

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

# Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία

**ΣΚΟΠΟΣ** Διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 154 ασθενείς που εισέρχονταν στο τμήμα βραχείας νοσηλείας και στην παθολογική κλινική δημόσιου νοσοκομείου του νομού Αττικής. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο εκτός από τα κοινωνικο-δημογραφικά-κλινικά χαρακτηριστικά και άλλες μεταβλητές που αφορούσαν σε απόψεις των συμμετεχόντων περιελάμβανε την κλίμακα αξιολόγησης άγχους και κατάθλιψης HADs. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι το 31,8% είχε υψηλό επίπεδο άγχους και το 13,6% είχε υψηλό επίπεδο κατάθλιψης. Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο άγχους και την παρουσία άλλου νοσήματος στους ασθενείς ( $p=0,045$ ), τη συχνότητα αλλαγής του θεραπευτικού πρωτοκόλλου ( $p=0,014$ ), τη δυσχέρεια εύρεσης αίματος για μετάγγιση ( $p=0,017$ ), την παρουσία δυσκολιών στις σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον ( $p=0,025$ ) και με το οικογενειακό περιβάλλον ( $p<0,001$ ). Επί πλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο κατάθλιψης και το φύλο ( $p=0,007$ ), την ηλικία ( $p=0,016$ ), το μορφωτικό επίπεδο ( $p=0,006$ ), το επάγγελμα ( $p=0,030$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,006$ ) και τον αριθμό των παιδιών ( $p=0,035$ ). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία και θα πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της ολιστικής θεραπευτικής παρέμβασης.

Η δρεπανοκυτταρική αναιμία ανήκει στα γενετικά νοσήματα και συγκεκριμένα στις κληρονομικές αιμοσφαιρινοπάθειες. Αφορά στο ζεύγος των γονιδίων που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της αιμοσφαιρίνης. Στη νόσο, παράγεται παθολογική αιμοσφαιρίνη που έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της μορφολογίας των ερυθρών αιμοσφαιρίων, τα οποία γίνονται δύσκαμπτα ή συγκολλώνται μεταξύ τους και αποφράσσουν τα μικρά αγγεία. Έτσι, δεν μεταφέρεται οξυγόνο στους ιστούς, με αποτέλεσμα κίνδυνο νέκρωσης στις συγκεκριμένες περιοχές και έντονους πόνους. Όταν μόνο ένα από τα δύο υπεύθυνα για την παραγωγή της αιμοσφαιρίνης γονίδια είναι παθολογικό, τότε τα άτομα ονομάζονται φορείς ή ετεροζυγώτες και δεν παρουσιάζουν κάποιο σύμπτωμα ή εκδήλωση της νόσου.<sup>1-3</sup>

Οι ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία, λόγω της φύσης και της χρονιότητας της νόσου, βιώνουν πολλά και ποικίλα προβλήματα σε προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό επίπεδο, τα οποία πυροδοτούν την εκδήλωση ψυχικών

διαταραχών όπως άγχους και κατάθλιψης. Η διάγνωση της νόσου στη ζωή των ατόμων με δρεπανοκυτταρική αναιμία αποτελεί ψυχοπιεστικό γεγονός, επειδή απαιτεί μακρόχρονη θεραπεία και προσαρμογή στις απαιτήσεις που επιβάλλει η νόσος στην καθημερινή ζωή των πασχόντων.<sup>4</sup>

Στόχοι της φροντίδας των ατόμων με δρεπανοκυτταρική αναιμία είναι η μείωση των βιολογικών συνεπειών της νόσου, η ενίσχυση της φυσιολογικής ανάπτυξης, η πρόληψη των επιπλοκών και η αντιμετώπιση της ασθένειας σε κάθε διάσταση της ανθρώπινης ζωής. Άλλοι εξ ίσου σημαντικοί στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων και η συζήτηση των βαθέτερων συναισθημάτων για τη νόσο και των δυσχερειών που δημιουργούνται στη ζωή των ατόμων εξ αιτίας αυτής.<sup>4</sup>

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(2):200-210  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(2):200-210

Α. Βούλγαρη,<sup>1</sup>  
Μ. Γιούτσου,<sup>1</sup>  
Κ. Δρούγκα,<sup>1</sup>  
Ε. Γεωργιάδη,<sup>2</sup>  
Α. Μπασέτα,<sup>3</sup>  
Μ. Πολυκανδριώτη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλευτική Α΄, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα  
<sup>2</sup>Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα  
<sup>3</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Anxiety and depression in patients with sickle cell disease

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Άγχος  
Δρεπανοκυτταρική νόσος  
Κατάθλιψη

Υποβλήθηκε 4.9.2013  
Εγκρίθηκε 24.9.2013

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### Πληθυσμός της μελέτης

Διενεργήθηκε μια συγχρονική μελέτη. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 154 ασθενείς που εισέρχονταν στο τμήμα βραχείας νοσηλείας και στην παθολογική κλινική δημόσιου νοσοκομείου του νομού Αττικής. Κριτήρια για την ένταξη των ασθενών στη μελέτη ήταν η διάγνωση της δρεπανοκυτταρικής νόσου και η καλή γνώση/χρήση της ελληνικής γλώσσας. Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ενημερώνονταν από τους ερευνητές προφορικά για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Μόνο τα άτομα που έδωσαν την προφορική συγκατάθεσή τους συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης, χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της μελέτης έτσι ώστε να εξυπηρετεί πλήρως τους σκοπούς της. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν για κάθε ασθενή περιελάμβαναν τα εξής: Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό παιδιών, οικογενειακό προγραμματισμό κ.λπ.), κατάσταση υγείας-νοσηλεία (χρόνια από την εκδήλωση της νόσου, τμήμα νοσηλείας, άλλο πάσχον μέλος στην οικογένεια κ.λπ.), θεραπεία (είδος θεραπείας, αλλαγή στο θεραπευτικό πρωτόκολλο, πιστή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών) και επιπτώσεις της ασθένειας στην κοινωνική ζωή (π.χ. δυσχέρεια στις σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον, δυσκολία στο οικογενειακό περιβάλλον, απόκρυψη του προβλήματος από το κοινωνικό περιβάλλον και άτομο για βοήθεια στο σπίτι).

Η μελέτη έγινε αποδεκτή από την Ηθική Επιτροπή Ιατρικών Ερευνών του εκάστοτε νοσοκομείου και διενεργήθηκε σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (1989) του Παγκόσμιου Ιατρικού Συνδέσμου.

### Αξιολόγηση ψυχικής υγείας

Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των ασθενών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα "The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)". Η κλίμακα αυτή προτάθηκε το 1983 από τους Zigmond και Snaitth. Η κλίμακα HADS αποτελείται από 14 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 7 αξιολογούν το επίπεδο κατάθλιψης (οι ερωτήσεις 2, 4, 6, 8, 10, 12 και 14) και οι υπόλοιπες 7 αξιολογούν το επίπεδο άγχους (οι ερωτήσεις 1, 3, 5, 7, 9, 11 και 13) των ερωτώμενων. Το εύρος τιμών αυτών κυμαίνεται από 0–21. Επί πλέον, και για τις δύο βαθμολογίες έχει προταθεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία η εξής κατηγοριοποίηση: Βαθμολογία 0–7 υποδηλώνει καθόλου άγχος ή κατάθλιψη, αντίστοιχα, βαθμολογία 8–10 υποδηλώνει μέτρια επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης, αντίστοιχα, και βαθμολογία >11 υποδηλώνει υψηλά επίπεδα άγχους/κατάθλιψης.<sup>5</sup> Η κλίμακα χρησιμοποιήθηκε στην Ελλάδα από τους Mystakidou et al<sup>6</sup> και Michopoulos et al<sup>7</sup> και έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

### Στατιστική ανάλυση

Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και

σχετικές (%) συχνότητες. Το κριτήριο  $\chi^2$  χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών. Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 19 του στατιστικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

### Περιορισμοί της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης δεν είναι αντιπροσωπευτικό στην Ελλάδα, αλλά ένα δείγμα ευκολίας. Ο συγκεκριμένος τρόπος δειγματοληψίας περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Τέλος, το ποσοστό ατόμων που βίωναν άγχος ή κατάθλιψη ενδέχεται να έχει υποτιμηθεί λόγω της λήψης αγχολυτικών από ένα ποσοστό ασθενών, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Περιγραφικά αποτελέσματα

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται κάποια γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ορισμένα στοιχεία σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών και τη θεραπεία τους, καθώς επίσης και στοιχεία που αφορούσαν στη σχέση της νόσου των συμμετεχόντων με την κοινωνική τους ζωή. Ειδικότερα, παρατηρείται ότι οι γυναίκες αποτελούσαν το 63% του δείγματος, ενώ το 56,5% του δείγματος ήταν ηλικίας 40–60 ετών. Μόνο το 11% ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στη μεγάλη τους πλειοψηφία οι ασθενείς κατοικούσαν στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής (61,0%). Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (55,2%) ήταν παντρεμένοι και σχεδόν οι μισοί ασθενείς (46,8%) δήλωσαν ότι δεν είχαν κανένα παιδί. Από ολόκληρο το δείγμα μόλις τα 24 (15,6%) άτομα είχαν προβεί σε κάποιο οικογενειακό προγραμματισμό για την απόκτηση παιδιών.

Όσον αφορά στην κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (76,6%) βρέθηκε ότι νοσούσε για >16 χρόνια και δεν έπασχε από κάποιο άλλο νόσημα (76%). Το 1/3 του δείγματος είχε και κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας που έπασχε από το ίδιο νόσημα.

Αναφορικά με τη θεραπεία που ακολουθούσαν οι συμμετέχοντες, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (76%) υποβαλλόταν σε μεταγγιση αίματος, ενώ γενικά η πλειοψηφία (61,2%) δήλωσε ότι αντιμετώπιζε δυσκολία στην εύρεση αίματος σπάνια ή ποτέ. Το 46,1% ανέφερε ότι είχε πολύ καλή ενημέρωση για τη νόσο του. Μόλις στο 25% των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι πραγματοποιείται αλλαγή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου μερικές φορές ή συχνά, ενώ στην πλειοψηφία τους τα άτομα του δείγματος ακολουθούσαν πιστά τις θεραπευτικές οδηγίες (74,7%).

**Πίνακας 1.** Γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης.

	n (%)		n (%)
<i>Δημογραφικά χαρακτηριστικά</i>		<i>Κατάσταση υγείας–νοσηλεία–θεραπεία</i>	
Φύλο (άνδρας)	57 (37)	Έτη από την εκδήλωση του προβλήματος	
Ηλικία		Κάτω από 16	36 (23,3)
<40	47 (30,5)	16 και πάνω	118 (76,6)
41–60	87 (56,5)	Άλλο νόσημα (ναι)	37 (24)
>60	20 (12,9)	Άλλο πάσχον μέλος στην οικογένεια (ναι)	54 (35,1)
Μορφωτικό επίπεδο		Τμήμα νοσηλείας	
Απόφοιτος(η) πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης	17 (11)	Βραχεία Νοσηλεία	73 (47,7)
Απόφοιτος(η) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	69 (44,8)	Παθολογική Κλινική	81 (52,6)
Απόφοιτος(η) τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	68 (44,2)	Θεραπεία	
Επάγγελμα		Συντηρητική (φάρμακα)	37 (24)
Άνεργος(η)	16 (10,4)	Μετάγγιση	79 (51,3)
Δημόσιος(α) υπάλληλος	28 (18,2)	Φάρμακα και μετάγγιση	38 (24,7)
Ιδιωτικός(ή) υπάλληλος	21 (13,6)	Δυσχέρεια στην εύρεση αίματος	
Ελεύθερος(η) επαγγελματίας	15 (9,7)	Καθόλου/σπάνια	71 (61,2)
Άλλο/οικιακά	20 (12,9)	Μερικές φορές/συχνά	45 (38,8)
Συνταξιούχος	54 (35,1)	Ενημέρωση για το πρόβλημα υγείας	
Τόπος διαμονής		Πολύ καλή	71 (46,1)
Ευρύτερη περιοχή Αττικής	94 (61)	Όχι πολύ καλή	83 (53,9)
Πρωτεύουσα νομού	40 (26)	Αλλαγή στο θεραπευτικό πρωτόκολλο	
Μικρή πόλη/ύπαιθρος	20 (13)	Καθόλου/σπάνια	117 (76)
Οικογενειακή κατάσταση		Μερικές φορές/συχνά	37 (24)
Έγγαμος(η)	85 (55,2)	Πιστή τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών (ναι)	115 (74,7)
Άγαμος(η)	55 (35,7)	<i>Ασθένεια και κοινωνική ζωή</i>	
Άλλο (διαζευγμένος, χήρος/συμβίωση)	14 (9)	Δυσκολία στις σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον	
Αριθμός παιδιών		Ναι (έστω και λίγο)	59 (38,3)
Κανένα	72 (46,8)	Καθόλου	95 (61,7)
Ένα	55 (35,7)	Δυσχέρεια στο οικογενειακό περιβάλλον	
Δύο και περισσότερα	27 (17,5)	Ναι (έστω και λίγο)	52 (33,7)
Οικογενειακός προγραμματισμός		Καθόλου	101 (65,6)
Ναι	24 (15,6)	Απόκρυψη του προβλήματος από το κοινωνικό περιβάλλον (ναι)	48 (31,2)
Όχι	130 (84,4)	Άτομο για βοήθεια στο σπίτι (ναι)	78 (50,6)

Τέλος, βρέθηκε ότι το 61,7% δεν αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα στις σχέσεις του με το κοινωνικό περιβάλλον και το 65,6% κάποια δυσκολία στο οικογενειακό του περιβάλλον. Στην πλειοψηφία τους (67,5%) τα άτομα του δείγματος δεν απέκρυπταν το πρόβλημα από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Τα μισά περίπου άτομα του δείγματος (50,6%) χρειάζονταν κάποιο πρόσωπο για βοήθεια στις δραστηριότητες του σπιτιού.

#### Περιγραφικά χαρακτηριστικά για το άγχος και την κατάθλιψη

Η μέση βαθμολογία του άγχους στους ασθενείς του δείγματος βρέθηκε να είναι 8,52 και της κατάθλιψης 6,92. Επί πλέον, στον πίνακα 2 γίνεται αντιληπτό ότι το 43,5% του δείγματος χαρακτηριζόταν από χαμηλό επίπεδο άγχους, ενώ 49 άτομα είχαν έντονο άγχος. Αναφορικά με τα επίπεδα κατάθλιψης, το 51,9% των ασθενών παρουσίαζε χαμηλό επίπεδο κατάθλιψης και μόλις το 13,6% σοβαρή κατάθλιψη.

**Πίνακας 2.** Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

	n (%)
<i>Επίπεδα άγχους</i>	
Χαμηλό (0–7)	67 (43,5)
Μέτριο (8–10)	38 (24,7)
Υψηλό (>11)	49 (31,8)
<i>Επίπεδα κατάθλιψης</i>	
Χαμηλό (0–7)	80 (51,9)
Μέτριο (8–10)	53 (34,4)
Υψηλό (>11)	21 (13,6)

**Κλίμακα άγχους και συσχετίσεις**

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η συσχέτιση της βαθμολογίας του άγχους με διάφορα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος, κάποια στοιχεία σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών και τη θεραπεία τους, καθώς επίσης και στοιχεία που αφορούν στη σχέση της νόσου των συμμετεχόντων με την κοινωνική τους ζωή. Από τον εν λόγω πίνακα διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο άγχους και την παρουσία άλλου νοσήματος στους ασθενείς ( $p=0,045$ ). Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των ατόμων που είχαν δεύτερο νόσημα ήταν

**Πίνακας 3.** Συσχέτιση του επιπέδου άγχους με διάφορα γενικά χαρακτηριστικά.

	Επίπεδο άγχους n (%)			p
	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Φύλο				0,932
Άνδρας	24 (35,8)	15 (39,5)	18 (36,7)	
Γυναίκα	43 (64,2)	23 (60,5)	97 (63,0)	
Ηλικία				0,507
<40	16 (23,9)	14 (36,8)	17 (34,7)	
41–60	42 (62,7)	18 (47,7)	27 (55,1)	
61–80	9 (13,4)	6 (15,8)	5 (10,2)	
Μορφωτικό επίπεδο				0,497
Απόφοιτος(η) Δημοτικού	9 (13,4)	2 (5,3)	6 (12,2)	
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	29 (43,3)	21 (55,3)	19 (38,8)	
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	29 (43,3)	15 (39,5)	24 (49,0)	
Επάγγελμα				0,590
Άνεργος(η)	5 (7,5)	6 (15,8)	5 (10,2)	
Δημόσιος(α) υπάλληλος	11 (16,4)	4 (10,5)	13 (26,5)	
Ιδιωτικός(ή) υπάλληλος	7 (10,4)	6 (15,8)	8 (16,3)	
Ελεύθερος(η) επαγγελματίας	7 (10,4)	3 (7,9)	5 (10,2)	
Συνταξιούχος	28 (41,8)	14 (36,8)	12 (24,5)	
Άλλο/οικιακά	9 (13,4)	5 (13,2)	6 (12,2)	
Τόπος διαμονής				0,546
Ευρύτερη περιοχή Αττικής	43 (64,2)	24 (63,2)	27 (55,1)	
Πρωτεύουσα νομού	15 (22,4)	8 (21,1)	17 (34,7)	
Μικρή πόλη/ύπαιθρος	9 (13,4)	6 (15,8)	5 (10,2)	
Οικογενειακή κατάσταση				0,330
Έγγαμος(η)	41 (61,2)	18 (47,7)	26 (53,1)	
Άγαμος(η)	23 (34,3)	16 (42,1)	16 (32,7)	
Άλλο (διαζύγιο, χήρος, συμβίωση)	3 (4,5)	4 (10,5)	7 (14,3)	
Αριθμός παιδιών				0,250
Κανένα	31 (46,3)	22 (57,9)	19 (38,8)	
Ένα	21 (31,3)	12 (31,6)	22 (44,9)	
Δύο ή περισσότερα	15 (22,4)	4 (10,5)	8 (16,3)	
Οικογενειακός προγραμματισμός				0,596
Ναι	12 (17,9)	4 (10,5)	8 (16,3)	
Όχι	55 (82,1)	34 (89,5)	41 (83,7)	

**Πίνακας 3.** (συνέχεια) Συσχέτιση του επιπέδου άγχους με διάφορα γενικά χαρακτηριστικά.

	Επίπεδο άγχους n (%)			p
	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Έτη από την εκδήλωση του προβλήματος				0,166
Κάτω από 16	12 (17,9)	8 (21,1)	16 (32,7)	
16 και πάνω	55 (82,1)	30 (78,9)	33 (67,3)	
Άλλο νόσημα				<b>0,045</b>
Ναι	10 (14,9)	10 (26,3)	17 (34,7)	
Όχι	57 (85,1)	28 (73,7)	32 (65,3)	
Άλλο πάσχον μέλος στην οικογένεια				0,595
Ναι	26 (38,8)	11 (28,9)	17 (34,7)	
Όχι	41 (61,2)	27 (71,1)	32 (65,3)	
Τμήμα νοσηλείας				0,534
Βραχεία Νοσηλεία	34 (50,7)	19 (50,0)	20 (40,8)	
Παθολογική Κλινική	33 (49,3)	19 (50,0)	29 (59,2)	
Θεραπεία				0,409
Συντηρητική (φάρμακα)	17 (25,4)	7 (18,4)	13 (26,5)	
Μετάγγιση	38 (56,7)	20 (52,6)	21 (42,9)	
Φάρμακα και μετάγγιση	12 (17,9)	11 (28,9)	15 (30,6)	
Δυσκολία στην εύρεση αίματος				<b>0,017</b>
Καθόλου/σπάνια	38 (76,0)	15 (48,4)	18 (51,4)	
Μερικές φορές/συχνά	12 (24,0)	16 (51,6)	17 (48,6)	
Ενημέρωση για το πρόβλημα υγείας				0,394
Όχι πολύ	35 (52,2)	24 (63,2)	24 (49,0)	
Πολύ	32 (47,8)	14 (36,8)	25 (51,0)	
Αλλαγή στο θεραπευτικό πρωτόκολλο				<b>0,014</b>
Καθόλου/σπάνια	58 (86,6)	28 (73,7)	31 (63,3)	
Μερικές φορές/συχνά	9 (13,4)	10 (26,3)	37 (24,0)	
Πιστή εφαρμογή των θεραπευτικών οδηγιών				0,134
Ναι	48 (71,6)	33 (86,8)	34 (69,4)	
Όχι	19 (28,4)	5 (13,2)	15 (30,6)	
Δυσχέρεια στις σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον				<b>0,025</b>
Καθόλου	48 (71,6)	24 (63,2)	23 (46,9)	
Ναι	19 (28,4)	14 (36,8)	26 (53,1)	
Δυσκολία στο οικογενειακό περιβάλλον				<b>&lt;0,001</b>
Καθόλου	56 (84,8)	23 (60,5)	22 (44,9)	
Ναι	10 (15,2)	15 (39,5)	27 (55,1)	
Απόκρυψη του προβλήματος από το κοινωνικό περιβάλλον				0,092
Ναι	16 (23,9)	13 (34,2)	19 (38,8)	
Όχι	51 (76,1)	25 (65,8)	28 (57,1)	
Βοήθεια στο σπίτι για τις καθημερινές δραστηριότητες				0,387
Ναι	38 (56,7)	19 (50,0)	21 (43,8)	
Όχι	29 (43,3)	19 (50,0)	27 (56,2)	

υψηλότερο μεταξύ εκείνων που εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα άγχους (34,7%) σε σχέση με όσους είχαν χαμηλά και μέτρια επίπεδα άγχους (14,9% και 26,3%, αντίστοιχα). Επί πλέον, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο άγχους και τη συχνότητα αλλαγής

του θεραπευτικού πρωτοκόλλου ( $p=0,014$ ). Ειδικότερα, το ποσοστό των ατόμων που σπάνια είχαν αλλαγές στο θεραπευτικό τους πρωτόκολλο ήταν υψηλότερο μεταξύ των ασθενών με χαμηλά επίπεδα άγχους (86,6%) σε σχέση με εκείνους με μέτρια και υψηλά επίπεδα άγχους (73,7% και

63,3%, αντίστοιχα). Επί πλέον, στατιστικά σημαντική ήταν και η συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο του άγχους και τη δυσχέρεια εύρεσης αίματος για μετάγγιση ( $p=0,017$ ). Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των ατόμων που αντιμετώπιζαν συχνά ή μερικές φορές δυσκολία στην εύρεση αίματος ήταν μεγαλύτερο μεταξύ αυτών που είχαν υψηλά επίπεδα άγχους (48,6%) σε σχέση με εκείνους με χαμηλά και μέτρια επίπεδα άγχους (24% και 51,6%, αντίστοιχα). Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο άγχους και την παρουσία δυσχερειών στις σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον ( $p=0,025$ ). Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των ατόμων που δεν είχαν καθόλου δυσκολίες στις σχέσεις τους με το κοινωνικό περιβάλλον ήταν υψηλότερο μεταξύ αυτών που εμφάνιζαν χαμηλά επίπεδα

άγχους (71,6%) σε σχέση με εκείνους με μέτρια και υψηλά επίπεδα άγχους (63,2% και 46,9%, αντίστοιχα). Επί πλέον, στατιστικά πολύ σημαντική ήταν και η συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο του άγχους και την παρουσία δυσχερειών στο οικογενειακό περιβάλλον ( $p<0,001$ ). Συγκεκριμένα, το ποσοστό των ατόμων που δεν είχαν καθόλου δυσκολίες στο οικογενειακό περιβάλλον ήταν μεγαλύτερο μεταξύ αυτών που είχαν χαμηλά επίπεδα άγχους (84,8%) σε σχέση με εκείνους με μέτρια και υψηλά επίπεδα άγχους (60,5% και 44,9%, αντίστοιχα).

#### Κλίμακα κατάθλιψης και συσχετίσεις

Στον πίνακα 4 παρατίθεται η συσχέτιση του επιπέδου

**Πίνακας 4.** Συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης με διάφορα γενικά χαρακτηριστικά.

	Επίπεδο κατάθλιψης n (%)			p
	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Φύλο				
Άνδρας	39 (48,8)	13 (24,5)	5 (23,8)	<b>0,007</b>
Γυναίκα	41 (51,3)	40 (75,5)	16 (76,2)	
Ηλικία				
<40	34 (42,5)	9 (17,0)	4 (19,0)	<b>0,016</b>
41–60	39 (48,8)	34 (64,2)	14 (66,7)	
61–80	7 (8,8)	10 (18,9)	3 (14,3)	
Μορφωτικό επίπεδο				
Απόφοιτος(η) Δημοτικού	4 (5,0)	11 (20,8)	2 (9,5)	<b>0,006</b>
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	31 (38,8)	27 (50,9)	11 (52,4)	
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	45 (56,3)	15 (28,3)	8 (38,1)	
Επάγγελμα				
Άνεργος(η)	11 (13,8)	4 (7,5)	1 (4,8)	<b>0,030</b>
Δημόσιος(α) υπάλληλος	19 (23,8)	5 (9,4)	4 (19,0)	
Ιδιωτικός(ή) υπάλληλος	14 (17,5)	5 (9,4)	2 (9,5)	
Ελεύθερος(η) επαγγελματίας	9 (11,3)	5 (9,4)	1 (4,8)	
Συνταξιούχος	22 (27,5)	21 (39,6)	11 (52,4)	
Άλλο/οικιακά	5 (6,3)	13 (24,5)	2 (9,5)	
Τόπος διαμονής				
Ευρύτερη περιοχή Αττικής	48 (60,0)	34 (64,2)	12 (57,1)	0,333
Πρωτεύουσα νομού	18 (22,5)	14 (26,4)	8 (38,1)	
Μικρή πόλη/ύπαιθρος	14 (17,5)	5 (9,4)	1 (4,8)	
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος(η)	37 (46,3)	38 (71,7)	10 (47,6)	<b>0,006</b>
Άγαμος(η)	38 (47,5)	10 (18,9)	7 (33,3)	
Άλλο (διαζύγιο, χήρος, συμβίωση)	5 (6,3)	5 (9,4)	4 (19,0)	
Αριθμός παιδιών				
Κανένα	46 (57,5)	17 (32,1)	9 (42,9)	<b>0,035</b>
Ένα	21 (26,3)	24 (45,3)	10 (47,6)	
Δύο ή περισσότερα	13 (16,3)	12 (22,6)	2 (9,5)	

**Πίνακας 4.** (συνέχεια) Συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης με διάφορα γενικά χαρακτηριστικά.

	Επίπεδο κατάθλιψης n (%)			p
	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Οικογενειακός προγραμματισμός				
Ναι	11 (13,8)	10 (18,9)	3 (14,3)	0,717
Όχι	69 (86,3)	43 (81,1)	18 (85,7)	
Έτη από την εκδήλωση του προβλήματος				
Κάτω από 16	23 (28,8)	11 (20,8)	2 (9,5)	0,154
16 και πάνω	57 (71,3)	42 (79,2)	19 (90,5)	
Άλλο νόσημα				
Ναι	14 (17,5)	15 (28,3)	8 (24,0)	0,097
Όχι	66 (82,5)	38 (71,7)	13 (61,9)	
Άλλο πάσχον μέλος στην οικογένεια				
Ναι	28 (35,0)	18 (34,0)	8 (38,1)	0,945
Όχι	52 (65,0)	35 (66,0)	13 (61,9)	
Τμήμα νοσηλείας				
Βραχεία Νοσηλεία	40 (50,0)	28 (52,8)	5 (23,8)	0,063
Παθολογική Κλινική	40 (50,0)	25 (47,2)	16 (76,2)	
Θεραπεία				
Συντηρητική (φάρμακα)	21 (26,3)	11 (20,8)	5 (23,8)	0,823
Μετάγγιση	42 (52,5)	26 (49,1)	11 (52,4)	
Φάρμακα και μετάγγιση	17 (21,3)	16 (30,2)	5 (23,8)	
Δυσκολία στην εύρεση αίματος				
Καθόλου/σπάνια	39 (67,2)	25 (59,5)	7 (43,8)	0,224
Μερικές φορές/συχνά	19 (32,8)	17 (40,5)	9 (56,3)	
Ενημέρωση για το πρόβλημα υγείας				
Όχι πολύ	39 (48,8)	31 (58,5)	13 (61,9)	0,398
Πολύ	41 (51,3)	22 (41,5)	8 (38,1)	
Αλλαγή στο θεραπευτικό πρωτόκολλο				
Καθόλου/σπάνια	66 (82,5)	36 (67,9)	15 (71,4)	0,136
Μερικές φορές/συχνά	14 (17,5)	17 (32,1)	6 (28,6)	
Πιστή εφαρμογή των θεραπευτικών οδηγιών				
Ναι	61 (76,3)	38 (71,7)	16 (76,2)	0,827
Όχι	19 (23,8)	15 (28,3)	5 (23,8)	
Δυσχέρεια στις σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον				
Καθόλου	56 (70,0)	28 (52,8)	11 (52,4)	0,088
Ναι	24 (30,0)	25 (47,2)	10 (47,6)	
Δυσκολία στο οικογενειακό περιβάλλον				
Καθόλου	58 (72,5)	33 (63,5)	10 (47,6)	0,090
Ναι	22 (27,5)	19 (36,5)	11 (52,4)	
Απόκρυψη του προβλήματος από το κοινωνικό περιβάλλον				
Ναι	20 (25,3)	21 (39,6)	7 (35,0)	0,209
Όχι	59 (74,7)	32 (60,4)	13 (65,0)	
Βοήθεια στο σπίτι για τις καθημερινές δραστηριότητες				
Ναι	34 (43,0)	31 (58,5)	13 (61,9)	0,123
Όχι	45 (57,0)	22 (41,5)	8 (38,1)	

κατάθλιψη με διάφορα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος, κάποια στοιχεία σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών και τη θεραπεία τους, καθώς επίσης και στοιχεία που αφορούσαν στη σχέση της ασθένειας των συμμετεχόντων με την κοινωνική τους ζωή. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο κατάθλιψης και το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των ανδρών μεταξύ αυτών που εμφάνιζαν χαμηλό επίπεδο κατάθλιψης (48,8%) ήταν μεγαλύτερο σε σχέση με εκείνους με μέτριο (24,5%) και υψηλό επίπεδο κατάθλιψης (23,8%). Επί πλέον, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ήταν μεγαλύτερο μεταξύ των ασθενών που εμφάνιζαν χαμηλό επίπεδο κατάθλιψης (56,3%) σε σχέση με εκείνους με μέτριο και υψηλό επίπεδο της νόσου (28,3% και 38,1%, αντίστοιχα). Τέλος, φάνηκε ότι υπήρχαν κάποιες διαφορές στα επίπεδα της κατάθλιψης ανάλογα με τον τόπο διαμονής, οι οποίες όμως δεν αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές.

Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο κατάθλιψης και την οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό των παιδιών. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των ασθενών που ήταν έγγαμοι ήταν υψηλότερο μεταξύ αυτών που είχαν μέτριο επίπεδο κατάθλιψης (71,7%) σε σχέση με εκείνους με χαμηλά και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (35,5% και 35,1%, αντίστοιχα). Επί πλέον, το ποσοστό των ατόμων που δεν είχαν παιδιά ήταν υψηλότερο μεταξύ των ασθενών με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης (57,5%) συγκριτικά με εκείνους που εμφάνιζαν μέτρια (32,1%) και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (42,9%).

Τέλος, από τον πίνακα 4 διαπιστώνεται ότι υπήρχαν κάποιες διαφορές στα επίπεδα κατάθλιψης ανάλογα με τα έτη από την εκδήλωση του προβλήματος, την παρουσία άλλου νοσήματος στους ασθενείς και την ύπαρξη άλλου πάσχοντος μέλους στην οικογένεια, οι οποίες όμως δεν αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές. Ωστόσο, παρατηρήθηκε μια τάση προς στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο κατάθλιψης και το τμήμα νοσηλείας. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική ήταν υψηλότερο μεταξύ αυτών που είχαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (76,2%) σε σχέση με εκείνους με χαμηλά και μέτρια επίπεδα κατάθλιψης (50% και 47,2%, αντίστοιχα). Οι διαφορές αυτές φάνηκε ότι είχαν μια τάση προς τη στατιστική σημαντικότητα ( $p=0,062>0,05$ ).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι υψηλό ποσοστό από τους συμμετέχοντες βίωνε άγχος

και κατάθλιψη, εύρημα που καταδεικνύει τη σπουδαιότητα εκτίμησης της ψυχικής υγείας αυτής της πληθυσμιακής ομάδας, η οποία δυστυχώς παραμελείται καθώς οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνονται περισσότερο στη θεραπευτική παρέμβαση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στη βιολογική πορεία της νόσου και σχετίζεται κυρίως με το χρόνιο άγχος και άλλα σωματικά συμπτώματα.<sup>9</sup> Η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης είναι σημαντικές για την πρόληψη του κινδύνου της αυτοκτονίας.<sup>10</sup> Οι Asnani et al<sup>11</sup> τόνισαν ότι η κατάθλιψη συνοδεύει συχνά ασθενείς με χρόνια νόσο, σε ποσοστά που κυμαίνονται από 18–44%, ενώ οι Levenson et al<sup>10</sup> ανέδειξαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική νόσο, τα οποία ανέρχονταν σε ποσοστό 27,6%.

Πλήθος παραγόντων είναι δυνατόν να πυροδοτούν το άγχος και την κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία, όπως για παράδειγμα οι πολλές και ποικίλες αλλαγές σε λειτουργικό, εργασιακό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, καθώς επίσης και η ανατροπή σχεδίων για το μέλλον. Οι εκδηλώσεις από την ψυχική σφαίρα επηρεάζουν τη βιολογική πορεία της εν δυνάμει νόσου και το επίπεδο ενέργειας του ατόμου ή ακόμη συμβάλλουν σημαντικά στην κοινωνική απομόνωση. Κατάθλιψη και χρόνιες παθήσεις δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο και είναι σημαντικό ο πάσχων να μάθει να ζει με τις φυσικές συνέπειες της χρόνιας πάθησης και να διατηρεί θετική εικόνα εαυτού και συναισθηματική ισορροπία προκειμένου να αντιμετωπίσει τα αρνητικά συναισθήματα, καθώς και να αναζητά άμεσα βοήθεια μόλις αντιληφθεί τα συμπτώματα της κατάθλιψης.<sup>9–12</sup>

Οι Levenson et al<sup>10</sup> έδειξαν ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με το χρόνιο άγχος που βιώνουν οι ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία και όχι με το άγχος που συμβαίνει κατά την κρίση. Αυτό υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης δεν θα πρέπει να επικεντρωθούν στους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίση και έρχονται για οξεία περιθαλψη.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο άγχους και την παρουσία άλλου νοσήματος στους ασθενείς. Ενδεχομένως, η ύπαρξη άλλης νόσου δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα υγείας τα οποία μειώνουν το βαθμό αυτοφροντίδας και γενικότερα προκαλούν πολλές πρόσθετες επιβαρύνσεις στο άτομο.

Επίσης, στατιστικά σημαντική συσχέτιση υπάρχει ανάμεσα στο επίπεδο άγχους και στη συχνότητα αλλαγής του θεραπευτικού πρωτοκόλλου. Μια πιθανή εξήγηση του



ευρήματος είναι ότι, οι δρεπανοκυτταρικοί ασθενείς, αντιλαμβανόμενοι την αλλαγή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου ως απειλή για την κατάσταση της υγείας, βιώνουν άγχος γιατί δεν γνωρίζουν ή αμφισβητούν την αποτελεσματικότητά του. Ωστόσο, η εφαρμογή οδηγιών και πρωτοκόλλων στην καθημερινή κλινική πράξη σχετίζεται με σημαντικά οφέλη που αφορούν στους ιατρούς, στους ασθενείς και στο ευρύτερο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Η καθιέρωση της εφαρμογής των κλινικών πρωτοκόλλων διασφαλίζει ότι κάθε ασθενής λαμβάνει την ίδια ορθή και διεθνώς αποδεκτή θεραπευτική αγωγή.<sup>13</sup>

Επί πλέον, στατιστικά σημαντική ήταν και η συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο του άγχους και στη δυσχέρεια εύρεσης αίματος για μετάγγιση. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των ατόμων που αντιμετώπιζαν συχνά ή μερικές φορές δυσκολία στην εύρεση αίματος ήταν μεγαλύτερο μεταξύ εκείνων που είχαν υψηλά επίπεδα άγχους. Παρά το γεγονός ότι το τακτικό πρόγραμμα μετάγγισης έχει αυξήσει την επιβίωση των πασχόντων, εν τούτοις αναδύει στο προσκήνιο θέματα που αφορούν στην ασφάλεια της μετάγγισης και στην ανεύρεση μονάδων αίματος. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας, όπου κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου, ακόμη και σήμερα, η ανεύρεση αίματος είναι δυσχερής. Όσον αφορά στις αναπτυγμένες χώρες, συχνά τίθεται το ερώτημα κατά πόσον είναι ασφαλείς οι επαναλαμβανόμενες μεταγγίσεις ώστε να αποφεύγονται σφάλματα που μπορεί να οδηγήσουν σε αντιδράσεις από μετάγγιση.<sup>14-17</sup>

Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο άγχους και την παρουσία δυσχερειών στις σχέσεις με το κοινωνικό και το οικογενειακό περιβάλλον. Πράγματι, η νόσος επιβάλλει σημαντικές αλλαγές στην καθημερινή ζωή που σχετίζονται με πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, ο βαθμός στήριξης από την οικογένεια, οι πεποιθήσεις του ατόμου για την ασθένειά του και τα συμπτώματα της νόσου.<sup>10,18</sup>

Οι Taunyi et al<sup>19</sup> τόνισαν ότι η φύση και η χρονιότητα της νόσου μπορεί να οδηγήσουν σε απογοήτευση, φόβο, απόγνωση, απελπισία, συναισθηματική αγωνία και απομόνωση, καθώς επίσης ότι η αναποτελεσματική διαχείριση του άλγους αποτελεί το πιο σημαντικό πρόβλημα για τα άτομα. Οι Jenerette et al<sup>20</sup> έδειξαν ότι το κοινωνικό στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε περιθωριοποίηση και πιθανόν πυροδοτεί το άγχος. Σύμφωνα με τους Dennis-Antwi et al,<sup>21</sup> η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους θα επιτρέψει στους ασθενείς να διαχειριστούν την ασθένειά τους, να υιοθετήσουν κατάλληλες συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές και γενικότερα να αποκτήσουν αίσθηση ελέγχου της ζωής τους.

Ως προς την κατάθλιψη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό των ατόμων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ήταν μεγαλύτερο μεταξύ εκείνων που εμφάνιζαν χαμηλό επίπεδο κατάθλιψης. Πράγματι, το μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται θετικά με την τήρηση των ιατρικών οδηγιών, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και γενικότερα την καλύτερη διαχείριση του αντίκτυπου της νόσου. Ειδικότερα, η μόρφωση του ασθενούς μπορεί να διαμορφώσει τις ψυχολογικές αντιδράσεις και στάσεις προς το ίδιο το νόσημα. Για παράδειγμα, άτομα που μειονεκτούν τόσο μορφωτικά όσο και κοινωνικά έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αποδεχθούν το ρόλο του ασθενούς.<sup>22,23</sup>

Οι Hassan et al<sup>9</sup> έδειξαν ότι οι δρεπανοκυτταρικοί ασθενείς που έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι καταθλιπτικοί είναι τα άτομα με χαμηλό οικογενειακό εισόδημα και πτωχότερο μορφωτικό επίπεδο, οι γυναίκες, όσοι χρειάζονταν πολλαπλές μεταγγίσεις αίματος, όσοι είχαν ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη, όσοι ελάμβαναν υδροξυουρία και, τέλος, όσοι είχαν ιστορικό επώδυνων αποφρακτικών κρίσεων.

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι το ποσοστό των ασθενών που ήταν έγγαμοι ήταν υψηλότερο μεταξύ εκείνων που είχαν μέτριο επίπεδο κατάθλιψης. Το συγκεκριμένο εύρημα πιθανόν αντανάκλα την αδυναμία των ατόμων να ανταποκριθούν στις ανάγκες της οικογένειας ή να διατηρήσουν προηγούμενους λειτουργικούς ρόλους. Ως γνωστό, η ασθένεια ενός μέλους της οικογένειας διαταράσσει την ισορροπία στους κόλπους της οικογένειας και γενικότερα τη δυναμική της. Η ενθάρρυνση της συμμετοχής της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενούς, καθώς επίσης η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση της ψυχικής υγείας.

Επίσης, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των συνταξιούχων ήταν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μεταξύ των ατόμων με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Η δρεπανοκυτταρική αναιμία συνεπάγεται προβλήματα από τη σωματική διάσταση, με αποτέλεσμα τη μείωση του βαθμού ανεξαρτησίας των ατόμων και την εξασθένηση της ψυχοκοινωνικής τους λειτουργικότητας.<sup>24</sup> Οι Jenerette et al<sup>25</sup> έδειξαν ότι η μοναξιά και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης σχετίζονται με αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή των πασχόντων. Αντίθετα, η ενίσχυση κάθε μορφής στήριξης, κοινωνικής και οικογενειακής, τόσο σε πρακτικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, έχει ευεργετικό χαρακτήρα όσον αφορά στην αποτροπή αρνητικών συναισθημάτων, στη διατήρηση ψυχικών δυνάμεων και στην καλύτερη έκβαση της νόσου. Οι Lee et al<sup>26</sup> τονίζουν ότι, λόγω της σημαντικής βελτίωσης στη θεραπεία που παρατηρήθηκε μετά το 1990, πολλοί ασθενείς ζουν πέρα από την έκτη δεκαετία της ζωής τους, γεγονός που αναδεικνύει τη σπουδαιότητα της κατ'οίκον

φροντίδας. Οι Strickland et al<sup>27</sup> υποστήριξαν ότι τα άτομα με δρεπανοκυτταρική αναιμία βιώνουν επώδυνες κρίσεις και αισθάνονται ανεπαρκή να επηρεάσουν την ποιότητα της φροντίδας τους. Για τους λόγους αυτούς, σύμφωνα με τους Ely et al,<sup>28</sup> η πλειοψηφία (80%) των ενηλίκων προσπαθεί να αποφύγει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όποτε αυτό είναι δυνατόν, και να διαχειρίζεται το άλγος στο σπίτι.

Το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική ήταν υψηλότερο μεταξύ εκείνων που είχαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Το εύρημα αυτό σχετίζεται με τη βαρύτητα της νόσου, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία των ασθενών. Οι Aisiku et al<sup>29</sup> έδειξαν ότι, όταν τα άτομα με δρεπανοκυτταρική νόσο καταφεύγουν συχνότερα στις υπηρεσίες υγείας, είναι πιο βαριά ασθενείς, όπως προκύπτει από τις μετρήσεις των εργαστηριακών εξετάσεων, βιώνουν υψηλότερης έντασης άλγος και μεγαλύτερη αγωνία και έχουν πτωχότερη ποιότητα ζωής.

Από την ανάλυση των στοιχείων προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο κατάθλιψης και στην παρουσία προβλήματος στην εξέλιξη της εργασίας. Μια πιθανή εξήγηση του ευρήματος είναι ότι πολλές φορές αμφισβητείται η επαγγελματική τους σταδιοδρομία λόγω της νόσου, των συχνών απουσιών από την εργασία και των συχνών εισαγωγών στο νοσοκομείο για ενδοφλέβια θεραπεία και μετάγγιση. Πολλοί ασθενείς συνταξιοδοτούνται αναγκαστικά ή εκδηλώνουν έκπτωση των επαγγελματικών τους ικανοτήτων.

Συμπερασματικά, η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των ασθενών με δρεπανοκυτταρική αναιμία είναι σημαντική. Κρίνεται επιβεβλημένη η αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης, καθώς και η παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης των ασθενών, καθ' όσον η νόσος όσο και η θεραπεία επιδρούν στον ψυχισμό τους προκαλώντας πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων.

## ABSTRACT

### Anxiety and depression in patients with sickle cell disease

E. VOULGARI,<sup>1</sup> M. GIOUTSOU,<sup>1</sup> K. DROUGA,<sup>1</sup> E. GEORGIADI,<sup>2</sup> A. MPASETA,<sup>3</sup> M. POLIKANDRIOTI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>First Department of Nursing, Technological Educational Institute, Athens, <sup>2</sup>Center of Thalassemia, "Laiko" General Hospital, Athens, <sup>3</sup>First Department of Internal Medicine, "Laiko" General Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, School of Medicine, Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(2):200–210*

**OBJECTIVE** To explore the anxiety and depression experienced by patients with sickle cell disease. **METHOD** The sample consisted of 154 patients with sickle cell disease treated in the day clinic and medical clinic of one public hospital in Attica. Data were collected by the completion of a purpose designed questionnaire which in addition to sociodemographic and clinical characteristics and variables related to the patients' views included the self-rated hospital anxiety and depression scale (HADs). **RESULTS** According to the HADs scores, 31.8% of the participants experienced a high level of anxiety and 13.6% a high level of depression. Statistically significant correlation was found between the level of anxiety and the presence of another disease ( $p=0.045$ ), the frequency in change of treatment protocol ( $p=0.014$ ), difficulty in finding blood for transfusion ( $p=0.017$ ), difficulties in relationships in the social ( $p=0.025$ ) and family environment ( $p<0.001$ ). Statistically significant correlation was found between the level of depression and gender ( $p=0.007$ ), age ( $p=0.016$ ), educational level ( $p=0.006$ ), occupation ( $p=0.030$ ), marital status ( $p=0.006$ ) and number of children ( $p=0.035$ ). **CONCLUSIONS** Sociodemographic factors found to be associated with the anxiety and depression experienced by patients with sickle cell disease should be addressed as an integral part of holistic therapeutic intervention.

**Key words:** Anxiety, Depression, Sickle cell disease

## Βιβλιογραφία

1. LOUKOPOULOS D. Current status of thalassemia and the sickle cell syndromes in Greece. *Semin Hematol* 1996, 33:76–86
2. WIWANITKIT V. Sickle cell anemia and influenza. What should we be concerned about? *Arch Hellen Med* 2010, 27:274
3. LOUKOPOULOS D. Haemoglobinopathies in Greece: Prevention programme over the past 35 years. *Indian J Med Res* 2011, 134:572–576
4. BENTON TD, IFEAGWU JA, SMITH-WHITLEY K. Anxiety and depres-

- sion in children and adolescents with sickle cell disease. *Curr Psychiatry Rep* 2007, 9:114–121
5. ZIGMOND AS, SNAITH RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67:361–370
  6. MYSTAKIDOU K, TSILIKA E, PARPA E, KATSOUDA E, GALANOS A, VLAHOS L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: Psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer* 2004, 12:821–825
  7. MICHOPoulos I, DOUZENIS A, KALKAVOURA C, CHRISTODOULOU C, MICHALOPOULOU P, KALEMI G ET AL. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry* 2008, 7:4
  8. GRANT MM, GIL KM, FLOYD MY, ABRAMS M. Depression and functioning in relation to health care use in sickle cell disease. *Ann Behav Med* 2000, 22:149–157
  9. HASAN SP, HASHMI S, ALHASSEN M, LAWSON W, CASTRO O. Depression in sickle cell disease. *J Natl Med Assoc* 2003, 95:533–537
  10. LEVENSON JL, McCLISH DK, DAHMAN BA, BOVBJERG VE, DE A CITERO V, PENBERTHY LT ET AL. Depression and anxiety in adults with sickle cell disease: The PiSCES project. *Psychosom Med* 2008, 70:192–196
  11. ASNANI MR, FRASER R, LEWIS NA, REID ME. Depression and loneliness in Jamaicans with sickle cell disease. *BMC Psychiatry* 2010, 10:40
  12. BENTON TD, IFEAGWU JA, SMITH-WHITLEY K. Anxiety and depression in children and adolescents with sickle cell disease. *Curr Psychiatry Rep* 2007, 9:114–121
  13. ΙΣΚΑΛΚΙΔΗΣ Ι, ΝΑΣΤΟΣ Κ, ΖΑΒΙΤΣΑΝΟΣ Ξ. Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες. Ζητήματα εφαρμογής τους στην καθημερινή κλινική πράξη. *Αρχ Έλλ Ιατρ* 2010, 27:264–273
  14. WHYTE G. Improved safety of clinical blood transfusion in four provinces of China 1997–2005. *Dev Biol (Basel)* 2007, 127:197–204
  15. DHINGRA N, LLOYD SE, FORDHAM J, AMIN NA. Challenges in global blood safety. *World Hosp Health Serv* 2004, 40:45–49, 51, 52
  16. DODD R, KURT ROTH W, ASHFORD P, DAX EM, VYAS G. Transfusion medicine and safety. *Biologicals* 2009, 37:62–70
  17. TINMOUTH AT, McINTYRE LA, FOWLER RA. Blood conservation strategies to reduce the need for red blood cell transfusion in critically ill patients. *CMAJ* 2008, 178:49–57
  18. ANIE KA. Psychological complications in sickle cell disease. *Br J Haematol* 2005, 129:723–729
  19. TANYI RA. Sickle cell disease: Health promotion and maintenance and the role of primary care nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 2003, 15:389–397
  20. JENERETTE CM, BREWER C. Health-related stigma in young adults with sickle cell disease. *J Natl Med Assoc* 2010, 102:1050–1055
  21. DENNIS-ANTWI JA, CULLEY L, HILES DR, DYSON SM. “I can die today, I can die tomorrow”: Lay perceptions of sickle cell disease in Kumasi, Ghana at a point of transition. *Ethn Health* 2011, 16:465–481
  22. NARSAVAGE G, ROMEO E. Education and support needs of younger and older cancer survivors. *Appl Nurs Res* 2003, 16:103–109
  23. DELEA TE, EDELSBERG J, SOFRYGIN O, THOMAS SK, BALADI JF, PHATAK PD ET AL. Consequences and costs of noncompliance with iron chelation therapy in patients with transfusion-dependent thalassemia: A literature review. *Transfusion* 2007, 47:1919–1929
  24. CAIRD H, CAMIC PM, THOMAS V. The lives of adults over 30 living with sickle cell disorder. *Br J Health Psychol* 2011, 16:542–558
  25. JENERETTE C, FUNK M, MURDAUGH C. Sickle cell disease: A stigmatizing condition that may lead to depression. *Issues Ment Health Nurs* 2005, 26:1081–1101
  26. LEE L, ASKEW R, WALKER J, STEPHEN J, ROBERTSON-ARTWORK A. Adults with sickle cell disease: An interdisciplinary approach to home care and self-care management with a case study. *Home Healthc Nurse* 2012, 30:172–183
  27. STRICKLAND OL, JACKSON G, GILEAD M, McGUIRE DB, QUARLES S. Use of focus groups for pain and quality of life assessment in adults with sickle cell disease. *J Natl Black Nurses Assoc* 2001, 12:36–43
  28. ELY B, DAMPIER C, GILDAY M, O’NEAL P, BRODECKI D. Caregiver report of pain in infants and toddlers with sickle cell disease: Reliability and validity of a daily diary. *J Pain* 2002, 3:50–57
  29. AISIKU IP, SMITH WR, McCLISH DK, LEVENSON JL, PENBERTHY LT, ROSEFF SD ET AL. Comparisons of high versus low emergency department utilizers in sickle cell disease. *Ann Emerg Med* 2009, 53:587–593
- Corresponding author:*  
M. Polikandrioti, Athens, Greece  
e-mail: mpolik2006@yahoo.com