



ARAŞTIRMA

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.
2010; 24 (1): 13 - 19
http://www.fusabil.org

Ankilozan Spondilitte Anksiyete ve Depresyon Düzeyi, Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Murat KARKUCAK
Gonca ÖZDEN
Erhan ÇAPKIN
Mehmet TOSUN
Hüsna ALACA
Ömer BARÇAK

Karadeniz Teknik
Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon Anabilim Dalı,
Trabzon, TÜRKİYE

Ankilozan spondilit (AS) aksiyel iskeleti etkileyen, sistemik, kronik inflamatuvar ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen romatizmal hastalıktır. Bu çalışmanın amacı AS'de yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri, anksiyete ve depresyon düzeyini belirlemektir. Çalışmaya modifiye New York Kriterlerine göre AS tanısı almış 60 hasta alındı ve kontrol grubu da 60 sağlıklı erişkinden seçildi. Hastalar kontrol grubuyla yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKI), medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki durum, sigara ve alkol kullanımı göz önüne alınarak eşleştirildi. AS hastalarının hastalık aktivitesi Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) ile, spinal mobilitesi Bath AS metroloji indeksi (BASMI) ile ve fonksiyonel durumu da Bath AS fonksiyonel indeksi (BASFI) ile değerlendirildi. AS hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmek için Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği (ASQoL) kullanıldı. Hastalardan ve kontrol grubundan anksiyete ve depresyon düzeyi için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) formlarını doldurmaları istendi. Eğitim düzeyi ve mesleki durum AS hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler olarak tespit edildi. Ayrıca kadın AS'li hastalarda VAS ve BASDAI değerlerinin daha yüksek olduğunu gözlemlendi. AS'li hastalar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında depresyon ve anksiyete düzeyleri daha kötüydü. Hastalık aktivitesi yüksek olanlarda yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu ve ASQoL ile BASDAI, BASFI, VAS, BASMI ve depresyon ve anksiyete ölçekleri arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu gözlemlendi. AS'li hastalarda kontrol grubuna kıyasla depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksektir ve sosyal ve psikolojik destek AS tedavisinde başarıya önemli katkı sağlama potansiyelindedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, yaşam kalitesi, Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği.

Factors Affecting the Quality of Life, Anxiety and Depression Levels in Ankylosing Spondylitis

Ankylosing spondylitis (AS), is a chronic inflammatory rheumatic disease predominantly involving the axial skeleton, has negative impact on quality of life. The aim of this study was to determine the factors effecting the health related quality of life and the levels of anxiety and depression in patients with AS. The study involved 60 AS patients, diagnosed according to the modified New York criteria and 60 healthy adult controls. The groups were comparable with respect to the age, gender, body mass index (BMI), marital status, level of education, job status, use of tobacco and alcohol. Participants completed questionnaires including disease activity (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI), spinal motility (The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index, BASMI), function (the Bath AS functional index, BASFI) and health-related quality of life (ASQoL). For evaluation of the patients and controls Beck depression scale, Beck anxiety scales were used. The level of education and job was the significant determinants of quality of life among AS patients. Additionally, female AS patients had significantly higher levels of VAS and BASDAI values. AS patients had significantly higher levels of depression and anxiety. The patients with higher disease activity had significantly poor quality of life, there was significant correlation between ASQoL and BASDAI, BASFI, VAS, BASMI and depression and anxiety scores. Results indicates that AS patients had a high level of depressive and anxiety symptoms than the controls and social and psychological support posses beneficial potential for AS patients.

Key Words: Ankylosing spondylitis, quality of life, Beck depression scale, Beck anxiety scale.

Giriş

Ankilozan spondilit (AS) özellikle omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen, etyolojisi kesin belli olmayan, sistemik, kronik ve inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır (1). Hastalık genellikle yaşamın en üretken dönemlerinde başlar ve vakaların en az 1/3'ünde ciddi özürüllüğe yol açar. AS seyri boyunca görülen ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu ve mobilite kısıtlılığı gibi şikayetler hastanın günlük yaşamı oldukça zorlaştırmaktadır (2). Yaşam kalitesi indeksleri hastalığın günlük yaşama ve iyilik haline olan etkisini değerlendirmeye imkan tanır.

Geliş Tarihi : 18.12.2009
Kabul Tarihi : 08.02.2010

Yazışma Adresi Correspondence

Murat KARKUCAK
Karadeniz Teknik
Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon
Anabilim Dalı,
Trabzon-TÜRKİYE

muratkarkucak@yahoo.com

AS'li hastalarda demografik özellikler içinde yaşam kalitesi ile ilişkisi en önemli durumun eğitim düzeyi olduğu rapor edilmiştir. Eğitim seviyesi düşük olanlarda Short form (SF) 36'nın 8 alanından 7'sinde yaşam kalitesi daha kötü bulunmuştu (3).

AS kronik ve ilerleyici bir hastalık olması, deformiteler bırakması ve iş gücü kaybına neden olmasından dolayı bazı psikiyatrik semptomlara yol açabilmektedir. Bu hastalarda en sık karşılaşılan psikiyatrik belirtiler anksiyete ve depresyondur. Depresyon ve anksiyete sıklığının AS'li hastalarda %28 ile %32 arasında değiştiği rapor edilmiştir (4). Yine Barlow ve ark. AS'li hastalarının yaklaşık üçte birinde ciddi depresif semptomların olduğunu bildirmişlerdir (101). Martindale ve ark. hastalığın seyriden görülen psikolojik durum tespitinin, klinik değerlendirme kadar önemli olduğunu vurgulamışlardı (5).

Bu çalışmanın amacı AS'li hastalarda yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkili faktörleri tespit etmek ve kontrol grubu ile karşılaştırarak AS'li hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Eylül 2009 ve Aralık 2009 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı kliniğine başvuran, Modifiye New York Kriterlerine göre AS tanısı almış ve klinik, laboratuvar ve fonksiyonel olarak 2-3 aylık periyotlarla takibe gelen 60 hasta çalışmaya alındı (6). AS'li hastalar non-steroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAID), hastalığı modifiye edici ilaçlar (HMEI) ve Anti tümör nekrosis faktör (TNF) alfa tedavisi altında idi. Tüm hastalar bu medikal tedavileri en az 3 aydır almaktaydılar. Hastaların klinik bilgileri poliklinik kayıt sisteminden ve hastalardan elde edildi. Kontrol grubu yine aynı kliniğe başvuran hasta yakınlarından seçilen 60 sağlıklı erişkin dahil edildi. Hastalar, kontrol grubuyla yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKI), medeni durum, eğitim durumu, mesleki durum, sigara ve alkol kullanımı göz önüne alınarak eşleştirildi.

AS ve kontrol grubunun her ikisinde de özgeçmişinde Diabetes Mellitus, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, troid hastalığı, neoplastik hastalık, kronik enfeksiyöz hastalık gibi kronik sistemik hastalığı olanlar ve kronik steroid kullanan hastalar çalışma kapsamına alınmadı. Kontrol grubu mevcut veya özgeçmişinde inflamatuvar artrit olmayan ve inflamasyonun göstergesi olarak eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C reaktif protein (CRP) bakılarak normal sınırlarda olan katılımcılardan oluşturuldu. Aynı zamanda formların sağlıklı doldurulabilmesi için okur-yazar olmayan ve zeka düzeyi testleri doldurmak için yetersiz olan denekler çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar ve sağlıklı kontroller çalışma hakkında bilgilendirildi ve onam formu alındı. Çalışma öncesi etik kurul onayı alındı.

Hastalık aktivite ve şiddetini göstermede kullanılan hastalık olan indeksler

Hastaların ağrı düzeyi 10 cm'lik görsel analog skala (visual analogue scale -VAS) ile değerlendirildi. AS hastalarının hastalık aktivitesi Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) ile, spinal mobilitesi Bath AS metroloji indeksi (BASMI) ile ve fonksiyonel durumu da Bath AS fonksiyonel indeksi (BASFI) ile değerlendirildi. Her üç indekste geçerlilik ve güvenilirliği ile tekrarlanabilirlik ve değişimde duyarlılık özellikleri kanıtlanmıştır (7-9). AS'de hastanın yaşam kalitesini değerlendirmek üzere geliştirilen AS Yaşam Kalitesi Anketi'nin (Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire -ASQoL) hem klinik uygulamalar, hem de bilimsel araştırmalarda kullanılabilecek geçerli, güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir (9).

Çalışmamızda hastalar ve kontrol grubundan ASQoL, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) formlarını doldurmaları istendi.

BDÖ; Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel belirtileri ölçen 21 belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (10).

BAÖ; Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçen 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin derecesini gösterir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (11).

İstatistiksel Analiz

Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. İki grubun ölçümsel verilerinin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlarda Student t testi, normal dağılıma uymayanlarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üçlü grup karşılaştırmalarında, normal dağılıma uyduğu için ANOVA (post hoc Bonferroni) kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi yapılmıştır. Hastalardan oluşturulan subgruplarda ölçeklerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde, normal dağılıma uyanlarda pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uymayanlarda Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya 60 AS (grup 1) ve 60 kontrol (grup 2) dahil edildi. Grup 1'deki hastaların yaş ortalaması 35.0 ± 9.3 , grup 2'deki kontrollerin yaş ortalaması 34.9 ± 4.6 idi ($p=0.902$). Grup 1 deki 60 hastanın 19'u (%31.7) kadın,

41'i (%68.3) erkek idi. Grup 2'de dahil edilen 60 kişinin 22'si (%36.7) kadın, 38'i (%63.3) erkek idi. Cinsiyet dağılımı yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.700$). Grup 1 ile grup 2 arasında yaş, cinsiyet, VKİ, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durum, sigara ve alkol kullanımı ve geçirilmiş cerrahi öyküsü açısından anlamlı farklılık yoktu (Tablo 1). AS'li hastaların klinik özellikleri ve hastalığı değerlendirmede kullanılan BASDAI, BASFI, BASMI, ASQoL, VAS, ESH ve CRP değerleri tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Ankilozan spondilit ve kontrol grubun sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması.

	Grup 1 (AS hasta grubu)		Grup 2 (Kontrol grubu)		p
	Ort ± Std		Ort ± Std		
Yaş (y)	35.0 ±9.3		34.9±4.6		0.902
VKI (kg/cm ²)	26.5±5.7		25.8±3.6		0.441
	n	%	n	%	
Cinsiyet					0.700
Kadın	19	31.7	22	36.7	
Erkek	41	68.3	38	63.3	
Medeni durum					0.819
Bekar	11	18.3	13	21.7	
Evli-dul	49	81.7	47	78.3	
Eğitim durumu					0.140
Ortaokul ve altı	27	45.0	20	33.3	
Lise mezunu	23	38.3	21	35.0	
Üniversite mezunu	10	16.7	19	31.7	
Mesleki durum					0.061
Ev hanımı-öğrenci-ışsız	21	35.0	11	18.3	
Memur	12	20.0	21	35.0	
Esnaf-ışçı	27	45.0	28	46.7	
Sigara kullanımı					0.264
Yok	19	31.7	27	45.0	
Var	31	51.7	27	45.0	
Bırakmış	10	16.7	6	10.0	
Alkol kullanımı					0.416
Yok	45	75.0	48	80.0	
Var	8	13.3	9	15.0	
Bırakmış	7	11.7	3	5.0	
Geçirilmiş cerrahi öyküsü					0.697
Var	21	35.0	18	30.0	
Yok	39	65.0	42	70.0	

VKI; vücut kitle indeksi

Tablo 2. Ankilozan spondilitli hastaların demografik özellikleri.

	Ort ± Std
Yaş (y)	35.08 ±9.37
VKI(kg/cm ²)	26.54±5.71
BASDAI	3.38±1.91
BASFI	3.05±2.37
BASMI	2.52±2.48
ASQoL	7.95±5.35
VAS (0-10cm)	4.38±2.91
ESH (mm/saat)	32.2±24.2
C-reaktif protein (mg/dl)	1.6±1.6

VKI; vücut kitle indeksi, BASDAI; Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI; Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, BASMI; Bath ankilozan spondilit metroloji indeksi, ASQoL; Ankilozan spondilit yaşam kalitesi, VAS; vizüel analog skalası, ESH; Eritrosit sedimentasyon hızı

Grup 1'deki hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre yapılan subgruplarda, BASMI değerlerinin 40 yaş üzeri hastalarda diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.001$). Yaşa göre oluşturulan gruplarda BASDAI, BASFI, ASQoL, VAS değerleri açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. AS hastalarında ağrıyı değerlendirmek için kullanılan VAS'da kadın ve erkek cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Kadın hastalarda VAS ortalama değeri 6.0±2.9 mm iken erkek hastalarda 3.6±2.6 mm idi ($p=0.003$). Yine grup 1'de kadın erkek cinsiyetler arasında BASDAI değerlerinde de istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi ($p<0.0005$). Sigara ve alkol kullanımı açısından kullanan, kullanmayan (bırakmış olan dahil) hasta grupları arasında da VAS, BASDAI, BASFI, BASMI ve ASQoL açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildi. Yapılan subgrup analizinde eğitim düzeyi ve mesleki durum ASQoL ile ilişkili faktörler olarak bulundu. Semptom süresinin, eğitim düzeyinin ve mesleki durumun BASFI ile ilişkisi olduğu tespit edildi. Farklı medikasyon üzere olan gruplar arasında sadece BASMI değerlerinde farklılık vardı (Tablo 3). Ayrıca yaş, semptom süresi ve eğitim durumunun BASMI ile ilişkili idi.

Grup 1'in BAÖ ortalama değeri 14.9±10.7 iken, grup 2'nin 5.6±5.5 idi ve grup 1 ile grup 2 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut idi ($p<0.0005$). Kesme puanı 17 olan BDÖ'ye göre puanı 17'nin altında olan kişi sayısı grup 1'de 38 (% 63.3), grup 2'de 58 (% 96.7) idi. 17 puan ve üzeri olanlar grup 1'de 22 (36.7), grup 2'de 2 (%3.3) idi. Gruplar arasında BDÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut idi ($p<0.0005$) (Tablo 4). Çalışmada AS'li hastalarda uygulanan ASQoL, VAS, BASDAI, BDÖ ve BAÖ parametreleri arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon bulunmaktaydı (Tablo 5). Ayrıca CRP ve ESH'in birbiri arasında pozitif korelasyon içinde olduğu ($r=0.77$, $p=0.0005$), ancak çalışmada kullanılan VAS, BASDAI, BASFI, BASMI, ASQoL, BDÖ ve BAÖ ile istatistiksel anlamlılık düzeyinde bir korelasyon içinde olmadığı tespit edildi.

Tablo 3. Hastaların subgruplara göre ASQoL ve hastalık değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması.

	VAS		ASQoL		BASDAI		BASMI		BASFI	
	ort±std	P	ort ± std	p	ort ± std	p	ort ± std	p	ort ± std	p
Yaş (y)		0.449		0.773		0.184		0.001		0.288
30 y ↓	5.1±3.4		7.2±5.1		3.7±1.8		1.1±1.4		2.5±1.9	
30-39 y	3.9±2.8		7.9±5.7		2.8±1.8		2.2±2.2		2.8±2.5	
40 y ↑	4.2±2.4		8.6±5.1		3.8±2.0		4.1±2.7		3.7±2.4	
Cinsiyet		0.003		0.078		<0.0005		0.841		0.237
kadın	6.0±2.9		9.7±4.6		4.7±1.7		2.4±2.3		3.5±2.6	
erkek	3.6±2.6		7.1±5.4		2.7±1.6		2.5±2.5		2.8±2.2	
VKİ		0.153		0.874		0.821		0.380		0.763
< 25	5.0±3.0		8.0±5.6		3.3±1.9		2.1±2.3		2.9±2.3	
≥ 25	3.9±2.7		7.8±5.1		3.4±1.8		2.7±2.6		3.1±2.4	
Semptom süresi		0.453		0.100		0.254		<0.0005		0.002
≤ 5 yıl	4.6±2.4		6.3±4.8		2.8±1.6		1.0±1.3		2.0±1.8	
6-10 yıl	3.6±3.4		7.5±5.1		3.7±2.1		1.6±1.6		2.5±2.0	
≥ 11 yıl	4.7±2.7		9.8±5.5		3.5±1.8		4.7±2.3		4.4±2.5	
Tanı süresi		0.630		0.490		0.185		0.056		0.091
≤ 5 y	4.2±2.8		7.6±5.0		3.1±1.8		2.0±2.0		2.7±2.2	
≥ 6 y	4.6±3.0		8.7±6.0		3.9±1.9		3.7±3.0		3.9±2.6	
Sigara kullanımı		0.710		0.747		0.541		0.953		0.445
yok	4.6±3.3		7.6±4.0		3.7±2.1		2.3±2.5		2.8±2.3	
var	4.4±2.9		8.4±6.0		3.2±1.7		2.5±2.2		3.3±2.3	
bırakmış	3.7±2.0		7.0±5.37		3.1±2.0		2.6±3.1		2.3±2.5	
Alkol kullanımı		0.675		0.745		0.690		0.914		0.992
yok	4.5±2.8		8.2±5.0		3.4±1.8		2.4±2.3		3.0±2.3	
var	3.7±3.8		6.7±5.9		2.8±1.7		2.6±2.5		2.9±2.2	
bırakmış	3.8±2.4		7.4±7.0		3.5±2.4		2.8±3.5		2.8±3.5	
Medikal tedavi		0.780		0.687		0.482		0.038		0.564
Grup X	5.2±2.5		8.3±4.9		3.6±1.8		1.7±1.7		2.8±2.1	
Grup Y	3.9±2.9		7.7±5.6		3.2±1.9		2.9±2.7		3.1±2.5	
Eğitim durumu		0.052		0.031		0.710		0.006		0.017
Ortaok. ve ↓	5.3±2.5		9.9±5.4		3.9±1.9		3.2±2.7		4.0±2.6	
Lise mezun	2.9±2.5		6.4±4.7		2.7±1.3		2.4±2.2		2.4±1.8	
Ünv. mezun	5.2±3.5		6.0±5.1		3.3±2.4		0.7±0.9		1.6±1.7	
Meslek durumu		0.176		0.046		0.490		0.102		0.160
Ev hanım-öğr-işsiz	5.2±2.5		10.1±4.6		4.1±2.0		3.3±3.0		4.0±2.8	
Memur	4.3±3.4		5.7±5.0		3.1±2.3		1.5±2.0		1.7±1.6	
Esnaf-işçi	3.7±2.8		7.2±5.5		2.8±1.4		2.2±1.9		2.8±1.9	
Medeni durum		0.179		0.560		0.503		0.152		0.880
Bekar	5.4±2.9		8.1±5.4		3.0±1.1		1.5±2.6		2.9±2.4	
Evli-dul	4.1±2.8		7.0±4.9		3.4±2.0		2.7±2.4		3.0±2.3	

VKİ; vücut kitle indeksi, BASDAI; Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI; Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, BASMI; Bath ankilozan spondilit metroloji indeksi, ASQoL; Ankilozan spondilit yaşam kalitesi, VAS; vizüel analog skalası

Grup X; NSAID ve /veya HMEİ tedavisi

Grup Y; Anti-TNF alfa tedavisi

Tablo 4. Ankilozan spondilitli hastalarla ve kontrol grubunun depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırılması.

	Grup 1 (n=60)		Grup 2 (n=60)		p
	ort± Std		ort± Std		
BAÖ	14.98±10.71		5.62±5.51		<0.0005
BDÖ	n	%	n	%	<0.0005
17 puan altı	38	63.3	58	96.7	
17 puan ve üzeri	22	36.7	2	3.3	

BDÖ: Beck depresyon ölçeği, BAÖ: Beck anksiyete ölçeği

Tablo 5. Yaşam kalitesi ve hastalık değerlendirme ölçekleri ile BDÖ ve BAÖ arasındaki korelasyonun incelenmesi.

	VAS		BASDAI		BDÖ		BAÖ		ASQoL	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
VAS	x	x	0.71	<0.0005	0.28	0.027	0.27	0.034	0.28	0.029
BASDAI	0.71	<0.0005	x	x	0.50	<0.0005	0.38	0.003	0.45	<0.0005
BDÖ	0.28	0.027	0.50	<0.0005	x	x	0.52	<0.0005	0.46	<0.0005
BAÖ	0.27	0.034	0.38	0.003	0.52	<0.0005	x	x	0.33	0.008
ASQoL	0.70	<0.0005	0.60	<0.0005	0.53	<0.0005	0.59	<0.0005	x	x

BDÖ: Beck depresyon ölçeği, BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, BASDAI; Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi, BASFI; Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, BASMI; Bath ankilozan spondilit metroloji indeksi, ASQoL; Ankilozan spondilit yaşam kalitesi, VAS; vizüel analog skalası

Tartışma

Kronik hastalığı olan bireylerde fonksiyonel güçsüzlük ve genel iyilik halinin bozulması tedaviye uyumu zorlaştırır ve psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Bu durum kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Yaşam kalitesi göreceli bir kavram olup, bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesi ya da kişinin o andaki fonksiyon düzeyine göre ne algıladığının değerlendirilmesidir (3, 12). Kronik hastalıkların tedavisinde son yıllarda birincil amaç yaşam kalitesinin yükseltilmesi olmuştur. AS'nin kronik inflamatuvar süreci hareket kısıtlılığına ve fonksiyonel yetersizliğe neden olmaktadır (2, 3). Bu nedenle diğer romatizmal hastalıklarda olduğu gibi AS'de de izlem ve sonuçlarının değerlendirilmesinde, klinik ölçüm ve laboratuvar incelemelerine ilaveten hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin tespit edilmesi de gerekmektedir (5, 6).

AS'de yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri araştıran çalışmalarda, özellikle sigara kullanımının AS hastalarında akciğer fonksiyonlarının bozulmasında önemli rol oynadığı ve hastalığa bağlı hareket kısıtlılığını artırdığı rapor edilmiştir (13, 14). Ülkemizde yapılan bir çalışmada modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı almış 63 hasta değerlendirilmiş ve sigara kullanımının spinal mobilite, fonksiyonel durum, hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerine olan etkileri araştırılmıştı. Sigarayı hiç kullanmamış, kullanmış ve halen kullanmakta olan hastalardan oluşturulan subgroup analizinde klinik ve laboratuvar incelemelerinde ve yaşam kalitesi düzeyinde gruplar arasında bir farklılık tespit edilmemişti (13). Çalışmamızda sigaranın hastalık aktivasyonu, hareket kısıtlılığı ve fonksiyonel durumla yanı sıra yaşam kalitesi ile ilişkisini tespit etmedik. Benzer durum alkol kullanımı içinde geçerli idi.

Özgül ve ark. (3) çalışmalarında, AS hastalarında yaşam kalitesini SF 36 ile değerlendirmişlerdi. Yaşam kalitesi ölçütlerinden en fazla etkilenen alt işlevler; fiziksel rol gücü, genel sağlık değerlendirmesi ve ağrı olarak rapor edilmişti. Araştırmacılar eğitim seviyesi 8 yıl altı ve üstü olanların karşılaştırmasında genel sağlık ve fiziksel rol gücünün anlamlı farklılık gösterdiğini vurgulamışlardı. Bu sonuçlara göre eğitimin yaşam kalitesi üzerine olumlu yönde etkili olduğunu rapor etmişlerdi. Ayrıca hastalık aktivitesi nedeniyle işini bırakmak zorunda kalan hastalar ile karşılaştırıldığında iş yaşamını devam ettiren hastaların ağrı dışındaki yaşam kalitesi ölçütlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmişti. Çalışmamızda literatürle benzer olarak AS hastalarında eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığını gözlemledik. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça hastaların hastalığa ait zorluklarla mücadele kapasitesinin artmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca mesleki analizde memur AS'li hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olduğunu gözlemledik.

Ward (15). modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı almış 175 hastayı incelediler. Hastalardan, yaşam kalitesini etkileyebilecek ağrı, tutukluk, kötü uyku kalitesi, yorgunluk, kendine bakım, eşlerle ve diğer aile üyeleriyle ilişkiler, depresyon, anksiyete gibi 23 değişik problemi ölçen bir anketi doldurmaları istenmişlerdi. Hastalara ayrıca SF 36 da uygulanmıştı. Depresyon ve anksiyete sıklığının AS'li hastalarda %28 ile %32 arasında değiştiği rapor edilmiştir. Ayrıca çalışılan demografik faktörler arasında yaşam kalitesi ile en çok eğitim seviyesi arasında ilişki tespit etmişlerdi. Barlow ve Macey (16) ise AS'li hastalarının yaklaşık üçte birinde ciddi depresif semptomların olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca Martindale ve ark. (5) AS'nin klinik şiddeti ile hastaların anksiyete ve

depresyon düzeyi arasında pozitif korelasyon olduğunu bildirmişlerdir.

Eren ve ark. (4) yaptıkları bir çalışmada 11 kadın, 27 erkekten oluşan toplam 38 AS'li hasta ve 38 sağlıklı kontrol bireyi incelemişlerdi. Ortalama BAÖ ve BDÖ değerleri hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı yükseklik tespit etmişlerdi. Kadın hastalarda depresyon düzeyi daha yüksekti. Hastalığın aktivite derecesini gösteren BASDAI, ESH ve CRP değerleri ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında yine istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki rapor etmişlerdi. Bu çalışmada AS'li hastalarda depresyon düzeyindeki artışın, hastalığın doğasındaki immünolojik değişikliklere ikincil olabileceği vurgulanmıştı. Karan ve ark. (17) yaptıkları bir çalışmada AS'li hastalarda BDÖ'e göre hafif düzeyde bir depresyon saptamışlardır. 1991 Amor kriterlerine göre AS tanısı almış 24 hastanın incelendiği bu çalışmada hastaların BASFI, BASDAI, BDÖ değerleri elde edilmişti. BDÖ ile BASDAI ve BASFI arasında korelasyon tespit edilemediği vurgulanmıştı.

Çalışmamızda AS'li hastalarda hem BDÖ hem de BAÖ değerlerinin kontrol grubundan daha yüksek olduğunu tespit ettik. BDÖ puanı 17 ve üzeri olanların sayısı hasta grubunda %36.7, kontrol grubunda %3.3 idi. Bu durum hastalığın klinik gidişatı ve kişide oluşturduğu fonksiyon ve hareket kısıtlılığı ile ilişkili olabilir. AS'li hastalarda cinsiyetler arasında depresyon ve anksiyete düzeyi arasında farklılık yoktu. BASDAI ile değerlendirilen hastalık aktivitesi ve VAS ile ölçülen ağrı, kadınlarda erkeklere göre belirgin olarak yüksek idi. Eren ve ark çalışmalarında elde ettikleri verilerle uyumlu olarak AS'li hastaları değerlendirmede kullanılan hastalık aktivasyon parametreleri ile BDÖ ve BAÖ arasında pozitif bir korelasyon tespit ettik. Farklı medikasyon üzere olan hastalarda yaşam kalitesi düzeyinde bir farklılık tespit etmedik. Ancak Anti TNF alfa tedaviler özellikle BASDAI 4 birimin üzerinde yani aktif hastalığa sahip

vakalarda uygulanmaktadır. Anti TNF tedavisi çalışmalarda AS'de ağrı ve fonksiyonel durum üzerinde oldukça etkili olduğu rapor edilmiştir. Bu gruplarda BASMI değerlerindeki farklılık Anti TNF alfa uygulamasının ilerlemiş vakalarda oluşmuş yapısal hasara bir etkisinin olmamasından kaynaklanabilir (18).

AS'li hasta ve kontrol sayısının eşit olması ve literatürdeki birçok çalışmadan fazla vakaya sahip olması ve hastalardan bir kısmının anti-TNF tedavisi üzere olması çalışmamızın önemini arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesini değerlendirmede SF 36 formu sıklıkla kullanılmaktadır. Biz bu çalışmada literatürdeki birçok çalışmadan farklı olarak AS'li hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde ASQoL yaşam kalite indeksini kullanmayı amaçladık.

Çalışmamızı değerlendirmede bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Öncelikle hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri tespit edilirken sadece ölçekler kullanılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların rutin kontrolde ve medikasyon altında olmaları, dolayısıyla çoğunlukla inaktif ve BASDAI skoru 4'ün altında olan hastalardan olması ve premedikasyon öncesi değerlendirmenin yapılmaması özellikle farklı tedavi alternatiflerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilememesi çalışmamızı sınırlandıran faktörler olarak dikkate çekmektedir.

Sonuç olarak; AS hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri kontrol gruplarına kıyasla belirgin olarak bozulmuştur. Yaşam kalitesi düzeyi hastanın eğitim düzeyi ve meslek durumu ile ilişkilidir. Hastalık primer olarak erkek popülasyonu etkilemektedir ancak kadın AS'li hastalarda hastalık aktivitesi, ağrı ve yorgunluk düzeyi daha fazla etkilenmektedir. AS'li hastalara tedavi stratejileri belirlenirken bu durumların dikkate alınmasının gerekli olduğu kanısındayız.

Kaynaklar

1. Van der Linden S. Ankylosing spondylitis. In: Kelley N, Ruddy S, Haris E, Sledge C (Ed). Textbook of Rheumatology. WB Saunders Company, Philadelphia, 1997; pp. 969-82.
2. Danyan M, Guner A, Tuncer S *et al.* Disability in ankylosing spondylitis. *Disabil Rehabil* 199; 21: 74-79.
3. Özgül A, Peker F, Taşkınatın M. A ve ark. Ankilozan spondilitte hastalığın yaşam kalitesi ve yaşam alanlarına etkisi. *Romatizma*. 2003; 18: 82-91.
4. Eren İ, Şahin M, Cüre E, İnanlı İ ve ark. Ankilozan Spondilit Hastalarında Psikiyatrik Belirtilerin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesi ile İlişkileri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2007; 44: 1-9.
5. Martindale J, Smith J, Sutton CJ, *et al.* Disease and psychological status in ankylosing spondylitis. *Rheumatology* 2006; 45: 1288-1293.
6. Van der Linden S, Valkenburg H, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum*, 1984; 27: 361-368,
7. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, *et al.* A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994; 21: 2286-2291.
8. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC *et al.* Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol* 1994; 21: 1694-1698.
9. Doward LC, Spoorenberg A, Cook SA, *et al.* Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2003; 62: 20-26.
10. Hisli N. Beck Depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 22: 118-126.
11. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998; 12: 163-172.
12. Erdem E. Kanserli çocukların anne/babalarının yaşam kalitesi. HÜ Sağlık bilimleri enstitüsü çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bilim uzmanlığı tezi. Ankara;1999.

13. Kaan U, Ferda O. Evaluation of clinical activity and functional impairment in smokers with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2005; 25: 3573-60.
14. Hidalgo A, Franquet T, Gimenez A, *et al.* Smoking-related interstitial lung diseases: radiologic-pathologic correlation. *Eur Radiol* 2006; 16: 2463.
15. Ward MM. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis: a survey of 175 patients. *Arthritis Care Res* 1999; 12: 247-255.
16. Barlow JH, Macey SJ. Gender, depression and ankylosing spondylitis. *Struthers GR. Arthritis Care Res* 1993; 6: 45-51.
17. Karan A, Özcan E, Aydın R ve ark. Ankilozan spondilitli hastaları değerlendirilmede kullanılan skalaların karşılaştırılması. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 1999; 2: 18-22.
18. Braun J, Pham T, Sieper J, *et al.* ASAS Working Group. International ASAS consensus statement for the use of anti-tumour necrosis factor agents in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 817-824.