

Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma

Dr. Ömer AYDEMİR¹, Dr. Hakan ERGÜN², Dr. Haldun SOYGÜR³, Dr. Sermin KESEBİR⁴,
Dr. Cankat TULUNAY⁵

Özet / Abstract

Amaç: Major depresif bozukluk işlevsellik ve yaşam kalitesinde en fazla bozulma yaratan hastalıkların başında gelmektedir. Bu araştırmada major depresif bozukluk tanısı konan hastalarda yaşam kalitesinin ve depresyon ile ilişkisinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma major depresif bozukluk tanısı konmuş 74 hasta ile yürütülmüştür. Hastaların depresyon şiddeti Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ile belirlenmiş, yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla Kısa Form-36 (SF-36) ve EuroQol-5D (EQ-5D) ölçekler uygulanmıştır.

Bulgular: Hastaların yaşam kalitesi ölçümünde tüm SF-36 alanları (23.9-79.2 arasında) toplum norm değerlerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Yine EQ-5D sağlık yararlanım endeks puanı (0.4) toplum norm değerlerinden anlamlı olarak düşük elde edilmiştir. Hastaların HAM-D puanları hem SF-36 alt alanları ile hem de EQ-5D sağlık yararlanım endeks puanıyla eksi yönde istatistiksel olarak anlamlı bağlantı göstermektedir. Hastaların dönem tipine göre yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında, yineleyici tipte major depresif bozukluğu olan hastalar tek dönem geçirenlere göre fiziksel işlevsellik, genel sağlık algısı ve fiziksel bileşen özet puanı açısından daha kötü yaşam kalitesi bildirmektedirler.

Sonuç: Major depresif bozuklukta tüm alanlarda yaşam kalitesi bozulmaktadır ve depresyon şiddetlendikçe yaşam kalitesi daha düşmektedir. Yineleyici depresyonu olan hastalarda fiziksel sağlık algısı daha da bozulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Major depresif bozukluk, yaşam kalitesi, SF-36, EQ-5D

SUMMARY: Quality of Life In Major Depressive Disorder: A Cross-Sectional Study

Objective: To investigate quality of life and its association with depression in patients with major depressive disorder.

Method: The study included 74 patients diagnosed with major depressive disorder according to DSM-IV. The Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) was used to assess the severity of depression; and the Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36) and EuroQol 5-D (EQ-5D) were used to measure quality of life.

Results: In the assessment of quality of life, it was determined that Patients with major depressive disorder scored significantly lower on all domains of MOS SF-36 compared to Turkish normative data. The depressive disorder patients had lower EQ-5D health utility index scores, in comparison to Turkish normative data. There was a significant negative correlation between mean HAM-D score and all domains of MOS SF-36 and EQ-5D health utility index scores. When quality of life in depressive patients was compared according to episode type, patients with recurrent type major depressive disorder had lower quality of life in terms of physical functioning, general health perception, and physical component summary score than patients with single episode type major depressive disorder.

Conclusion: All domains of quality of life were lower in patients with major depressive disorder and quality of life decreased as severity of depression increased. Physical health perception was impaired to a greater degree in patients with recurrent major depressive disorder when compared with single episode depressive patients.

Key Words: Major depressive disorder, quality of life, MOS SF-36, EQ-5D

Geliş Tarihi: 19.08.2008 – Kabul Tarihi: 17.11.2008

¹Prof., Celal Bayar Ü Psikiyatri AD., Manisa. ²Doç., Ankara Ü Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD., ³Doç., Ankara Onkoloji Hastanesi Psikiyatri AD., Ankara. ⁴Uzm., Kırıkkale Devlet Hastanesi Psikiyatri AD., Kırıkkale. ⁵Prof., Ankara Ü Tıp Fak., Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD., Ankara.
Dr. Ömer Aydemir, e-posta: soaydemir@hotmail.com

GİRİŞ

Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın bedensel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir (Eser 2006). Aslında yaşam kalitesi en kısa biçimde algılanan sağlık olarak tanımlanmaktadır. Bu çerçevede yaşam kalitesi herhangi bir hastalığa özgü bir kavram değil, hastalığın hastanın yaşamında yaptığı etkiyi açıklamaya çalışan çok boyutlu bir kavramdır. Sağlıkta tedavi seçeneklerinin artması ve hastalıkların tedavisinde önemli başarılar elde edilmesiyle birlikte, özellikle kronik hastalıklarla birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Böyle olunca da hastalıkla ilgili patofizyolojik parametreler hastanın izlenmesinde yetersiz kalmış ve bunun ötesinde parametrelerin ölçülmesine gerek görülmüştür (Aydemir 2006). Hastanın algıladığı yaşam kalitesi kadar, hastalığın yarattığı işlev yitimleri de merak konusu olmuş ve değerlendirilmeye çalışılmıştır. Hastalığın yarattığı yitimi değerlendirmenin bir yolu da yararlanım analizlerinde kullanılan kalite eklenmiş yaşam yıllarını (quality adjusted life years, QALY) hesaplamaktır. Böylece hastanın hastalığı ile yaşadığı dönemini sağlıklı olduğu zamana göre kıyaslama ve oranlama olanağı doğar. Sağlık yararlanımı sağlık ekonomisine dayanan göstergeler sunar ve hastaların gerek hastalıkla ilişkili durumlarını gerekse bu durumlar için uygulanan sağaltımların sonuçlarıyla ilgili tercihlerini yansıtır.

Major depresif bozukluk psikiyatrinin görece yaygın ve yaşam kalitesi üzerine de oldukça fazla etkisi olan bir bozukluğudur (Papakostas ve ark. 2004). Unipolar depresyon gelişmiş ülkelerde yetiyitimi oluşturan nedenler içinde ilk sırada gelmektedir ve tüm dünyada ise dördüncü sıradadır (Murray ve Lopez 1997a). Gelecekte ilgili tahminlerde ise major depresif bozukluğun 2020 yılında tüm dünyada en önemli ikinci yetiyitimi nedeni olacağı kabul edilmektedir (Murray ve Lopez 1997b). Major depresif bozukluk yaşam kalitesinde yarattığı olumsuz etkiyle pek çok kronik tıbbi hastalığın önünde gelmektedir (Hays ve ark. 1995). Ek olarak major depresif bozuklukta ortaya çıkan düşük yaşam kalitesi hastalığın şiddetiyle doğru orantılı olarak bulunmuştur (Lepine ve ark. 1997). Ancak yine de eşik altı depresyonda bile yaşam kalitesinin bozulduğu Brezilya'da yürütülen bir çalışmada gösterilmiştir (da Silva Lima ve de Almeida Fleck 2007). Hatta depresyonun remisyona girmesinden sonra bile yaşam kalitesindeki bozulma sürebilmektedir (Ormel ve ark. 1993).

Major depresif bozukluğun hastaların gündelik yaşamını nasıl etkilediği ve sağlık algısını ne ölçüde değiştirdiği merak konusudur. Ancak ülkemizde bu alanda kapsamlı çalışma eksikliği dikkat çekmektedir. Major depresif bozuklukta yapılan bir karşılaştırmalı çalışma bulunmaktadır (İren Akbıyık ve ark. 2008) ve Ankara ve Berlin'de yürütülen bu çalışmada major depresif bozukluk tanısı konmuş hastalarda göçün etkisinin araştırılması hedeflenmiştir. Sonuçta major depresif bozuklukta yaşam kalitesini olumlu etkileyen değişkenler evli olmak, kısa evlilik süresi, evde daha az işçi çalıştırmak, dini görevleri konusunda daha rahat olmak, bir hekim tarafından bilgilendirilmiş olmak, bir psikiyatrden çare arama davranışı göstermek ve düşük şiddette depresyona sahip olmak olarak elde edilmiştir. Oysa ülkemiz halkında görülen depresyonda yaşam kalitesi, etkilenen alanlar ve depresyonun klinik özellikleri ile bağıntısı ortaya konmalıdır. Major depresif bozukluğun bizim kültürümüzde hastalar tarafından nasıl yaşandığı ve nasıl algılandığı, major depresif bozukluğun hastaların sağlık algısını nasıl değiştirdiği hastaların daha iyi anlaşılması için gereklidir. Daha önce benzeri bir çalışma yapılmamış olması nedeniyle, bu çalışmayla bu boşluğun giderilmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmada major depresif bozukluk tanısı konmuş hastalarda yaşam kalitesinin ve depresyonun klinik özellikleriyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kırıkkale Devlet Hastanesi ve Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniklerine başvuran hastalarla yürütülmüştür.

Araştırma grubu

Araştırmaya alma ölçütleri arasında 18-65 yaş arasında olma, DSM-IV tanı ölçütlerine göre major depresif bozukluk tanısı konması, çalışmanın yönergesi doğrultusunda araştırma ölçeklerini dolduracak yetkinliğe sahip olma bulunmaktadır. Araştırmanın dışlama ölçütleri ise major depresif bozukluk dışında herhangi bir ruhsal bozukluk tanı ölçütlerini karşılama, tedavi gerektirir herhangi bir bedensel veya nörolojik hastalığın bulunması ve uzun süreli herhangi bir ilaç tedavisi görmedir. Araştırma her kurumun kendi yerel etik kurulu tarafından onaylanmış ve hastalardan yazılı aydınlatılmış onay alınmıştır.

TABLO 1. Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.

Yaş (yıl)	ort±s.s. 39.6±13.5	
Cinsiyet	<u>s</u>	<u>%</u>
Erkek	27	%36.5
Kadın	47	%63.5
Eğitim durumu	<u>s</u>	<u>%</u>
İlköğretim	20	%27.4
Lise	27	%36.3
Yükseköğretim	27	%36.3
HAM-D*	ort±s.s. 23.5±6.6	
Depresyon tipi	<u>s</u>	<u>%</u>
Tek dönem	50	%67.6
Yineleyici	24	%32.4
Hastalık süresi (yıl)	ort±s.s. 3.3±5.1	
Son dönemin süresi (ay)	ort±s.s. 4.8±6.3	
Geçirilen dönem sayısı	ort±s.s. 3.0±1.7	

*Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği.

Değerlendirme araçları

Hastalarda depresyonun şiddetini belirlemek amacıyla Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)'nin 17 maddeli formu kullanılmıştır ve Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Akdemir ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır. Bu araştırma için araştırma merkezlerinden hastaları alan psikiyatrlar birlikte bir toplantı düzenlemişler ancak görüşmeciler arası güvenilirlik açısından herhangi bir uygulama yapılmamıştır.

Yaşam kalitesi değerlendirmesi için yaygın olarak kullanılan bir jenerik ölçek olan Tıbbi Hastalıklar Sonlanım Çalışması (Medical Outcome Study, MOS) Kısa Form-36 (SF-36) kullanılmıştır. SF-36 Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Koçyiğit ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır. SF-36 bir öz-bildirim ölçeğidir ve fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, rol güçlükleri (fiziksel ve emosyonel), ruhsal sağlık, canlılık (vitalite), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçek 0 ila 100 arasında değerlendirme sağlamaktadır ve daha yüksek puan daha iyi sağlık düzeyini göstermektedir. SF-36'nın Türk toplumu için toplum norm değerleri Demiral ve ark. (2006) tarafından belirlenmiştir.

Sağlık yararlanımını ölçmek amacıyla Euro-QOL 5-D (EQ-5D) ölçeği uygulanmıştır. EQ-5D bir öz-bildirim ölçeğidir ve beş boyutu beş soruyla değerlendirmektedir.

Bu beş boyut hareketlilik, öz-bakım, olağan günlük aktiviteler, ağrı/rahatsızlık hissi ve anksiyete/depresyondur. Hareketlilik deneğin rahatça yürüyebilmesinden yatağa bağımlılığa kadar, öz-bakım kendi gündelik bakımını rahatça yapabilmekten kendi başına giyinip yıkanamamaya kadar, olağan günlük aktiviteler gündelik rutin aktivitelerini rahatça yürütmekten hiçbir işini görememeye kadar, ağrı hiç ağrı bulunmamasından aşırı derecede ağrı ve rahatsızlık bulunmasına kadar ve anksiyete/depresyon hastanın kendini tamamen iyi hissetmesinden aşırı derecede anksiyeteli veya depresyonda hissetmesine kadar bir yelpazede ölçüm sağlar. Ölçeğin her maddesi üçlü Likert tipi değerlendirilmiştir. Bu boyutların yanıt dağılımına bakıldığı gibi, sağlık yararlanım endeks puanı da hesaplanabilmektedir. Ayrıca ölçeğin içinde 0 ila 100 arasında yani "hayal edilebilecek en kötü sağlık durumu" ile "hayal edilebilecek en iyi sağlık durumu" biçiminde yanıtlama içeren bir görsel eşdeğerlilik skalası bulunmaktadır. EQ-5D EuroQoL çalışma grubu tarafından geliştirilmiştir (1990). Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik ile toplum norm değerlerinin belirlenmesi çalışmasını ise Eser ve ark. (2007) yapmışlardır. Bu çalışmada EQ-5D indeks skorunu hesaplamada ve yorumlamada York tarifi kullanılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde kaba dökümün yanı sıra hastaların yaşam kalitesi ölçeklerinden aldığı puanlar ile toplum standartları tek-değerli T testi aracılığıyla karşılaştırılmıştır. Hastaların cinsiyet, hastalık dönemine göre sınıflandırma gibi değişkenler açısından karşılaştırılması T testi ile yapılmıştır. Depresyon şiddeti (HAM-D) ile yaşam kalitesi değişkenleri (SF-36 ve EQ-5D alt ölçekleri) arasındaki bağıntı için Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik ve klinik özellikler

Araştırma ölçütlerine uygun 75 hasta araştırmaya alınmıştır ancak bir tanesinin ölçeklerinde eksiklikler olması nedeniyle araştırma 74 hasta ile tamamlanmıştır. Hastalardan 25 tanesi Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 25 tanesi Kırıkkale Devlet Hastanesi ve 24 tanesi Celal Bayar Üniversitesi Hastanesinden alınmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 39.6±13.5 ve cinsiyet dağılımı 47 (%63.5) kadın ve 27 erkek (%36.5) şeklindedir.

TABLO 2. Hastaların Yaşam Kalitesi Değişkenleri.

	Depresyon s= 74	Toplum standardı	t	p
SF-36* Fiziksel işlevsellik	48.4±10.0	86.6±25.2	-2.64	0.010
SF-36 Rol güçlüğü-fiziksel	42.4±13.2	89.5±29.6	-6.98	<0.0001
SF-36 Ağrı	48.5±11.3	86.1±20.6	-6.25	<0.0001
SF-36 Genel sağlık algısı	37.1±13.3	73.9±17.5	-9.40	<0.0001
SF-36 Canlılık	34.3±8.9	67.0±13.8	-19.66	<0.0001
SF-36 Ruhsal sağlık	22.6±10.6	73.5±11.6	-17.84	<0.0001
SF-36 Rol güçlüğü-emosyonel	33.5±13.3	94.7±20.9	-12.98	<0.0001
SF-36 Sosyal işlevsellik	31.6±11.1	94.8±14.2	-21.19	<0.0001
SF-36 Fiziksel bileşen özeti	51.9±11.6	52.6±8.8	-0.50	0.615
SF-36 Ruhsal bileşen özeti	22.6±11.5	51.7±5.6	-21.59	<0.0001
EQ-5D** Sağlık endeksi	0.4±0.3	0.8±0.1	-12.69	<0.0001
EQ-5D Görsel eşdeğerlilik skalası	38.2±22.3			
EQ-5D	Güçlük	Orta düzeyde	Aşırı düzeyde	
	yok	güçlük	güçlük	
Hareketlilik	%71.6	%27.0	%1.4	
Kendine bakım	%83.8	%14.9	%1.4	
Olağan aktiviteler	%35.1	%40.5	%24.3	
Ağrı/rahatsızlık	%56.8	%37.8	%5.4	
Anksiyete/depresyon	%1.3	%36.5	%62.2	

*Kısa Form-36

**Euro-QOL-5D

Hastaların ortalama HAM-D puanı 23.5±6.6 olarak elde edilmiştir. Hastaların 50 (%67.6)'si tek epizod ve 24 (%32.4)'si yineleyici olarak belirlenmiştir. Hastalık süresi ise 3.3±5.1 yıl (1-34 yıl aralığında) olarak saptanmıştır. Yineleyici major depresif bozukluğu olan hastaların geçirdikleri dönem sayısı 3.0±1.7 (2-8 aralığında) olarak belirlenmiştir. Hastaların son dönemlerinin süresi 4.8±6.3 ay (1-48 ay aralığında) saptanmıştır.

Yaşam kalitesi düzeyleri

Hastaların SF-36'dan elde ettiği puan ortalamaları, toplum norm değeri puan ortalamaları ile karşılaştırmalı olarak Tablo 2'de verilmiştir. Hastalar en yüksek puanı

79.2±23.9 ile fiziksel işlevsellik alt alanından, en düşük puanı ise 23.9±18.8 ile canlılık (vitalite) alt alanından elde etmişlerdir. Hastaların toplum norm değeri puan ortalamaları ile karşılaştırınca, hastalar tüm alt alanlardan istatistiksel olarak anlamlı düşük puanlar göstermişlerdir. Ancak fiziksel bileşen özet puanı toplum norm değeri puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı farklı değildir.

Hastaların EQ-5D'den elde ettiği yanıt dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. EQ-5D maddelerinin görülme oranlarına bakıldığında, hastaların %71.6'sı hareketlilikte, %83.8'i kendine bakımda, %35.1'i olağan aktivitelerde, %56.8'i ağrıda ve %1.4'ü anksiyete/depresyonda

TABLO 3. Yaşam Kalitesi Değişkenlerinin Depresyon Şiddeti ile Korelasyon Katsayıları.

	EQ-5D Endeksi	Fiziksel işlevsellik	Rol güçlüğü fiziksel	Ağrı	Genel sağlık algısı	Canlılık	Sosyal işlevsellik	Rol güçlüğü emosyonel	Ruhsal sağlık
HAM-D*	-0.77 ¹	-0.41 ¹	-0.51 ¹	-0.53 ¹	-0.59 ¹	-0.79 ¹	-0.70 ¹	-0.59 ¹	-0.78 ¹
EQ-5D **		0.47 ¹	0.56 ¹	0.61 ¹	0.57 ¹	0.76 ¹	0.71 ¹	0.63 ¹	0.76 ¹

¹p<0.0001

*Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği

**Euro-QOL-5D

hiçbir güçlük göstermemişlerdir. EQ-5D sağlık yararlanım endeksi ortalaması 0.4 ± 0.3 olarak hesaplanmıştır ve $-0.35 - 1.00$ arasındadır. İki (%2.7) hasta eksi puan gösterirken, iki hasta (%2.7) tam puan (1.0) vermişlerdir. Sağlık yararlanım endeksini Türk toplumu norm değeri ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. EQ-5D görsel eşdeğerlilik skalası ortalama puanı ise 38.2 ± 22.3 olarak belirlenmiştir.

Yaşam kalitesi değişkenlerinin depresyon düzeyi ile bağıntısı

Yaşam kalitesi değişkenleri ile depresyon şiddeti arasındaki bağıntıya bakıldığında (Tablo 3), ortalama HAM-D puanı ile SF-36'nın fiziksel alanları arasında orta düzeyde bağıntı ($r = -0.41$ ile -0.59 arasında) saptanmıştır. Diğer yandan, ortalama HAM-D puanı ile SF-36'nın ruhsal alanları arasında ise orta ile iyi düzeyde bağıntı ($r = -0.59$ ile -0.79 arasında) elde edilmiştir. EQ-5D sağlık yararlanım endeksi HAM-D puanı ile iyi düzeyde bağıntı göstermiştir ($r = -0.77$). Yine EQ-5D görsel eşdeğerlilik skalası puanı HAM-D puanı ile iyi düzeyde bağıntı ($r = -0.76$) göstermiştir.

Yaşam kalitesi değişkenlerinin depresyon dönemine ve cinsiyete göre karşılaştırılması

Tek depresyon dönemi ($s=50$) yaşayan hastalar yineleyici tipte ($s=24$) depresyonu olan hastalara göre yaşam kalitesinin fiziksel alanları açısından daha iyi olarak bulunmuşlardır (Tablo 4). Yineleyici tipte depresyonu olan hastalar fiziksel işlevsellik ($t=3.74$, $p<0.0001$), genel sağlık algısı ($t=2.76$, $p=0.005$) ve fiziksel bileşen özet puanı ($t=3.03$, $p=0.003$) yönünden tek dönem geçiren hastalardan istatistiksel olarak anlamlı daha kötü yaşam kalitesi göstermişlerdir.

Cinsiyete göre bakıldığında ise, kadın hastaların ($s=47$) erkek hastalara ($s=27$) göre tüm fiziksel parametrelerde daha kötü yaşam kalitesi gösterdikleri dikkat çek-

mektedir (Tablo 4). Kadın hastalarda fiziksel işlevsellik ($t = -3.41$, $p=0.001$), ağrı ($t = -3.07$, $p=0.003$), genel sağlık algısı ($t = -2.66$, $p=0.010$), fiziksel bileşen özet puanı ($t = -3.21$, $p=0.002$) erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı daha kötü yaşam kalitesi göstermişlerdir.

Yaşam kalitesi değişkenlerinin son hastalık döneminin süresiyle bağıntısına bakıldığında, hiçbir yaşam kalitesi alanıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yineleyici tipte major depresif bozukluğu olan hastalarda geçirilen dönem sayısı ile yaşam kalitesi değişkenlerinin arasındaki bağıntıya bakıldığında ise sadece SF-36'dan elde edilen ağrı ($r = -0.684$, $p=0.020$) ve EQ-5D'den elde edilen ağrı ($r = 0.706$, $p=0.023$) alanlarıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada major depresif bozukluk tanısı konulan hastalarda yaşam kalitesi araştırılmış ve yaşam kalitesi sağlıklı toplumla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır. Major depresif bozukluk hastanın gündelik yaşamına belirgin düzeyde etki eden (Özyüksel ve Uluğ 2007) ve böylece yaşam kalitesi ve sağlık algısını bozan bir hastalıktır (Papakostas ve ark. 2004). Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi ve sağlık yararlanımı ülkemizde daha önce yeterince araştırılmamış bir alandır ve bu çalışmada yaşam kalitesinin depresyonla ilişkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi düzeyi

Toplum standartları ile karşılaştırınca, major depresif bozuklukta yaşam kalitesi her alanda bozulma göstermektedir. Major depresif bozukluğun tanı ölçütleri de zaten hastalarda ruhsal ve sosyal alanda bozulmaya işaret etmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Bu çalışmada da hastaların hem ruhsal alanda hem sosyal alanda işlevselliklerinin bozulduğu ve hastaların emosyonel açıdan rol güçlükleri yaşadıkları saptanmıştır.

TABLO 4. Yaşam Kalitesi Değişkenlerinin Depresyon Dönemine ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.

	EQ-5D* Endeksi	Fiziksel işlevsellik	Rol güçlüğü fiziksel	Ağrı	Genel sağlık algısı	Canlılık	Sosyal işlevsellik	Rol güçlüğü emosyonel	Ruhsal sağlık	Fiziksel bileşen özet (PCS)	Ruhsal bileşen özet (MCS)
Dönem türü											
Tek dönem	0.45±0.29	85.9±18.6	55.5±46.0	67.9±25.1	49.0±25.8	25.0±18.3	41.5±26.7	31.3±41.7	25.4±17.8	54.6±10.6	21.4±11.7
Yineleyici	0.41±0.31	65.4±27.9 ³	42.7±48.6	64.4±29.5	29.5±18.3 ²	21.6±19.9	41.1±24.0	30.5±43.8	30.5±20.6	46.2±11.8 ²	25.0±11.0
Cinsiyet											
Kadın	0.4±0.3	73.2±26.0	47.8±46.8	60.0±25.5 ²	36.2±25.0 ¹	20.7±14.9	39.8±25.6	28.3±41.1	28.2±18.1	48.8±11.8 ²	23.0±11.1
Erkek	0.5±0.3	89.6±15.2 ²	57.4±47.4	78.6±24.3	53.9±31.1	29.4±23.4	43.9±26.2	35.8±44.2	25.0±20.2	57.3±9.1	21.8±12.5

¹p<0.05, ²p<0.01, ³p<0.0001

*Euro-Qol-5D

Depresyon hastalarının algılanan sağlıkta ve dolayısıyla yaşam kalitesinde yaygın bozulma olduğu daha önce Saarijarvi ve ark. (2002) tarafından ileri sürülmüştür. Major depresif bozukluğun ruhsal sağlıkta, sosyal işlevsellikte, emosyonel alanda rol güçlüğünde ve canlılıkta bozulma göstermesi ve bunun da hastalar tarafından kendi yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmeleri beklenmedik bir durum değildir ve tanı ölçütlerinde de bu alanlardaki bozulma ölçüt olarak belirlenmiştir. Yani depresif hastalarda kendi belirtilerinin belirgin sıkıntıya yol açması tanı için gereklidir. Hastalar olumsuz duygulanımlarının gündelik yaşamlarında yol açtığı sorunları algılar ve yaşarlar. Hastalar depresyonun yol açtığı ruhsal sorunları nedeniyle hem olağan sosyal ve mesleki işlevselliklerinde bozulma hem de sıkıntı yaşadıklarını bildirmektedirler. Bunun yanı sıra yorgunluk, bitkinliğin yol açtığı işlevsellik yitimi de hastaları rahatsız eder. Ancak fiziksel işlevsellik ve fiziksel alanda rol güçlüğüne yol açması major depresif bozukluğun ne kadar zorlayıcı bir hastalık olduğunu ortaya koymaktadır (Saarijarvi ve ark. 2002). Fiziksel sağlıkların bozulduğunu ve bu nedenle gündelik yaşamlarında işlevselliklerini yitirdiklerini algılar ve yaşarlar. Birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan bir çalışmada major depresif bozukluğu olan hastaların fiziksel yaşam kalitesi astım, hipertansiyon, sindirim sistemi sorunları ve migrenden daha düşük düzeyde saptanmıştır (Wells ve Sherbourne 1999). Major depresif bozukluk fiziksel alanda da birçok bedensel hastalıkla karşılaştırılabilir düzeyde bozulma yaratmaktadır. Diğer yandan, ağrı ile depresyon birlikteliği gerek etiyolojik yakınlık nedeniyle (Breslau ve ark. 2000, Wingenfeld ve ark. 2007) gerekse belirti örüntüsü birlikteliği (Lipton ve ark. 2000, Wolfe ve ark. 1995) nedeniyle çok araştırılan bir alandır. Bütün bunlar birlikte ele alınınca, major dep-

resif bozuklukta hastaların fiziksel işlevsellikleri göz ardı edilmemelidir çünkü bu alanlarda hastalar sağlıklarını olumsuz algılamaktadırlar. Depresyon sonucunda hastalarda yaşamın her alanıyla ilgili olarak sağlık algısının bozulması, bu hastaların nasıl gündelik yaşamlarından uzaklaştıklarını ve mesleki işlevselliklerini yitirdiklerini açıklamaktadır (Saarijarvi ve ark. 2002).

Sağlık yararlanımı major depresif bozuklukta ülkemizde ilk defa araştırılmıştır. Buna göre hastaların hemen hepsinde anksiyete/depresyon alanında orta veya aşırı düzeyde güçlük saptanmıştır. Bu bulgu beklenen bir bulgudur ve daha önceden yapılan benzer çalışmalarda da gösterilmiştir (Sapin ve ark. 2004). Sağlık yararlanımında bir diğer etkilenme alanı ise olağan aktivitelerdir. Hastaların yaklaşık 2/3'ü orta veya aşırı düzeyde güçlük bildirmişlerdir. Sapin ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmada bu oran 3/4 oranındadır. Ancak bizim çalışmamızda aşırı düzeyde güçlük yaşayanların oranı daha yüksek düzeyde görülmektedir. Bu da depresyonun hastaların gündelik yaşamlarındaki işlevselliklerini belirgin düzeyde etkileyebildiğini göstermektedir. Ağrı/rahatsızlık boyutu Sapin ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmada bizim yaptığımız çalışmanın sonuçlarına göre daha fazla etkilenmiştir. Bu da Batı toplumlarında yapılan çalışmalarda da fiziksel alanın depresyonda etkilendiğini ortaya koymaktadır. Sağlık yararlanım endeksinde bakıldığında major depresif bozukluk tanısı konan hastaların puanı (0.4) toplum norm değerinin (0.8) çok altında bulunmuştur ve Sapin ve ark. (2004) tarafından bulunan 0.33 değerine oldukça yakın düzeydedir. Bu da depresif hastalarda sağlık düzeyinin çok aşağılarda olduğunu kanıtlamaktadır. Diğer yandan çalışmamızda iki hastada (%2.7)

eksi puan elde edilmiştir ki, bu bulgu hastaların depresyonu ölümünden daha kötü bir durum olarak gördüklerini ortaya koymaktadır. Sapin ve ark. (2004) ise bu oranı %8 civarında bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda hastaların büyük bir kısmının ilk hastalık dönemini geçiriyor olmaları sağlık yararlanım endeksinde henüz çok fazla düşme olmamasını açıklıyor olabilir.

Yaşam kalitesi değişkenlerinin depresyon şiddeti ile bağlantısı

Çalışmamız sonucunda hastaların HAM-D puanları ile SF-36 alt boyutlarının puanları ve EQ-5D sağlık yararlanım endeks puanı eksi yönde anlamlı bağlantı göstermektedir. Yani, major depresif bozuklukta hastaların depresyonu şiddetlendikçe yaşam kalitesi algıları giderek bozulmakta ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Hastaların ruhsal yaşam kalitesi parametreleri depresyon şiddeti ile daha yüksek düzeyde bağlantı gösterirken, fiziksel boyut orta düzeyde bağlantı göstermektedir. Benzer bulguyu Saarijarvi ve ark. (2002) elde etmişlerdir. Depresyon şiddetlendikçe sadece belirtiler artmamakta, aynı zamanda hastaların sağlıkları ile ilgili olumsuz algıları da artmaktadır. Bu da hastaların yaşamlarında bedensel, ruhsal ve sosyal alan olmak üzere tüm alanları etkisi altına almaktadır. Şiddetli depresyonda hastayı bir bütün olarak ele alıp biyopsikososyal bütünlük içinde yaklaşmak hekimin gereksinimi olduğu kadar, hastanın da gereksinimi olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesi değişkenlerinin depresyon dönemine ve cinsiyete göre karşılaştırılması

Çalışmamızda tek dönem geçiren hastalarla yineleyici tipte depresyonu olan hastalar arasında yaşam kalitesi açısından fiziksel boyutta fark saptanmıştır. Hastalarda yineleyici depresyon varsa, kendilerinde sadece ruhsal değil, fiziksel kötüleşme de hissetmektedirler ve kendilerini bedensel olarak daha hasta görmektedirler. Yineleyici tipte major depresyonu olan hastalarda ise dönem sayısı arttıkça ağrı alanında yaşam kalitesi algısı bozulmaktadır. Burada hastaların hiçbirinin bedensel bir hastalıklarının olmadığını ve tek dönem geçiren hastalarla (38.9±14.4) yineleyici tipte depresyonu olan hastalar (41.0±11.4) arasında yaş ortalaması açısından fark olmadığını vurgulamakta yarar vardır. Skarsater ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada ilk dönem depresyon hastalarında fiziksel işlevselliği diğer yaşam kalitesi boyutlarına göre daha yüksek ve kontrol denekleri ile aynı düzeyde bulmuşlar ve izleme çalışmaları boyunca da değişmediğini gözlemişlerdir. Yani ilk dönem depresyonda hastaların bedensel sağlık algıları daha korunmuş durumdayken, hastalık

yineleyici nitelikte ise giderek bozulma eğilimi göstermektedir. Kruijshaar ve ark. (2003) Hollanda'da yürüttükleri major depresif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilgili çalışmada (NEMESIS) depresyonun yineleme özelliğine göre tipinin yaşam kalitesi için belirleyici olmadığı, ancak şiddetinin asıl belirleyici olduğu ve dolayısıyla daha şiddetli depresyonun yaşam kalitesini daha çok bozduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada tek dönem geçiren hastalarla (22.6±6.3) yineleyici tipte depresyonu olan hastalar (25.4±6.8) arasında depresyon şiddeti (HAM-D) açısından fark olmamakla birlikte, anlamlılığa çok yakın ($p=0.08$) istatistiksel değer saptanmıştır. Bu bulgu bizim çalışmamızda tek dönem geçiren hastalar ile yineleyici depresyonu geçiren hastalar arasındaki yaşam kalitesi farkını açıklıyor olabilir. Ama diğer yandan bizim toplumumuzda hastalık algısı ve yineleyen/süreğen bir hastalığın daha olumsuz algılanması (Kara Kaşıkçı ve Alberto 2007) sonucu da, şiddetten bağımsız olarak sağlık algısında bozulma ve fiziksel işlevselliğin olumsuz değerlendirilmesine neden olmuş olabilir. Bu konunun açıklığa kavuşturulması açısından yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Cinsiyet yönünden bakıldığında ise kadınlarda erkeklere göre fiziksel alanda yaşam kalitesi daha kötü olarak algılanmıştır. Aslında gerek her iki ölçeğin Türk toplumu için norm değerlerinin saptanması çalışmalarında (Demiral ve ark. 2006, Eser ve ark. 2007) gerekse major depresif bozukluk bulunan hastalarda aynı ölçeklerle yapılan önceki çalışmalarda (Saarijarvi ve ark. 2002, Skarsater ve ark. 2006) cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etki göstermediği saptanmıştır. Bu çalışmada neden cinsiyetin fiziksel yaşam kalitesi algısı üzerine etki yaptığı araştırıldığında, kadın hastalarda (%38.3) erkek hastalardan (%22.2) daha yüksek oranda yineleyici depresyona sahip oldukları ve kadın hastaların depresyon şiddetlerinin (24.0±7.2) erkek hastalardan (22.5±5.4) daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Cinsiyetler arasındaki yaşam kalitesi farkı, cinsiyetten çok, kadın hastalardaki depresyonun klinik özelliklerinden kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Bu konunun açıklığa kavuşturulması için daha geniş gruplarla kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

Araştırmanın sınırlılıkları ve üstünlükleri

Bu araştırmanın birinci sınırlılığı kesitsel doğasıdır. Boylamasına izleme çalışmalarında verilerin değişimi, bulguların anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştıracaktır. Bu nedenle benzer yöntemli çalışmaların boylamasına yinelenmesi uygundur. Ayrıca hasta sayısı genelleme yapmayı zorlaştırmaktadır çünkü alt grup karşılaştırma-

larında istatistiksel değerlendirme için sınırdaki sayılarla çalışılması söz konusudur. Bu sınırlılığı aşmak amacıyla daha geniş gruplarla çalışma yapmakta yarar vardır.

Araştırmanın üstünlükleri arasında ise araştırmanın üç farklı kentte ve üç farklı kurum tipinde yürütülmüş olmasıdır. Böylece hastalar genel uygulamayı temsil etme açısından daha kabul edilebilir niteliktedir. Araştırmada yaşam kalitesinin iki farklı boyutunu temsil eden iki farklı değerlendirme aracının kullanılmış olması araştırmayı zenginleştirmektedir. Araştırmanın bir diğer üstünlüğü ise gelişigüzel bir kontrol grubu yerine toplum standartlarının kullanılmış olmasıdır.

KAYNAKLAR

Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4: 251-259.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)*, Washington D.C., 1994' ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Aydemir Ö (2006) Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. *Sağlıkta Birlik Dergisi* 1:9-13.

Breslau N, Schultz LR, Stewart WF ve ark. (2000) Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology*, 54:308-313.

da Silva Lima AF, de Almeida Fleck MP (2007) Subsyndromal depression: an impact on quality of life? *J Affect Disord*, 100:163-169.

Demiral Y, Ergör G, Ünal B ve ark. (2006) Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*, 9: 247.

Eser E (2006) Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. *Sağlıkta Birlik Dergisi*, 1: 1-5.

Eser E, Dinç G, Cambaz S ve ark. (2007) EURO-QoL (EQ-5D) indeksinin toplum standartları ve psikometrik özellikleri: Manisa kent toplumu örneklemini. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı Meta Basımevi, İzmir, s: 78.

Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD ve ark. (1995) Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry*, 52:11-19.

İren Akbıyık D, Berksun OE, Sümbüloğlu V ve ark. (2008) Quality of life of Turkish patients with depression in Ankara and in Berlin. *Eur Psychiatry*, 23 (Suppl 1):4-9.

Kara Kaşıkçı M, Alberto J (2007) Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*, 16:1468-1478.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. (1999) Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 102-106.

Kruijsaar ME, Hoeymans N, Bijl RV ve ark. (2003) Levels of disability in major depression: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord*, 77:53-64.

Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J ve ark. (1997) Depression in the community: the first pan-European study DEPRES [Depression Research in European Society]. *Int Clin Psychopharmacol*, 12: 19-29.

SONUÇ

Bu araştırmanın sonucunda major depresif bozuklukta yaşam kalitesinin tüm alanlarda bozulduğu ortaya konmuştur. Yani depresif hastalar sağlıklarını her alanda bozulmuş olarak algılamaktadırlar. Depresyon şiddetlendikçe bu olumsuz algı daha da bozulmaktadır. Tek dönem geçiren hastalarda yineleyici tipte depresyonu olan hastalara göre bedensel sağlık algısı daha da bozulmaktadır. Depresif hastaların izlenmesinde hastaların sağlığın her alanındaki olumsuz algıları göz önünde tutulmalıdır ve depresyon yineleyici tipteyse ya da şiddetliyse hastaların özellikle bedensel sağlık algısı daha da olumsuz olmaktadır.

Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB ve ark. (2000) Migraine, quality of life, and depression: a population-based case-control study. *Neurology*, 55:629-635.

Murray CJL, Lopez AD (1997a) Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*, 349:1436-1442.

Murray CJL, Lopez AD (1997b) Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet*, 349:1498-1504.

Ormel J, Von Korff M, Van den Brink W ve ark. (1993) Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. *Am J Public Health*, 83: 385-390.

Özyüksel B, Uluğ B (2007) The association between disability and residual symptoms in depressive patients: a 3-month follow-up. *Türk Psikiyatri Derg*, 18:323-332.

Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y ve ark. (2004) Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26:13-17.

Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka T ve ark. (2002) Health-related quality of life among patients with major depression. *Nord J Psychiatry*, 56:261-264.

Sapin C, Fantino B, Nowicki ML ve ark. (2004) Usefulness of EQ-5D in assessing health status in primary care patients with major depressive disorder. *Health Qual Life Outcomes*, 2: 20.

Skarsater I, Baigi A, Haglund L ve ark. (2006) Functional status and quality of life in patients with first-episode major depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13:205-213.

The EuroQol group (1990) EuroQol—a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16: 199-208.

Ware JE, Sherbourne CD (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30: 473-483.

Wells KB, Sherbourne CD (1999) Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Arch Gen Psychiatry*, 56:897-904.

Wingenfeld K, Wagner D, Schmidt I ve ark. (2007) The low dose dexamethasone test in fibromyalgia. *J Psychosom Res*, 62:85-91.

Wolfe F, Ross K, Anderson J ve ark. (1995) The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*, 38:19-28.