

Aksiyel spondiloartrit hastalarında anksiyete düzeyinin çeşitli ölçeklerle değerlendirilmesi ve anksiyete ile ilişkili faktörler

EVALUATION OF ANXIETY LEVEL WITH DIFFERENT SCALES AND ITS RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH AXIAL SPONDYLOARTHRITIS

Emrah Barışan¹, Duygu Bayır¹, Dilek Solmaz²

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

²Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

ÖZ

Amaç: Uluslararası spondiloartrit topluluğu (Assesment in SpondyloArthritis International Society; ASAS) tarafından önerilen aksiyel spondiloartrit (akSpA) konsepti içerisinde ankilozan spondilit (AS) hastalarının yanı sıra direkt grafide belirlenen kriterleri karşılamayan ancak manyetik rezonans görüntüleme veya diğer klinik özellikleri ile non-radyografik aksiyel spondiloartrit (nr-akSpA) olarak sınıflandırılan hastalar da yer almaktadır. Bu iki grup bazı özellikler açısından farklılıklar göstermesine karşın hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi açısından benzer hastalık yükünü taşımaktadır. Bu hastalık grubunda psikiyatrik semptomlar sıklıkla görülmekte ve en sık tanımlanan bozukluklar arasında anksiyete ve depresyon yer almaktadır. Bu çalışmada akSpA hastalarında anksiyetenin çeşitli ölçeklerle değerlendirilmesi ve ilişkili olabileceği faktörlerin gözden geçirilmesi planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya ASAS tanımlamasına göre akSpA olarak sınıflandırılan 155 [124 (%80,0) AS, 31 (%20,0) nr-akSpA] hasta dahil edilmiştir. Psikiyatrik semptomların değerlendirilmesi için State-Trait Anxiety inventory (STAI) 1 ve 2, Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete envanteri kullanılmıştır. Anksiyete ile ilişkili olabilecek bağımsız faktörler için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: AS hastaların nr-akSpA'ya göre karşılaştırıldığında daha yaşlı ($39 \pm 10,8$ vs $35 \pm 10,1$ $p=0,035$) ve daha fazla sayıda erkek hastadan (%73,4 vs %54,8, $p=0,044$) oluştuğu görülmüştür. Aksiyel spondiloartritte anksiyete sıklığı %60,8, depresyon sıklığı ise %27 olarak saptanırken AS ve nr-akSpA gruplarında farklılık saptanmamıştır. Kadın cinsiyet (Odds ratio [OR]= 2,8, $p=0,032$) ve yüksek hastalık aktivitesi (Bath Ankilozan Spondilit Aktivite İndeksi ≥ 4) (OR=1,44, $p=0,034$) anksiyeteyi bağımsız belirleyen faktörler olarak bulunmuştur.

Sonuç: Aksiyel Spondiloartrit hastalarında anksiyete ve depresyon önemli sıklıklarda bulunmakta ve alt gruplarında da benzer oranlarda görülmektedir. Anksiyete varlığı kadın cinsiyet ve yüksek hastalık aktivitesi ile ilişkili olarak bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: aksiyel spondiloartrit; ankilozan spondilit; anksiyete

Dilek SOLMAZ

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Süleymanpaşa/TEKİRDAĞ

 <https://orcid.org/0000-0002-9035-689X>

ABSTRACT

Objective: The concept of axial spondyloarthritis (axSpA) recommended by the Assessment in SpondyloArthritis International Society (ASAS) includes patients with ankylosing spondylitis (AS), and non-radiographic axSpA (nr-axSpA). Non-radiographic axSpA group is more heterogeneous, and distinct from AS in terms of some clinical characteristics. However, they have similar disease burden in terms of disease activity and quality of life. Psychiatric symptoms can often be seen during the disease course in both. Anxiety and depression are most common psychiatric disorders in these patients groups. In this study, we aim to assess the anxiety level and its related factors in axSpA patients.

Material and Method: One hundred fifty-five [124 (80.0%) AS, 31 (20.0%) nr-axSpA] patients with axSpA according to the ASAS definition were included in this study. The State-Trait Anxiety inventory (STAI-1 and 2), Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory were used to define psychiatric symptoms. A logistic regression analysis was performed for determining independent predictors related with anxiety.

Results: Patients with AS were more frequently males (73.4% vs 54.8%, $p=0.044$) and significantly younger (mean age =39 \pm 10.8 vs vs 35 \pm 10.1years, $p=0.035$) compared to patients with nr-axSpA. In axSpA, the frequency of anxiety was found as 60.8% and the frequency of depression was found as 27%, while there was no difference between AS and nr-axSpA groups. Female gender (Odds ratio [OR]= 2.8, $p= 0.032$) and high disease activity (Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index ≥ 4) (OR= 1.44, $p= 0.034$) were found to be independent predictors of anxiety.

Conclusion: The frequency of anxiety and depression is found to be high in patients with axSpA, and both have been similar frequencies within disease subgroups. Female gender and higher disease activity have been shown as significant predictors of anxiety in axSpA patients

Keywords: axial spondyloarthritis; ankylosing spondylitis; anxiety

Ankilozan Spondilit (AS) sakroiliyak eklemlerin ve entesis bölgelerinin inflamasyonu ile karakterize kronik progresif sistemik inflamatuvar bir hastalıktır (1). Ankilozan Spondilit sınıflandırılmasında radyolojik hasar ön planda yer aldığından daha erken hasta grubunu da tanımlayabilmek adına 2009 yılında Spondiloartrit Uluslararası Değerlendirme Derneği (Assessment of Spondyloarthritis International Society; [ASAS]) tarafından yeni kriterler geliştirilmiştir (2). Buna göre hastalar sakroiliyak eklemlerdeki yapısal değişikliklerin varlığı veya yokluğuna göre radyografik (AS) veya non-radyografik aksiyel spondiloartrit (nr-akSpA) olarak ikiye ayrılmıştır.

Aksiyel Spondiloartritte, hastalık ilişkili yapısal ve fonksiyonel kayıplar nedeniyle yaşam kalitesi, genel sağlık durumu, uyku düzeni ve iş gücü belirgin şekilde etkilenmektedir (3,4). Aynı zamanda bu durum hastaların aile ve sosyal ilişkilerini de etkileyebilmektedir (5,6). Yapısal hasardan bağımsız olarak AS ve nr-akSpA

hastalarında benzer seviyelerde yaşam kalitesi ölçeklerinde etkilenmeler gözlemlenmiştir (7,8).

Hastalığın kronik seyri ve yaşam kalitesi üzerine olan bu yoğun etkileri nedeniyle depresyon ve anksiyete sıklıkları da dikkat çekmiştir. Yaş grubuna baktığımızda ağırlıklı olarak genç bir hasta grubu etkilenmekte ve bu nedenle psikososyal durumları daha da önem arz etmektedir. Literatürdeki az sayıdaki çalışmada hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve psikolojik durum arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (9, 10). Özellikle AS'de olmak üzere son zamanlarda akSpA hastalarında da genel popülasyona göre depresyon ve anksiyetin artmış olduğu bildirilmiştir (11).

Bu çalışmalarda anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi için kullanılan ölçekler arasında en yaygın olanı Beck depresyon ve anksiyete envanteri olup birçok romatolojik hastalık durumunda değerlendirilmiş olup hastalık aktiviteleri arasında yakın ilişkileri gösterilmiştir (12,13). Yine anksiyete için kullanılan

durumluk ve sürekli kaygı ölçeği (STAI-1 ve 2) bazı romatolojik hasta gruplarında çalışılmış olmasına karşın akSpA grubunda henüz çalışılmamıştır (12-15).

Bu çalışmada akSpA hastalarında anksiyetenin değerlendirilmesinde farklı ölçeklerin kullanılması ve bu hasta grubunda anksiyete ile ilişkili olabilecek faktörlerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya bir üniversite hastanesi romatoloji polikliniğine başvuran 18 yaşından büyük ve ASAS sınıflama kriterlerine göre akSpA (AS ve nr-akSpA) olarak sınıflandırılan hastalar ardışık olarak dahil edildi. Dışlama kriterleri arasında başka bir romatolojik hastalık tanısı olanlar ve kronik psikiyatrik aktif hastalık veya kronik hastalığı olanlar yer almaktadır. Çalışma kesitsel olarak planlanan çalışmaya başlanmadan önce etik kurul onamı alındı (Tarih: 27.11.2014, karar no:2014/187/12/01).

Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık ile ilgili yakınmalarının başlangıç tarihi, tanı tarihi, sigara içme durumu, kullandıkları ilaçlar, aile öyküleri, eklem dışı bulgular, eğitim durumları, laboratuvar bulguları sorgulandı. Tıbbi kayıtlarda mevcut ise HLA-B27 durumu da kaydedildi. Hastaların spinal mobilite ölçümleri yapılarak Bath ankylosing spondylitis metrology index (BASMI) hesaplandı (16).

Hastalık aktivitesi, Bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (Bath ankylosing spondylitis disease activity index; [BASDAI]) (17) ve Ankilozan spondilit hastalık aktivite skoru (Ankylosing spondylitis disease activity score; ASDAS-CRP) (18) ile değerlendirildi. Fonksiyonel durum, Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeks (Bath ankylosing spondylitis functional index; [BASFI]) ile değerlendirildi (19).

Yaşam kalitesi için ankilozan spondilit yaşam kalite ölçeği (Ankylosing spondylitis quality of life; ASQOL) (20) ve Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire; HAQ) skorları kullanıldı.

Psikolojik değerlendirme için kullanılan anket ve ölçümler aşağıda sıralanmıştır.

Beck Depresyon Envanteri: Her maddenin 0-3 arasında puan aldığı 21 sorudan oluşmaktadır. Toplam 0-63 arasında değişir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir (21).

Beck Anksiyete Envanteri: Her maddenin 0-3 arasında puan aldığı 21 sorudan oluşmaktadır. Toplam 0-63 arasında değişir. 8-15 hafif anksiyete, 16-25 orta, 26-63 ağır anksiyete olarak tanımlanmıştır (22). ≥ 8 değeri anksiyete varlığı için kullanılmıştır.

STAI-1: Durumluluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler

STAI-2: Sürekli kaygı ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler

Her iki testte de puan 20-80 arasında değişir ve puan arttıkça kaygı arttığı şeklinde yorumlandı.

İstatistiksel Analizler

Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS 22.0 (IBM Statistical Package for the Social Sciences software version 22) hazır paket programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart deviasyon (SD) olarak, kategorik değişkenler ise yüzde olarak ifade edildi. Kategorik değerlerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki kare testi, sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiki olarak anlamlı olarak kabul edildi. Depresyon ve anksiyete ölçekleri ile diğer hastalık aktivite ve yaşam kalitesi skorları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. Anksiyete (≥ 8) üzerine etkili olabilecek bağımsız belirleyiciler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi ve son modele tek değişkenli analizde $p < 0.20$ olan değişkenler dahil edildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 155 akSpA (124 AS, 31 nr-akSpA) hastası alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri verileri tablo I'de özetlenmiştir. Alt grup analizlerine bakıldığında AS hastalarının nr-akSpA grubundan daha ileri yaşta ve daha fazla erkek hasta sıklığına sahip olduğu görüldü. Yine AS grubunda NSAI ve anti TNF ilaç kullanımı daha fazlaydı. Benzer şekilde AS

grubunda inflamatuvar belirteçler, BASFI, HAQs ve BASMI değerleri daha yüksekti (Tablo I). Ancak hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesini gösterecek ölçeklerden ASDAS-CRP, BASDAI ve ASQOL skorları gruplar arasında farklılık bulunmadı. Beck depresyon envanterine göre

depresyon sıklığı tüm hasta grubunda %27 anksiyete sıklığı ise %60 olarak bulundu ve hastalık alt gruplarında farklılık saptanmadı, STAI süreklilik ve durumluluk skorları da gruplar arasında benzer olarak bulundu (Tablo II).

Tablo I: Çalışma grubunun demografik ve klinik özellikleri

	AkSpA n=155	AS n=124	nr-akSpA n=31	P*
Yaş (yıl), ortalama ±SD	38,9 ± 10,8	39,8 ± 10,8	35,6 ± 10,1	0,035
Erkek, n (%)	108 (69,7)	91 (73,4)	17 (54,8)	0,044
Tanıdaki gecikme (yıl), ortalama ± SD	5,6 ± 5,6	5,8 ± 6,0	4,5 ± 3,8	>0,05
Hastalık süresi (yıl), ortalama ± SD	5,8 ± 5,7	6,2 ± 6,1	3,1 ± 3,0	<0,001
Eğitim süresi (yıl), ortalama ± SD	9,0 ± 4,0	8,9 ± 4,0	9,5 ± 4,0	>0,05
HLA-B27 pozitifliği n, (%)	80/105(76,2)	61/80 (76,2)	19/25 (76,0)	>0,05
NSAII kullanım oranı n, (%)	115 (75,2)	100 (80,6)	15 (51,7)	<0,001
Anti TNF kullanım oranı n,(%)	96 (62,7)	82 (66,1)	14 (48,2)	<0,001
Sigara kullanımı				
Hiç içmemiş n, (%)	39 (26,5)	29 (24,8)	10 (33,3)	>0,05
Halen içiyor n, (%)	64 (43,5)	52 (44,4)	12 (40,0)	
Daha önce içmiş n, (%)	44 (29,9)	36 (30,8)	8(26,7)	
BASMI, ortalama ± SD	3,2 ± 1,8	3,6 ± 1,9	2,2 ± 1,2	<0,001
ASQOL, ortalama± SD	6,8 ± 5,0	7,1 ± 5,0	5,6 ± 4,6	>0,05
BASFI, ortalama ± SD	3,0 ± 2,7	3,2 ± 2,7	2,0 ± 2,5	<0,001
BASDAI, ortalama ± SD	3,4 ± 2,0	3,8 ± 2,0	2,5 ± 2,1	>0,05
VAS spinal, ortalama ± SD	3,7 ± 2,9	3,9 ± 3,0	3,7 ± 2,8	>0,05
ASDAS- CRP ortalama ± SD	3,0 ± 1,4	2,5 ± 1,0	2,2 ± 1,0	>0,05
HAQ-S ortalama ± SD	0,6 ± 0,4	0,6 ± 0,5	0,4 ± 0,4	0,024
CRP (mg/L) (ortalama ± SD	9,5 ± 12,1	10,6 ± 11,5	8,1 ± 14,6	<0,001
ESH (mm/saat), ortalama ± SD	25,7 ± 20,7	26,2 ± 21,4	20,7 ± 17,2	<0,001

*P değeri AS ve nr-akSpA arasındaki farklılıklar için verilmiştir.

AS: Ankilozan spondilit, ASDAS-CRP: *Ankylosing spondylitis disease activity score*, ASQOL: *Ankylosing spondylitis quality of life*, BASDAI: *Bath ankylosing spondylitis disease activity index*, BASFI: *Bath ankylosing spondylitis functional index*, BASMI: Bath ankilozan spondilit metroloji indeksi, CRP: C- reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, HAQ-S: *Health Assessment Questionnaire*, HLA: Human lökosit antijen, NSAII: Non steroid anti inflamatuvar ilaç, nr-akSpA: Non-radyografik aksiyel spondiloartrit, SD: Standart sapma, TNF: Tümör nekrozis faktör, VAS: Vizüel analog skala

Tablo II. Çalışma grubundaki hastaların depresyon ve anksiyete sıklıkları

	AkSpA n=155	AS n=124	nr-akSpA n=31	P*
Beck Depresyon Envanterine Göre Depresyon sıklığı, (0-63) (≥ 17 vs < 17), n(%)	38 (27,0)	28 (25,2)	10 (33,3)	>0,05
Beck Anksiyete Envanterine Göre Anksiyete sıklığı, (0-63) (≥ 8 vs < 8), n(%)	90 (60,8)	73 (62,3)	17 (54,8)	>0,05
Hafif (8-15), n(%)	41/90 (45,5)	34/73 (46,5)	7/17 (41,1)	>0,05
Orta (16-25), n(%)	27/90 (30,0)	22/73 (30,1)	5/17 (29,4)	
Ağır (26-63), n(%)	22/90 (24,4)	17/73 (23,2)	5/17 (17,2)	
STAI 1 (durumluluk), ortalama \pm SD	42,0 \pm 10,5	41,9 \pm 10,8	42,2 \pm 9,4	>0,05
STAI 2 (süreklilik), ortalama \pm SD	42,4 \pm 10,4	42,4 \pm 10,4	42,2 \pm 9,4	>0,05

*p değeri AS ve nr-akSpA arasındaki farklılıklar için verilmiştir.

AS: Ankilozan spondilit, AkSpA: Aksiyel spondiloartrit, nr-akSpA: non radyografik aksiyel spondiloartrit, SD: Standart sapma, STAI: *State Trait Anxiety Inventory*.

Beck anksiyete envanterine göre anksiyetesi olan hastalarda kadın oranı daha fazla ve eğitim düzeyinin daha düşük olduğu görüldü. Yine anksiyetesi olan grupta BASFI, BASDAI ve VAS değerleri daha yüksek olarak saptandı (Tablo III). STAI, depresyon ve anksiyetinin BASDAI, BASFI, ASQOL ve VAS spinal ağrı ile iyi korelasyon gösterdiği görüldü (Tablo IV). STAI-1 ve STAI-2 arasında Beck depresyon ve anksiyete skorları arasında da güçlü bir korelasyon saptandı (STAI-1 ve Beck

Anksiyete skoru $r = 0,678$, $p < 0,001$, STAI-1 ve Beck Depresyon skoru $r = 0,546$, $p < 0,001$, STAI-2 ve Beck Anksiyete skoru $r = 0,632$, $p < 0,001$, STAI-2 ve Beck Depresyon skoru $r = 0,612$, $p < 0,001$).

Anksiyete ile ilişkili olacak bağımsız faktörler değerlendirildiğinde cinsiyet (kadın olmak) ve BASDAI yüksek oluşu ($BASDAI \geq 4$) bağımsız belirleyici olarak bulundu (Tablo V).

Tablo III. Beck anksiyete envanterine göre anksiyetesi olan ve olmayan hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Anksiyetesi olan hastalar n=90	Anksiyetesi olmayan hastalar n=58	P
Yaş (yıl), ortalama \pm SD	39,1 \pm 10,7	38,3 \pm 11,0	>0,05
Erkek, n (%)	54 (60,0)	48 (82,8)	0,003
Eğitim yılı, ortalama \pm SD	8,4 \pm 3,8	10,1 \pm 4,0	0,015
Sigara kullanımı, n (%)	62 (72,1)	39 (72,1)	>0,05
CRP mg/dl, ortalama \pm SD	9,4 \pm 13,0	9,4 \pm 11,1	>0,05
ESH mm/h, ortalama \pm SD	27,6 \pm 21,7	23,1 \pm 18,5	>0,05
BASDAI, ortalama \pm SD	4,2 \pm 2,1	2,8 \pm 1,7	<0,001
BASDAI ≥ 4 , n (%)	44/88 (50,0)	13/57 (22,1)	0,001
BASFI, ortalama \pm SD	3,3 \pm 2,7	2,3 \pm 2,6	0,005
ASDAS-CRP, ortalama \pm SD	2,8 \pm 1,1	2,3 \pm 1,0	0,009
VAS ağrı, ortalama \pm SD	4,3 \pm 3,2	2,8 \pm 2,4	0,012
Anti TNF kullanımı, n (%)	60/89 (67,4)	31/57 (54,4)	>0,05

ASDAS-CRP: *Ankylosing spondylitis disease activity score*, BASDAI: *Bath ankylosing spondylitis disease activity index*, BASFI: *Bath ankylosing spondylitis functional index*, CRP: C- reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, SD: Standart sapma, TNF: Tümör nekrozis faktör, VAS: Vizüel analog skala.

Tablo IV. Psikiyatrik ölçümlere hastalık aktivitesi, fonksiyonel kapasite ve yaşam kalite ölçekleri arasındaki ilişki

	STAI-1 (Durumluluk)		STAI-2 (Süreklilik)		Beck Anksiyete		Beck Depresyon	
	r	p	r	p	r	p	r	p
BASDAI	0,432	<0,001	0,375	<0,001	0,430	<0,001	0,427	<0,001
BASFI	0,343	<0,001	0,342	<0,001	0,375	<0,001	0,432	<0,001
ASQOL	0,481	<0,001	0,420	<0,001	0,508	<0,001	0,595	<0,001
VAS spinal Ağrı	0,371	<0,001	0,242	0,005	0,326	<0,001	0,410	<0,001
ASDAS-CRP	0,331	<0,001	0,202	0,019	0,261	0,002	0,316	<0,001

ASDAS-CRP: *Ankylosing spondylitis disease activity score*, ASQOL: *Ankylosing spondylitis quality of life*, BASDAI: *Bath ankylosing spondylitis disease activity index*, BASFI: *Bath ankylosing spondylitis functional index*, VAS: Vizüel analog skala, STAI: *State Trait Anxiety Inventory*.

Tablo 5. Aksiyel spondiloartritli hastalarda anksiyete* üzerine etkili olan faktörler

Değişkenler	Tekli Değişken Analizi			Çoklu Değişken Analizi		
	OR	%95 GA	P	OR	%95 GA	P
Cinsiyet (kadın vs erkek)	3,2	1,4-7,1	0,004	2,93	1,08-7,85	0,032
Eğitim süresi	0,89	0,8-0,9	0,019	0,96	0,81-1,00	0,073
Tanı (AS vs nr-akSpA)	1,3	0,6-3,0	0,445			
HLA-B27 (pozitif vs negatif)	0,56	0,4-1,1	0,231			
BASFI	1,1	1,0-1,1	0,024	0,98	0,81-1,18	0,838
VAS ağrı	1,1	1,0-1,3	0,006	1,04	0,85-1,26	0,692
BASDAI (≥4 vs <4)	3,3	1,6-7,1	0,001	1,44	1,03-2,01	0,034

AS: Ankilozan spondilit, nr-akSpA: non radiografik aksiyel spondiloartrit, BASDAI: *Bath ankylosing spondylitis disease activity index*, BASFI: *Bath ankylosing spondylitis functional index*, GA: Güven Aralığı, OR: Odds Ratio, VAS: Visual analog skala

*Anksiyete, Beck Anksiyete envanterine göre değerlendirilmiş olup ≥8 olan hastalar pozitif olarak kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada; akSpA hastalarının başta anksiyete ve depresyon olmak üzere yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Çalışma alt grupları arasında tespit ettiğimiz farklılıklar (cinsiyet dağılımı, inflamatuvar belirteçler, yaşam kalitesi ve aktivite ölçekleri) genel olarak literatür ile uyumluydu (7, 23-25).

Çalışmamızda akSpA'da depresyon sıklığını % 27, anksiyete sıklığını ise % 60,8 olarak bulduk. AS ve nr-akSpA gruplarında bu sıklıkların benzer oranlarda olduğunu gördük. Yine STAI-1 ve STAI-2 skorlarında gruplarda benzer olarak değerlendirildi. AkSpA da depresyon ve anksiyetin değerlendirildiği az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda depresyon sıklığı %19-43 arasında yer alırken anksiyete sıklığı %13-60

arasında gözlenmiştir (26, 27). 2014 yılında yapılmış bir çalışmada depresyon sıklığında alt gruplarda fark yokken anksiyete sıklığı nr-akSpA grubunda (%30,4) AS grubundan (%13,1) daha sık olarak saptandı (27). Ankilozan Spondilit hastalarında psikiyatrik bozukluklar daha sık olarak değerlendirilmiştir ve en sık görülen psikolojik bozuklukların depresyon ve anksiyete olduğu görülmüştür. Bu sıklık depresyon için % 27,4 -55,5 arasında iken anksiyete semptomları için % 19,5-60,9 (28, 29). Bu kadar fark olması kullanılan ölçeklerin farklı olmasından kaynaklanabilmektedir.

Anksiyete, depresyon ve STAI skorları tüm aktivite ve yaşam kalite indeksleri ile iyi korelasyon gösterdi. Bu durum literatürdeki diğer çalışmalarla benzerdi (9,11,26,30,31). STAI skorları akSpA grubunda daha önce hiç çalışılmamış olup çalışılan diğer romatolojik hastalıklardaki ile benzer bulunmuş olup diğer skorlar ile korelasyon göstermiştir (12-15).

Bizim hasta grubumuzda da anksiyetesi olan grupta hastalık aktivitesi ve fonksiyon skorları daha yüksek bulundu. Ayrıca anksiyetenin kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük olan hastalarda daha sık olduğu gözlemlendi.

Anksiyete ile ilişkili olarak hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi, düşük eğitim düzeyi, sigara kullanımı değişik çalışmalarda risk faktörü olarak gösterilmiştir (10, 26,32). Bunlara ek olarak kadın cinsiyet anksiyete için bağımsız bir değişken olarak tanımlandı.

Tedavi durumu değerlendirildiğinde gerek NSAI gerek TNF inhibitörü kullanımı ne depresyonu ne de anksiyetesi olan grupta, olmayanlardan farklı değildi. Ancak çalışmanın bir kısıtlılığı olarak, kesitsel dizaynından ötürü tedavinin öncesi ve sonrasındaki anksiyete ve depresyon düzeyleri değerlendirilememiştir.

Çalışma grubumuzda, birçok klinik ve demografik değişken açısından değerlendirildiğinde AS ve nr-akSpA'lı hastaların birbirlerinden çok farklı olmadığı gösterildi.

Burada anksiyete birden fazla ölçekle değerlendirilmiş olup aktivite ve cinsiyetle olan ilişkisinin ortaya konmuş olması açısından önem arz etmektedir. Anksiyetenin akSpA grubunda daha az çalışılmış olması nedeniyle ilgi çekicidir.

Hastalık yükü kadar bu hastalarda psikolojik yükünde olduğu tedavi düzenlenirken göz önünde

bulundurulmalı ve gerekirse bu açıdan uzman görüşü alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. *Lancet* 2007;369:1379-90.
2. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009;68:777-83.
3. Li Y, Zhang S, Zhu J, et al. Sleep disturbances are associated with increased pain, disease activity, depression, and anxiety in ankylosing spondylitis: a case-control study. *Arthritis Res Ther* 2012;14:R215.
4. Ozgul A, Peker F, Taskaynatan MA, et al. Effect of ankylosing spondylitis on health-related quality of life and different aspects of social life in young patients. *Clin Rheumatol* 2006;25:168-74.
5. Ward MM, Reveille JD, Leach TJ, et al. Impact of ankylosing spondylitis on work and family life: comparisons with the US population. *Arthritis Rheum* 2008;59:497-503.
6. Younes M, Jalled A, Aydi Z, et al. Socioeconomic impact of ankylosing spondylitis in Tunisia. *Joint Bone Spine* 2010;77:41-6.
7. Rudwaleit M, Haibel H, Baraliakos X, et al. The early disease stage in axial spondylarthritis: results from the German Spondyloarthritis Inception Cohort. *Arthritis Rheum* 2009;60:717-27.
8. Braun J, Baraliakos X, Kiltz U, Heldmann F, Sieper J. Classification and diagnosis of axial spondyloarthritis-what is the clinically relevant difference? *J Rheumatol* 2011;42:31-8.
9. Baysal O, Durmus B, Ersoy Y, et al. Relationship between psychological status and disease activity and quality of life in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*;31:795-800.
10. Kilic G, Kilic E, Ozgocmen S. Relationship between psychiatric status, self-reported outcome measures,

- and clinical parameters in axial spondyloarthritis. *Medicine (Baltimore)* 2014;93:e337.
11. Martindale J, Smith J, Sutton CJ, Grennan D, Goodacre L, Goodacre JA. Disease and psychological status in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45:1288-93.
 12. Ramiro Fde S, Lombardi Junior I, da Silva RC, et al. Investigation of stress, anxiety and depression in women with fibromyalgia: a comparative study. *Rev Bras Reumatol* 2014 ;54:27-32.
 13. Lee SS, Yoon HJ, Chang HK, Park KS. Fibromyalgia in Behcet's disease is associated with anxiety and depression, and not with disease activity. *Clin Exp Rheumatol* 2005;23(Suppl 38):S15-9.
 14. Bagnato GL, Fiorenza A, Cordova F, et al. Clinical, autoimmune, and psychiatric parameters correlate with sleep disturbance in patients with systemic sclerosis and rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2013;34(Suppl 100):49-55.
 15. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J* 2004;122:252-8.
 16. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, et al. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS): the Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol* 1994;21:1694-8.
 17. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994;21:2286-91.
 18. Lukas C, Landewe R, Sieper J, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2009;68:18-24.
 19. Calin A, Garrett S, Whitelock H, et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol* 1994;21:2281-5.
 20. 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;62:20-6.
 21. Hisli N. Beck Depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 22:118-26.
 22. Ulusoy M, fiahin NH, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998;12: 163-72.
 23. Wallis D, Haroon N, Ayearst R, et al. Ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis: part of a common spectrum or distinct diseases? *J Rheumatol* 2013;40:2038-41.
 24. Kiltz U, Baraliakos X, Karakostas P, et al. Do patients with non-radiographic axial spondylarthritis differ from patients with ankylosing spondylitis? *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012;64:1415-22.
 25. Jeong H, Yoon JY, Park EJ, et al. Clinical characteristics of nonradiographic axial spondyloarthritis in Korea: a comparison with ankylosing spondylitis. *Int J Rheum Dis* 2015;18:661-8.
 26. Zou Q, Jiang Y, Mu F, et al. Correlation of Axial Spondyloarthritis with Anxiety and Depression. *Med Sci Monit* 2016;22:3202-8.
 27. Chan CY, Tsang HH, Lau CS, Chung HY. Prevalence of depressive and anxiety disorders and validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in axial spondyloarthritis patients. *Int J Rheum Dis* 2017;20:317-25.
 28. Hakkou J, Rostom S, Aissaoui N, et al. Psychological status in Moroccan patients with ankylosing spondylitis and its relationships with disease parameters and quality of life. *J Clin Rheumatol* 2011;17:424-8.
 29. Barlow JH, Macey SJ, Struthers GR. Gender, depression, and ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res* 1993;6:45-51.
 30. Brionez TF, Assassi S, Reveille JD, et al. Psychological correlates of self-reported functional limitation in

patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Res Ther* 2009;11:R182.

31. Brionez TF, Assassi S, Reveille JD, et al. Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2010;37:829-34.
32. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, et al. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med.* 2008;66:1334-45.

