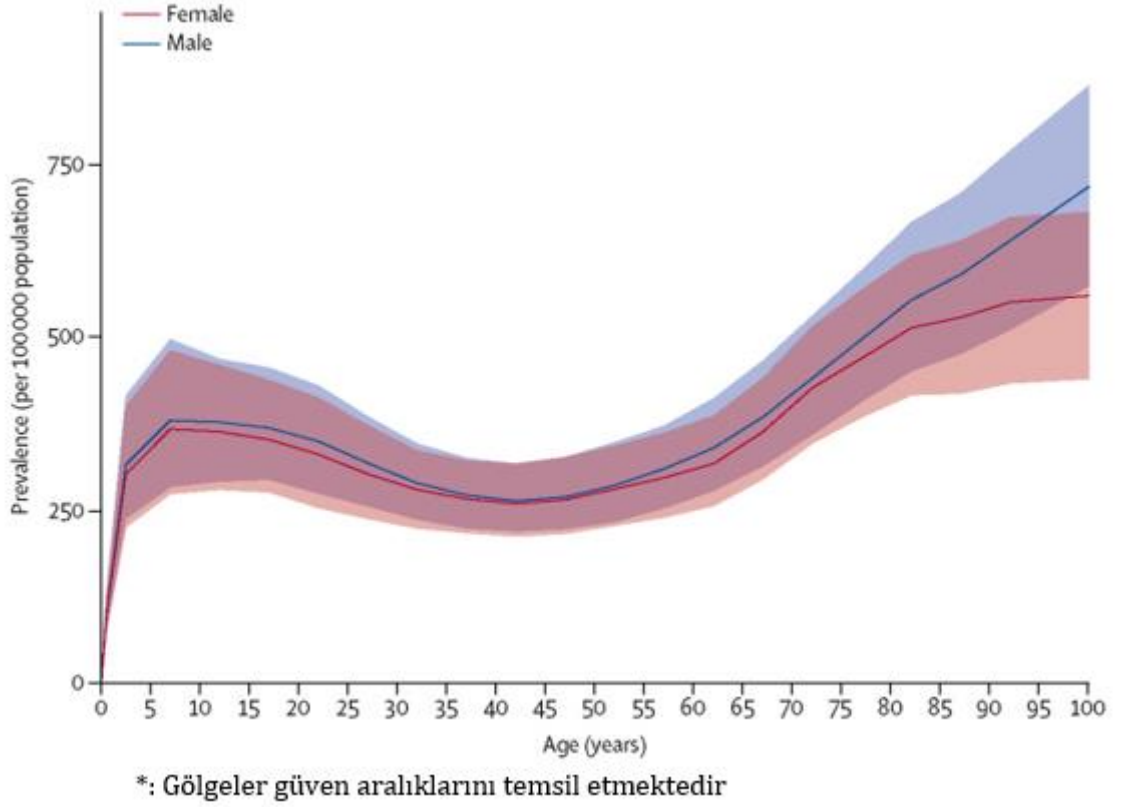
Epilepsi çocuklarda erişkinlere göre daha sık görülmektedir. Epilepsi vakalarının en az %50'sinin çocukluk veya gençlik döneminde ortaya çıktığı, 15 yaş altı 10,5 milyon çocuğun epilepsi hastası olduğu bilinmektedir. Yaşa özel bakıldığında süt çocukluğu dönemi epilepsi insidansının en yüksek oranda görüldüğü çocukluk dönemidir.¹³

Cinsiyete göre bakıldığında erkeklerde epilepsi prevalansı kızlara oranla daha fazla olduğu bildirilmektedir.¹⁴

Nöbet tipi açısından bakıldığında; ILAE gelişmiş ülkelerde fokal epilepsilerin jeneralize epilepsilerden daha sık görüldüğüne dikkat çekmektedir.⁷ Ülkemizde ise jeneralize epilepsilerin üstünlüğünü gösteren farklı çalışmalar olduğu görülmektedir.^{15,16}

Türkiye'de Serdaroğlu ve arkadaşlarının, 0-16 yaş arası çocuklarda yapılan ülkemizin en kapsamlı prevalans çalışmasında epilepsi sıklığı %0,8 olarak saptanmıştır.¹⁵ Ayrıca ülkemizin farklı bölgelerde yapılmış prevalans çalışmalarına bakıldığında sıklıkla okul çağı çocuklarının değerlendirildiği görülmektedir. Aygün ve arkadaşları epilepsi prevalansını 7-16 yaş çocuklarda

4/1000, Aydın ve arkadaşları 7-17 yaş çocuklarda 11.2/1000, Hüseyinoğlu ve arkadaşları 6-14 yaş çocuklarda 13.5/1000, Canpolat ve arkadaşları 7-17 yaşlarında 8/1000 olarak tespit etmişlerdir.¹⁷



Şekil 1. Yaşa ve cinsiyete göre global epilepsi prevalansı, 2016¹⁸

2.1.2.2. Epilepsinin Patofizyolojisi

Epilepsinin altta yatan mekanizmaların aydınlatılmasında deneysel ve klinik çalışmaların katkısı olmakla beraber epilepsi patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Epileptik sendromlar patofizyolojik olarak farklılık gösterebilse de hepsinin ortak özelliği eksitator ve inhibitör sistemlerin dengesinin bozulması ve bir grup nöronun uyarılabilir durumunun sürekli artmasıdır.¹⁹

Epilepsi hastalarının yaklaşık yarısında altta yatan herhangi bir nedensel faktör bulunmamaktadır. Diğer taraftan travma, hipoksi, beyin tümörleri, metabolik bozukluklar ve enfeksiyonlar epilepsi hastalığına neden olabilir. Hipoksi, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, yapısal beyin anormallikleri ve genetik faktörlere ek olarak, olgunlaşmamış beynin bazı gelişimsel özellikleri nöbete

yatkınlık oluşturmaktadır. Olgunlaşmamış beyinde voltaja bağlı sodyum ve kalsiyum kanallarının gelişimi tamamlanırken, potasyum kanallarının gelişimi sonradan olmaktadır. Eksitator sinapsların inhibitör sinapslardan erken oluşması nöronal uyarılmayı kolaylaştırırken fonksiyonel inhibisyonu engellemektedir.^{19,20,21}

Nöbet öncesi dönemde artmış bölgesel kan akımı ile ilişkili ve postsinaptik membranda fonksiyonel ve yapısal değişiklikler meydana gelir. Düşük kalsiyum veya yüksek potasyum önce nöronal ateşlenmeye yol açar. Sonra düşük magnezyum veya yüksek potasyum yüksek frekanslı aktivitede ilerleyen artışa sebep olur. Epileptik odakta hem fonksiyonel hem de yapısal değişiklikler meydana gelmektedir. Sürekli tekrarlayan ateşlenme sodyum kanalları, gama-aminobütirik asit-klor kanal kompleksi, potasyum kanalları, eksitator iletim, metabotropik reseptörlerin regülasyonu, karbonik anhidraz inhibisyonu, nöromodulatorler, nöronal fonksiyonun kalsiyum aracılı düzenlenme mekanizmaları ile uyarılabilirlik ve nöbet oluşumuna etki eder.^{20,21}

2.1.2.3. Epilepsi Sınıflaması

Epilepsi, çocukluk çağında sık görülen ve bilinen en eski kronik hastalıklardan biridir. Antik çağlardan itibaren bilinen epilepsi hastalığı için sınıflama çalışmaları günümüzde hala devam etmektedir. Galen milattan önce epilepsinin iki temel nedenle bağlantılı olduğunu düşünmüş ve sınıflamayı “beyinden kaynaklanan” ve “vücudun herhangi bir bölgesinden kaynaklanan” olarak yapmıştır.¹¹

Epilepsinin sınıflaması ile ilgili çalışmalar 18. yüzyılda devam etmiş ve epileptik nöbetlerin farklı tiplerde de gözlemlenebileceği bildirilmiştir. Yirminci yüzyıl başlarına gelindiğinde nöbet tipinin epilepsi hastalık tipini sınıflamada yeterli olmadığı, nöbet tiplerinden bazılarının birçok epilepsi hastalığı tipinde görüldüğü fark edilmiştir.

Epilepsi sınıflamaları zaman içinde gelişerek farklılaşmıştır. Uluslararası Epilepsi ile Savaş Birliği (ILAE) sınıflamayı 2017 yılında yeniden düzenlemiş olmasına rağmen tarihsel öneme sahip 1981 sınıflaması hala klinik

değerlendirmede fayda sağlamaktadır. 1981 sınıflamasına göre nöbetler iki ana başlıkta toplanmıştır:²²

1. Parsiyel (fokal) nöbetler

a. Basit parsiyel nöbetler

- i. Motor bulgularla karakterize nöbetler
- ii. Somatosensoriyel ya da özel duyuşsal bulgularla karakterize nöbetler
- iii. Otonomik bulgularla karakterize nöbetler
- iv. Psişik bulgularla karakterize nöbetler

b. Kompleks parsiyel nöbetler

- i. Basit parsiyel başlangıçlı nöbetler
- ii. Bilinç kaybı ile başlayan nöbetler

c. İkincil jeneralize nöbetler

- i. Basit parsiyel başlangıçlı olup jeneralize olan nöbetler
- ii. Kompleks parsiyel başlangıçlı olup jeneralize olan nöbetler
- iii. Basit parsiyel başlangıçlı olup kompleks parsiele dönüşerek jeneralize olan nöbetler

2. Jeneralize nöbetler

d. Absans nöbetler

- i. Tipik absans
- ii. Atipik absans

e. Miyoklonik nöbetler

f. Klonik nöbetler

g. Tonik nöbetler

h. Tonik-klonik nöbetler

i. Atonik nöbetler

3. Sınıflandırılmayan epileptik nöbetler

ILAE tarafından 2017 yılında sunulan yeni sınıflamada; nöbetin beyinde başladığı yere, nöbet sırasındaki farkındalık durumuna ve nöbetin diğer

özelliklerine göre nöbetler yeniden sınıflanmıştır. Nöbetin başlangıç zamanı bilinmediğinde bu sınıflama, nöbet özelliklerinin motor ya da non-motor olduğunun belirlenmesine olanak sağlamaktadır.²³ Bu yeni sınıflama çeşitli klinik durumlarda epilepsinin doğru kategorize edilebilmesine olanak sağlayacak şekilde çok seviyeli bir sınıflamadır. Bu sınıflama dünya çapında farklı kaynaklara sahip klinisyenlerin ellerindeki imkanlar dahilinde bu seviyelere göre değerlendirerek, uygun tanı koyabilmesini hedeflemektedir.²⁴

Nöbetlerin sınıflanmasında ilk basamak nöbetin başlangıç yerinin tanımlanmasıdır:

- 1. Fokal başlangıçlı nöbetler:** Daha önceden parsiyel nöbet olarak bilinen, beynin tek tarafındaki bir bölge ya da hücre ağından kaynaklanan nöbetlerdir.
- 2. Jeneralize başlangıçlı nöbetler:** Daha önceden jeneralize olarak bilinen ve başlangıçta beynin her iki bölgesini de içererek başlayan nöbetlerdir.
- 3. Başlangıcı bilinmeyen nöbetler:** Nöbetin başlangıcı net tanımlanamıyor veya lokalizasyon tahmin edilemiyorsa bu şekilde adlandırılır. Sonrasında hastanın nöbetleri daha açık hale geldiğinde bu nöbetin sınıfı değişebilmektedir.
- 4. Fokal başlayıp jeneralize olan nöbetler:** Daha önceden sekonder jeneralize nöbet olarak tanımlanan bu nöbetler beynin bir bölgesinde başlar ve her iki tarafa da yayılım gösterir ve tipik olarak EEG bulgusu da görülür.

ILAE son sınıflamasına göre nöbet esnasında farkındalık durumu da klinik pratikte önemlidir. Farkındalık, kişinin kendisi ve çevresinden haberdar olma durumudur ve kişinin nöbet sırasındaki güvenliğini etkileyen esas faktörlerdendir. Değerlendirilmesinin daha kolay olması nedeniyle de bilinç yerine kullanılmıştır.²

- 1. Fokal farkında nöbet (uyanık):** Daha önce basit parsiyel nöbet olarak adlandırılan farkındalığın korunduğu nöbet şeklidir.
- 2. Fokal farkındalığı bozulmuş nöbet (bozuk şuur):** Nöbetin herhangi bir kısmı için kişi çevresinde olup bitenlerin farkında değilse nöbet farkındalığın bozulduğu fokal nöbet olarak sınıflandırılır. Daha öncesinde kompleks parsiyel nöbet olarak tanımlanıyordu.
- 3. Farkındalığı bilinmeyen nöbet:** Kişinin nöbet sırasında farkındalığının bilinemediği nöbetlerdir.

Nöbete birçok semptom da eşlik edebilmektedir. Bu sınıflamada hareketin etkilenmesine göre değerlendirme de yapılmıştır:

1. Fokal motor nöbet: Otomatizma, epileptik spazmlar, atonik, klonik, hiperkinetik, miyoklonik ve tonik nöbetler şeklinde görülebilir. Otomatizma koordineli, amaçsız, tekrarlayan motor aktivitelerdir. Dudak şapırdatma gibi oral otomatizmalar ve okşama gibi tekrarlayan el hareketlerini içeren manuel otomatizmalar olabilir. Fokal atonik nöbetler, bir vücut bölümünde tonus kaybı ile karakterizedir. Klonik nöbetler, düzenli aralıklarla tekrarlanan stereotipik sıçrama hareketleridir. Epileptik spazmlar küçük çocuklarda belin fleksiyonu ve kolların fleksiyon veya ekstansiyonu ile birlikte genellikle kümeler halinde bulunur. Bebeklerde veya yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkarsa infantil spazmlar olarak adlandırılabilir. Jeneralize epileptik spazmlardan ayırt etmek klinik ve elektrografik özelliklerin dikkatli bir şekilde gözlemlenmesini gerektirebilir. Hiperkinetik nöbetler klinik olarak dövülme veya pedal çevirme gibi değişken özelliklere sahip olabilir. Fokal miyoklonik nöbetler sıçrama ile kendini gösterir, ancak klonik nöbetlerin aksine düzensizdir ve ritmik değildir. Tonik nöbetler, artan tonus ile uzuvda sertleşme görülen motor nöbetleri ifade eder.

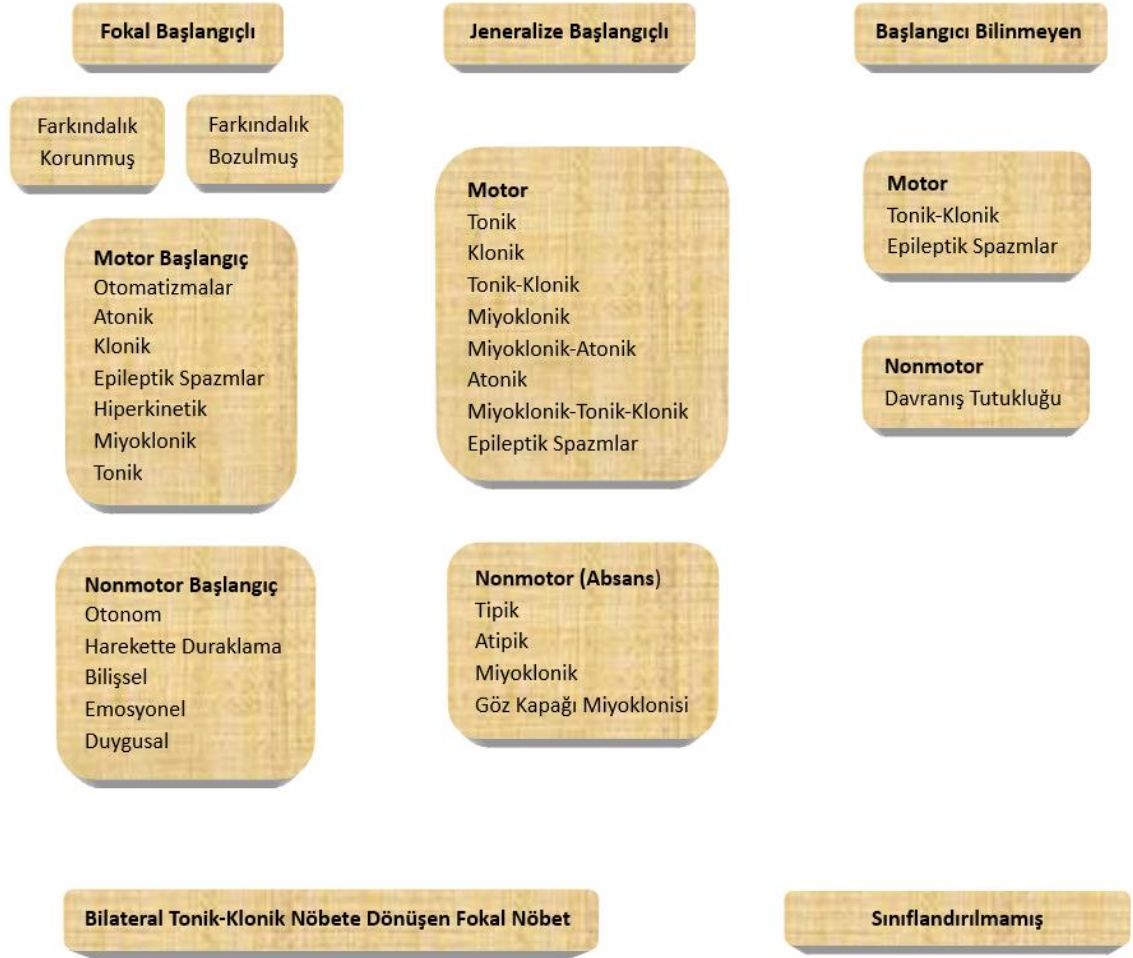
2. Fokal non-motor nöbet: Kalp hızı, kan basıncı, terleme ile kendini gösteren otonom nöbetler, boş bir bakış ve konuşmaktan veya hareket etmekten vazgeçme ile karakterize davranışsal durma nöbetleri; déjà vu, jamais vu (bir yabancılik hissi) veya halüsinasyonlar görülen bilişsel nöbetler; korku, endişe duyulan duygusal nöbetler; tat, koku, işitme, görme, ağrı, uyuşma gibi duyuşsal fenomenlerin ön planda olduğu fokal duyuşsal nöbetler bu sınıfa girer.

3. Jeneralize nöbet: Jeneralize nöbetlerin büyük çoğunluğu farkındalığın bozulmasıyla ortaya çıkmakta olup, sınıflandırma esnasında tabloda da görüldüğü gibi farkındalık durumu ihmal edilebilir.²⁵

Beynin her iki tarafında başlayan nöbetler jeneralize başlangıçlı nöbet olarak bilinirken bu tür nöbetler motor ya da non-motor olabilmektedir:

3.1. Jeneralize motor nöbet: Tonik-klonik, klonik, tonik, miyoklonik, miyoklonik-tonik-klonik, miyoklonik-atonik, atonik veya epileptik spazmları içerir. Genelde tonik-klonik nöbetler 1 ila 3 dakika sürer ve ani farkındalık veya bilinç kaybı ile sonuçlanır. İlk tonik faz tüm uzuvların sertleşmesidir. Hava ses tellerini geçmeye zorlandığı için hasta başlangıçta inleyebilir veya ağlayabilir. Bu aşamada dil de ısırılabilir. Klonik faz tonik fazdan sonra ortaya çıkar ve uzuvların sürekli ritmik sarsılması ile karakterizedir. Nöbet hastanın nefes almasını engelliyorsa morarma görünebilir. Vücut rahatladığında mesane veya bağırsak inkontinansı meydana gelir. Jeneralize miyoklonik nöbetler uzuvların, yüzün, gözlerin veya göz kapaklarının düzensiz ve eş zamanlı iki taraflı sarsılması ile ilişkilidir. Miyoklonik-tonik-klonik nöbetler yeni bir nöbet tanımıdır ve her iki tarafta düzensiz sarsıntıyla başlar, ardından tonik klonik nöbet görülür. Miyoklonik-atonik nöbetler de yeni bir nöbet tanımıdır ve başlangıçtaki düzensiz sarsıntıyı takiben her iki tarafta da tonus kaybı ile karakterize edilir. Atonik nöbetler kısadır ve bilateral tonus kaybı olduğunda ve kaslar gevşediğinde ortaya çıkar. Kişi nöbet meydana geldiğinde ayakta duruyorsa düşerek sıklıkla yaralanmaya neden olur. Epileptik spazmlar da kısadır ve tipik olarak gövdede fleksiyon ve uzuvlarda fleksiyon veya ekstansiyon ile kümeler halinde ortaya çıkar.

3.2. Jeneralize non-motor nöbet: Tipik, atipik, miyoklonik veya göz kapağı miyoklonisini içerir. Tipik absans nöbetleri, bazen göz kırpma, baş sallama veya diğer otomatizmlerle birlikte ani bir aktivite kesilmesi ve ardından hemen bir iyileşme ile kendini gösterir. Nöbet sırasında EEG jeneralize diken dalga aktivitesini gösterir. Atipik absans nöbetleri, daha yavaş başlangıç, iyileşme süresinin daha uzun olması ve tonusta daha belirgin değişiklikler gibi özelliklere sahiptir. Miyoklonik absans nöbeti, absans bir nöbetin ardından birkaç ani düzensiz sıçrayıcı hareketlerle karakterizedir. Göz kapağı miyoklonisi, göz kapaklarının sarsılması ve gözlerin yukarı doğru sapması ile tanımlanır.²⁶



Şekil 2. Nöbet tiplerinin ILAE 2017 sınıflaması, genişletilmiş versiyon²⁵

Yeni sınıflamada ikinci düzey epilepsinin tipinin belirlenmesi üzerinedir ve ağırlıklı olarak klinik olarak belirlenir. Karakteristik EEG bulguları destekleyici kanıtlar sağlayabilir. Nöbet sınıflandırmasına benzer şekilde, epilepsiler genel veya fokal olarak sınıflandırılır. Yeni sınıflandırma sistemi ayrıca kombine jeneralize-fokal epilepsi ve bilinmeyen epilepsi olmak üzere iki yeni kategoriyi de ele almıştır:

Jeneralize epilepsisi olan hastalarda jeneralize nöbet tiplerinden bir veya daha fazlası vardır ve EEG'leri tipik olarak jeneralize diken dalga aktivitesi

gösterir. Nöbet tipi jeneralize ve normal bir EEG'si olan kişiler için, epilepsinin jeneralize olup olmadığını belirlemek için iyi gözlem, video EEG monitorizasyon ve tekrarlayan EEG değerlendirmelerine ihtiyaç duyulabilir.

Klinik olarak bir veya daha fazla fokal nöbet tipi olan hastalar fokal epilepsi olarak kabul edilir. Bu epilepsiler tek odaklı veya çok odaklı olabilir. Her zaman görülme de fokal yavaşlama veya epileptiform deşarjlar gibi fokal EEG bulguları fokal epilepsi tanısını destekler.

Kombine jeneralize ve fokal epilepsi tanımı hem fokal hem de jeneralize nöbetleri olan hastalar içindir. EEG hem fokal hem de jeneralize elektrografik bulguları gösterebilir. Dravet sendromu ve Lennox-Gastaut sendromu bunlara örnektir. Hastanın ILAE tarafından tanımlanan epilepsisi var, ancak fokal veya jeneralize epilepsisi olup olmadığı belirlenemiyorsa, bilinmeyen epilepsi tipi olarak sınıflandırılır. Bu sınıflandırmaya sahip hastaların özgül EEG bulgusu olmayabilir.²⁶

Epilepsi sendromu, yeni sınıflandırma sisteminde yeni eklenmiştir ve “nöbet tiplerini, EEG'yi ve birlikte ortaya çıkma eğiliminde olan görüntüleme özelliklerini içeren bir dizi özellik” olarak tanımlanır.

Epilepsi sendromuna katkıda bulunan faktörler arasında başlangıç yaşı, remisyon, tetikleyiciler, günlük değişkenlik, entelektüel ve psikiyatrik işlev bozukluğu, EEG bulguları, görüntüleme çalışmaları, aile öyküsü ve genetik vardır. Herhangi bir epilepsinin sosyal etkileri olabileceği, öğrenme bozuklukları veya psikiyatrik durumlarla ilişkili olabileceği günümüzde daha net anlaşılmıştır.

İdiyopatik jeneralize epilepsiler arasında çocukluk çağı absans epilepsisi, juvenil absans epilepsisi, juvenil miyoklonik epilepsi ve tek başına jeneralize tonik-klonik nöbetler bulunur. İdiyopatik jeneralize epilepsilerin EEG'leri normal zemin aktivitesi ve karakteristik jeneralize diken dalga bulgularını ortaya koyar.

Çocukluk çağı absans epilepsi; nörolojik olarak kızları erkeklerden daha fazla etkiler ve tipik olarak kendi kendini sınırlar. Başlangıç genellikle 4 ila 10 yaş arasındadır ve remisyon genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkar. Hastalar absans nöbetleri ve bazen jeneralize tonik-klonik nöbetler ile başvururlar. Jeneralize tonik-klonik nöbetlerin erken ortaya çıkması kötü prognoz ile ilişkilidir.

Juvenil absans epilepsi; sıklıkla başlangıç 10 ila 13 yaş arasında olup ergenlik ve erken erişkinlik döneminde görülür. Kız ve erkek çocuklar eşit olarak etkilenir. Absans nöbetleri çocukluk absans epilepsisinden daha az sıklıkla görülür. Jeneralize tonik-klonik nöbetler erken dönemde ortaya çıkar ve nadir de olsa miyoklonik nöbetler de görülebilir. Çocukluk absans epilepsisinin aksine, bu sendrom kendi kendini sınırlamaz.

Juvenil miyoklonik epilepsi; en tipik epilepsi sendromlarından biridir. Başlangıç, 10 yaşından önce yirmili yaşların ortalarına kadar ve bazı durumlarda daha sonradır. Kadınlarda daha sık görülür. Tüm hastalarda miyoklonik nöbetler vardır ve genellikle jeneralize tonik-klonik nöbetler vardır. Absans nöbetler nadiren görülür. Çoğu hasta spontan remisyona sahip değildir ve antiepileptik ilaçlarla ömür boyu tedavi gerekebilir.

Tek başına jeneralize tonik-klonik nöbetleri olan epilepsi; en sık yaşamın ikinci dekadında görülmekle birlikte çocukluktan erişkinliğin ortasına kadar değişen bir yaş aralığında görülebilir. Önceleri, uyanma sonrası jeneralize tonik-klonik nöbetler olarak anılırdı, ancak nöbetlerin günün herhangi bir saatinde ortaya çıkabileceğinin anlaşılmasından sonra bu tabir kullanılmadı. Tek başına kendi kendini sınırlamaz ve tipik olarak ömür boyu antiepileptik ilaç tedavisi gerekir.

Refleks epilepsi sendromları; nöbetlerin belirli bir uyaran tarafından tetiklendiği epilepsilerdir. Nöbetler tipik olarak jeneralize tonik-klonik nöbetlerdir, ancak diğer jeneralize nöbet tipleri de ortaya çıkabilir. Nadiren fokal nöbetler de refleks epilepsilerde görülebilir. En yaygın refleks epilepsi sendromu ışığa duyarlı epilepsidir.

İyi tanımlanmış fokal epilepsi sendromları, Sentrotemporal Dikenli Çocukluk Çağı Epilepsisi Ve Panayiotopoulos Sendromudur.

Sentrotemporal Dikenli Çocukluk Çağı Epilepsisi okul yıllarında kısa fokal motor ağız yüz ve dudağın etkilendiği nöbetler ve bilateral tonik-klonik nöbetlere dönüşen çoğunlukla gece ortaya çıkan nöbetlerle kendini sınırlayan bir epilepsidir. EEG'de zemin aktivitesi normaldir. Genellikle uykuda aktive olan sentrotemporal diken yavaş dalga aktivitesi ile karakterizedir.

Panayiotopoulos Sendromu kendini sınırlayan genellikle uzun süreli fokal otonomik nöbetler ile karakterize bir epilepsidir. EEG'de fokal oksipital yüksek amplitüdlü uykuyla aktive olan epileptiform dalgalarla karakterizedir. Olası otonomik semptomlar arasında kusma, solgunluk, midriazis, kardiyorespiratuar, gastrointestinal ve termoregülatuar semptomlar, inkontinans ve hipersalivasyon bulunur.²⁶

ETİYOLOJİ

Nöbetlerin altta yatan nedeni her zaman belirlenemeyebilir. Günümüzde yapılan araştırmalar arttıkça “bilinmeyen” epilepsi grubunda azalma meydana gelmiştir. Ayrıca hastanın epilepsisine neden olacak birden fazla faktör de olabilir. Örneğin, genetik bir bozukluk, epilepsiye yol açan beyin gelişiminde yapısal bir anormalliğe neden olabilir ki bu durumda, “yapısal” ve “genetik” bir neden olarak adlandırılacaktır.

1) Yapısal

Epilepsiye neden olabilecek yüksek riskli yapısal anormallikler uygun seçilmiş nörogörüntüleme yöntemleri ile tespit edilebilir. Ancak epilepsisi olmayan birçok insanda anormal beyin görüntüleme bulguları olabileceğinden anatomik anormalliğin doğrudan nöbetlerle ilişkili olması gerekir.

Yapısal etiyolojiler inme, hipoksi, travma ve enfeksiyon gibi edinilmiş olabileceği gibi kortikal gelişimsel malformasyonlara bağlı da olabilir. Birçok kortikal gelişimsel anormallikte genetik köken tespit edilebilirse de yapısal anormalliğin hastanın epilepsisi ile ilişkisi dikkatle değerlendirilmelidir. Rutin görüntülemeler ile net belirlenemeyen, silik yapısal lezyonlar için özgül epilepsi protokollerini içeren uygun MRG çalışmaları gerekir.

2) Genetik

Ailede daha önceden tanımlanmış ilişkili bir gen bulunsun ya da bulunmasın, güçlü bir aile öyküsü tespit edildiğinde “genetik” nedenli olarak değerlendirilebilir. Birkaç yüz gen artık farklı epilepsilerle ilişkilendirilmiştir.

Bunların büyük çoğunluğu, sıklıkla erken çocukluk döneminde ortaya çıkan nadir sendromlarla ilişkilidir. Olası bir genetik nedenin belirlenmesi, nöbetleri tedavi etmek için hangi ilacın seçileceği ve bazen hangi ilacın seçilmeyeceği konusunda fikir verebilir. Aynı genetik anormallik farklı insanlarda farklı tipte nöbetlere neden olabilir ve farklı gen kusurları aynı epilepsi sendromuna neden olabilir. Aynı genetik anormallik hem hafif hem de şiddetli epilepsilere neden olabilir. Saptanan gen mutasyonunun fonksiyon kazanımı veya fonksiyon kaybı mutasyonu olması klinik tablo, tedavi ve prognostik farklılıklara sebep olabilir.

Epilepsinin genetik nedenleri çoğunlukla kompleks bir kalıtım paternine sahiptir. Birden fazla gen birtakım çevresel faktörlerin de katkısıyla epilepsi ile ilişkili olabilir.

3) Enfeksiyon

Akut olsun ya da olmasın beyin veya beyin zarının herhangi bir enfeksiyonu nöbetlere neden olabilir. Epilepsinin en yaygın enfektif nedeni nörosistiserekozdur. Diğer potansiyel enfektif nedenler arasında HIV, tüberküloz, sıtma, bakteriyel menenjit ve viral ensefalitler bulunur. Enfeksiyonun tedavisi tedavi stratejisinin temel bileşenidir. Beyin hasarı ne kadar yaygınsa nöbetleri kontrol etmek de o derece zor olmaktadır.

4) Metabolik

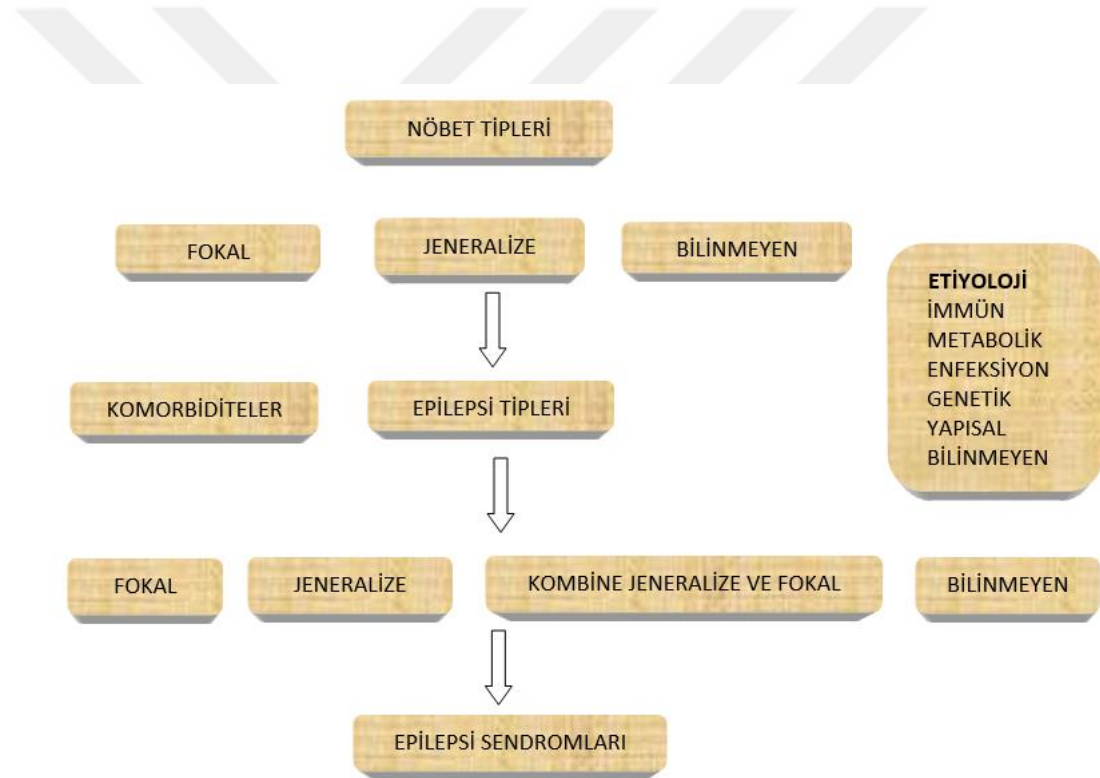
Birçok metabolik hastalık epilepsi ile ilişkilidir. Metabolik nedenler bir dizi biyokimyasal süreçte değişiklikleri içeren üremi, porfiri, aminoasidopatiler veya piridoksin bağımlı nöbetler gibi iyi tanımlanmış nedenler olabilir. Bu nadir bozuklukların tanınması, bazı durumlarda olduğu gibi, klinisyeni doğru tedavi yoluna yönlendirmek için çok önemlidir. Metabolik bozukluğa yönelik tedaviler ile hem nöbet kontrolünün daha iyi sağlanması hem de bilişsel bozuklukların önlenmesi mümkün olabilir.

5) Otoimmün

İmmün etiyolojili epilepsiler, epilepsinin immün hastalık seyrinde ana semptom olduğu durumlardır. Otoimmün mekanizmayla merkezi sinir sistemi inflamasyonu çok geniş yelpazede karşımıza çıkabilir. Antikor testlerine ulaşım arttıkça antikor ilişkili otoimmün ensefalitler daha fazla tanınmaya başlanmıştır. Bu grup hastalarda antiepileptik ilaçların yanı sıra hedefe yönelik immünoterapiler tedavi seçeneği olarak önem kazanmaktadır.

6) Bilinmeyen

Bazı epilepsilerin tespit edilebilir altta yatan bir nedeni yoktur.



2017 ILAE Epilepsi Sınıflaması Genişletilmiş Versiyon ²⁷

2.1.2.4 Epilepsi Tanı ve Tedavisi

Epilepsi tanısında anamnez, fizik muayene, elektroensefalografi (EEG), laboratuvar tetkikleri ve nörogörüntüleme temel taşlarıdır. Hastanın nöbetinin

hekim tarafından gözlenmesi her zaman mümkün olmadığından hasta ve hasta yakınlarından alınan nöbet öyküsü ve nöbetin video kaydının alınması tanı sürecinde çok önemlidir. Hastanın öyküsünü alırken olayın öncesinde, sırasında ve sonrasındaki durumlar, tetikleyici faktörler, klinik durum, geçmiş tıbbi öykü ve aile öyküsü, çevresel faktörler mutlaka sorgulanmalıdır.

Hastanın ayrıntılı nörolojik ve fizik muayenesi yapılmalıdır. EEG tanıda yardımcı bir yöntemdir. EEG'nin normal olması hastanın epilepsisi olmadığı anlamına gelmediği gibi EEG'de anormallik olması da tek başına tanı koydurmaz. Yeni tanı alan nöbetlerde etiyolojiyi belirlemek için; laboratuvar testleri ve nörogörüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Nöbetin akut nörolojik bir lezyon veya kronik bir hastalığa bağlı olup olmadığını saptamada serebral BT ve MR ilk tercih edilen tetkiklerdir. SPECT (Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi) ve Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) nöbet kaynağının belirlenmesi için ek bilgi sağlayabilmesi açısından özellikle cerrahi planlanan hastalarda gerekebilir.²⁸

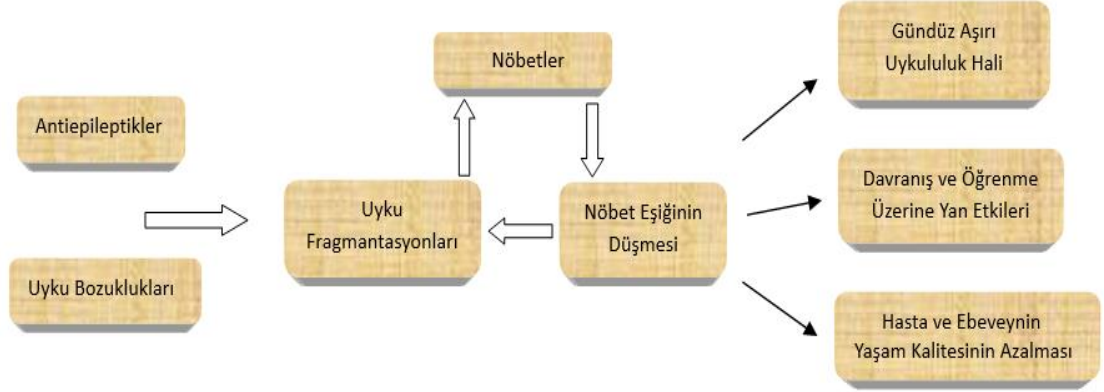
Epilepsi çok faktörlü bir hastalık olması nedeniyle tedavi seçimi hasta odaklı olmalıdır. Tedavi planı yaparken nöbetin tipi, epilepsi sendromu, nöbetlerin beklenen doğal seyri ve tekrarlama riski, hastanın olası tutum ve davranışları, yaşam koşulları, psikososyal durumu, tedaviden beklentisi, tekrarlayan nöbetlerin olumsuz sonuçları ve antiepileptik ilaçların yarar/zarar oranı dikkate alınarak tedavi düzenlenmelidir.²⁹

Epilepsinin ilaç ile tedavisi, vagal sinir stimülasyonu, derin beyin stimülasyonu, cerrahi tedavi ve ketojenik diyet gibi geniş yelpazede tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Hastalarda medikal tedavi ilk seçenek olarak monoterapi ile başlanmalı, nöbet kontrolü sağlanamaz ise doz artışı veya ilaç değişimi düşünülmelidir. Bu sırada hastada ilaç tedavisine uyumu ve ilaca dirençli durumlarda neden olabilecek faktörler gözden geçirilmelidir. Halen nöbet kontrolü sağlanamıyor ise çoklu ilaç tedavisi düşünülmelidir.³⁰

2.2 Epilepsinin Çocuklarda Uyku ve Ebeveynlerde Uyku, Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Uyku ve nöbet bozuklukları arasındaki ilişki kısır bir döngü gibidir. Gece olan nöbetler uykuyu bölebilirken, uykuyu etkileyen antiepileptikler ve uyku

bozuklukları da nöbetleri kötüleştirebilir. Bu nedenle nöbetleri ve ilgili uyku bozukluklarını anlamak ve yönetmek çocukların uykusunu, aynı zamanda öğrenmelerini, ruh hallerini, davranışlarını, nöbetlerini ve ebeveyn yaşam kalitelerini iyileştirebilecek son derece önemli bir tedavi stratejisidir.³¹



Uyku ve epilepsi siklusu³²

Epileptik nöbetler genellikle uyarı olmadan meydana gelir, utanç verici veya tehlikeli durumlara yol açabilir. Epilepsili çocuklar ve ebeveynleri için epilepsi sadece tıbbi bir durum değil, aynı zamanda sosyal bir sorundur. Birçok çalışmada, epilepsi çocukların sağlıklı çocuklardan veya diğer kronik hastalıkları olan çocuklardan daha yüksek oranda psikolojik rahatsızlığa ve dolayısıyla daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu bildirmiştir. Epilepsili çocuklar epilepsilerinden utanabilir ve aşırı korumacı ebeveyn tutumu bu duyguda rol oynayabilir. Bu durum ilerleyen dönemde davranışsal problemlerle neden olabilir. Ayrıca ebeveyn tutumları sadece çocuklarda değil, ebeveynlerin kendilerinde de yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Ebeveynler genellikle nöbetlerin çocuklarına zarar vereceğinden endişe eder ve yaşam kaliteleri etkilenir. Ayrıca, epilepsinin şiddeti ebeveyn yaşam kalitesini etkiler. Epilepsili çocukların ailelerinde daha fazla stres, daha düşük ebeveyn-çocuk ilişkileri kalitesi ve daha düşük ebeveynlik güveni bulunmuştur.³³

2.2.1 Epilepsi ve Tedavisinin Çocukta Uyku Kalitesi Üzerinde Etkileri

Uyku organizmanın çevreyle iletişiminin değişik şiddette uyarılarla, geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik şekilde kaybolması durumu olarak tanımlanır.³⁴ Uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır.³⁵ Araştırmalar kötü uyku kalitesinin, artmış uyku bölünmelerinin, geç yatma ve erken uyanmaların öğrenme kapasitesini, okul performansını ve nörodavranışsal fonksiyonları ciddi etkileyebildiğini göstermiştir.³⁶

Epilepsili çocuklarda yeterli uyku nöbetleri, hafızayı, öğrenmeyi ve konsantrasyonu iyileştirmeye yardımcı olur. Epileptik çocuklarda uyku bozukluklarının uygun şekilde taranması ve uygun müdahaleler yaşam kalitesi ve yeterli nöbet kontrolü adına faydalı olacaktır.³⁷

Uyku, hızlı olmayan göz hareketi (NREM) aşamalarından hızlı göz hareketine (REM) ilerleyen, her biri yaklaşık 90 dakika süren tekrarlayan döngülerden oluşur. Birçok araştırma jeneralize deşarjların ve klinik nöbetlerin esas olarak NREM uykusunda ortaya çıktığını göstermiştir. NREM'in doğal bir "epileptojenik ajan" olarak kabul edilebilmesinin nedeni budur.³⁸

Birçok araştırmacı tarafından uyku etkinliğini artıran, uyarılmaları azaltan REM uykusunun süresindeki artışlarla birlikte gece nöbetlerinin uygun şekilde kontrol edilmesiyle uyku kalitesinde belirgin bir iyileşme kaydedildiği gösterilmiştir.³⁹

Epileptik hastalar genellikle uyku sırasında meydana gelen nöbetlerin farkında değildir. Bu epilepsiden koruyucu olan REM faz süresinin kısalması, kesintiye uğraması ile de ilişkili bulunmuştur. Çocuk ayrıca uyumasının uzun sürmesinden veya uyku başladıktan sonra uyanma sıklığının artmasından ve artan uyarılma, uyanma ve evre değişimlerinin sayısından şikâyet edebilir.⁴⁰

Ebeveynlerin çocukluk çağı uykusuna ilişkin farkındalığının epilepsili çocukların uyku problemleri ve buna bağlı nöbetlerin kontrolü, psikiyatrik semptomlar üzerinde son derece etkili olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda annelerin çocukluk uykusuna ilişkin bilgisinin yetersiz ve bunun da epilepsili çocuklarda daha kötü ve değişken uyku ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bir ankette ebeveynlerin yalnızca %10,7'sinin obstrüktif uyku apnesinin yaygın semptomuyla ilgili soruları doğru yanıtladığı ve annelerin %61,6'sının soruya "bilmiyorum" yanıtını verdiği, başka bir ankette ise ebeveynlerin yarısından fazlasının horlamayı çocuğun iyi uyuduğuna dair bir işaret olarak gördüğü bildirilmiştir.³

Stores ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada epilepsili 79 okul çocuğundaki uyku bozuklukları ebeveyn anketleriyle değerlendirdi. Normal kontrollerle karşılaştırıldığında epileptik çocuklarda uyku bozukluklarının (oğunlukla kalitesiz uyku ve uykuyla ilgili endişeler) daha yüksek oranda olduğu bulundu. Ayrıca çoğunlukla 5-11 yaş arası epileptik çocuklar arasında rahatsız gündüz davranışları ile uyku sorunları arasında ilişkiler ve buna bağlı kötü uyku kalitesi olduğu saptandı. Nöbet sıklığı arttıķa uykuyla ilgili kaygılar da bir o kadar fazlaydı. Epilepsiden muzdarip çocukların kontrol gruplarına nazaran daha düşük uyku kalitesinde olduğu ve uyku kaygısı, nefes alma bozukluklarının daha fazla olduğu görüldü.⁴¹

Epilepsinin kendisinden kaynaklı uyku yoksunluğu ve gündüz uyku hali olabildiği gibi uyku problemleri de epileptik nöbetler için tetikleyicidir. Antiepileptik ilaçlar uykuya iyi veya kötü yönde etki edebilir. Uyku apnesi ve uykusuzluk gibi eşlik eden durumlar antiepileptik tedavinin kaçınılmaz yan etkileri olarak gözden kaçabilir. Yapılan bir incelemede perampanel ilacının uykusuzluk ve lakozamidin gündüz uykululuğu ile düşük derecede ilişkili olduğu görülmüş, klonazepam, felbamat, lamotrijin, okskarbazepin ve fenobarbitalin de uyku problemleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Lamotrijinin uykusuzluk ve fenobarbitalin gündüz uykululuğu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Aynı antiepileptik ilaç üzerinde yapılan çalışmalar arasında dahi sonuç farklılıklarının görülmesi antiepileptik ilaçların uyku üzerindeki etkisinin anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Klinisyenler, özellikle eşlik eden uyku bozuklukları olan hastalarda epilepsi için tedavi kararları verirken uyku sonuçlarını göz önünde bulundurmalıdır. Epilepsi cerrahisinin bazı hastalarda uyku üzerinde de faydalı bir etkisi olabilir.⁴² Yapılan bir çalışmada sodyum valproat, fenitoin alan ve almayan çocuklar arasında "gece uyanmaları" arasında anlamlı fark olduğu görüldüğü bildirilmiştir. Valproik asidin NREM

süresini artırıp REM süresini azalttığı düşünülmektedir. Uyku kalitesi ve alışkanlıkları, ebeveyn raporları kullanılarak değerlendirilebilir ancak uyku bozukluklarının teşhisi için polisomnografi gibi araçların kullanılması da gerekebilir.⁴³

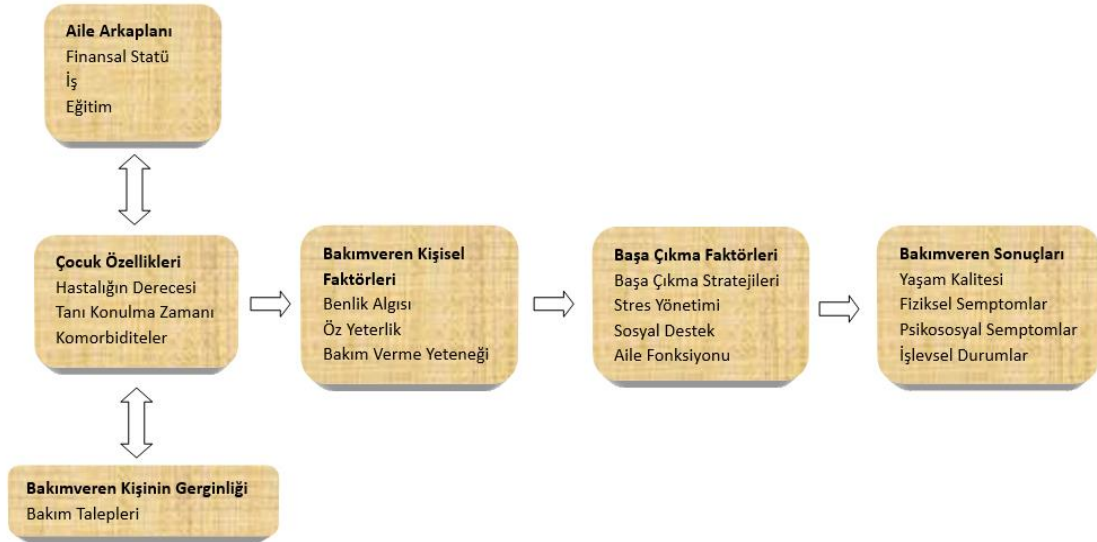
2.2.2. Epilepsinin Ebeveynlerdeki Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Pediyatrik epilepsi hastalarının ailelerde yapılan çalışmalar ailelerin uyku problemlerin arttığını göstermektedir. Bir nöbetin ortaya çıkmasının aile rutinini bozduğunu, birçok ailede ebeveynlerin çocuğun odasında uyumaya başlaması veya gece boyunca birçok kez durumunu kontrol etmesi gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Epileptik çocukların uykuları sıklıkla bozulmakta ve bu da ebeveyn uyku problemlerine yol açmaktadır. Epileptik çocuklar genellikle nöbetler üzerine eşlik eden uyku bozuklukları (uyku bozukluğu solunumu, obstrüktif uyku apnesi, üst solunum yolu direnci sendromu, uykunun periyodik bacak hareketi) ve antiepileptik ilaçların bir sonucu olarak uyku bölünmesi ve gündüz aşırı uyku hali yaşarlar. Sonuç olarak, bu çocukların ebeveynlerinin gece boyunca çocuklarının ihtiyaçlarına cevap vermeye çalışırken eşlik eden uyku sorunları yaşamaları olasıdır. Pediyatrik epilepsi hastalarının ebeveynlerinin uyku bozukluklarının ebeveynin kendisi üzerindeki yansımalarının ötesinde çocuk üzerindeki etkileri de hesaba katılmalıdır. Ailenin tüm bireylerini içeren yaklaşımların en iyi tedavi sonuçlarıyla yüksek oranda ilişkili olduğu görülmüştür. Normal uyku, günlük stresleri nötralize eden bir tür tampon görevi gördüğü ve pediyatrik epilepsi yüksek ebeveyn stresi ile bağlantılı olduğu için, uyku bozuklukları kontrol edilemeyen strese ve muhtemelen çocuğun uyum yeteneklerinin azalmasına ve tedavinin başarısız olmasına yol açar.⁴⁴

Epilepsili çocuklarda ebeveyn uykusunu ele alan 5 yaş altı epilepsili çocuğa sahip 50 ebeveyn üzerinde yapılan bir araştırmada ebeveyn uyku kalitesi ile çocuğun nöbet sıklığı arasında doğrudan ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışmaya göre ebeveynlerin %59,9'a kadarı için uyku problemleri hem iş hem de evde günlük görevleri yerine getirme becerilerini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorundur.⁴⁵

Yaşam kalitesi, bireyin yaşam deneyimlerinin hem fiziksel hem de psikolojik istek ve ihtiyaçlarını karşılama derecesidir. Montanaro'ya göre epilepsi ile ilgili ebeveynlerin yaşam kalitesi dört farklı alandan oluşan çok boyutlu bir yapıdadır: fiziksel işlev, fonksiyonel durum (çok çeşitli günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği), psikolojik işlevsellik (duygusal ve somatik durumlar) ve sosyal işlevsellik (bir bireyin akranlarıyla, aynı ailenin üyeleriyle ve diğer yetişkinlerle sosyal ilişkilerini sürdürme yeteneği).⁴⁶

Ebeveynlerin psikolojik iyilik hali ve aile ortamının çocukların yaşam kalitesi ve ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğuna dair açık kanıtlar vardır. Epilepsili çocukların ebeveynleri, karşılanmayan psikososyal bakım ihtiyaçlarını belirtmektedir. Sosyal ve mali yük, ebeveynlerin çocuklarının özel ihtiyaçlarını karşılayamama hissine katkıda bulunmaktadır. Bu ebeveynler epilepsinin çocukları üzerindeki duygusal ve psikolojik etkilerinin yanı sıra aile rollerindeki değişikliklerde zorluk, nöbetlerin öngörülemezliği ve uzun vadeli prognozu bilmeme konusunda sürekli duygusal desteğe ve eğitime ihtiyaç duyduklarını bildirmektedir. Buna yönelik eğitim programlarının özyönetim ve iletişim becerilerini geliştirdiği ve epilepsi ile ilgili endişeleri azalttığı gösterilmiştir.⁴⁷



Epilepsili çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesi üzerine algoritma⁴⁸

Epilepsili çocuğa bakan ebeveynler duygusal olarak yaralanır ve rutin hayatları değişir. Çocuğun her an atak geçirebileceği korkusuyla evden uzakta

vakit geçirmekten çekinebilir ve ev ortamı onlar için güvenli tek yer haline gelebilir. Bu nedenle ailelerin evde vakit geçirmek zorunda hissetmesi olasıdır. Yeni durum nedeniyle, ebeveynler uyum sağlamak ve yaşamda yeni bir denge oluşturmaya çalışırlar. Çalışmalarda epilepsinin tüm aile için bir kriz olarak kabul edildiği ve epileptik ataklara uyum sağlamakta zorlandıkları, ebeveynlerin kendilerini endişeli ve suçlu hissettiği ve sonuçta tüm ailenin performansını etkilediği görülmüştür.⁴⁹

Ebeveynler, çocukların karmaşık ilaç rejimleri, ayrımcılıklar, damgalanma ve nöbete bağlı yaralanma veya ölüm korkusuyla baş etmek zorundadır. Aile rollerinin değişmesi ebeveynlerde öfke veya suçluluk duygusuna eden olabilir. Bir çalışmada dirençli epilepsi grubundaki ebeveynlerin, iyi kontrol edilen epilepsi grubuna göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir. Ebeveynlerin yaşam kalitesini düşüren başlıca sebepler: eşleri ve arkadaşları ile birlikte olma veya kişisel ilgilerini geliştirme zamanlarının daha kısıtlı olması, hastalık nedeniyle iş yükü ve sorumlulukların artması, hastalığın ebeveynlere ekonomik yük getirmesi, dirençli nöbetlere bağlı davranış, dikkat, ruh hali, bilişsel bozukluklar, yaralanma ve hatta ölüm riskinin daha yüksek olması, işte ve sosyal ortamlarda daha fazla ayrımcılık ve damgalanmadır.⁵⁰

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma gözlemsel ve analitik tipte bir vaka-kontrol çalışmasıdır. Araştırmanın ikinci aşaması kesitsel tipte olup seçilen bağımsız değişkenlerle toplam skorlar arasındaki ilişki incelenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri

Bu araştırma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Çocuk Acil ile Çocuk Nöroloji Kliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın Etik Kurul izni Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 23.02.2022 tarih ve 2022/145 Nolu kararıyla alınmıştır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yürütüldüğü yer olan Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 15.03.2022-15.05.2022 tarihleri arasında Çocuk Acil Kliniği ve Çocuk Nöroloji polikliniklerine başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan, vaka grubu olarak 67 çocuk, kontrol grubu olarak 67 çocuk ve bu çocukların anne veya babasından biri çalışmaya alınmıştır. Araştırma için örneklem alınmamış olup evreni oluşturan herkes kapsama alınmıştır.

Üniversite Rektörlüğü, Başhekimlik ve ilgili anabilim dallarından gerekli izinler alınarak güncel hasta listeleri günlük olarak takip edilmiş ve tez yürütücüsü tarafından hastaneye başvuran hastalara ulaşılmıştır. Katılımcılara tez yürütücüsü tarafından araştırılacak konunun içeriği anlatılarak anketler ve aydınlatılmış onamlar ulaştırılmış ve istedikleri ölçüde uygun süre verilerek anketlerin doldurulması istenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya dahil edilmiş, katılmayı kabul etmeyenler çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuçta araştırmaya 134 kişi dahil edilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

HASTA ÇOCUK GRUBU

1. Mersin Üniversitesi Hastanesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı polikliniğine 15.03.2022-15.05.2022 tarihleri arasında başvurmuş olması
2. 6 yaş üzeri, 18 yaş altı olması
3. Epilepsi tanısının olması
4. Epilepsi tanısıyla beraber serebral palsi, mental retardasyon, otizm, çocuk psikiyatri takibinde psikiyatrik bir hastalık nedeniyle takipli olmaması
5. Uyku kalitesini etkileyecek şekilde bir baş ağrısı şikayetinin olmaması

SAĞLIKLI ÇOCUK GRUBU

1. Mersin Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Sağlam Çocuk Bilim Dalı polikliniğine 15.03.2022-15.05.2022 tarihleri arasında başvurmuş olması
2. 6 yaş üzeri, 18 yaş altı olması
3. Bilinen bir kronik hastalığı ve nöropsikiyatrik sorunu olmayan sağlıklı çocuk olması
4. Uyku kalitesini etkileyecek şekilde bir baş ağrısı şikayetinin olmaması

EBEVEYN GRUBU

1. Kronik herhangi bir hastalığının olması
2. Tanı konmuş bir psikopatolojisinin olmaması
3. Uyku kalitesini etkileyecek şekilde bir baş ağrısı şikayetinin olmaması

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

HASTA ÇOCUK GRUBU

1. Mersin Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil veya Çocuk Nöroloji Bilim Dalı polikliniğine 15.03.2022-15.05.2022 tarihleri arasında başvurmuş olmamak
2. 6 yaş altı, 18 yaş üstü olması
3. Epilepsi tanısının olmaması

4. Epilepsi tanısıyla beraber serebral palsy, mental retardasyon, otizm, çocuk psikiyatri takibinde psikiyatrik bir hastalık nedeniyle takipli olmak
5. Uyku ve yaşam kalitesini etkileyecek şekilde bir baş ağrısı şikayetinin olması

SAĞLIKLI ÇOCUK GRUBU

1. 6 yaş altı, 18 yaş üstü olması
2. Bilinen bir kronik hastalığının olması
3. Mersin Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Sağlam Çocuk Bilim Dalı polikliniğine 15.03.2022-15.05.2022 tarihleri arasında başvurmuş olmamak
4. Uyku kalitesini etkileyecek şekilde bir baş ağrısı şikayetinin olması

EBEVEYN GRUBU

1. Kronik herhangi bir hastalığının olması
2. Tanı konmuş bir psikopatolojisinin olması
3. Uyku ve yaşam kalitesini etkileyecek şekilde bir baş ağrısı şikayetinin olması

3.3.3. Hasta Grupları

Vaka (hasta) grubu: Epilepsi tanısı olup antiepileptik tedavi almakta olan, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan çocuklar ve ebeveynleri araştırmanın vaka grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu: Yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler açısından vaka grubu ile eşleşen, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan sağlıklı çocuklar ve ebeveynleri kontrol grubunu oluşturmuştur.

Çalışmanın Uygulanma Aşamaları;

1. Araştırmanın konusu ile ilgili literatür taramasının yapılması
2. Araştırmanın planlanması
3. Anketlerin hazırlanması, ölçeklerle ilgili izinlerin alınması

4. Tez önerisinin hazırlanması ve sunulması
5. Etik izinlerin alınması
6. Ölçek ve anketlerin uygulanması
7. Veri setinin hazırlanması ve verilerin girilmesi
8. İstatistiksel analizlerin yapılması
9. Tez metninin yazılması
10. Tezin sunulması

3.4. Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmanın verileri;

1. Epilepsili Çocukların Uyku Durumlarının, Anne ve Babalarının Yaşam ve Uyku Kalitesi Seviyelerinin Değerlendirilmesi Veri Toplama Formu (Ek 1),
2. Çocuklar İçin Uyku Ölçeği (ÇUÖ) (Ek 2),
3. Erişkin Yaşam Kalite Ölçeği (SF-36) (Ek 3),
4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (Ek 4) olmak üzere üç bölüm ve 132 sorudan oluşan veri toplama formları aracılığı ile, formları kişilerin kendilerinin doldurması klinik tanı ile ilgili bilgileri ise araştırmacının doldurması sağlanarak toplanmıştır.

Hasta ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin sosyodemografik ve klinik verileri çalışmaya dahil edildikleri sırada, sosyodemografik ve nöbet veri formu aracılığı ile tez yürütücüsü tarafından kaydedilmiştir. Bu kayıtlar arasında çocuğun yaşı, cinsiyeti, nöbet türü, en son nöbet geçirme zamanı, kullanılan ilaçlar, anne-baba yaşı, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu, meslekleri ve ailede epilepsi öyküsü yer almaktadır. Anket formu Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu'nun onayı alınarak, tez yürütücüsü ve danışmanı tarafından hazırlanmıştır. İlaç kullanım durumunu sorgulamak için açık uçlu, diğer sorular için çoktan seçmeli sorular kullanılmıştır.

Veri toplama formunun uygulanmasından önce katılımcıların "Aydınlatılmış Onam Formu" aracılığıyla rızaları alınmıştır.

3.4.1. Çocuklara Uygulanan Ölçekler

Nöbet geçiren ve sağlıklı çocukların ise toplam 72 sorudan oluşan 1 ölçeği doldurması sağlanmıştır.

Çocuklar İçin Uyku Ölçeği (ÇUÖ)

Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ)-Çocuklarda Uyku Ölçeği Formu Ronald Chervin ve arkadaşları tarafından özellikle uykuyla ilişkili solunum sorunlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin 22 soruluk kısa versiyonu ve 72 soruluk uzun versiyonu bulunmaktadır. PSQ 3 bölümden oluşmaktadır. A bölümünde (Gece ve uyku zamanı olan davranışlar) 43, B bölümünde (Gün içerisindeki davranışlar ve olası sorunlar) 23 ve C bölümünde (Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite) 6 soru yer almaktadır. A ve B bölümlerindeki sorular 'Evet', 'Hayır' ya da 'Bilmiyorum' şeklinde yanıtlanmaktadır. C bölümündeki sorular ise dörtlülük ölçeği yapısındadır. Bu bölüm puanlanırken 0 ve 1 işaretlemeleri sıfır, 2 ve 3 işaretlemeleri bir puan olarak kodlanmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.⁵¹

3.4.2. Anne veya Babaya Uygulanan Ölçekler

Epilepsi tanılı ve sağlıklı çocukların anne ya da babasından birisine toplam 60 sorudan oluşan 2 ölçek ulaştırılarak doldurmaları sağlanmıştır.

Erişkin Yaşam Kalite Ölçeği (SF-36)

Ware tarafından 1987 yılına geliştirilen ölçek, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. SF-36 14 yaş ve daha büyüklerin kendi kendilerine veya bu konuda bilgilendirilmiş bir bireyin eşliğinde ve hatta telefon aracılığıyla da uygulanabilecek şekilde hazırlanmıştır.⁵²

Kısa form (SF-36) bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel nedenlere bağlı), mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu

36 madde ile incelemektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması H. Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.⁵³

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş iyi ve kötü uykunun tanımlanması amacıyla uyku kalitesinin niceliksel ölçümünü veren bir ölçektir. Toplam 24 soru içerir. Bu soruların 19'u kendinin değerlendirme sorusudur, 5'i bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Toplam puan 0-21 arasındadır. PUKİ'nin Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latansı, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı kullanımı ve Gündüz İşlev Bozukluğu olmak üzere 7 bileşeni vardır. Toplam PUKİ puanı, 0-4 arasında ise iyi uyku kalitesini, 5-12 arasında ise kötü uyku kalitesini ifade eder. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.⁵⁴

3.5. Araştırma Verilerinin Analizi

Ölçekler uygulandıktan sonra elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış verilerin analizi IBM SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ile yapılmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelik dağılımlar, ortalama $\pm$ standart sapma (Ort $\pm$ SS), ortanca ve çeyrekler arası aralık (ÇAA) kullanılmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk durumunda parametrik, uygunluk olmadığında ise parametrik olmayan istatistik yöntemler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kategorik türdeki değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sürekli türdeki değişkenler için minimum (en az) (min.), maksimum (en çok) (maks.), ortalama $\pm$ standart sapma, medyan ve %25-%75 çeyreklikler olarak verilmiştir. Normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenler için bağımsız iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda Bağımsız Örneklem t testi, normal dağılıma uygunluk göstermeyenlerde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin tespitinde normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenler için

Pearson korelasyon katsayısı hesaplanırken, göstermeyenler için Spearman Rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Kategorik verilerin analizinde ise Ki-Kare ve 5'ten küçük beklenen değerin %20'nin üzerinde olması durumunda Fisher Exact test uygulanmıştır. Tüm sonuçlar $p < 0.05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu çalışmada 15.03.2022-15.05.2022 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Kliniği ve Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne başvuran, yaşları 6 ile 18 arasında değişen epilepsi ile takipli 67 hasta vaka grubu, yaş ve cinsiyet olarak benzer 67 sağlıklı çocuk kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Bulguları ve Sosyodemografik Özellikleri

Hasta ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet açısından farklılık yoktu. ($p=0,297$)

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımı

Grup	Cinsiyet	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hasta	Kadın	40	59,7
	Erkek	27	40,3
	Toplam	67	100,0
Kontrol	Kadın	34	50,7
	Erkek	33	49,3
	Toplam	67	100,0

Hasta ve kontrol grupları ile ebeveynlerinin yaş dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Yaş dağılımı açısından bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir.

Tablo 2. Hasta grubu ve kontrol grubu yaşları ve anne baba yaşları açısından karşılaştırılması

	Kontrol		Hasta		p
	Ort±SS	Min-Maks	Ort±SS	Min-Maks	
Yaş	10,7±3,6	6,08-17,92	11,67±3,38	6-17,67	0,070
Anne yaşı	37,96±4,66	30-46	38,81±6,24	29-55	0,660
Baba yaşı	40,24±4,09	32-48	42,85±6,92	32-65	0,059

Hasta grubundaki çocukların anne ve babalarının eğitim düzeylerinin kontrol grubuna göre düşük olduğu görüldü. (Tablo 3)

Tablo 3. Hasta ve kontrol grubundaki çocukların anne babalarının eğitim düzeylerinin karşılaştırılması

Grup	Anne/Baba Eğitim Düzeyi	Anne Sayı(N)	Anne Yüzde(%)	Baba Sayı(N)	Baba Yüzde(%)	
Hasta	Okuryazar değil	4	6	2	3	p=0,00*
	Okuryazar	38	56,8	36	53,7	
	Lise	14	20,9	16	23,9	
	Üniversite	11	16,4	13	19,4	
	Toplam	67	100	67	100	
Kontrol	Okuryazar değil	0	0	0	0	
	Okuryazar	8	12	2	3	
	Lise	14	20,9	17	25,4	
	Üniversite	45	67,1	48	71,6	
	Toplam	67	100	67	100	

Gelir düzeylerine bakıldığında, hasta grubundaki ailelerin aylık gelir düzeyinin asgari ücret ile asgari ücretin 2 katı arasında, kontrol grubundaki ailelerin ise asgari ücretin 3 ila 6 katı arasında görülmektedir. (Tablo 4)

Tablo 4. Hasta ve kontrol grubundaki ailelerin aylık gelir düzeyi dağılımı

Grup	Aylık Gelir Düzeyi	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Hasta	Asgari ücret	25	37,3	*p=0,00
	Asgari ücret x (1-3)	30	44,8	
	Asgari ücret x (3-6)	12	17,9	
	Toplam	67	100	
Kontrol	Asgari ücret	6	9	
	Asgari ücret x (1-3)	22	32,8	
	Asgari ücret x (3-6)	39	58,2	
	Toplam	67	100	

4.2.Uygulanan Ölçeklere İlişkin İstatistikler

Hasta grupta kontrol grubuna göre perinatal özellik bakımından anlamlı farklılık görüldü ($p=0,006$) (Tablo 5) ve nöromotor gelişim basamakları açısından anlamlı farklılık görülmedi.

Tablo 5. Hasta ve kontrol grubunun perinatal özellik durumuna göre karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	*p=0,006
Perinatal özellik var	8	0	
Perinatal özellik yok	59	67	

Hasta ve kontrol grubunun anne baba arasında akrabalık olup olmamasına göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p=0.05$) (Tablo 6)

Tablo 6. Hasta ve kontrol grubunun anne baba arasında akrabalık olup olmamasına göre karşılaştırılması

	Kontrol	Hasta	*p=0,00
Akrabalık var	0	11	
Akrabalık yok	67	56	

Hastalık ortalama başlangıç yaşı 6,97 ve tanıya kadar geçen süre 69,79 gün olarak bulundu. (Tablo 7)

Tablo 7. Hastalık ortalama başlangıç yaşı ve tanıya kadar geçen süre

	Ort±SS	Med [%25-%75]	Min-Maks
Hastalık başlangıç yaşı	6,97±3,94	7 [4-9]	0,5-15,17
Tanıya kadar geçen süre(gün)	69,79±152,28	30 [4-90]	1-1095

Hasta grubunda en çok (%69,6) absans dışı jeneralize tipte nöbet (ADJN) izlenmiştir. (Tablo 8)

Tablo 8. Hasta grubun nöbet türlerine göre dağılımı

Özellik		Sayı (N)	Yüzde (%)
Nöbet Türü	Fokal (farkındalığın korunduğu)	0	0
	Fokal (farkındalığın korunmadığı)	7	10,45
	Jeneralize (absans)	10	14,92
	Jeneralize (absans dışı)	50	74,63
	Toplam	67	100

Hasta ve kontrol gruplarının ailelerin çocuklarında uyku sorunu sorulduğunda epilepsi tanılı çocukların anlamlı olarak daha fazla uyku sorunu yaşadıkları gözlemlenmiştir. ($p=0.012$) (Tablo 9)

Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunun aileyle aynı odada uyuma ve aileye göre uyku sorunu olup olmasına göre karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	*p=0,012
Aileye göre uyku sorunu var	6	0	
Aileye göre uyku sorunu yok	61	67	

Hasta grubunun ilaç kullanımına bakıldığında en sık kullanılan ilaçların levetirasetam ve valproik asit olduğu görüldü. (Tablo 10)

Tablo 10. Hasta grubunun ilaç kullanımına göre dağılımı

Kullanılan ilaç	Sayı (N)	Yüzde (%)
Levetirasetam	39	58,20
Valproik asit	26	38,80
Klobazam	7	10,44
Karbamazepin	5	7,46

Bu tablo dışında çoklu ilaç kullananlar arasında 2 okskarbamazepin, 2 sultiam, 1 stripentol, 1 zonisamid, 1 topiramat, 1 vigabatrin ve 1 etosüksimid kullanan hastamız vardı.

Hasta grupta tekli ilaç kullananların oranı %79,11, 2li ilaç kullananların %13,43, 3lü ilaç kullananların %5,97 ve 4lü ilaç kullananların oranının %1,49 olduğu görüldü. (Tablo 11)

Tablo 11. Hasta grubun çoklu ve tekli ilaç kullanma durumuna göre dağılımı

Kullandığı ilaç sayısı	Sayı (N)	Yüzde (%)
1	53	79,11
2	9	13,43
3	4	5,97
4	1	1,49

Hasta grubun %80,6'sının nöbetlerinin kontrol altında olduğu, %19,4'ünün kontrol altında olmadığı görüldü. (Tablo 12) (Son 12 ayda nöbet geçirmemiş olan hastaların nöbetlerinin kontrol altında olduğu kabul edilmiştir.)

Tablo 12. Hasta grubun nöbetlerin kontrol altında olup olmadığına göre dağılımı

	Nöbetler kontrol altında	Nöbetler kontrol altında değil
Sayı	54	13
Yüzde (%)	80,6	19,4

Hastaların %17,91'inin en son nöbetini 0-3 ay içinde geçirdiği, %1,49'unun 3-6 ay içinde geçirdiği ve %80,59'unun son nöbeti üzerinden 12 aydan fazla zaman geçtiği görüldü. (Tablo 13)

Tablo 13. Hasta grubun en son nöbet geçirme zamanına göre dağılımı

En son nöbet geçirme zamanı	Sayı	Yüzde (%)
0-3 ay	12	17,91
3-6 ay	1	1,49
6-9 ay	0	0
9-12 ay	0	0
>12 ay	54	80,60

Hastalara ölçekler uygulandığı sırada %58,2'sinde EEG anormalliği olduğu %41,8'inde olmadığı görüldü. (Tablo 14)

Tablo 14. Hasta grubun EEG anormalliği durumuna göre dağılımı

EEG anormalliği	Sayı	Yüzde (%)
Var	39	58,2
Yok	28	41,8

4.3. Uygulanan Ölçekler Arası Korelasyonlar

Hasta ve kontrol gruplarına uygulanan Erişkin Yaşam Kalite Ölçeği (SF-36), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ve Çocuklarda Uyku Ölçeği (ÇUÖ) değerlendirildiğinde SF-36 Fiziksel Fonksiyon alt grubu dışında tüm alt gruplarda anlamlı farklılık saptandı. (Tablo 15)

Tablo 15. Hasta ve kontrol grubunun SF-36, PUKİ ve ÇUÖ puanlarının karşılaştırılması

	Kontrol			Hasta			
	Ort±SS	Med [%25-%75]	Min-Max	Ort±SS	Med [%25-%75]	Min-Maks	p
SF36-FF	88,96±11,98	95 [90-95]	45-100	82,91±17,13	85 [75-100]	20-100	0,091
SF36-FRG	91,04±17,79	100 [75-100]	25-100	75,32±30	80 [50-100]	0-100	0,001
SF36-ERG	92,03±17,51	100 [100-100]	33,3-100	70,4±32,6	66,6 [33,3-100]	0-100	<0,001
SF36-ECV	73,36±15,11	80 [60-85]	25-90	54,34±19,92	50 [44-70]	0-100	<0,001
SF36-RS	73,76±13,5	76 [64-88]	36-96	60,72±18,16	64 [52-72]	0-100	<0,001
SF36-Sİ	87,99±14,53	87,5 [75-100]	50-100	73,1±22,28	75 [62,5-87,5]	0-100	<0,001
SF36-A	89,1±13,18	90 [85-100]	45-100	67,72±21,88	67,5 [50-80]	0-100	<0,001
SF36-GSA	77,09±13,09	75 [65-90]	50-100	62,45±16,66	65 [55-70]	0-95	<0,001
PUKİ-ÖÜK	0,4±0,6	0 [0-1]	0-3	0,87±0,63	1 [0-1]	0-3	<0,001
PUKİ-UL	0,67±0,61	1 [0-1]	0-2	1,24±0,87	1 [1-2]	0-3	<0,001
PUKİ-US	0,07±0,26	0 [0-0]	0-1	0,36±0,57	0 [0-1]	0-3	<0,001
PUKİ-AUE	0,03±0,17	0 [0-0]	0-1	0,45±0,58	0 [0-1]	0-3	<0,001
PUKİ-UB	0,36±0,57	0 [0-1]	0-2	1,16±0,59	1 [1-1]	0-3	<0,001
PUKİ-ÜİK	0±0	0 [0-0]	0-0	0,07±0,32	0 [0-0]	0-2	0,043
PUKİ-GİB	0,12±0,37	0 [0-0]	0-2	0,66±0,79	0 [0-1]	0-3	<0,001
PUKİ	1,66±1,69	1 [1-3]	0-8	4,81±2,18	5 [3-7]	1-10	<0,001
ÇUÖ-DaS	0,81±0,82	0,8 [0-1,66]	0-2,46	2,99±1,31	3,22 [2,42-4,09]	0-4,89	<0,001
ÇUÖ-NAS	0,22±0,37	0 [0-0,59]	0-2,04	1,35±0,84	1,35 [0,67-1,7]	0-3,24	<0,001
ÇUÖ-HS	0,09±0,3	0 [0-0]	0-1,73	0,57±0,66	0,51 [0-0,82]	0-2,55	<0,001
ÇUÖ-DİS	0,05±0,16	0 [0-0]	0-0,59	0,56±0,41	0,59 [0-0,9]	0-1,11	<0,001
ÇUÖ-TUS	1,17±1,2	0,84 [0-2,25]	0-4,47	5,48±2,38	6,09 [3,43-6,74]	0-11,79	<0,001

SF36-FF: SF36 Fiziksel Fonksiyon
 SF36-ERG: SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü
 SF36-RS: SF36 Ruhsal Sağlık
 SF36-A: SF36 Ağrı
 PUKİ-ÖÜK: PUKİ Öznel Uyku Kalitesi
 PUKİ-US: PUKİ Uyku Süresi
 PUKİ-UB: PUKİ Uyku Bozukluğu
 PUKİ-GİB: PUKİ Gündüz İşlev Bozukluğu
 ÇUÖ-DaS: ÇUÖ Davranış Sorunları
 ÇUÖ-HS: ÇUÖ Horlama Sorunları
 ÇUÖ-TUS: ÇUÖ Toplam Uyku Sorunu

SF36-FRG: SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü
 SF36-ECV: SF36 Enerji Canlılık Vialite
 SF36-Sİ: SF36 Sosyal İşlevsellik
 SF36-GSA: SF36 Genel Sağlık Algısı
 PUKİ-UL: PUKİ Uyku Latansı
 PUKİ-AUE: PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği
 PUKİ-ÜİK: PUKİ Uyku İlacı Kullanımı
 PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
 ÇUÖ-NAS: ÇUÖ Nefes Alma Sorunları
 ÇUÖ-DİS: ÇUÖ Diğer Sorunlar
 ÇUÖ: Çocuklarda Uyku Ölçeği

Hasta grubu çoklu ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre karşılaştırıldığında SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü, ÇUÖ-Toplam Uyku Sorunu, Nefes Alma ve Davranış Sorunları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. (Tablo 16) $p<0.05$

Tablo 16. Hasta grubun çoklu ilaç kullanımı olup olmadığına göre SF-36, PUKİ ve ÇUÖ puanlarının karşılaştırılması

	Çoklu ilaç kullanımı yok (n:53)			Çoklu ilaç kullanımı var (n:14)			p
	Ort±SS	Med [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Med [%25-%75]	Min-Maks	
SF36-FF	83,68±17,35	90 [75-100]	20-100	80±16,53	82,5 [71,25-91,25]	45-100	0,320
SF36-FRG	78,28±29,48	100 [75-100]	0-100	64,11±30,34	62,5 [32,5-100]	25-100	0,084
SF36-ERG	74,54±30,67	75 [66,6-100]	0-100	54,73±36,06	49,9 [33,3-100]	0-100	0,037
SF36-ECV	56,54±20,12	55 [45-70]	0-100	46±17,35	45 [40-55]	15-75	0,069
SF36-RS	61,96±18,56	64 [52-72]	0-100	56±16,3	60 [48-65]	24-88	0,213
SF36-SI	74,62±21,99	75 [62,5-87,5]	0-100	67,32±23,28	65 [50-87,5]	25-100	0,223
SF36-A	69,58±21,24	70 [55-80]	0-100	60,71±23,66	67,5 [42,5-78,13]	22,5-100	0,205
SF36-GSA	63,09±17,25	65 [56,5-72,5]	0-95	60±14,54	57,5 [48,75-72,5]	35-80	0,344
PUKİ-ÖÜK	0,87±0,65	1 [0-1]	0-3	0,86±0,53	1 [0,75-1]	0-2	0,935
PUKİ-UL	1,13±0,86	1 [0,5-2]	0-3	1,64±0,84	2 [1-2]	0-3	0,052
PUKİ-US	0,4±0,6	0 [0-1]	0-3	0,21±0,43	0 [0-0,25]	0-1	0,299
PUKİ-AUE	0,47±0,61	0 [0-1]	0-3	0,36±0,5	0 [0-1]	0-1	0,578
PUKİ-UB	1,15±0,63	1 [1-1,5]	0-3	1,21±0,43	1 [1-1,25]	1-2	0,709
PUKİ-ÜİK	0,09±0,35	0 [0-0]	0-2	0±0	0 [0-0]	0-0	0,293
PUKİ-GİB	0,64±0,79	0 [0-1]	0-3	0,71±0,83	0,5 [0-1,25]	0-2	0,753
PUKİ	4,75±2,24	5 [3-7]	1-10	5±2,04	4 [4-6,5]	2-9	0,796
ÇUÖ-DaS	2,8±1,29	3,21 [2,39-3,69]	0-4,89	3,71±1,2	3,68 [2,5-4,89]	1,58-4,89	0,046
ÇUÖ-NAS	1,21±0,81	1,23 [0,66-1,69]	0-3,24	1,88±0,76	1,66 [1,32-2,67]	0,67-3,24	0,015
ÇUÖ-HS	0,51±0,64	0,51 [0-0,82]	0-2,55	0,8±0,73	0,67 [0,38-1,04]	0-2,55	0,134
ÇUÖ-DİS	0,53±0,4	0,59 [0-0,89]	0-1,11	0,65±0,44	0,59 [0,29-1,11]	0-1,11	0,338
ÇUÖ-TUS	5,06±2,28	5,19 [3,21-6,57]	0-10,43	7,08±2,11	6,67 [6,23-8,04]	2,25-11,79	0,005

Hastalar EEG anormalliği olan ve olmayan iki grup olarak incelendiğinde ölçekler arasında ÇUÖ-Davranış Sorunları ve PUKİ-Uyku İlacı Kullanımı dışında anlamlı farklılık görülmedi. ($p<0,05$) (Tablo 17)

Tablo 17. Hasta grubunun EEG anormalliği olup olmamasına göre SF-36, PUKİ ve ÇUÖ puanlarının karşılaştırılması

EEG anormalliği	Yok			Var			p
	Ort±SS	Med [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Med [%25-%75]	Min-Maks	
SF36-FF	80,17±19,67	80 [67,5-100]	20-100	85,38±14,48	90 [80-100]	45-100	0,313
SF36-FRG	80,3±27,88	100 [71-100]	0-100	72,76±31,23	75 [50-100]	0-100	0,293
SF36-ERG	74,41±28,62	66,6 [66,6-100]	0-100	67,97±35,01	66,6 [33,3-100]	0-100	0,554
SF36-ECV	51±19,18	50 [40-66,25]	0-95	55,91±20,71	50 [45-75]	15-100	0,317
SF36-RS	60±16,58	64 [52-72]	0-84	61,64±19,29	60 [52-76]	12-100	0,789
SF36-SI	76,17±22,65	77,5 [62,5-90,63]	0-100	71,79±22,05	75 [62,5-87,5]	25-100	0,326
SF36-A	65,83±22,56	67,5 [50-78,13]	0-100	69,74±21,2	75 [45-80]	22,5-100	0,518
SF36-GSA	58,47±18,39	60,5 [53,75-66,25]	0-95	65±14,51	65 [55-75]	35-95	0,187
PUKİ-ÖÜK	0,9±0,71	1 [0-1]	0-3	0,82±0,56	1 [0-1]	0-2	0,770
PUKİ-UL	1,13±0,82	1 [1-2]	0-3	1,31±0,92	1 [1-2]	0-3	0,357
PUKİ-US	0,27±0,45	0 [0-1]	0-1	0,41±0,64	0 [0-1]	0-3	0,386
PUKİ-AUE	0,33±0,48	0 [0-1]	0-1	0,51±0,64	0 [0-1]	0-3	0,257
PUKİ-UB	1,13±0,68	1 [1-1,25]	0-3	1,18±0,51	1 [1-1]	0-2	0,647
PUKİ-UIK	0,17±0,46	0 [0-0]	0-2	0±0	0 [0-0]	0-0	0,020
PUKİ-GIB	0,57±0,77	0 [0-1]	0-3	0,69±0,8	1 [0-1]	0-3	0,469
PUKİ	4,5±2,39	4 [2,75-5,5]	1-10	4,92±2,06	5 [4-7]	1-9	0,329
ÇUÖ-DaS	2,55±1,19	2,46 [2,23-3,26]	0-4,89	3,28±1,32	3,26 [2,46-4,89]	0-4,89	0,018
ÇUÖ-NAS	1,36±0,86	1,45 [0,91-1,9]	0-3,24	1,3±0,84	1,23 [0,67-1,7]	0-3,24	0,627
ÇUÖ-HS	0,58±0,54	0,51 [0-0,83]	0-1,68	0,57±0,73	0,51 [0-0,82]	0-2,55	0,526
ÇUÖ-DiS	0,55±0,4	0,59 [0-0,9]	0-1,11	0,54±0,42	0,59 [0-0,97]	0-1,11	0,965
ÇUÖ-TUS	5,05±2,15	5,2 [3,27-6,6]	0-9,71	5,71±2,54	6,09 [3,42-7,11]	1,29-11,79	0,258

Hasta grubu tanıya kadar geçen süreye göre karşılaştırıldığında ÇUÖ-Diğer Sorunlar ve PUKİ-Uyku Latansı dışında anlamlı farklılık saptanmadı. ($p<0,05$)

Hastalar nöbetlerin kontrol altında olduğu ve olmadığı iki grup olarak incelendiğinde ÇUÖ-Toplam Uyku Sorunu ve SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü dışında ölçekler arasında anlamlı farklılık saptanmadı. ($p<0.05$) (Tablo 18)

Tablo 18. Hasta grubun nöbetlerin kontrol altında olup olmama durumuna göre SF-36, PUKİ ve ÇUÖ puanlarının karşılaştırılması

	Nöbet kontrol altında			Nöbet kontrol altında değil			
	Ort±SS	Med [%25-%75]	Min-Maks	Ort±SS	Med [%25-%75]	Min-Maks	p
SF36-FF	83,43±17,85	90 [75-100]	20-100	80,77±14,12	80 [67,5-92,5]	60-100	0,330
SF36-FRG	80,31±27,26	100 [75-100]	0-100	54,62±33,01	50 [25-87,5]	0-100	0,008
SF36-ERG	72,54±32,47	70,8 [66,58-100]	0-100	61,51±32,91	66,6 [33,3-100]	0-100	0,232
SF36-ECV	56,21±19,26	50 [45-71,25]	15-100	46,54±21,54	50 [37,5-65]	0-75	0,211
SF36-RS	62,22±17,33	64 [52-72]	12-100	54,46±20,82	60 [52-66]	0-80	0,316
SF36-SI	73,94±20,8	75 [62,5-87,5]	25-100	69,62±28,36	75 [50-87,5]	0-100	0,885
SF36-A	70,74±19,77	68,75 [55-81,88]	35-100	55,19±26,41	67,5 [37,5-77,5]	0-90	0,070
SF36-GSA	63,44±15,68	65 [55-75]	30-95	58,31±20,45	60 [55-67,5]	0-85	0,389
PUKİ-ÖÜK	0,83±0,57	1 [0-1]	0-2	1±0,82	1 [0,5-1]	0-3	0,607
PUKİ-UL	1,2±0,81	1 [1-2]	0-3	1,38±1,12	1 [0,5-2,5]	0-3	0,699
PUKİ-US	0,37±0,59	0 [0-1]	0-3	0,31±0,48	0 [0-1]	0-1	0,831
PUKİ-AUE	0,48±0,61	0 [0-1]	0-3	0,31±0,48	0 [0-1]	0-1	0,356
PUKİ-UB	1,11±0,6	1 [1-1]	0-3	1,38±0,51	1 [1-2]	1-2	0,104
PUKİ-UIK	0,09±0,35	0 [0-0]	0-2	0±0	0 [0-0]	0-0	0,315
PUKİ-GİB	0,63±0,78	0 [0-1]	0-3	0,77±0,83	1 [0-1,5]	0-2	0,541
PUKİ	4,72±2,05	4,5 [3,75-6,25]	1-10	5,15±2,73	5 [3-7,5]	1-10	0,688
ÇUÖ-DaS	2,9±1,4	3,15 [2,19-4,07]	0-4,89	3,39±0,8	3,22 [2,51-4,09]	2,42-4,89	0,218
ÇUÖ-NAS	1,28±0,84	1,27 [0,67-1,69]	0-3,24	1,61±0,82	1,69 [1,11-1,93]	0-3,24	0,128
ÇUÖ-HS	0,51±0,65	0,51 [0-0,82]	0-2,55	0,82±0,66	0,82 [0,26-1,68]	0-1,68	0,090
ÇUÖ-DİS	0,53±0,41	0,59 [0-0,9]	0-1,11	0,67±0,39	0,59 [0,49-1,11]	0-1,11	0,276
ÇUÖ-TUS	5,22±2,53	5,38 [3,03-6,68]	0-11,79	6,56±1,12	6,59 [6,2-7,18]	4,15-8,59	0,028

Hasta ve kontrol grubu PUKİ cut off değerine göre karşılaştırıldığında hasta grubun %30'unda, kontrol grubunun %6'sında uyku sorunu olduğu belirlendi. (Tablo 19)

Tablo 19. Hasta ve kontrol grubunun PUKİ uyku sorunu olup olmamasına göre karşılaştırılması

	PUKİ uyku sorunu var	PUKİ uyku sorunu yok	*p=0,00
Hasta	20 (%30)	47 (%70)	
Kontrol	4 (%6)	63 (%94)	

Hasta ve kontrol grubu ÇUÖ cut off değerine göre karşılaştırıldığında hasta grubun %52'sinde uyku sorunu olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise hiçbir çocukta uyku sorunu yoktu. (Tablo 20)

Tablo 20. Hasta ve kontrol grubunun ÇUÖ'ne göre uyku sorunu durumunun karşılaştırılması

	ÇUÖ uyku sorunu var	ÇUÖ uyku sorunu yok	*p=0,00
Hasta	35 (%52)	32 (%48)	
Kontrol	0 (%0)	67 (%100)	

TARTIŞMA

Epilepsi, beyinde artan elektriksel aktivitenin bir sonucu olarak tetikleyici etken olmaksızın tekrarlayan nöbetler olarak tanımlanır.⁵⁵ Hastalık, dünyada yaklaşık 50 milyon insanı etkilemektedir ve bunların %55-60'ını çocukluk çağı yaş grubu oluşturur.⁵⁶ Epilepsi hastalığı nöbetlerin ani gelişmesi, nöbet zamanının tahmin edilememesi ile diğer kronik hastalıklardan farklılık gösterir.⁵⁷

Epilepsi ve uyku birbirini etkileyen durumlardır. Uyku-uyanıklık döngüsünün nöbetler ve EEG üzerinde düzenleyici etkisi bulunmaktadır. Uyanıklık, NREM ve REM uyku düzenleyici nöronal ağlarda nöbet oluşumunu etkileyen birçok fizyolojik değişikliğe sebep olmaktadır.⁵⁸ Sağlıklı bir uyku nöbetlerin kontrol altına alınması kolaylaştırırken epilepsinin tedavisi de hastaya kaliteli bir uyku sağlar. Çocukların uyku alışkanlıkları ve uyku kalitesinin yakın takibi ve bu konuda yapılacak çalışmalar epilepsi tedavisine ek olarak büyük önem taşır.⁵⁹

Pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi epilepsi tanılı çocuğa sahip ebeveynlerin, diğer ailelere göre yaşamlarında önemli ölçüde stres, anksiyete yaşadıkları ve sosyal yaşamdan uzaklaştıkları birçok yayından bildirilmiştir.⁶⁰

Nöbetlerin aniden ortaya çıkması, yaşamsal fonksiyonları etkileyebilme olasılığı, zamanının ve şiddetinin önceden tahmin edilememesi, tekli ya da çoklu devamlı ilaç kullanımı gerekliliği gibi konular ebeveynleri yaşam boyu süren anksiyete ile karşı karşıya bırakmaktadır ve ailelerin yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etki etmektedir.⁶¹

Uzun dönem antiepileptik tedavi görmesi gereken hastalarda ilk tercih edilen ilaçlar levetirasetam ve valproik asittir.⁶² Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak hastaların nöbet kontrolleri için en sık kullanılan ilaç levetirasetam, daha sonra valproik asittir. Nöbetlerin kontrolünde kullanılan ilaçların bulantı, sedasyon, kilo alma, kilo kaybı gibi yan etkilerinin yanı sıra kognitif bozukluk, irritabilite, hiperaktivite, davranım bozukluğu gibi yan etkileri de bulunmaktadır.⁶³

Çalışmamızda epilepsili çocuklar ve ailelerinde kontrol grubuna göre çocukların uyku kalitesi, ebeveynlerin yaşam ve uyku kalitesi arasında farklılık

olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada epilepsili çocukların ebeveynlerinin kontrol grubuna nazaran daha düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olduğu görüldü. Nitekim dünya çapında da düşük sosyoekonomik durum, düşük gelir ve daha az eğitimin epilepsi ile ilişkili olduğu ve bu faktörlerin hastaneye yatış, ilaca bağlı yan etkiler ve kontrolsüz nöbetler üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir.^{64,65} Enfeksiyonlar, kötü hijyen, sağlığına önem vermeme ve kötü beslenme gibi sosyoekonomik faktörler epilepsi riskini ve sonuçlarını artırır. İran'da konuyla ilgili yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik gruplarda epilepsi prevalansının daha fazla olduğu görülmektedir.⁶⁶

Çalışmamızın bulgularında her iki gruba uygulanan SF-36 neticesinde hasta ve kontrol grubu arasında tüm alt bileşenlerinde SF-36 FF dışında anlamlı farklılık saptandı ($p<0.001$). Carona ve ark tarafından yapılan bir çalışmada epilepsili çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Özellikle annelerin çocukların ne zaman nöbet geçireceğine, akademik başarısına ve sosyal damgalanmalarına yönelik endişelerinin ailenin yaşam kalitesine önemli ölçüde etki ettiği ve ailenin sosyal, finansal destek ve başa çıkma stratejileri konusunda yardıma ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, ebeveynlerin yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik halinin, çocukların yaşam kalitesi ve ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Kronik çocukluk çağı hastalıkları ve özellikle epilepsiyi yönetirken, aile üzerindeki etkiyi ve aile ortamının çocuğun sağlığı ve hastalığı üzerindeki etkisini tanımak önemlidir.⁶⁷ Bir başka çalışmada epilepsili çocukların bakımından birebir sorumlu olan annelerin özellikle bilgi ve destek istedikleri, beyin tümörü ve ölüm gibi sonuçlardan korktukları saptanmıştır.⁶⁸

PUKİ ölçek puanları değerlendirildiğinde her iki grup arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü. ($p<0.001$) Nitekim epileptik nöbet geçirmiş çocuğu bulunan ebeveynlerin %62'sinde uyku bozukluğu bulunduğu bildirilmiştir. Cottrell ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, epilepsi hastası çocuğu bulunan annelerin ortalama dört saat uyuduğu ve gece boyunca ortalama üç kez çocuklarını kontrol etmek için uyandıkları belirtilmiştir. Çalışmamızda nöbetleri kontrol altında olan ve olmayan hasta grubu ile anne uyku kalitesi arasında bir ilişki saptanmazken, hastaların uyku skorlarındaki artış ile annelerindeki uyku

bozukluğunun gelişmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Epilepsi ve uyku bozuklukları arasında kompleks bir etkileşim vardır. Özellikle epileptik nöbetleri sık olan olgular uyku bozuklukları açısından da değerlendirilmelidir. Uyku bozukluğu tespit edilen çocukların annelerinin de bu yönden değerlendirilmesi uygun olacaktır.⁶⁹

Başka bir çalışmada babaların da neredeyse yarısının düşük kaliteli uykusunun olduğu ve annelerde olduğu gibi babalar arasında da yaygın olduğu gösterilmiş. Düşük uyku kalitesi, yetişkinlerde sağlıkla ilgili sorunlar, azalan yaşam kalitesi ve ekonomik maliyetler dahil olmak üzere çeşitli olumsuz faktörlerle de ilişkilidir.

Bu nedenle ebeveyn uyku kalitesi aile merkezli pediatrik epilepsi bakımı eşliğinde değerlendirilmeli ve ileri çalışmalar yapılmalıdır.⁷⁰

Her iki gruba da uygulanan ÇUÖ tüm alt bileşenler arasında anlamlı farklılık tespit edildi. ($p<0.001$) Nöbetler uyku döngüsünün bölünmesine neden olur ve uykunun hem kalitesini, süresini hem de yapısını önemli ölçüde etkiler.⁷¹ Epilepsili hastalarda genellikle uyku sırasında uyanmaların sayısında ve süresinde artış, uyku etkinliğinde azalma, anormal K kompleksleri ve uyku içcikleri, azalmış ve parçalanmış REM uykusu ve artmış evre değişimleri izlenmiştir.⁷² Weerd ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada epilepsili hastalarda kontrollere kıyasla uyku bozukluğu prevalansının iki kat daha yaygın olduğu ve uyku parametrelerinin çoğunun çok fazla derecede sorunlu olduğu gösterildi.⁷³

Epilepsi tanısında EEG, klinik bulguları tamamlayıcı bir tetkiktir. Epilepsi tanısıyla izlenen olguların %50-60'ında EEG normal olabilmektedir.⁷⁴ Hiperventilasyon, fotik stimülasyon ve uyku, EEG incelemelerinde aktivasyon yöntemleri olarak kullanılmaktadır. Epileptiform EEG anormalliklerinin uyanıklık dönemine göre uykuya geçiş ve hafif uykuda belirgin olarak arttığı gösterilmiştir.⁷⁵ Uykuda epileptiform anormalliklerin sıklığındaki bu artış, uyku döneminde kortikal inhibisyonadaki azalma ve uyku deprivasyonunun talamokortikal eksitabiliteyi artırması ile açıklanmaya çalışılmıştır.⁷⁶ Çalışmamızda hasta grubun %58,2'sinde EEG anormalliği vardı. EEG anormalliği olan ve olmayan iki hasta grubu karşılaştırıldığında ÇUÖ-DaS ve PUKİ-UİK dışında anlamlı farklılık görülmedi.

Çoklu ve tekli ilaç kullanan hastalar arasında karşılaştırma yapıldığında ÇUÖ-TUS, NAS, DaS ve SF-36 ERG alt ölçekleri arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Nitekim Byars ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada epilepsi çocukları arasında birden fazla antiepileptik kullanan hastalarda tek ilaç ile tedavi edilen hastalara göre uyku bozukluklarında artış ve uyku kalitesinde azalma olduğu belirtilmiştir.⁷⁷

Hastalık başlangıç yaşı ve tanıya kadar geçen süre ile uygulanan ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon izlenmedi.

Nöbetlerin kontrol altında olduğu ve olmadığı iki hasta grubu karşılaştırıldığında SF-36 ERG ve ÇUÖ-TUS dışında anlamlı farklılık saptanmadı. Epilepsi tanılı olgularda, epileptik nöbetleri devam edenlerde, nöbetleri kontrol altına alınmış olanlara göre uyku bozuklukları daha sıktır.⁷⁸ Pereira ve arkadaşları dirençli epilepsili çocuklarda toplam uyku süresi ve uykunun REM evresinin kontrol grubuna göre belirgin olarak kısaldığını belirtmişlerdir.⁷⁹ Çalışmamızda da nöbetlerin kontrol altında olmadığı grupta diğer gruba nazaran çocuklarda uyku sorununun daha fazla olduğu sonucuna ulaştık. Yapılan bazı çalışmalarda nöbetlerin kontrol altında olmasının daha iyi ebeveyn yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu, bazı çalışmalarda ise anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varıldığı görülmektedir.⁴⁷

Nöbetler genellikle herhangi bir uyarı olmadan meydana gelir ve bu nedenle genellikle meydana geldiği koşullara bağlı olarak potansiyel olarak utanç verici ve tehlikeli durumlara sebebiyet verirler. Epilepsili çocuklar ve aileleri için epilepsi sadece tıbbi bir teşhis değil aynı zamanda bir sosyal yaşam problemi'dir.⁸⁰

Epilepsili çocukların sağlıklı çocuklardan daha az zeki ve daha az sosyal olduğu düşünülür ve gelecekte sınırlı bir okul, mesleki kariyer ve evlilik deneyimi yaşama eğilimindedirler.^{81,82}

Güçlü bir aile ortamı, epilepsili bir hasta için muhtemelen en önemli koruyucu faktörlerden biridir ve özellikle epilepsili bir çocuğun rehabilitasyonu ihmal edilmemelidir.⁸³

Ebeveynler, aile ve arkadaşlardan izole hale gelebilir, bu da ebeveynlerin bakım verme rolü dışında kendi çıkarlarını takip etme yeteneklerini sınırlayabilir. Bu nedenle, çocukluk çağı epilepsisi, ebeveynlerinin fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde ciddi bir etkiye sahip olabilir.⁸⁴

Epilepsili çocukların ebeveynleri epilepsinin çocukları üzerindeki duygusal ve psikolojik etkileri, aile rollerindeki değişiklikler, nöbetlerin öngörülemezliği ve uzun vadeli prognozun bilinmemesi ile ilgili zorlukların yanı sıra sürekli duygusal destek ve eğitime ihtiyaç duyduklarını bildirmektedir.⁸⁵

Epilepsili çocuklar ve ebeveynleri için eğitim programlarının öz-yönetim ve iletişim becerilerini geliştirdiği, epilepsi ile ilgili endişeleri azalttığı ve dolayısıyla ebeveynlerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir.⁸⁶

Yapılan çalışmalar ebeveyn hastalık yönetimi, olumlu ebeveynlik becerilerini geliştirme ve aile stresini azaltma odaklı programlar düzenlenmesi gerektiğini göstermiştir. Etkili ebeveynlik programlarının temel unsurları, ebeveyn ve çocuk arasındaki olumlu etkileşimleri artırmayı, duygular hakkında iletişim kurma becerilerini geliştirmeyi ve ebeveynliğin tutarlılığını ve kalitesini artırmayı içerir.⁸⁷

Bu tez çalışmasında epilepsi ve kontrol grubunda çocuk veya anne babasında obezite, mental retardasyon, otizm, serebral palsy, multiple skleroz, anksiyete bozukluğu gibi uyku ve yaşam kalitesini etkileyecek faktörler bulunmaması koşuluyla olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Bu yönüyle saf olarak epilepsinin çocuklarda uyku, ebeveynlerde yaşam ve uyku kalitesine etkisi incelenmeye çalışılmıştır. Çalışmamız gösteriyor ki epilepsili çocukların ailesi de tedavi sürecine dahil edilmeli ve aileler epilepsi konusunda daha ayrıntılı bilgilendirilmelidir. Epilepsinin tedavisinde uyku ve yaşam kalitesinin önemini anlatma konusunda ileri çalışmalara öncülük etmesi açısından çalışmamızın katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

6. SONUÇ

1. Epilepsi çocukluk çağında en sık görülen nörolojik hastalıktır. Epilepsili çocukların uyku kalitesi ciddi düzeyde etkilenebilmektedir. Bu da çocukların nöbetlerinin kontrol edilmesinde zorluk yaratmaktadır. Çocuklarının bu hastalığı ebeveynlerin uyku ve yaşam kalitesini de etkilemekte ve bu da hastaların epilepsi tedavisini güçleştirmektedir.

2. Çalışmamızda en sık absans dışı jeneralize nöbet türü (%74,63) olduğu tespit edilmiştir. Literatürde de çalışmamızın yaş grubunda en sık görülen nöbetler absans dışı jeneralize nöbetlerdir. Bu nöbetlerin kontrol edilme oranları %90 civarında bildirilmiştir.^{88,89} Bu bulgular çalışmamızda tespit edilen nöbet kontrol oranlarıyla benzerdir.

3. Çalışmamızda hasta ve kontrol grupları yaş, cinsiyet ve anne baba yaşı açısından benzer saptandı.

4. Çalışmamızda epilepsili çocukların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında %59,7'sinin kız çocuk olduğu görülmektedir. Hastaların yaş ortalaması $11,67 \pm 3,38$ 'dir.

5. Hastalığın başlangıç yaşı ortalama $6,97 \pm 3,94$, tanı alana kadar geçen ortalama süre $69,79 \pm 152,28$ gündür.

6. Hasta grubunun aile eğitim ve gelir düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük bulundu.

7. Hasta grupta kontrol grubuna göre perinatal özellik görülme oranı daha fazla bulundu.

8. Akraba evliliğinin hasta grupta kontrol grubuna göre daha fazla sayıda olduğu görüldü.

9. Hasta ve kontrol grubunun nöromotor gelişim basamaklarının benzer olduğu görüldü.

10. Aileye göre uyku sorunu varlığının hasta grubunda daha sık olduğu bulundu.

11. Hasta grubun %80,6'sında nöbetlerin kontrol altında olduğu, %17,91'inin son 3 ay içinde, %1,49'unun son 3-6 ay arasında en son nöbet geçirdiği görüldü.

12. Tanıya kadar geçen sürenin uzunluğu ile ÇUÖ, PUKİ ve SF-36 puanları arasında anlamlı korelasyon görülmedi.

13. Hasta grubun %79,1'i tekli, %13,42'si 2li, %5,96'sı 3lü, %14,92'si 4lü ilaç kullanıyordu. Tekli ilaç kullananlar ile çoklu ilaç kullananlar karşılaştırıldığında SF-36-ERG, ÇUÖ-TUS, ÇUÖ-NS ve ÇUÖ-DaS dışında ölçekler arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

14. Hasta grupta en çok kullanılan ilaç levetirasetam ve valproik asitti.

15. Tekli ilaç kullanan hastalar arasında levetirasetam ve valproik asit kullananlar arasında ölçeklerde anlamlı farklılık görülmedi.

16. Hasta grubun %58,2'sinde EEG anormalliği vardı. EEG anormalliği olanlar ve olmayanlar karşılaştırıldığında ölçekler arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

17. Nöbetlerin kontrol altında olduğu ve olmadığı iki hasta grubu karşılaştırıldığında SF-36-ERG ve ÇUÖ-TUS dışında anlamlı farklılık saptanmadı.

18. Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında SF-36, PUKİ, ÇUÖ ölçek puanları arasında anlamlı farklılık olduğu ve dolayısıyla epilepsili çocukların uyku, ebeveynlerinin uyku ve yaşam kalitesinde kontrol grubuna nazaran önemli ölçüde azalma olduğu görüldü. ($p<0.001$)

19. Epilepsi tedavisinin güncel tedavi önerileri ışığında yapılması ve bu süreçte hastanın olduğu kadar ebeveynlerin yaşam ve uyku kalitesinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Yaptığımız literatür araştırması sonucunda epilepsili çocukların uyku alışkanlarının ve kalitesinin de üzerinde durulması gerektiği ayrıca ebeveynlerin de damgalanma, hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin eksik olmasından, çocuklarının ne zaman nerde nasıl nöbet geçireceğini bilememesinden, sosyal ve kariyer alanında geleceğinden duydukları endişeden kaynaklı uyku ve yaşam kalitesinde önemli ölçüde azalma tespit edilmiştir. Bu nedenle ebeveynlerin yaşam ve uyku kalitesi taranmalı,

özellikle epilepsi tipleri, nedenleri, ilaç yan etkileri ve baş etme becerileri ile ilgili bilgi gereksinimi karşılanmalıdır.

20. Epileptik nöbetlerin ne zaman ortaya çıkacağını tahmin edilememesi, ilaç tedavisinin düzenli olarak sürdürülmesinin gerekliliği, nöbetlerle ilişkili yaralanma ve ölüm riski gibi faktörler ailelerin başa çıkması gereken durumları oluşturmaktadır. Bu nedenlere bağlı olarak birçok anne çalışma hayatına devam edememektedir. Epilepsi aile üyeleri arasındaki ilişkiyi etkilemekte, ayrıca ailelerin sosyal hayatında kısıtlamalara neden olmaktadır. Bunların dışında kronik hastalığın aileye getirdiği ekonomik yük ayrı bir stres kaynağı olmaktadır. Tüm bu nedenlerle çocukluk çağı epilepsisi, anne-babaların fiziksel ve ruhsal sağlığında ciddi etkilenmeye yol açmaktadır. Sonuç olarak, epilepsi, ailelerin yaşam kalitesinde azalmaya neden olan kronik bir hastalıktır ve ailelerin psikolojik destek almaları konusunda farkındalık yaratılması gerekmektedir. Ebeveyn ve çocukların bir bütün halinde epilepsinin tedavisinde yer edinmesi gerekmektedir. Sadece antiepileptik tedavi epilepsi yönetiminde ne yazık ki yeterli olmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Gürses DC. Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi 2015. 2015. 9 p. (İlk nöbete yaklaşım)
2. Tahrp BR One overview pediatric seizure disorders and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1987; 28: 36–45
3. Shao-Yu Tsai, Wang-Tso Lee, Chien-Chang Lee, Suh-Fang Jeng and Wen-Chin Weng Sleep in children with epilepsy: the role of maternal knowledge of childhood sleep *Sleepj*, 2018, Vol. 41, No. 11
4. Baysal ZB. Kronik hastalıkların çocuk ve aile üzerindeki etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; 4 (4): 273-280.
5. Eiser C. Effects of chronic illness on children and their families. *Advances in Psychiatric Treatment* 1997; 3: 204-220.
6. Speechley KN, Ferro MA, Camfield CS, Huang W, Levin SD, Smith ML. Quality of life in children with new-onset epilepsy: a 2-year prospective cohort study. *Neurology* 2012;79:1548–55.
7. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005 Apr;46(4):470-2.
8. Nelson Pediatrik Semptomaya Dayalı Tanı KISIM 6: Nörosensöriyel Hastalıklar sayfa 510
9. Magiorkinis E, Sidiropoulou K, Diamantis A (January 2010). “Hallmarks in the history of epilepsy: epilepsy in antiquity”. *Epilepsy & Behavior*. 17 (1): 103-108
10. Ali R, Connolly ID, Feroze AH, Awad AJ, Choudhri OA, Grant GA (June 2016).”Epilepsy: A Disruptive Force in History”. *World Neurosurgery*. 90: 685-690
11. Edward H. Reynolds, James V. Kinnier Wilson, *Neurology and psychiatry in Babylon, Brain*, Volume 137, Issue 9, September 2014, Pages 2611–2619
12. World Health Organization <https://who.int/news-room/factsheets/detail/epilepsy> 17 Eylül 2021
13. Guerrini R (2006). Epilepsy in children. *Lancet* 367: 499–524.

- 14.** Efe E, İşler A (2013). Sinir sistemi hastalıkları. İçinden: Pediatri Hemşireliği (Ed: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B), Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s:611-658
- 15.** Serdaroğlu A OS, 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;2004 Apr;19(4):271-4
- 16.** Ünver O, Keskin SP, Uysal S, Ünver A. The Epidemiology of Epilepsy in Children: A Report From a Turkish Pediatric Neurology Clinic. Journal of Child Neurology. 2015;30(6):698-702.
- 17.** Çalık M, Güzelçiçek A, Ethemoglu Ö. Epilepsinin epidemiyolojisi. Kumandaş S, Canpolat M, editörler. Çocukluk Çağı Epilepsileri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p. 4-7.
- 18.** Global, regional, and national burden of epilepsy, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019; 18(4): 357-375.
- 19.** Engelborghs S, D'Hooge R, De Deyn PP. Pathophysiology of epilepsy. Acta Neurol Belg. 2000 Dec;100(4):201-13.
- 20.** Stables JP, Berram EH, White HS et al. Models for epilepsy and epileptogenesis: report from NIH workshop, Bethesda, Maryland. Epilepsia. 2002 Nov;43(11):1410-20.
- 21.** Dityatev A. Remodeling of extracellular matrix and epileptogenesis. Epilepsia 2010 Jul;51 Suppl 3:61-5. PMID: 20618403.
- 22.** Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. Epilepsia. 1981; 22(4): 489–501.
- 23.** Hirfanoğlu T, Serdaroğlu A, Capraz I, Bilir E, Arhan EP, Aydın K. Comparison of ILAE 2010 and semiological seizure classification in children with epilepsy. Epilepsy Res. 2017;129:41-50.
- 24.** Wirrell EC, Nabbout R, Scheffer IE et al. Methodology for classification and definition of epilepsy syndromes with list of syndromes: Report of the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. Epilepsia. 2022; 63: 1333– 1348

- 25.** Aaberg KM, Surén P, Søråas CL et al. Seizures, syndromes, and etiologies in childhood epilepsy: The International League Against Epilepsy 1981, 1989, and 2017 classifications used in a population-based cohort. *Epilepsia*. 2017;58(11):1880-1891.
- 26.** Epilepsy Overview and Revised Classification of Seizures and Epilepsies By Alison M. Pack, MD, MPH CONTINUUM (MINNEAP MINN) 2019;25(2, EPILEPSY):306–321
- 27.** The new definition and classification of seizures and epilepsy Jessica J. Falco-Waltera, Ingrid E. Schefferb , Robert S. Fishera et al. *Epilepsy Research* 139 (2018) 73–79
- 28.** Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021, T. C. S. B. S. H. G. M., 2021. Epilepsi Klinik Protokolü. 2021:20-21.
- 29.** Toklu Z. Epilepside Tedavi Stratejileri. *Kocatepe Tıp Derg*. 2015;16(2):147–50
- 30.** Akdağ G, Algın Dİ, Erdiñç OO. Epilepsi. *Osmangazi J Med*. 2016;38(0):35–41.
- 31.** *Arch Dis Child*. 2019 Feb; 104(2): 189–192. Published online 2018 Sep 28.
- 32.** Sleep and epilepsy: unfortunate bedfellows Frances Mary Gibbon,¹ Elizabeth Maccormac,² Paul Gringras³ Gibbon FM, et al. *Arch Dis Child* 2018;0:1–4
- 33.** Maternal and paternal quality of life in children with epilepsy: Who is affected more? Guray Koc, Semai Bek, Sebahattin Vurucu et al. / *Epilepsy & Behavior* 92 (2019) 184–190
- 34.** Bülbul S, Kurt G, Ünlü E, Adolessanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağ. Ve Hast. Derg*, 2010; 53: 204-210
- 35.** Er M. Çocuk, hastalık, anne babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006; 49: 155-168
- 36.** Bootzin RR, Stevens SJ. Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clin Psychol Rev* 2005; 25:629-644.
- 37.** Kothare SV, Kaleyias J. Sleep and epilepsy in children and adolescents. *Sleep Med*. 2010;11:674–685

- 38.** Passouant P. Historical aspects of sleep and epilepsy. In: Degen R, Rodin EA, editors. *Epilepsy, Sleep and Sleep Deprivation*. 2nd Edition. Amsterdam: Elsevier Science; 1991. pp. 19–22
- 39.** Bisulli F, Vignatelli L, Naldi I et al. Increased frequency of arousal parasomnias in families with nocturnal frontal lobe epilepsy: a common mechanism? *Epilepsia*. 2010;51:1852–1860
- 40.** Byars AW, Byars KC, Johnson CS et al. The relationship between sleep problems and neuropsychological functioning in children with first recognized seizures. *Epilepsy Behav*. 2008;13:607–613
- 41.** Stores G, Wiggs L, Campling G. Sleep disorders and their relationship to psychological disturbance in children with epilepsy. *Child Care Health Dev*. 1998;24:5–19
- 42.** Effects of anti-seizure medications on sleep architecture and daytime sleepiness in patients with epilepsy: A literature review Claudio Liguori a, b, Manuel Toledo c, Sanjeev Kothare d *Sleep Medicine Reviews* 60 (2021) 101559
- 43.** Dehghani M , Fayyazi A , Cheraghi F , Hakimi H , Mosazadeh S, Almasi S. The Relationship between Severity of Epilepsy and Sleep Disorder in Epileptic Children. *Iran J Child Neurol*. Spring 2019; 13(2): 77-88
- 44.** *J Clin Sleep Med*. 2011 Oct 15; 7(5): 502–506. Pediatric Epilepsy and Parental Sleep Quality David Shaki, B.Sc., Aviv Goldbart, M.D., M.Sc., Sharon Daniel, B.Sc., Drora Fraser, Ph.D., and Zamir Shorer, M.D.
- 45.** Sleep in mothers of children with epilepsy and its relation to their children's sleep Shao-Yu Tsai PhD RN Professor, Wang-Tso Lee PhD MD Professor, Chien-Chang Lee PhD MD Associate Professor, Suh-Fang Jeng ScD PT Professor, Wen-Chin Weng PhD MD Assistant Professor *Res Nurs Health*. 2020;1–8
- 46.** Quality of life among parents of children with epilepsy: A preliminary research study Yaira Hamama-Raz a, Liat Hamama b Y. Hamama-Raz, L. Hamama / *Epilepsy & Behavior* 45 (2015) 271–276

- 47.** A systematic review of quality of life in parents of children with epilepsy Klajdi Puka, Tamara P. Tavares, Kelly K. Anderson et al. / *Epilepsy & Behavior* 82 (2018) 38–45
- 48.** Chapter 28 Quality of life of children and families KLAJDI PUKA, LAURYN CONWAY, AND MARY LOU SMITH² Department of Epidemiology & Biostatistics, Western University, London, ON, Canada ² Department of Psychology, University of Toronto, Mississauga, ON, Canada Handbook of Clinical Neurology, Vol. 174 (3rd series) Neurocognitive Development: Disorders and Disabilities A. Gallagher, C. Bulteau, D. Cohen and J.L. Michaud, Editors
- 49.** How Parents Cope with the Care of a Child with Epilepsy: Based upon Grounded Theory Behnaz Bagherian, Monirsadat Nematollahi and Roghayeh Mehdipour-Rabori Ethiop *J Health Sci.* 2021 Mar; 31(2): 329–338.
- 50.** Depression, anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy Jin L, Wang M, Liu H et al. Depression, anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy. *Acta Neurol Scand* 2009; 120: 335–341.
- 51.** Öner P, Barut Y, Öner Ö, Üneri ÖŞ, Bodur Ş, Turgut S, Kerim M, Munir KM, Çocuklarda Uyku Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği, *Klinik Psikofarmakol Bulteni*. 2009 ; 19(4): 382–395
- 52.** Pınar R. Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi–bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenirliliğinin incelenmesi, *Florence Nightingale Journal of Nursing* 1995; 9: 85-95
- 53.** Kocyigit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A, Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliliği ve Geçerliliği, *İlaç ve Tedavi Dergisi*, Cilt 12 Sayı 2, 1999
- 54.** Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996; 7(2):107-115
- 55.** Wirrell E, Blackman M, Barlow K, Mah J, Hamiwka L. Sleep disturbances in children with epilepsy compared with their nearest-aged siblings. *Dev Med Child Neurol* 2005; 47: 754-759

- 56.** ILAE Commission Report. The epidemiology of the epilepsies: future directions. International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. Mayis 1997;38(5):614-8.
- 57.** Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940-1980. *Epilepsia*. Ağustos 1991;32(4):429-45.
- 58.** Foldvary-Schaefer N, Grigg-Damberger M. Sleep and epilepsy: what we know, don't know, and need to know. *J Clin Neurophysiol*. 2006 Feb;23(1):4-20.
- 59.** *World J Clin Pediatr* 2014 August 8; 3(3): 45-53 ISSN 2219-2808 (online) Childhood epilepsy and sleep Mohammed A Al-Biltagi
- 60.** Jones C, Reilly C. Parental anxiety in childhood epilepsy: A systematic review. *Epilepsia*. 2016;57(4):529-37.
- 61.** Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. Haziran 2005;62(6):617-27.
- 62.** Dar SA, Wani WA, Nazir M, and Hussan ZE. Comparative efficacy of IV phenytoin, IV valproate and IV levetiracetam in childhood seizures. *Int J Contemp Pediatr*. 2019; 6(4): 1592-1597.
- 63.** Saad K. Childhood epilepsy: An update on diagnosis and management. *Am J Neurosci*. 2015; 5: 36-51.
- 64.** Li X, Sundquist J, Sundquist K. Socioeconomic and occupational risk factors for epilepsy: a nationwide epidemiological study in Sweden. *Seizure* 2008; 17: 254-60.
- 65.** Begley C, Basu R, Lairson D, Reynolds T, Dubinsky S, Newmark M. Socioeconomic status, health care use, and outcomes: persistence of disparities over time: disparities in epilepsy care and outcomes. *Epilepsia* 2011; 52: 957-64.
- 66.** Morgan CL, Ahmed Z, Kerr MP. Social deprivation and prevalence of epilepsy and associated health usage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 69: 13-7.
- 67.** Carona C, Silva N, Crespo C, Canavarro MC. Caregiving burden and parent-

child quality of life outcomes in neurodevelopmental conditions: the mediating role of behavioral disengagement. *J Clin Psychol Med Settings* 2014;21:320–8.

68. Shore C, Austin J, Musick B et al. Psychosocial care needs of parents of children with new – onset seizures. *Neurosci Nursing* 1998; 30 (3): 169-174.

69. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2013; 3(2):87-92 Evaluation of the quality of sleep in patients diagnosed with epilepsy and their mothers Erhan Bayram, Yasemin Topcu, Pakize Karaoğlu, Uluç Yılmaz, Semra Hız Kurul

70. Fayed N, Streiner DL, Cunningham CE et al. Child- and parent-reported quality of life trajectories in children with epilepsy: a prospective cohort study. *Epilepsia* 2017;58:1277–86.

71. Vaughn BV, D' Cruz OF. Sleep and epilepsy. *Semin Neurol* 2004;24(3):301–13.

72. Nunes ML, Ferri R, Arzimanoglou A, Curzi L, Appel CC, Costa da Costa J. Sleep organization in children with partial refractory epilepsy. *J Child Neurol* 2003;18(11):763–6.

73. van Golde EGA, Gutter T, de Weerd AW. (2011) Sleep disturbances in people with epilepsy; prevalence, impact and treatment. *Sleep Med Rev* 15:357–368.

74. Ferrie CD. Preventing misdiagnosis of epilepsy. *Arch Dis Child* 2006;9:206-9.

75. Sinha SR. Basic mechanisms of sleep and epilepsy. *J Clin Neurophysiol* 2011; 28(2):103-10.

76. Shouse MN. Sleep deprivation increases thalamocortical excitability in the somatomotor pathways in the feline seizure models. *Exp Neurol* 1988;99:664-77.

77. Byars AW, Byars KC, Johnson CS et al. The relationship between sleep problems and neuropsychological functioning in children with first recognized seizures. *Epilepsy Behav* 2008;13:607e13.

78. Cortesi F, Giannotti F, Ottaviano S. Sleep problems and daytime behavior in childhood idiopathic epilepsy. *Epilepsia* 1999;40:1557-65.

- 79.** Pereira AM, Bruni O, Ferri R, Palmini A, Nunes ML. The impact of epilepsy on sleep architecture during childhood. *Epilepsia* 2012, Jun 18. (In press).
- 80.** Macleod JS, Austin JK. Stigma in the lives of adolescents with epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy Behav* 2003;4:112–7.
- 81.** Eklund PG, Sivberg B. Adolescents_ lived experience of epilepsy. *J Neurosci Nurs* 2003;35:40–9.
- 82.** Kokkonen J, Kokkonen ER, Saukkonen AL, Pennanen P. Psychosocial outcome of young adults with epilepsy in childhood. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997;62:265–8.
- 83.** Ostrom KJ, Schouten A, Kruitwagen CL, Peters AC, Jennekens-Schinkel A. Parents_ perceptions of adversity introduced by upheaval and uncertainty at the onset of childhood epilepsy. *Epilepsia* 2001;42:1452–60.
- 84.** Wirrell EC, Wood L, Hamiwka LD, Sherman EM. Parenting stress in mothers of children with intractable epilepsy. *Epilepsy Behav* 2008;13:169–73.
- 85.** McNelis AM, Buelow J, Myers J, Johnson EA. Concerns and needs of children with epilepsy and their parents. *Clin Nurse Spec* 2007;21:195–202.
- 86.** Jantzen S, Muller-Godeffroy E, Halfahrt-Krisl T et al. FLIP&FLAP—a training programme for children and adolescents with epilepsy, and their parents. *Seizure* 2009;18:478–86.
- 87.** Morawska A, CalamR, Fraser J. Parenting interventions for childhood chronic illness: a review and recommendations for intervention design and delivery. *J Child Health Care* 2015;19:5–17.
- 88.** Hauser WA. The prevalence and incidence of convulsive disorders in children. *Epilepsia*. 1994; 35(2): 1-6.
- 89.** Panayiotopoulos CP, Obeid T, and Tahan AR. Juvenile myoclonic epilepsy: A 5 year prospective study. *Epilepsia*. 1994; 35(2): 285-296.

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımı.....	36
Tablo 2. Hasta grubu ve kontrol grubu yaşları ve anne baba yaşları açısından karşılaştırılması.....	36
Tablo 3. Hasta ve kontrol grubundaki çocukların anne ve babalarının eğitim düzeylerinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 4. Hasta ve kontrol grubundaki ailelerin aylık gelir düzeyi dağılımı.....	37
Tablo 5. Hasta ve kontrol grubunun perinatal özellik durumuna göre karşılaştırılması.....	38
Tablo 6. Hasta ve kontrol grubunun anne baba arasında akrabalık olup olmamasına göre karşılaştırılması.....	38
Tablo 7. Hastalık ortalama başlangıç yaşı ve tanıya kadar geçen süre.....	38
Tablo 8. Hasta grubunun nöbet türlerine göre dağılımı.....	38
Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunun aileyle aynı odada uyuma ve aileye göre uyku sorunu olup olmamasına göre karşılaştırılması.....	39
Tablo 10. Hasta grubunun ilaç kullanımına göre dağılımı.....	39
Tablo 11. Hasta grubunun çoklu ve tekli ilaç kullanma durumuna göre dağılımı.....	39
Tablo 12. Hasta grubunun nöbetlerin kontrol altında olup olmadığına göre dağılımı.....	40
Tablo 13. Hasta grubunun en son nöbet geçirme zamanına göre dağılımı.....	40
Tablo 14. Hasta grubunun EEG anormalliği durumuna göre dağılımı.....	40
Tablo 15. Hasta ve kontrol grubunun SF-36, PUKI ve ÇUÖ puanları arasındaki fark.....	41
Tablo 16. Hasta grubun çoklu ilaç kullanımı olup olmadığına göre SF-36, PUKI ve ÇUÖ puanlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 17. Hasta grubunun EEG anormalliği olup olmamasına göre SF-36, PUKI ve ÇUÖ puanlarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 18. Hasta grubun nöbetlerin kontrol altında olup olmama durumuna göre SF-36, PUKI ve ÇUÖ puanlarının karşılaştırılması.....	44

Tablo 19. Hasta ve kontrol grubunun PUKI uyku sorunu olup olmamasına göre karşılaştırılması.....	45
Tablo 20. Hasta ve kontrol grubunun ÇUÖ'ne göre uyku sorunu durumunun karşılaştırılması.....	45



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yaşa ve cinsiyete göre global epilepsi prevalansı, 2016.....	10
Şekil 2. Nöbet tiplerinin ILAE 2017 sınıflaması, genişletilmiş versiyon.....	16
Şekil 3. 2017 ILAE Epilepsi Sınıflaması Genişletilmiş Versiyon.....	21
Şekil 4. Uyku ve Epilepsi Siklusu.....	23
Şekil 5. Epilepsili çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesi üzerine algoritma....	27



KISALTMALAR ve SİMGELER

EEG: Elektroensefalografi

ILAE: Uluslararası epilepsi ile savaş birliği terminoloji ve sınıflandırma komisyon

NREM: Hızlı olmayan göz hareketleri

REM: Hızlı göz hareketleri

QoL: Yaşam kalitesi

MSS: Merkezi sinir sistemi

SPECT: Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

SF-36: Erişkin Yaşam Kalite Ölçeği

SF36-FF: SF36 Fiziksel Fonksiyon

SF36-FRG: SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü

SF36-ERG: SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü

SF36-ECV : SF36 Enerji Canlılık Vialite

SF36-RS: SF36 Ruhsal Sağlık

SF36-Sİ: SF36 Sosyal İşlevsellik

SF36-A: SF36 Ağrı

SF36-GSA: SF36 Genel Sağlık Algısı

PUKİ-ÖÜK: PUKİ Öznel Uyku Kalitesi

PUKİ-UL: PUKİ Uyku Latansı

PUKİ-US: PUKİ Uyku Süresi

PUKİ-AUE: PUKİ Alışılmış Uyku Etkinliği

PUKİ-UB: PUKİ Uyku Bozukluğu

PUKİ-UIK: PUKİ Uyku İlacı Kullanımı

PUKİ-GİB: PUKİ Gündüz İşlev Bozukluğu

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

ÇUÖ-DaS: ÇUÖ Davranış Sorunları

ÇUÖ-NAS: ÇUÖ Nefes Alma Sorunları

ÇUÖ-HS: ÇUÖ Horlama Sorunları

ÇUÖ-DİS: ÇUÖ Diğer Sorunlar

ÇUÖ-TUS: ÇUÖ Toplam Uyku Sorunu

ÇUÖ: Çocuklarda Uyku Ölçeği



EKLER

Ek 1: Epilepsili Çocukların Uyku Durumlarının, Anne Ve Babalarının Yaşam Ve Uyku Kalitesi Seviyelerinin Değerlendirilmesi Veri Toplama Formu

Ad Soyad :

Tarih :

Yaş-Cinsiyet :

Doğum Tarihi :

AİLE BİLGİLERİ

Anne-Baba

1-Evli

2-Ayrı

Annenin yaşı:

Eğitim düzeyi/mesleği:

1- Okuryazar değil

2- Okuryazar ama okula gitmemiş

3- İlkokul

4- Ortaokul

5- Lise

6- Üniversite

Babanın yaşı:

Eğitim düzeyi/mesleği:

1- Okuryazar değil

2- Okuryazar ama okula gitmemiş

3- İlkokul

4- Ortaokul

5- Lise

6- Üniversite

Aylık gelir:

ÖYKÜ:

Özgeçmiş:

Prenatal öykü:

Natal öykü:

Doğum şekli: NSVY

CS

Müdahaleli NSVY

Postnatal öykü:

Nöromotor	Gelişim	Basamakları	Öyküsü	(ay olarak belirtiniz)
Baş kontrolü		Destekli oturma		Desteksiz oturma
Emekleme		Yürüme		Konuşma

Okula gidiyor mu: Normal okul: Özel eğitim veren okul:

Uyku Sorunu (ailenin ifadesi) : Var Yok
Aile ile aynı odada uyuma: Var Yok

Hastaların:

Hastalık başlangıç yaşı:

Semptomların başlangıcından tanıya kadar geçen süre:

Nöbet tipi: Fokal Jeneralize

Nöbetler kontrol altında mı?

Nöbet sıklığı:

Tedavi:

Kullanılan ilaçlar:

Yan Etki:

Tek ilaç:

Birden fazla ilaç:

Hastalık/Tedavi süresi:

EEG:

Normal:

Anormal:

SOYGEÇMİŞ:

Anne-Baba arasında akrabalık:

Anne

Kronik hastalık:

Nöropsikiyatrik hastalık:

Baba

Kronik hastalık:

Nöropsikiyatrik hastalık:

Ailede epilepsi öyküsü:

Ailede dirençli epilepsi öyküsü:

EK-2:Çocuklarda Uyku Ölçeği Formu

Çocuğun adı-soyadı:

Formu dolduran kişinin adı-soyadı:

Çocukla akrabalığı:

Ulaşabileceğimiz telefon numaralarınızı (alan kodu ile birlikte) belirtiniz:

Gün içindeki saatlerde:..... Akşam saatlerinde:

Size ulaşamadığımız takdirde ulaşabileceğimiz başka bir yakınının adı-soyadı ve telefon numarası:

“E” evet, “H” hayır, “Blm” bilmiyorum anlamına gelmektedir.

A. Gece ve uyku zamanı olan davranışlar

ÇOCUĞUNUZ UYURKEN ...

A1 Hiç horlar mı?

E H Blm

A2 Zamanın yarısından fazlasında mı horlar?

E H Blm

A3 Daima mı horlar?

E H Blm

A4 Yüksek sesle mi horlar?

E H Blm

A5 Belirgin ya da yüksek sesle mi soluk alıp verir?

E H Blm

A6 Nefes alıp-vermekte sorun yaşadığı ya da zorlukla nefes aldığı olur mu?

E H Blm

A7 Çocuğunuzun gece nefes alıp vermediğini gördüğünüz oldu mu? Eğer olduysa, lütfen nasıl olduğunu yazın:

E H Blm

A8 Çocuğunuzun uykudaki soluk alıp verişiyile ilgili kaygılandınız mı?

E H Blm

A9 Çocuğunuzun uyanıp ve nefes alsın diye sarstığınız oldu mu?

E H Blm

A10 Çocuğunuzun horlama sesiyle birlikte uyandığını gördünüz mü?

E H Blm

ÇOCUĞUNUZUN...

A11 Huzursuz bir uykusu var mı?

E H Blm

A12 Yatakta bacaklarının huzursuz olduğunu fark ettiniz mi?

E H Blm

A12a. "Büyüme ağrıları" var mı (açıklanamayan bacak ağrıları)? E H Blm

A12b. Yattığında kötüleşen “büyüme ağrıları” var mı? E H Blm

ÇOCUĞUNUZ UYURKEN SİZ HİÇ...

A13 Bir ya da iki bacağında kısa tekmeleme hareketleri gördünüz mü?

E H Blm

A13a. Düzenli aralıklarla (yani yaklaşık her 20-40 saniyede bir) tekrarlayan tekmelemeler ya da sıçramalar gördünüz mü? E H Blm

GECELERİ ÇOCUGUNUZ GENELLİKLE...

A14 Terler mi ya da pijamaları terden ıslanır mı?

E H Blm

A15 Yataktan çıkar mı (herhangi bir nedenle)?

E H Blm

A16 Çiş yapmak için yataktan çıkar mı?

E H Blm

A17a. Eğer öyleyse, ortalama olarak gecede kaç kez olur?

A17 Çocuğunuz genelde ağzı açık mı uyur?

E H Blm

A18 Geceleri çocuğunuzun burnu genelde dolu ya da tıkalı mı olur?

H Blm

A19 Çocuğunuzun burnundan soluk almasını engelleyen herhangi bir alerjisi var mı?

E H Blm

ÇOCUĞUNUZ...

A20 Gündüz esnasında da ağzından mı soluk alıp verir?

E H Blm

A21 Sabahları kalktığında ağzı kurumuş mu olur?

E H Blm

A22 Geceleri midesinin altüst olduğundan şikâyet eder mi?

E H Blm

A23 Geceleri boğazında yanma hissi olduğundan şikâyet eder mi?

E H Blm

A24 Geceleri dişlerini gıcırdatır mı?

E H Blm

A25 Ara sıra yatağını ıslatır mı?

E H Blm

A26 Çocuğunuz hiç gece uykusunda yürüdü mü? (“uyurgezerlik”)?

E H Blm

A27 Çocuğunuzun uykusunda konuştuğunu hiç duydunuz mu?

E H Blm

A28 Ortalama olarak çocuğunuz haftada bir ya da daha fazla kâbus görür mü?

E H Blm

A29 Çocuğunuz hiç gece çığlık atarak uyandı mı?

E H Blm

A30 Çocuğunuzun gece “sanki ne uyuyor ne de uyanıkmiş gibi” bir davranış ya da harekette bulunduğu oldu mu? Eğer olduysa, nasıl olduğunu yazın:

E H Blm

A31 Çocuğunuz geceleri uykuya dalmakta güçlük çeker mi?

E H Blm

A32 Çocuğunuzun yattıktan sonra uykuya dalması ne kadar zaman almaktadır (tahmini bir süre yeterli olacaktır)?.....

A33 Yatma zamanında çocuğunuzun zor “rutinleri” ya da “törenleri” var mı, çok tartışmanız gerekir mi ya da çocuğunuz olumsuz başka davranışlar gösterir mi?

E H Blm

ÇOCUĞUNUZ HIÇ...

A34 Uykuya dalarken başını ya da vücudunu sallar mı, etrafa çarpar mı?

E H Blm

A35 Ortalama olarak gecede ikiden fazla uyanır mı?

E H Blm

A36 Gece uyanırsa yeniden uykuya dalmakta sorun yaşar mı?

E H Blm

A37 Sabah erkenden uyanır ve yeniden uykuya dalmakta zorluk yaşar mı?

E H Blm

A38 Çocuğunuzun yatma zamanı günden güne çok fazla değişiklik gösterir mi?

E H Blm

A39 Çocuğunuzun kalkma zamanı günden güne çok fazla değişiklik gösterir mi?

E H Blm

ÇOCUĞUNUZ GENELLİKLE SAAT KAÇTA...

A40 Hafta içinde yatağa gider?

A41 Hafta sonu ve tatillerde yatağa gider?

A42 Hafta içi sabahları yataktan kalkar?

A43 Hafta sonu ve tatillerde yataktan kalkar?

B. Gün içerisindeki davranışları ve olası sorunlar:

ÇOCUĞUNUZ...

B1 Sabahları dinlenmemiş bir şekilde uyanır mı?

E H Blm

B2 Gün içerisinde uykulu olma gibi bir sorunu var mıdır?

E H Blm

B3 Gün içerisinde uykusu geldiğinden şikâyet eder mi?

E H Blm

B4 Öğretmenlerinden biri ya da ilgili diğer kişiler çocuğunuzun gün içerisinde uykulu görüldüğüne dair bir yorum yaptı mı?

E H Blm

B5 Çocuğunuz gündüz şekerleme uykusuna yatar mı?

E H Blm

B6 Sabahları çocuğunuzu uyandırmak çok zor olur mu?

E H Blm

B7 Çocuğunuz sabahları baş ağrısı ile uyanır mı?

E H Blm

B8 Ortalama olarak ayda en az bir kez baş ağrısı olur mu?

E H Blm

B9 Çocuğunuz doğduğundan itibaren gelişiminde duraklamanın olduğu bir dönem hiç oldu mu?

Eğer öyleyse, ne şekilde olduğunu tanımlayınız:

E H Blm

B10 Çocuğunuzun tonsilleri (bademcikleri) duruyor mu?

E H Blm (alındıysa neden ve ne zaman alındı?)

ÇOCUĞUNUZ HIÇ...

B11 Nefes almakta zorlandığı bir durum yaşadı mı? Eğer yaşadıysa, lütfen tanımlayınız:

E H Blm

B12 Ameliyat geçirdi mi? Eğer geçirdiyse ameliyat öncesinde, esnasında ya da sonrasında hiç solunum güçlüğü oldu mu?

E H Blm

B13 Güldükten ya da bir şeye şaşırdıktan sonra aniden bacaklarında veya başka bir yerinde güçsüzlük ortaya çıktı mı?

E H Blm

B14 Yatakta uyanık ve etrafa bakıyorken kısa bir dönem kımıldayamadığı oldu mu?

E H Blm

B15 Çocuğunuzun karşı konulamaz bir şekilde şekerleme yapmak istediği ve uyumasın diye onu durdurmak için çabaladığınız olur mu?

E H Blm

B16 Çocuğunuz uyanıkken hiç rüyadaymış gibi hissettiği (görüntüler gördüğü ya da sesler duyduğu) oldu mu?

E H Blm

B17 Çocuğunuz tipik bir gününde kafein içeren içecekler (kola, kahve, çay) içer mi?

E H Blm

B17a. Eğer öyleyse günde kaç bardak ya da kaç şişe içer? Sayı:

B18 Çocuğunuz hiç keyif verici ilaçlardan kullanır mı?

E H Blm

B18a. Eğer öyleyse adları nedir ve ne sıklıkta kullanır?

B19 Çocuğunuz sigara, tütün ya da tütün içeren herhangi başka bir ürün kullanır mı? Eğer öyleyse hangilerini, ne sıklıkta kullanır?

E H Blm

B20 Çocuğunuz kilolu mudur?

E H Blm

B20a. Eğer öyleyse, bu durum ilk olarak hangi yaşta gelişti? Yaş:

B21 Size bir doktor çocuğunuzda hiç yüksek damak bulunduğunu söyledi mi?

E H Blm

B22 Çocuğunuz davranış problemleri yüzünden hiç Ritalin (metilfenidat) kullandı mı?

E H Blm

B23 Çocuğunuzda herhangi bir hekim tarafından Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB) ya da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) bulunduğu söylendi mi?

E H Blm

Lütfen işaretleyerek (çarpı koyabilirsiniz) aşağıdaki her bir ifadenin çocuğunuza ne kadar uyduğunu belirtiniz:

Çocuğunuz sıklıkla...

Yok denenebilir (0), Sadece çok az (1), Oldukça (2), Kesinlikle çoğu zaman (3)

C1 Doğrudan onunla konuştuğunuzda dinlemiyormuş gibi görünür.

C2 Üstüne aldığı işleri ve aktiviteleri düzenlemekte zorlanır.

C3 Dışardan gelen uyarılarla dikkati kolayca dağılır.

C4 Eli-ayağı sürekli oynar veya oturduğu yerde sürekli kıpırdanır.

C5 Motor takılmış gibi davranır ya da hareket halindedir.

C6 Başkalarının yaptığı şeylerin arasına girer (konuşmaları kesme, arkadaşlarının oyunlarını bölme gibi).

EK-3: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

1	Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____																																																																		
2	Geçen ay geceleri uykuya dalmamız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika																																																																		
3	Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____																																																																		
4	Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat																																																																		
5	Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?																																																																		
	<table><tr><th></th><th>Haftada</th><th>Hiç</th><th>1'den az</th><th>1 - 2 kez</th><th>3'ten çok</th></tr><tr><td>a</td><td>30 dakika içinde uykuya dalamadınız</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>b</td><td>Gece yarısı veya sabah erkenden uyanıyorsunuz</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>c</td><td>Tuvalete gittiniz</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>d</td><td>Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>e</td><td>Aşırı derecede üşüdünüz</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>f</td><td>Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>g</td><td>Kötü rüyalar gördünüz</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>h</td><td>Ağrı duyduunuz</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>i</td><td>Diğer nedenler</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>j</td><td>Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>		Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok	a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	☐	☐	☐	☐	b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyanıyorsunuz	☐	☐	☐	☐	c	Tuvalete gittiniz	☐	☐	☐	☐	d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	☐	☐	☐	☐	e	Aşırı derecede üşüdünüz	☐	☐	☐	☐	f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	☐	☐	☐	☐	g	Kötü rüyalar gördünüz	☐	☐	☐	☐	h	Ağrı duyduunuz	☐	☐	☐	☐	i	Diğer nedenler	☐	☐	☐	☐	j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	☐	☐	☐	☐
	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok																																																														
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	☐	☐	☐	☐																																																														
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyanıyorsunuz	☐	☐	☐	☐																																																														
c	Tuvalete gittiniz	☐	☐	☐	☐																																																														
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	☐	☐	☐	☐																																																														
e	Aşırı derecede üşüdünüz	☐	☐	☐	☐																																																														
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	☐	☐	☐	☐																																																														
g	Kötü rüyalar gördünüz	☐	☐	☐	☐																																																														
h	Ağrı duyduunuz	☐	☐	☐	☐																																																														
i	Diğer nedenler	☐	☐	☐	☐																																																														
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	☐	☐	☐	☐																																																														
6	Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.																																																																		
	☐ Çok iyi ☐ Oldukça iyi ☐ Oldukça kötü ☐ Çok kötü																																																																		
7	Geçen ay uyanmanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?																																																																		
	☐ Hiç ☐ Haftada 1'den az ☐ Haftada 1 - 2 kez ☐ Haftada 3'ten çok																																																																		
8	Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?																																																																		
	☐ Hiç ☐ Haftada 1'den az ☐ Haftada 1 - 2 kez ☐ Haftada 3'ten çok																																																																		
9	Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?																																																																		
	☐ Hiç problem oluşturmadı ☐ Bir dereceye kadar problem oluşturdu																																																																		
	☐ Yalnızca çok az bir problem oluşturdu ☐ Çok büyük bir problem oluşturdu																																																																		
10	Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?																																																																		
	☐ Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok ☐ Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil																																																																		
	☐ Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var ☐ Partner aynı yatakta																																																																		
11	Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı sorun.																																																																		
	<table><tr><th></th><th>Haftada →</th><th>Hiç</th><th>1'den az</th><th>1 - 2 kez</th><th>3'ten çok</th></tr><tr><td>a</td><td>Gürültülü horlama</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>b</td><td>Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>c</td><td>Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>d</td><td>Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>e</td><td>Diğer huzursuzluklarınız:</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>		Haftada →	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok	a	Gürültülü horlama	☐	☐	☐	☐	b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	☐	☐	☐	☐	c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	☐	☐	☐	☐	d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	☐	☐	☐	☐	e	Diğer huzursuzluklarınız:	☐	☐	☐	☐																														
	Haftada →	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok																																																														
a	Gürültülü horlama	☐	☐	☐	☐																																																														
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	☐	☐	☐	☐																																																														
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	☐	☐	☐	☐																																																														
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	☐	☐	☐	☐																																																														
e	Diğer huzursuzluklarınız:	☐	☐	☐	☐																																																														

Buyssse D.J, Reynolds CF 3rd, Monk TH (1989) Psychiatry Res. 1989 May;28(2):193-213


www.ftronline.com

**Skorlama yönergesine
ftronline.com 'dan
ulaşabilirsiniz.**

Tasarım  Dr. Ender  2019

EK-4: SF-36 Yaşam Kalite Ölçeği

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel
☐₁

Çok iyi
☐₂

İyi
☐₃

Orta
☐₄

Kötü
☐₅

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden
☐₁

Çok daha iyi
☐₂

Biraz iyi
☐₃

Hemen hemen aynı
☐₄

Biraz daha kötü
☐₅

Çok daha kötü
☐₆

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
11) Yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmada güçlük çektiniz mi? (Aşın efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Çok Az ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epeyce ☐₄ Çok Fazla ☐₅

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı ☐₁ Çok Az ☐₂ Hafif ☐₃ Orta ☐₄ Çok ☐₅ Pek Çok ☐₆

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Biraz etkiledi ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epey Etkiledi ☐₄ Çok Etkiledi ☐₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ☐₁ Çoğu zaman ☐₂ Bazen ☐₃ Ara sıra ☐₄ Hiç bir zaman ☐₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Ware JE 31, Sherbourne CD (1992) Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83

ftronline
www.ftronline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2017