

Orak Hücreli Anemide Psikososyal Etkenler *

S. Halime ARSLAN**, Z. Nazan ALPARSLAN***, Rikkat KOÇAK****, Fikri BAŞLAMİŞLİ****

ÖZET

Bu çalışmada amaç süregelen ve doğumsal bir anemi olan, orak hücreli anemisi olan hastalarda sosyal destek sistemlerini, depresyon, kaygı ve aleksitimi düzeylerini araştırmaktır. Çalışmaya ÇÜTF Hematoloji polikliniğinde izlenmekte olan 17-42 yaşları arasında 17 kadın, 17 erkek 34 hasta alınmıştır. Çalışmada Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI 1 ve 2), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır. Sonuçta BDÖ puanları ile TAÖ, STAI 1 ve 2 puanları arasında pozitif korelasyon varken, BDÖ puanları ile ÇBASDÖ ve alt boyutlarının puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur. STAI 1 ve 2 puanları da ÇBASDÖ puanları ile negatif korelasyon göstermektedir. Evlilerde ÇBASDÖ'nin "özel insan" alt boyutu puanları daha yüksektir. Hastaların hastanede yatış sayıları ile ölçek puanları arasında ilişki bulunmamıştır. Ağrılı krizlerin sıklığı ile ÇBASDÖ, BDÖ, STAI 1 ve 2 puanları arasında anlamlı ilişki vardır. Ailesinde orak hücreli anemi nedeniyle ölüm olanların STAI 2; halen ağrılı krizde olanların ise STAI 1 puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir. Veriler sık ağrılı kriz geçiren, ailesinde orak hücreli anemiden ölen olan ve halen ağrılı krizde bulunan hastaların kaygı ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Algılanan sosyal destek sistemlerinin yeterliliği ile hastanın kaygı, depresyon ve aleksitimi düzeyleri arasında yakın ilişki bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Orak hücreli anemi, depresyon, kaygı, aleksitimi, algılanan sosyal destek

Düşünen Adam; 1997, 10 (1): 17-21

SUMMARY

The aim of the present study was to investigate the social support systems, the levels of depression, anxiety and alexithymia among the patients with sickle cell anemia characterized by a chronic and congenital anemia. As 17 female and 17 male, total 34 patients from the Hematology Clinic of Çukurova University between the ages 17-42 were included in the study. Beck Depression Inventory (BDI), Spielberger State and Trait Anxiety Inventory (STAI 1 and 2), Toronto Alexithymia Scale (TAS) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were used. As a result the scores of BDI showed a positive correlation with the scores of TAS, STAI 1 and 2, whereas the scores of BDI had a negative correlation with the scores of MSPSS total and the scores of MSPSS/subscales. The scores of "significant other" of MSPSS were found higher among the married patients. No relationship was found between the frequency of hospitalization and the scores of the scales. But the frequency of the painful crises was significantly correlated with the scores of MSPSS, BDI, STAI 1 and 2. The patients who had a painful crises during the study had higher scores of STAI 1, and the patients in whose family was a death from SCA had higher scores of STAI 2. Results indicated that the levels of depression and anxiety were higher among the patients who had a painful crises during the study, who experienced more frequently crises and who lost a family member from SCA. Perceived social support showed a significant relationship with the levels of depression, anxiety and alexithymia.

Key words: Sickle cell anemia, depression, anxiety, alexithymia, perceived social support

* IV. Ulusal Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongresi'nde (30 Ekim-1 Kasım 1996, İstanbul) bildiri olarak sunulmuştur.

** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, *** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı,

**** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ

Orak hücreli anemi (OHA) HbS'in kalıtsal geçişine bağlı, süregelen, kişiyi tüm yaşamı boyunca etkileyen, özellikle siyah toplumda, Batı Afrika'da, Akdeniz ve Orta Doğu ülkelerinde görülen bir hastalıktır (3). Ülkemizde de, özellikle Güney bölgemizde, arap kökenli toplumda OHA sık olarak görülmektedir. Adana'da bir tarama çalışmasında etnik köken bakımaksızın, taranan toplumda OHA yaygınlığı % 3.9 olarak belirlenmiştir. Aynı tarama çalışmasında arap kökenli toplumda ise yaygınlık % 9.6 oranlarında bulunmuştur (9).

OHA'da oraklaşmış eritrositler küçük arteriol ve kapillerleri tıkayarak obstrüksiyona yol açar. Büyüme-gelişme geriliği, yaşamı tehdit eden ağır enfeksiyonlar, uzun kemiklerde ağrılar, kuzmalar ve ciddi karın ağrısı ile giden krizler, yineleyen hastaneye yatışlar sıkır (15). Sonuçta hastanın iş ve toplumsal işlevleri bozulabilmekte, benlik saygısında azalma, uyku ve iştah bozuklukları, depresyon, kaygı gibi ruhsal sorunlar gelişebilmektedir. Bu sorunlar özellikle bekarlarda, aile ve arkadaş ilişkilerinin yeterli olmadığını bildiren hastalarda sık görülmektedir (2,15).

OHA'de beklenen yaşam süresi değişkendir; kimi hastalar çocukluk çağında ölümler, kimi hastalarda yaşam süresi 30 yaşa uzamaktadır. Son yıllardaki bilimsel gelişmelerle yaşam sürelerinin 50'i yaşlara değin uzadığı bildirilmektedir (3). Yaşam süreleri uzadıkça OHA'li erişkin toplum da artmakta ve hastaların psikososyal stres etkenleriyle karşı karşıya kalma riski de artarak yaşam kalitesi önem kazanmaktadır. Bu durumda hastaların toplumsal ve duygusal yaşamlarının ne yönde ekilendiğinin belirlenmesi ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla bunlara yönelik önlemler alınması önem kazanmaktadır. Ancak kaynaklar genellikle OHA'nin organik yönüne odaklanmış, hastalığın psikososyal yönü ihmal edilmiştir. Oysa süregelen fiziksel hastalıklarda hastalığın kendisinin olduğu kadar, hatta çok daha ciddi boyutlarda olmak üzere psikososyal sorunlara yol açtığı bilinmektedir (3,11,15).

Bu çalışmada amaç, doğumsal, süregelen ve ağrılı krizleriyle kişinin iş, okul ve toplumsal yaşamında önemli aksaklıklara neden olan OHA'de sosyal des-

tek sistemleri, depresyon, kaygı ve aleksitimi ile sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikler arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmaya ÇÜTF Hematoloji Kliniği'nde OHA tanısıyla izlenmekte olan 34 hasta alınmıştır. Hastaların tümü homozigot olup, başka bir hastalığı ya da son altı aydır psikotrop ilaç kullanımı olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmada şu ölçekler kullanılmıştır:

1. Sosyodemografik veri toplama formu: Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadığı yer gibi sosyodemografik özellikleriyle, aile öyküsü, ağrılı kriz sıklığı, son ağrılı krizin üzerinden geçen süre, hastanede yatış sayısı gibi hastalıkla ilgili özellikler sorulanmaktadır.

2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Türkçe'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (8).

3. Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI I ve 2): Türkçe'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve LeCompte tarafından yapılmıştır (16).

4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ): Türkçe'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dereboy tarafından yapılmıştır (5).

5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBAsDÖ): 12 maddeden oluşan, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan, sosyal desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içerir. Bunlar aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek üzerinde değerlendirilir. Türkçe'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Aker tarafından yapılmıştır (6).

Verilerin değerlendirilmesinde t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastalar 17-42 yaş arasında olup yaş ortalaması 24.6 ± 6.7 'dir. Hastaların sosyodemografik ve soygeçmişle ilgili özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Ölçek puanları ortalamaları Tablo 2'de, ölçek puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 3'de verilmiştir. Cinsiyete göre ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Evlilerde ÇBADÖ "özel insan" alt boyutu puanları ortalaması 23.3 ± 8.7 iken, bekarlarda 11.9 ± 6.6 'dır; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t:3.8$, $sd: 32$, $p<0.001$).

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik ve soygeçmişle ilgili özellikleri

	n	%
Medeni durum		
Evli	7	20.6
Bekar	27	79.4
Eğitim		
İlkokul	15	44.1
Ortaokul	4	11.8
Lise	11	32.1
Yüksek okul	4	11.8
Adana'da yaşayan	14	41.2
Adana dışında yaşayan	20	58.8
Ailesinde başka OHA olan	15	44.1
Ailesinde başka OHA olmayan	19	55.9
1. derece yakınlarında OHA olan	8	23.5
2. derece yakınlarında OHA olan	7	20.6
Ailesinde OHA'den ölen	5	14.7
1. derece yakını OHA'den ölen	3	8.8
2. derece yakını OHA'den ölen	2	5.9

Tablo 3. Ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

Ölçek	BDÖ	ÇBASDÖ/T	ÇBASDÖ/Öİ	ÇBASDÖ/A	ÇBASDÖ/Ark	STAI 1	STAI 2	TAÖ
BDÖ	r:1.0	r:-73**	r:49**	r:51**	r:57**	r:62**	r:63**	r:53**
ÇBASDÖ / Toplam	r:-73**	r:1.0	r:77**	r:52**	r:79**	r:48**	r:62**	r:44**
ÇBASDÖ / Özel insan	r:-49**	r:77**	r:1.0	r:08 AD	r:36*	r:29 AD	r:39*	r:43*
ÇBASDÖ / Aile	r:-51**	r:52**	r:08 AD	r:1.0	r:27 AD	r:21 AD	r:35*	r:28 AD
ÇBASDÖ / Arkadaş	r:-57**	r:79**	r:36*	r:27 AD	r:1.0	r:50**	r:57**	r:22 AD
STAI 1	r:-62**	r:48**	r:29 AD	r:21 AD	r:50**	r:1.0	r:37*	r:26 AD
STAI 2	r:-63**	r:62**	r:39*	r:35 AD	r:57**	r:37*	r:1.0	r:44**
TAÖ	r:-53**	r:44**	r:43*	r:28 AD	r:22 AD	r:26 AD	r:44*	r:1.0

AD: anlamlı değil, *: $p<0.05$, **: $p<0.01$. ÇBASDÖ-T: ÇBASDÖ-Toplam, ÇBASDÖ-Öİ: ÇBASDÖ-Özel insan, ÇBASDÖ-A: ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Ark: ÇBASDÖ-Arkadaş.

Tablo 2. Ölçek puanlarının ortalamaları ve sınırları

Ölçek	Minimum	Maksimum	Ortalama
BDÖ	3	55	15.7 ± 11.2
ÇBASDÖ / Toplam	32	77	51.3 ± 14.8
ÇBASDÖ / Özel insan	4	28	14.2 ± 8.3
ÇBASDÖ / Aile	9	28	22.0 ± 5.0
ÇBASDÖ / Arkadaş	4	28	15.1 ± 7.4
STAI 1	20	66	43.2 ± 10.6
STAI 2	22	63	39.5 ± 10.1
TAÖ	4	21	10.9 ± 4.0

Hastaların hastaneye yatış sayıları 0-33 arasında, ortalama 12.2 ± 10.2 'dir. Hastanede yatış sayısı ile ölçek puanları arasında ilişki bulunmamıştır.

Ağrılı krizler yılda 1-9 kez, ortalama 4.2 ± 2.2 sıklıktadır. Hasta halen ağrılı krizdedir 14 (% 41.2). Halen ağrılı krizde olanların STAI 1 puanları 47.4 ± 10.6 , ağrılı krizde olmayanların ise 40.2 ± 9.6 'dır; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t:2.1$, $sd: 32$, $p<0.05$). Ağrılı krizde olmayanlarda son ağrılı krizin üzerinden 1-24 ay, ortalama 4.2 ± 2.4 ay geçtiği belirlenmiştir. Ağrılı krizlerin sıklığı ile ölçek puanları arasında ise anlamlı ilişki vardır; yılda 5 kez ya da daha az ağrılı krize girenlerle, 6 kez ya da daha sık ağrılı krize girenler karşılaştırıldığında BDÖ, ÇBASDÖ-toplam, ÇBASDÖ-özel insan, ÇBASDÖ-arkadaş, STAI 1 ve 2 puanları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4. Ağrılı kriz sıklığı ile ölçek puanları arasındaki ilişki

Ölçek	Yılda 5 kez ve altı	Yılda 6 kez ve üzerinde	
BDÖ	13.2±9.2	21.2±13.3	t:2.2 p<0.05
ÇBASDÖ / Toplam	57.4±12.5	38.6±10.9	t:4.3 p<0.001
ÇBASDÖ / Özel insan	17.0±7.6	8.4±6.8	t:3.2 p<0.01
ÇBASDÖ / Arkadaş	17.9±7.1	9.1±3.1	t:3.9 p<0.001
STAI 1	40.4±10.7	48.9±7.9	t:2.4 p<0.05
STAI 2	36.7±8.8	45.5±10.4	t:2.6 p<0.01

sd: 32

Ailede başka OHA'li hasta olup olmaması ya da OHA'nin birinci ya da ikinci derece yakınlarında olup olmaması ile ölçek puanları arasında ilişki bulunmamıştır. Ailesinde OHA'den ölüm olanların STAI 2 puanları 50.0±13.8 iken, ailesinde OHA'den ölen olmayanların STAI 2 puanları 37.7±8.4'dür; aradaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır (t: 2.7, sd: 32, p<0.01).

TARTIŞMA

Bu çalışmada OHA'li hastalarda algılanan aile, arkadaş, eş gibi sosyal destek sistemleriyle depresyon ve kaygı düzeyleri arasında yakın ilişki bulunduğu görülmektedir. Arkadaş, özel insan ve aile desteğini daha yüksek düzeylerde algılayanlarda depresyon ve kaygı daha düşük bulunmuştur. Çalışmalarda da hastalığın komplikasyonları ile başa çıkmada ve sağaltıma uyumda psikososyal desteğin önemli olduğu bildirilmektedir (15). Arkadaşlıklar ve dostluklar, ağrılı krizler sırasında hastanın yanında bulunma ve empati yapabilmek, sözel olarak hastaya destek ve ağrısını paylaştığı iletisini vermenin, özellikle hastalığın yaygın olarak görüldüğü zenci ve arap toplumlarında önemli olduğu görülmüştür (12,13). Benzer kültürel özellikler gösterdiği düşünülen toplumumuz için de aynı görüşlerin geçerli olduğu söylenebilir.

Çalışmada aleksitimi puanlarının da depresyon, sürekli kaygı ve algılanan sosyal destek puanları ile yüksek korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Daha düşük düzeylerde sosyal destek algılayan kişilerde sosyal izolasyonun daha fazla yaşanıp, duygu paylaşımlarının ve dışavurumlarının daha az olacağı düşünülebilir. Ayrıca depresyon ve kaygının kişinin duygularının ayırıcılığında olmasını güçleştirerek aleksitimiyeye yolaçtığı, hatta aleksitiminin bu boyutunun

depresyonun bir ölçüm biçimi olabileceği de ileri sürülmektedir (17).

Freyberger'e göre aleksitiminin kaygı ve depresyonla giden stresli durumlarda gelişen geçici biçimi ikincil aleksitimi olarak tanımlanmaktadır. İkincil aleksitimi ağır fiziksel ya da ruhsal hastalıklarda gelişen savunma amaçlı bir regresyon olarak yorumlanmaktadır (7). OHA'li hastalarda depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri ile aleksitiminin koşut gitmesi de bu görüşleri desteklemektedir.

Hastalıkla ilgili özelliklere bakıldığında ise, ağrılı krizlerin sıklığı ile algılanan sosyal destek, depresyon ve kaygı düzeyleri arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Leavell ve Ford'un yarı-yapılandırılmış görüşme formu ile Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanarak yaptıkları çalışmada OHA'nin komplikasyonları ile psikopatolojinin ilişkili olduğu görülmüştür (10). Çalışmalarda OHA'si olan hastalarda rastlanan en sık sorunun ağrılı krizler olup, hastaneye başvuruların % 91'inin nedeninin ağrılı krizler olduğu bildirilmektedir. Sık ağrılı kriz geçirenler okul, iş ve toplum yaşamlarından daha uzak kalmakta, ekonomik ve sosyal yönden daha çok yitime uğramakta, daha çok sosyal izolasyon yaşamaktadırlar. Bu da hastalarda benlik saygısında düşme, kaygı ve depresyona yol açmaktadır (1,4,11,14).

Çalışmada halen ağrılı krizde olan hastaların durumluk kaygı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu, ağrılı krizlerin süresinin belirsizliğiyle ilişkili olabilir. OHA'de ağrılı krizler bir iki hafta, zaman zaman da bir aydan uzun sürmektedir (12). Ailesinde OHA'den ölüm olanların ise sürekli kaygı puanları daha yüksektir. Bu bulguyu, hastanın benzer sona ulaşma korku ve endişeleri açıklayabilir.

Sonuçta, OHA'nin çocuklukta başlayan ve yaşam boyu süren bir hastalık olduğu, hastaların çoğunun erişkin yaşa gelmeden kaybedildiği gözönünde bulundurulursa; erişkin hasta toplumunun yanısıra çocuk hasta toplumu ve aileleri ile de yapılacak çalışmalara gereksinim vardır. Bu hastalara ve ailelerine psikososyal destek sağlamanın depresyon ve kaygıyı azaltarak yaşam kalitesini arttıracığı, hastalıkla başa çıkma ve sağaltıma uyumu olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abiodun OA: Psychosocial complications and management of sickle cell disease. *East African Med J* 70:40-42, 1993.
2. Adelayin MA: Psychosocial effects of sickle cell disease among adolescents. *East African Med J* 69:370-72, 1992.
3. Brozovic M, Davies SC: Management of sickle cell disease. *Postgraduate Med J* 63:605-9, 1987.
4. Brozovic M, Davies SC, Brownell AL: Acute admissions of patients with sickle cell disease who live in Britain. *Br Med J* 294:1206-8, 1987.
5. Dereboy İF: Aleksitimi öz bildirim ölççeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir araştırma. Basılmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniv Tıp Fak, Ankara, 1990.
6. Eker D, Akar H: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Derg* 10:45-55, 1995.
7. Freyberger H: Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom* 28:337-42, 1977.
8. Hisli N: Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Derg* 22:118-26, 1989.
9. Koçak R, Alparslan ZN, Ağrıdağ G ve ark: The frequency of anemia, iron deficiency, hemoglobin S and beta thalassemia in the South of Turkey. *Eur J Epidemiol* 11:181-84, 1995.
10. Leavell SR, Ford CV: Psychopathology in patients with sickle cell disease. *Psychomatics* 24:23-37, 1983.
11. Midence K, Fuggle P, Davies SC: Psychosocial aspects of sickle cell disease (SCD) in childhood and adolescence: a review. *Br J Clin Psychol* 32:271-80, 1993.
12. Midence K, Shand P: Family and social issues in sickle cell disease. *Health Visitor* 65:441-43, 1992.
13. Midence K, Davies SC, Fuggle P: Sickle cell disease: courage in the face of crisis. *Nursing Times* 88:46-48, 1992.
14. Morin C, Waring EM: Depression and sickle cell anemia. *South Med J* 74:766-68, 1981.
15. Ohaeri JU, Shokunbi WA, Akinlade KS, et al: The psychosocial problems of sickle cell disease sufferers and their methods of coping. *Soc Sci Med* 40:955-60, 1995.
16. Öner N, LeCompte A: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı, Boğaziçi Üniv Yayınları, İstanbul, 1985.
17. Wise TN, Mann LS, Mitchell DJ, et al: Secondary alexithymia: an empirical validation. *Compr Psychiatry* 31:284-88, 1990.