



Özgün Araştırma / Original Article

Multipl Skleroz'de Yaşam Kalitesi: Depresif Bulgular Fiziksel Özürlülük Kadar Etkili midir?

Mesrure Köseoglu¹, R. Gökçen Gözübatık Çelik¹, Mesude Tütüncü¹, Bahar Erbaş^{2,3}

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

2 Demiroğlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

3 İstanbul Florance Nightingale Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Geliş: 06.07.2020; Revizyon: 31.08.2020; Kabul Tarihi: 04.09.2020

Öz

Amaç: Multipl Sklerozda (MS) yaşam kalitesinin bozulması tedavi uyumunu ve klinik takibi güçleştirir. Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesine etki eden faktörlerden fiziksel nedenler ile psikolojik olarak en fazla gözlenen depresif bulgular arasında karşılaştırma yaparak, bu konunun önemini vurgulamayı amaçladık.

Yöntemler: Mc Donalds kriterlerine göre relapsing-remitting tanısı almış 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Sosyodemografik özellikleri, hastalık başlangıç yaşları, hastalık süreleri, özürlülük düzeyleri, Beck Depresyon Ölçeği, Yorgunluk Şiddet Ölçeği ve Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği skorları kaydedildi.

Bulgular: 65'i kadın, 35'i erkek 100 hastanın yaş ortalaması $35,21 \pm 8,86$ (min-max:18-63) yılı. Ortalama Krutzke Genişletilmiş Dizabilite Durum Skalası (EDSS) skorları $1,65 \pm 1,47$ (min-max:0-6,5) olarak kaydedildi. Beck Depresyon Ölçeği skorları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek gözlemlendi ($13,8 \pm 11,02$ vs $10,17 \pm 6,15$; $p:0,036$). Depresyonu olan hastaların depresyonu olmayanlara göre; yorgunluk şiddet ve yorgunluk etki ölçeği skor ortalamaları daha yüksekken, yaşam kalitesi ölçeği skorları daha düşük izlendi ($p<0,001$). Depresyon varlığının ve EDSS skorlarının yaşam kalitesi skorlarına etkisi incelendiğinde, yaşam kalitesi ölçeği ile EDSS skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki gözlemlendi ($r=-0,508$; $p<0,001$). Yaşam kalitesi ile depresyon skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı ($r=-0,507$; $p<0,001$).

Sonuç: MS hastalarının fiziksel özürlülüğü nedeniyle ortaya çıkan yaşam kalitesi bozukluğu benzer şekilde depresif bulgular için de geçerlidir. Sonuçlarımız fiziksel özürlülük oluşmaması için gereken özenin (tedavi seçimi, yeni tedavi arayışları gibi) depresif bulgular için de gösterilmesi ve multipl skleroz hastasına multidisipliner yaklaşımın gerekliliğini bir kez daha ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: multipl skleroz, yaşam kalitesi, EDSS, depresyon, yorgunluk

DOI: 10.5798/dicletip.800284

Correspondence / Yazışma Adresi: Rabia Gökçen Gözübatık Çelik, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Bölümü, İstanbul, Türkiye e-mail: gokcen3@hotmail.com

Quality of Life in Multiple Sclerosis: Are Depressive Findings as Effective as Physical Disability?

Abstract

Objective: Impairment of multiple sclerosis (MS) life make it difficult to comply with treatment and the clinical follow-up. In our study we emphasized the importance of this problem, compared with the most common depressive results the physical factors that affect the quality of life for patients.

Methods: 100 patients were included in the study who were diagnosed with re-transmission in accordance with Mc Donalds criteria. Social demographic properties, age, duration of the disease, levels of disability, Beck Depression Scale, Fatigue Severity Scale and Life Scale Short Form Quality were recorded.

Results: The mean age was $35,21 \pm 8,86$ (min-max:18-63) years for 100 patients, 65 females and 35 males. Approximately 1.65 ± 1.47 Expanded Disability Status Scale (EDSS) scores (min-max. 00-6.5) were recorded. In women the rate of Beck Depression was higher than in men (13.8 ± 11.02 vs 10.17 ± 6.15 ; $p: 0.036$). The mean measures of fatigue severity and tiredness were higher, but the scale of the quality of life was lower ($p<0.001$) according to patients with no depression. On the basis of a statistically significant negative-moderate relationship between the quality of life scale and EDSS scores ($r = -0.508$; $p < 0.001$) when depression and EDSS scores were evaluated. The negative correlation between quality of life and depression values was statistically significant ($r=-0.507$; $p < 0.001$).

Conclusion: For depressive findings, the quality of life disorder caused by MS patients are equally valid. Once again, our results have shown the need to ensure that depressive observations are avoided (such as medication availability, the need for a new procedure) and that a multidisciplinary approach is needed for patients with multiple sclerosis.

Keywords: multiple sclerosis, quality of life, EDSS, depression, fatigue.

GİRİŞ

Multipl Skleroz (MS) genç yaşta özürüllüğe neden olan kronik enflamatuar demiyelinizan bir nörolojik hastalıktır. Genç yaşta mesleki ve sosyal sorunlarla da ömür boyu mücadele etmek zorunda kalan MS hastalarının yaşam kalitesi hem hastalığın yükü hem de sosyal nedenlerle ciddi oranda etkilenir.

Yakın geçmişe kadar, MS hastalarının değerlendirilmesinde daha çok muayene ve laboratuvar bulguları ön planda tutulmuştur. Hem hastalığın getirdiği fizyolojik problemler hem de tedavilerin yöntem sıklık ve yan etkileri hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Fiziksel özürüllüğün yaşam kalitesi puanlarındaki olumsuz etkisi birçok çalışmada bildirilmiştir. Ancak güncel çalışmalarda MS hastalarındaki yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bu kadarla sınırlı olmadığı anlaşılmıştır. Ülkemizde MS hastalarıyla sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı çalışmalarda depresif bulguların (%53,7) kontrollere göre (%9,3) daha yüksek olduğu ortaya konmuştur; depresyonu olan grupta yaşam kalitesi skorlarının daha düşük izlendiği gözlenmiştir.

Bu nedenle sadece MS 'i tedavi ederek özürüllüğü azaltmak bu konuda yetersiz kalınmasına neden olmaktadır. Ancak, klinisyenlerce fiziksel özürüllük daha ön planda değerlendirildiği için genellikle pratikte psikososyal faktörler ihmal edilmektedir¹⁻³.

Hastaların yaşam kalitelerinin bozulması ile gelen ek tablolar hastaların hem tedavi uyumunu hem klinik takiplerini zorlaştırır. Bu nedenle MS hastalarına multisistemik yaklaşmak hem klinisyenin tedavi başarısını hem de hastaların birçok faktörle ilişkili olan yaşam kalitesini arttırmaya yardımcı olur.

Literatür incelendiğinde ülkemizde MS ve yaşam kalitesiyle ilgili farklı metodolojide yapılan birçok çalışma bulunmaktadır³⁻⁷. Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesine etki eden faktörlerden fiziksel nedenler ile psikolojik olarak en fazla gözlenen depresif bulgular arasında karşılaştırma yapılarak, hastalara multisistemik yaklaşımın öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

YÖNTEMLER

Çalışmaya Ocak 2019- Ocak 2020 tarihleri arasında hastanemiz nöroloji polikliniğinden MS polikliniğine sevk edilen ve Mc- Donald 2017 kriterlerince kesin relapsing remitting MS tanısı alan,498 hastadan düzenli takibe gelen ve gönüllü olarak çalışmaya katılan ve uygulanan anketleri tam olarak dolduran 100 hasta dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, özürüllük düzeyi (Expanded Disability Status Scale, EDSS) excel formatına kaydedildi. Tüm hastalara aynı gün içinde aynı kişi gözetiminde Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ), Yorgunluk Etki Ölçeği (YEÖ), Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği (KF-36) uygulandı. Ölçekler excel formatına kaydedildi.

Antidepresan ilaç kullanan, depresyona neden olabilecek diğer nörolojik ve psikiyatrik hastalıkları olan, son üç ay içinde atak geçiren 18 yaş altı hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Kullanılan Ölçekler

Krutzke Genişletilmiş Dizabilite Durum Skalası, (Expanded Disability Status Scale, EDSS): Bu skala MS hastalarının nörolojik muayenelerine dayalıdır, birçok alt fonksiyonların değerlendirilerek özürüllük göstergesi olarak kullanılır. Bu ölçekte 0 (yetersizlik yok) ile 10 (MS'e bağlı ölüm) arasında 20 basamak bulunmaktadır⁸.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), (Beck Depression Inventory, BDI): MS hastalarında depresyon taraması için önerilmektedir. 21 sorudan oluşur. 18 ve üzerindeki puanlar orta ve ileri derecede depresyonun göstergesi olarak kabul edilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli ve ark. tarafından yapılmıştır⁹.

Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ), (Fatigue Severity Scale, FSS): Yorgunluk değerlendirmesinde türkçe geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir¹⁰. Hastaların kendi kendine uygulayabileceği 9 maddeden oluşan ölçekte, her madde 1-7 arasında (1=hiç katılmıyorum, 7=tamamıyla katılıyorum) skorlanır ve toplam skor 9 maddenin ortalaması alınarak hesaplanır. Patolojik yorgunluk için kesme değeri 4 ve üstü kabul edilir. Toplam skor ne kadar düşükse yorgunluk o kadar azdır.

Yorgunluk Etki Ölçeği (YEÖ), (Fatigue Impact Scale, FIS): FIS, yorgunluğun fiziksel, bilişsel ve sosyal etkilerini ölçen çok boyutlu bir ölçektir. 10'u bilişsel, 10'u fiziksel ve 20'si sosyal alt ölçeklerle ilgili 40 sorudan oluşmaktadır. Her soru 1'den 4'e kadar puan alır ve minimumdan ciddi dereceye değişir. En yüksek toplam puan 160'tır. MS hastalarında güvenilirlik ve geçerliliği kanıtlanmıştır¹¹.

Kısa Form-36 (KF-36), (Short Form-36, SF-36): Yaşam kalitesini değerlendirmede Türkçe geçerlik çalışması yapılmış olan ve oldukça yaygın kullanılan bir ölçüttür¹². Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere 8 alt bölümde toplam 36 soru içerir. Fiziksel komponent ve mental komponent olmak üzere iki bölümü vardır. 100 üzerinden yapılan skorlamada yüksek skorlar sağlıktaki daha iyi bir düzeyi işaret ederken düşük skorlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir.

İstatistiksel İnceleme

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm Standart sapma (SD) (minimum-maksimum) şeklinde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı (n) ve yüzde (%) olarak gösterildi.-Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve Fisher's Exact testleri kullanıldı. İkili gruba göre nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılan veriler için Bağımsız iki örnek t testi ve normal dağılmayan veriler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre nicel değişkenlerin karşılaştırılmasından normal dağılan veriler için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi ve normal dağılmayan veriler için Kruskal Wallis testi kullanıldı. Nicel veriler arasındaki ilişkiyi ölçmede normal dağılım göstermeyen veriler için Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Herbir değişkene ait odds oranı ve %95 güven aralıkları hesaplandı. p<0.05 için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Örneklem Büyüklüğü ve Güç Analizi: Çalışmada geçerliliği sınanacak temel hipotezler için ilişkisel analizler için korelasyon analizi grup karşılaştırmaları için ise bağımsız örneklem t testi

kullanılmıştır. T testinde büyük düzeyde etki büyüklüğü hedeflemesine göre ($r=.80$), α hata olasılığı 0,05 ve $1-\beta$ hata olasılığı=0,95 olarak belirlenerek G-Power 3.0.10 programı ile gerekli minimum örneklem sayısı hesaplanmıştır. Depresyon varlığı/yokluğu için, grup oranları 1'e 2 olarak belirlenmiş (Depresyon olmayan grup n, depresyon olan grup 2n) ve 63'e 31 kişilik gruplarla yapılacak karşılaştırmada kritik t:1.986 olarak belirlenmiş ve bu 94 kişilik çalışmanın. 95034 güce sahip olacağı saptanmıştır. Bu bilgiler ışığında; çalışmaya 100 kişi dâhil edilmiş ve depresyon varlığı/yokluğu oranı kısmen korunmuştur (81,19). Bu grup sayılarına göre analizlerin kritik t: 1.285 ve 87622 gücünde olduğu belirlenmiş ve iki grup karşılaştırmalarında gerekli olan ve hedeflenen etki/güç büyüklüğü elde edilmiştir. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.06.2020 tarihinde 2020/11-1 numara ile etik kurul onayı alınmıştır.

BULGULAR

65'i kadın 100 RRMS hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı $35,21 \pm 8,86$ (min-max:18-63) yıldır. Kadınların ortalama yaşı $34,49 \pm 9,42$ (min-max:18-63) yıl iken, erkeklerin $36,54 \pm 7,66$ (min-max:22-50) yıl olarak hesaplandı. 56 (%56) kişinin ilk ve ortaokul mezunu, 37 (%37) hastanın aktif çalışmakta olduğu gözlemlendi. Ortalama hastalık süresi $6,87 \pm 4,97$ (min-max:0.42-22) yıl, ortalama atak sayısı $3,98 \pm 3,2$ (min-max:1-18) saptandı. Ortalama EDSS skorları ise $1,65 \pm 1,47$ (min-max:0-6,5) olarak izlendi.

Ölçek puanları değerlendirildiğinde 100 RRMS hastasının ortalama KF-36 ortalaması $96,09 \pm 9,72$ (min-max:72-114) iken, YŞÖ ortalaması $38,13 \pm 15,47$ (min-max:11 -63), YEÖ ortalaması $85,62 \pm 27,88$ (min-max:31-154), BDÖ ortalaması $12,58 \pm 9,78$ (min-max:0-51) saptandı. BDÖ skorları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek izlendi ($13,8 \pm 11,02$ vs $10,17 \pm 6,15$; $p:0,036$). Depresyonu olmayan hastaların %61,4'ü kadın iken %38,6'sı erkek ve depresyonu olanların %85,7'si kadın iken %14,3'ü erkekti. Diğer skorlamalarda cinsiyet açısından anlamlı istatistiksel bir fark gözlemlenmedi ($p>0,05$).

Hastalık süresi ve yaş açısından değerlendirildiğinde ölçek ortalamalarında anlamlı

bir fark izlenmezken, yüksekokul mezunu olanların YEÖ skor ortalamalarının okur yazar ve ilkökul mezunu olanlardan düşük olduğu saptandı ($p=0,037$).

Hastalar depresyonu olan (n:21) ve olmayan (n: 79) şeklinde iki gruba ayrıldığında; depresyon varlığına göre cinsiyetin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık izlendi ($p=0,036$). Depresyon olmayan hastaların %61,4'ü kadın iken %38,6'sı erkek ve depresyonu olanların %85,7'si kadın iken %14,3'ü erkek olarak izlendi ($p>0,050$) (Tablo 1). Depresyon varlığı ile diğer sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında (medeni hal, eğitim durumu, hastalık süresi) herhangi bir ilişki gözlemlenmedi ($p>0,05$). Ayrıca, depresyonu olan hastaların depresyonu olmayanlara göre; YŞÖ skoru, YŞÖ skoru ortalamaları daha yüksek iken, KF-36 skorları daha düşüktü ($p<0,001$) (Tablo 2).

Tablo I: Sosyodemografik özelliklerin depresyon varlığına göre karşılaştırılması

	Depresyonu olmayan [n] [%]	Depresyonu var [n] [%]	Toplam [n] [%]	p
Cinsiyet [n] [%]				
Kadın	51 [61,4]	18 [85,7]	69 [66,3]	0,036*
Erkek	32 [38,6]	3 [14,3]	35 [33,7]	
Medeni durumu[n] [%]				
Bekar	24 [28,9]	6 [28,6]	30 [28,8]	0,975*
Evlü	59 [71,1]	15 [71,4]	74 [71,2]	
Eğitim düzeyi [n] [%]				
Okur yazar ve ilkökul	33 [40,2]	9 [42,9]	42 [40,8]	0,811*
Ortaokul	14 [17,1]	4 [19]	18 [17,5]	
Lise	20 [24,4]	6 [28,6]	26 [25,2]	
Yüksekokul	15 [18,3]	2 [9,5]	17 [16,5]	
Yaş grup [n][%]				
18-28	22 [26,5]	4 [19]	26 [25]	0,119*
29-38	31 [37,3]	13 [61,9]	44 [42,3]	
>38	30 [36,1]	4 [19]	34 [32,7]	
Hastalık süresi grup [yıl] [n][%]				
<5 yıl	19 [35,8]	8 [61,5]	27 [40,9]	0,206*
5-10 yıl	19 [35,8]	2 [15,4]	21 [31,8]	
>10 yıl	15 [28,3]	3 [23,1]	18 [27,3]	

*Ki-kare testi, **Fisher's Exact testi

Tablo II: Depresyonun yaş, hastalık süresiyle ilişkisi; EDSS ve diğer test skorlarına etkisi

Test		Depresyonu olmayan	Depresyonu var	Toplam	p
EDSS	Ort. ± S. sapma	1,58 ± 1,36	1,89 ± 1,83	1,65 ± 1,47	0,927*
	Ort. [Min. – Maks.]	1,5 [0 - 6]	1 [0 - 6,5]	1,5 [0 - 6,5]	
BDÖ	Ort. ± S. sapma	8,63 ± 5,25	28,19 ± 7,67	12,58 ± 9,78	<0,001**
	Ort. [Min. – Maks.]	9 [0 - 16]	27 [18 - 51]	11,5 [0 - 51]	
Yorgunluk şiddet	Ort. ± S. sapma	34,94 ± 14,81	51,74 ± 10,05	38,13 ± 15,47	<0,001**
	Ort. [Min. – Maks.]	31 [11 - 63]	54 [26 - 63]	38 [11 - 63]	
Yorgunluk etki	Ort. ± S. sapma	78,9 ± 24,97	112,86 ± 21,26	85,76 ± 27,78	<0,001**
	Ort. [Min. – Maks.]	76 [31 - 154]	109 [81 - 151]	83 [31 - 154]	
KF36 yaşam kalitesi	Ort. ± S. sapma	97,45 ± 9,5	89,81 ± 10,21	95,9 ± 10,08	0,002**
	Ort. [Min. – Maks.]	99 [73 - 114]	90 [64 - 108]	96 [64 - 114]	
Yaş	Ort. ± S. sapma	35,17 ± 9,22	35,86 ± 9,07	35,31 ± 9,15	0,760**
	Ort. [Min. – Maks.]	35 [18 - 63]	35 [22 - 60]	35 [18 - 63]	
Hastalık süresi [Yıl]	Ort. ± S. sapma	7,05 ± 4,73	5,77 ± 5,95	6,79 ± 4,97	0,411**
	Ort. [Min. – Maks.]	7 [0,42 - 22]	3 [1 - 20]	6 [0,42 - 22]	

*Mann-Whitney U testi, **Bağımsız iki örnek t testi BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği KF-36: Kısa Form-36

Depresyon varlığının ve EDSS skorlarının SF-36 skorlarına etkisi araştırıldığında ise, SF-36 yaşam kalitesi puanı ile EDSS skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki gözlemlendi ($r=-0,508$; $p<0,001$). SF-36 yaşam kalitesi puanı ile BDÖ skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı ($r=-0,507$; $p<0,001$), (Tablo 3).

Tablo III: EDSS ve Depresyon skorlarının yaşam kalitesine etkisi

	KF-36 Yaşam Kalitesi	
	r	p
EDSS	-0,508	<0,001
BDÖ	-0,507	<0,001

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği KF-36: Kısa Form-36

TARTIŞMA

MS hastalığında fiziksel özür lülüğün yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi aşıkardır. Ancak çalışmamız EDSS' nin yaşam kalitesi üzerine

etkisiyle benzer bir diğer faktörün depresif bulgular olduğunu ve depresif bulguların diğer etkenlerden bağımsız olarak fiziksel özür lülüğün olumsuz etkisine benzer şekilde hastaların yaşam kalitesini etkileyebildiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, depresif bulguların sıklıkla kadın MS hastalarında ortaya çıktığını ve yorgunluk şiddet skorları benzer olmasına rağmen yine kadınların erkeklere göre yorgunluk etkisini daha fazla yaşadıkları gözlemlenmiştir ($p<0,01$).

MS hastalarının hem sağlıklı kişilere hem de diyabet, epilepsi gibi diğer kronik hastalıkları olanlara göre daha fazla yaşam kalitelerinin etkilendiği bilinmektedir¹³. Multisistemik kronik bir hastalık olan MS için yaşam kalitesini etkileyen fiziksel, psikososyal birçok faktör olduğu bildirilmiştir. Örneğin, %66,9'unun RRMS tanısı aldığı 260 MS hastasında yapılan güncel bir çalışmada EDSS-fiziksel özür lülüğün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir¹⁴. Yine ülkemizde 104 MS

hastasında ağrının yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı bir diğer çalışmada da ağrı varlığına bakılmaksızın tüm MS hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir¹⁵. Çalışmamızdaki sonuçlar da literatürü destekler özelliindedir.

Kronik bir hastalık olan MS'de depresyon toplum temelli yapılan iki ana çalışmaya göre %41,0 ve %25,7 olarak tespit edilmiş ve ayrıca MS'de depresyonun 12 kat artabileceği bildirilmiştir¹⁶⁻¹⁸. Ülkemizde Onat ve ark.'larının 54 MS hastasında yaptıkları çalışmada ise MS 'de depresif bulguların kontrollere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlar (%53,7/%9,3) ve MS'de 5,7 kat depresif bulguların arttığını göstermişlerdir⁴. Farklı metodolojide ülkemizde yapılan bir çalışmada da ağırlı MS hastalarında daha belirgin olmak üzere MS hastalarında depresif bulguların fazla gözleendiğine ve yaşam kalitesini önemli olarak olumsuz etkilediğine dikkat çekilmiştir^{14,15}. Altmış iki MS hastasının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada da MS tipi, cinsiyet, hastalık süresi faktörlerinden daha çok depresyon varlığının yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir¹⁹. Benzer sonuçlara ulaştığımız 100 RRMS'in incelendiği çalışmamızda da depresyonu olan ve olmayan MS hastaları arasında cinsiyet hariç (kadınlarda daha sık) diğer sosyodemografik özellikler açısından (eğitim durumu, meslek, medeni durum, hastalık tipi ve hastalık süresi) farklılık olmaması, depresyonu olan MS hastalarında yaşam kalitesinin depresyonu olmayanlara göre daha düşük izlenmesi, literatürle uyumluluk göstermektedir^{3,20,21}.

Ancak 2006 ve 2009 yıllarında MS hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda hastalık süresi ve yaşam kalitesinin negatif yönlü ilişkili olduğu izlenmiş, hastalık süresi arttığında özürülük artacağı ve yaşam kalitesi etkileneyeceği belirtilmiştir. Ancak güncel çalışmalarda böyle bir ilişki saptanmamıştır¹⁴⁻¹⁹. Günümüzde MS hastalığına olan farkındalığın ve hastaların

tedaviye uyumlarının artması, yeni tedavi seçenekleri ile atak sıklıklarının ve kısmen de özürülüklerinin azalması ile bu ilişkinin ortadan kalktığı düşünülmüştür^{22,23}.

Yakın dönemde yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin fonksiyonel durumla ilişkisi olmadığı bildirilmekle birlikte kötü fonksiyonel durumun depresyona yatkınlık oluşturduğunu söyleyen yayınlar da mevcuttur^{24,25}. Chen ve ark. depresyonun yaşam kalitesini bozduğunu ve özellikle depresyonun mental kapasite üzerine olumsuz etkileri olduğunu vurgulamışlardır²⁶. Literatürde EDSS ile değerlendirilen nörolojik fonksiyon bozukluğu ile depresyon ilişkisinin araştırıldığı birçok makalede negatif yönlü anlamlı bir ilişki izlenmiştir^{18,20,26}. Ayrıca çalışmalarda KF-36 ölçeği ile değerlendirilen yaşam kalitesi skorlarının EDSS ve BDÖ skorlarıyla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir^{4,14}. Çalışmamızda MS hastalarında fiziksel özürülüğün yaşam kalitesine olumsuz etkisine benzer şekilde depresif bulguların da bu konuda negatif şekilde rol oynadığı gözlenmiş, hastalara multidisipliner yaklaşımın önemi ortaya konulmuştur ($p>0.001$ ve $r=-0.508$).

Multipl Sklerozlu hastalarda yorgunluk %70 oranında sıkça gözlenir. Etyolojisinde beyin lezyonları ve psikolojik faktörler rol alır. Yapılan araştırmalarda yorgunluğun depresyon, anksiyete ve özürülükle pozitif ilişkili ve hayat kalitesini de olumsuz etkilediği gösterilmiştir^{13,14,27,28}. MS'de yaşam kalitesi ölçeği-54 (MSQoL-54) anketi kullanılarak 103 MS'li hastada depresyon ve yorgunluğun hayat kalitesi üzerine etkisi araştırılmış EDSS ile orta düzeyde ilişki izlenirken depresyonla daha güçlü bir ilişki gözlenmiştir. Ayrıca yorgunluk depresyon ve özürülüğün MS hastalarında yaşam kalitesini etkileyen bağımsız risk faktörleri olduğu belirtilmiştir²⁹. Sonuçlarımızda EDSS ve BDÖ skorlarının benzer korelasyonla MS hastalarının yaşam

kalitelerini etkilediği ve depresyonu olan grupta YŞÖ ve YEÖ skorlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir ($p<0.01$).

Çalışmamızın kısıtlılığı olarak hastaların tek bir merkezle sınırlı kalmasını bildirebiliriz ancak hastanemiz MS polikliniklerinde hem il içi hem il dışı birçok hasta düzenli takiplerle nöroloji uzmanlarımızca kontrol edilmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda iki dikkat çeken bulgu izlenmiştir. Yorgunluk şiddet puanları benzer olmasına rağmen yorgunluk etki ortalamalarının kadın MS vakalarında daha fazla olduğu ve depresyonun fiziksel özürüllükle aynı korelasyonda hayat kalitesini olumsuz etkileyerek bağımsız bir risk faktörü olduğu gözlenmiştir.

Merkezimizde de uygulandığı gibi, klinisyenlerin hastaların sadece nörolojik şikayetlerini değerlendirmeyip ürolojik, cinsel, psikolojik gibi ek sorunları ilgili birimlerle koordineli çalışması, hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek ve bu durum tedavi başarısını, hasta hekim ilişkisini kuvvetlendirecektir.

Özetle, multifaktöryel etkileşimi olan MS hastalarının fiziksel özürüllüğü nedeniyle ortaya çıkan yaşam kalitesi bozukluğu benzer şekilde depresif bulgular için de geçerlidir. Sonuçlarımız fiziksel özürüllük oluşmaması için gereken özenin (tedavi seçimi, yeni tedavi arayışları gibi) depresif bulgular için de gösterilmesi ve MS hastalarına multidisipliner yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymuştur.

Etik Kurul Kararı: Demiroğlu Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.06.2020 tarihinde 2020/11-1 numara ile etik kurul onayı alınmıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma her hangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial support was received.

KAYNAKLAR

1. Bilgi E, Özdemir HH, Bulut S. Multipl sklerozlu hastalarda depresyon ve kognitif fonksiyon bozukluğu sıklığının belirlenmesi. Türk Nörol Derg. 2013; 19: 11-4.
2. Mavioğlu H, Tülek Z, Bakar E, Tavşanlı NG. Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesi ve Ölçümü. Türk Nörol. Derg. 2014; 1: 18-23.
3. Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. Multipl Sklerozda depresyon, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ilişkisi: Bir rehabilitasyon merkezi deneyimi. FTR Bil Der. 2015; 18: 139-45.
4. Baumstarck K, Boyer L, Boucekine M, Michel P, Pelletier J, Auquier P. Measuring the Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis in Clinical Practice: A Necessary Challenge. Multiple Sclerosis International Volume 2013 (2013), Article ID 524894, 8 pages
5. Güler BS, Ersin F. Multiple skleroz hastalarının yaşam kalitesi ve ruhsal durumları Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 21: 42-50.
6. Aygünoğlu SK, Çelebi A, Vardar N, Gürsoy E. Multipl skleroz hastalarında yorgunluğun depresyon, özürüllük ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Arch Neuropsychiatr. 2015; 52: 247-51.
7. Güven ŞŞ, Özcan DS, Aras M, Köseoğlu BF, Ak F. Multipl sklerozlu hastalarda ağrının değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon ile ilişkisi. Turk J Phys Med Rehab 2016; 62: 123-31.
8. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An Expanded Disability Status Scale (EDSS). Neurology. 1983; 33: 1444-52.
9. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi 1988; 6: 118-26.

10. Armutlu K, Korkmaz NC, Keser I, et al. The validity and reliability of the Fatigue Severity Scale in Turkish multiple sclerosis patients. *Int J Rehabil Res.* 2007; 30: 81-5
11. Fisk JD, Ritvo PG, Ross L, Haase DA, Marrie TJ, Schlech WF. Measuring the functional impact of fatigue: initial validation of the fatigue impact scale. *Clinical Infectious Diseases*, 1994; 18: 79-83.
12. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)' nın Türkçe versiyonunun Güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1998; 12: 102-6.
13. Kidd T, Carey N, Mold F, et al. A systematic review of the effectiveness of self-management interventions in people with multiple sclerosis at improving depression, anxiety and quality of life. *PLoS ONE* 12: e0185931.
14. Schmidt S, Jöstingmeyer P. Depression, fatigue and disability are independently associated with quality of life in patients with multiple Sclerosis: Results of a cross-sectional study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders* 2019; 35: 262-9.
15. Güven ŞŞ, Özcan DS, Aras M, ve ark. Multipl sklerozlu hastalarda ağrının değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi, yorgunluk ve depresyon ile ilişkisi. *Turk J Phys Med Rehab* 2016; 62(2): 123-31.
16. Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, et al. Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: and epidemiologic study of a large community sample. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1862-8.
17. Patten SB, Beck CA, Williams JV, et al. Major depression in multiple sclerosis: a population based perspective. *Neurology* 2003; 61: 1524-7.
18. Tanık N, Aydın A, Selvi Y, ve ark. Multipl sklerozda tedavi, özürllülük ve depresyon arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2012; 49: 300-3.
19. Koçer E, Koçer A, Yaman M, ve ark. Multipl Skleroz Olgularında Yaşam Kalitesi: Fiziksel Özürllülük ve Depresyonun Etkisi?. *Journal of Mood Disorders* 2011; 1: 63-7.
20. Bilgi E, Özdemir HH, Bulut S. Multipl sklerozlu hastalarda depresyon ve kognitif fonksiyon bozukluğu sıklığının belirlenmesi. *Türk Nörol Derg.* 2013; 19: 11-4.
21. Soyuer F, Ünalın D, Mirza M. Multipl sklerozda depresif semptomlar; sosyodemografik faktörler ve işlevsellik ile ilişkisi. *Türk Nörol Derg.* 2010; 16: 31-5.
22. Yıldız H, İçağasıoğlu A, Canik N, ve ark. Multipl sklerozda yaşam kalitesi Göztepe Tıp Dergisi. 2006; 20: 36-9.
23. Haliloğlu S, İçağasıoğlu A, Baklavacıoğlu HŞ, ve ark. Multipl Sklerozda yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ile ilişkisi Göztepe Tıp Dergisi. 2009; 24: 129-33.
24. McGuigan C, Hutchinson M. Unrecognised symptoms of depression in a community-based population with multiple sclerosis. *J Neurol.* 2005; 253: 219-23.
25. Kikuchi H, Mifune N, Niino M, et al. Structural equation modeling of factors contributing to quality of life in Japanese patients with multiple sclerosis. *BMC Neurol.* 2013; 13: 10.
26. Chen K, Fan Y, Hu R, Yang T, Li K. Impact of depression, fatigue and disability on quality of life in Chinese patients with multiple sclerosis. *Stress Health* 2013; 29: 108-12.
27. Bakshi R, Shaikh ZA, Miletich RS, et al. Fatigue in multiple sclerosis and its relationship to depression and neurologic disability. *Mult Scler.* 2000; 6: 181-5.
28. Iriarte J, Subira ML, Castro P. Modalities of fatigue in multiple sclerosis: correlation with clinical and biological factors. *Mult Scler.* 2000; 6: 124-30.
29. Janardhan V, Bakshi R. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. *J Neurol Sci.* 2002; 205: 51-8.