

Otoimmün Hastalıklarda Kişilik Özellikleri
Personality Traits in Autoimmune Diseases
Müberra Kulu¹, Filiz Özsoy², Sevil Okan³

¹Tokat Özel Klinik, Tokat

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Psikiyatri
Anabilim Dalı, Tokat

³Tokat Devlet Hastanesi,
Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon Kliniği, Tokat

Sorumlu Yazar:

Filiz ÖZSOY

Adres: Kaleardı Mah.,
Muhittin Fisünoğlu Cad.
Poliklinikler Binası, 60030
Merkez/Tokat

Email:

flzkoseoglu82@gmail.com

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı Romatoid Artrit (RA) ve Ankilozan Spondilit (AS) hastalarının kişilik özelliklerini sağlıklı kontroller ile karşılaştırarak incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 43 kişi hasta grubu olarak (21 kişi AS ve 22 kişi RA tanılı hasta) ve 22 kişi de sağlıklı kontrol grubu olarak dahil edildi. Tüm katılımcılara; sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Minnesota Çok Yönlü Kişilik Testi (MMPI) ve hastalara Sağlık Değerlendirme Anketi (SDA) uygulandı.

Bulgular: Tüm katılımcıların yaş ortalaması 41.5±13.40, 28 kişi (%43.07) erkek ve 37 kişi (%59.92) kadın cinsiyette idi. Hastalarda BDÖ skorları ve BAÖ skorları sağlıklı kontrollerden yüksek hesaplandı (Her iki ölçek için de hesaplanan p değeri=0.000). MMPI kişilik envanteri olağandışılık, hipokondri, depresyon, histeri, psikopati, paranoya, psikasten, şizofreni ve sosyal içe çekilme alt boyutları hastalarda kontrol grubuna göre yüksekti (Bu alt boyutlar için sırası ile p değerleri=0.000, 0.000, 0.000, 0.000, 0.001, 0.006, 0.000, 0.012, 0.000 idi).

Sonuç: Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri sağlıklı kontrollerden yüksekti. Bazı alt boyutlarda hastaların kişilik özellikleri sağlıklı kontrollerden farklılık gösterdi. Elde ettiğimiz sonuçlar ışığında RA ve AS hastalarında psikiyatrik şikayetler, psikiyatrik ek tanılar açısından uyanık olunmalıdır. Hastaların hastalık ve tedavi uyumlarının sağlanabilmesi için hem psikiyatrik semptomlarının sorgulanması hem de kişilik özelliklerinin incelenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ankilozan spondilit, depresyon, anksiyete, kişilik.

Abstract

Objective: The aim of this study is to analyse the personality traits of patients diagnosed with Rheumatoid Arthritis (RA) or Ankylosing Spondylitis (AS) in comparison with the healthy control group.

Material and Method: Our study included 43 people as the patient group (21 patients diagnosed with AS and 22 with RA) in addition to the 22 people as the healthy control group. All participants have been applied a sociodemographic data form, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and a Health Assessment Questionnaire (HAQ).

Results: The age average of all participants was 41.5 ± 13.40 , with 28 (%43.07) of them being male and 37 (%59.92) being female. The patients have been observed to have higher scores in BDI and BAI than the healthy control group (p value=0.000 for both inventories). MMPI personality inventory abnormality, hypochondria, depression, hysteria, psychopathy, paranoia, psychastenia, schizophrenia and social withdrawal subscales were observed to be higher in the patients in comparison to the healthy control group (the p values for these subscales in order of listing were=0.000, 0.000, 0.000, 0.000, 0.001, 0.006, 0.000, 0.012, 0.000).

Discussion: The levels of anxiety and depression of the patient group were higher than that of the healthy control group. Personality traits of patients showed difference when compared to the healthy control group in some subscales. In light of the results we have produced, it is necessary to be aware of psychiatric complaints and psychiatric comorbidity in

patients diagnosed with RA and AS. In order to ensure the adjustment of disease and treatment of the patients, it is advised that both their psychiatric symptoms and personality traits be analysed.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Ankylosing Spondylitis, depression, anxiety, personality.

Giriş

Kişiliğin tanımında fikir birliği oluşmasa da; bireye özgü alışkanlıklar, duygu ve davranışların bütünü, iç ve dış faktörlere göre çevreye uyum sağlayabilmek adına şekillenen adaptasyon mekanizmaları yer almaktadır (1). Kişilik, bireyleri bir birinden ayırt eden özellikleri, kendilerine özgü tutum ve davranışlarıdır (1,2). Belirli olaylar karşısında belirli şekillerde davranmaya yönelik eğilimin sürekliliği kişiliğin tutarlılığını oluşturmaktadır. Bunlar da; heyecan arayışı, atılganlık, dürtüsellik, alçakgönüllülük ve sorumluluk gibi kişilik özelliklerini oluşturmaktadır (3). Kişilik özellikleri bireylerin hem psikolojik durumlarını şekillendirir hem de hastalıklarla baş etmelerinde önemli rol oynamaktadır. Başka bir ifade ile; kişiliğin bireylerin sağlık ve hastalık süreçlerini etkileyen davranışları ve alışkanlıkları göstermedeki rolü önemlidir (4).

Kişiliğin şekillenmesinde; kalıtım, sosyo-kültürel etmenler, coğrafi ve fiziksel faktörler etkili olmaktadır (5,6). Başka bir ifade biçimi ile kişilik özelliklerinin oluşmasında; bedensel faktörler, kültür, aile, sosyal faktörler etkili olmaktadır (7,8). Kişilik özellikleri diğer bedensel hastalıkları, hastalık süreçlerini ve hastalığın tedavi sürecini/uyumunu etkilemektedir 5-8. Kişinin bedensel hastalıklarını algılaması, hastalığa uyum

sağlayabilmesi ve somatik belirtilerini ifade etmesinde kişilik özellikleri rol oynamaktadır (9). Kronik hastalıklarda hastalık algısı, hastalığa ve semptomlara uyum sağlama, hastalığın yaşam ve uyku kalitesini, iş performansını etkileme gibi durumlarda da kişilik özelliklerinin önemli rolü olmaktadır (9,10).

Romatoid artrit (RA); sistemik inflamasyon ve dirençli sinovit ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Yaygınlığı %0,5-1 arasında değişen, iş yetersizliği, yaşam kalitesinde düşüklük, fonksiyonel kapasitede bozulma ve beraberinde artan mortalite ile ilişkilidir (11). Ankilozan spondilit (AS); öncelikli olarak sakroiliak eklemleri tutan, kronik inflamatuvar bir hastalıktır (12). Multisistemik tutulumla ilerleyen hastalığın yaygınlığı %0,1-1 arasında değişmektedir (13). Kronik, sistemik tutulumla ilerleyen RA ve AS gibi kişinin yaşam aktivitelerinin pek çoğunu etkileyen hastalıklarda; hastalık algısı, semptom sıklığı, tedaviye uyumda kişiliğin rolü oldukça önemlidir (5-9). Tüm bu bilgiler ışığında çalışmamızda; pek çok yaşam alanları etkilenen RA ve AS hastalarının kişilik özelliklerini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel türde gerçekleştirilen araştırma; 01.01.2018-31.12.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Evren ve Örneklem

Tokat Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) polikliniğinde Uluslararası Spondiloartrit Değerlendirme Topluluğu (ASAS) (14) ve Amerikan Romatizma Birliği (ARA) (15) tanı

kriterlerine göre sırası ile AS ve RA tanısı ile takipleri yapılan hastalar alınmıştır.

Çalışmaya; gönüllü, 20-60 yaş arası, okuma yazması olup yazılı onam verebilecek hastalar alındı. Genel durum düşüklüğü, onkolojik hastalığı, kardiyopulmoner hastalığı, nörodejeneratif hastalığı olan, tanı almış psikiyatrik hastalığı olan, alkol ya da madde bağımlılığı olan kişiler ile çalışmaya katılmak istemeyen kişiler çalışma dışı bırakıldı. Sağlıklı kontrol grubu ise; FTR polikliniğine başvuru yapan bireylere refakat eden, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, tanı almış romatolojik hastalığı olmayan, geçmişinde ve hali hazırda psikiyatrik tedavi alımı olmayan hastalarla yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik verilerle eşleşebilecek kişiler arasından seçildi.

Bu çalışma için 160 hasta ile görüşüldü. FTR polikliniğinde hastaların hastalık aktiviteleri; AS hastaları için Bath Ankilozan Spondilit Aktivite İndeksi (BASDAI), RA hastalarının ise hastalık aktivite skoru (DAS-28) ile değerlendirildi. Hastalara çalışma ile ilgili bilgi verilerek psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Hastalar ile yapılan görüşmede; 18 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya alınmadı. Kalan 142 hastadan; 16 kişi okuma yazması olmadığı için, 22 kişi de verilen ölçekleri eksik doldurduğu ya da dolduramadığı için ve 10 kişinin psikiyatrik hastalığı olduğu için ve çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 43 hasta ve 22 sağlıklı kontrol çalışmamıza dahil edildi.

Veri Toplama Araçları

Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Minnesota

Çok Yönlü Kişilik Testi (Minnesota Multiphasic Personality Inventory=MMPI), Sağlık Değerlendirme Anketi (SDA) uygulandı. Bunlara ek olarak; RA hastalarına Hastalık Hasar Skoru İndeksi ve AS hastalarına Bath Ankilozan Spondilit hastalık aktivite skoru uygulandı.

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları ve incelenen literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu form demografik verilere (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, çalışma durumu ve ekonomik durum gibi) ek olarak, ailesinde ve kendisinde psikiyatrik tedavi alımı olup olmadığı gibi klinik değerlendirme sorularını içerir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşlarınca geliştirilmiştir (16). Depresif semptomların seviyesini ve şiddetini belirlemek amacı ile kullanılır. Toplamda 21 sorudan oluşan ve her maddesi 0-3 arasında puanlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Şiddet olarak; 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli olarak yorumlanmaktadır. Ölçek Türkçe'ye Hisli tarafından uyarlanmıştır (17).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Beck ve arkadaşlarınca (18) geliştirilip, Ulusoy ve arkadaşlarınca Türkçe'ye uyarlanmıştır (19). Anksiyete belirtilerinin sıklığını ve şiddetini ölçmek amacıyla kullanılan, 21 soruluk, her maddesi 0-3 arasında puanlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği yaşanan anksiyetenin fazlalığını gösterir.

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Testi (Minnesota Multiphasic Personality Inventory=MMPI): Kişilik niteliklerini değerlendirmek amacı ile kullanılan öz bildirim ölçeğidir. Toplamda 566 sorulu, soruları doğru/yanlış şeklinde cevaplanan,

10 klinik ve üç geçerlilik alt testi olan bir ölçektir. Geçerlilik alt ölçekleri L-yalan söyleme, F-olağan dışılık ve K-savunmacı olarak adlandırılmaktadır. Klinik alt testler ise; hipokondri, depresyon, histeri, psikopati, maskülinite/femininite, paranoya, psikasteni, şizofreni, hipomani ve sosyal içe dönüklük olarak adlandırılır (20,21).

Sağlık Değerlendirme Anketi (SDA): Fries ve arkadaşları tarafından geliştirilip (22), Küçükdeveci ve arkadaşlarınca Türkçe'ye uyarlanmıştır (23). Ölçek kişinin sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerini nasıl etkilediğini değerlendirmektedir. Toplam 8 sorulu; giyinme, eğilip doğrulma, yemek yeme, yürüme gibi günlük yaşam aktivitelerini sorgulamaktadır. Her maddeye 0 (hiç zorluk çekmiyorum) - 3 (yapamıyorum) şeklinde puan verilir. Anketten alınan toplam puanın yükselmesi kötü sağlık durumunu göstermektedir.

Veri Toplama Süreci

Katılımcılara FTR polikliniğinde yapılan muayenelerinde çalışma ile ilgili bilgi verildi ve katılmayı kabul edenler psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Tüm katılımcılar aynı psikiyatri hekimince değerlendirilip çalışma için yazılı onam formu imzalatıldı. Ardından sosyodemografik veri formu ve veri toplama ölçekleri uygulandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcılardan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde hazır istatistik yazılımı SPSS for Windows 20 (Statistical Package for Social Sciences for Windows 20) kullanılmıştır. Katılımcıların genel özellikleri hakkında bilgi vermek amaçlı tanımlayıcı analizler; yüzde dağılımı, ortalama \pm standart sapma uygulanmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama \pm

standart sapma; kategorik değişkenlere ait veriler ise n (%) olarak sunulmuştur.

Çalışmanın nitel değişkenleri demografik veriler iken; nicel değişkenler ise uygulanan ölçeklerden elde edilen puanlardır. Nitel değişkenler için çapraz tablo ve ki-kare testleri yapılmıştır. Nicel değişkenler için ise; Tukey HSD ve Tek Yönlü Varyans Analizi testlerinden yararlanılmıştır. P değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Yerel Etik Kurulu'ndan 27.12.2017 tarih, 83116987-495 sayı ve 17-KAEK-144 proje numarası ile onay alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun şekilde yürütüldü.

Bulgular

Çalışmamıza 65 kişi; 21 kişi AS, 22 kişi RA, 22 kişi de sağlıklı kontrol grubu olarak dahil edilmiştir. Tüm katılımcıların yaş ortalaması; $41,5 \pm 13,40$ iken, 28 kişi (%43,07) erkek, 37 kişi (%59,92) kadın cinsiyette idi. Hasta grubunun hastalık yılı ortalaması AS hastaları için $8,48 \pm 8,09$; RA hastaları için ise $12,18 \pm 6,03$ olarak hesaplandı. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Nicel değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; hesaplanan BDÖ skorları

AS hastalarının $16,38 \pm 7,81$ iken RA hastalarının $17,64 \pm 10,68$ idi. Hasta grubunda elde edilen bu sonuçlar sağlıklı kontrollerden yüksek idi. Ek olarak AS hastalarında 2 kişinin BDÖ skoru 30-63 arasında (şiddetli) olarak hesaplanmıştır. 5 kişinin 17-29 arasında (orta düzey) ve 5 kişinin de 10-16 arasında (hafif düzey) idi. RA hastalarında ise; 1 kişi şiddetli (30-63 arasında), 11 kişi orta şiddetli (17-29 arasında), 7 kişi hafif (10-16 arasında) olarak hesaplanmıştır. BAÖ için her iki hasta grubunun aldığı skorlar sağlıklı kontrollerden fazla olmakla beraber, RA hastalarının aldığı puanlar diğer iki gruptan da yüksekti ($F=17,437$; $p=0,000$). AS hasta grubunda; 5 kişinin 8-15 arası (hafif düzey), 4 kişinin 16-25 arası (orta düzey), 3 kişinin ise 26 ve üzeri (şiddetli düzey) skorlar aldığı görülmüştür. RA hastaları için ise; 7 kişi 8-15 arası, 6 kişi 16-25 arası, 6 kişinin 26 ve üzeri puan aldığı tespit edilmiştir. MMPI kişilik envanteri L-yalan söyleme, maskülinite/feminite, hipomani alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak farklı değildi. K-savunmacılık alt boyutu için her iki hasta grubu sağlıklı kontrollerden düşük puanlar alırken ($F=6,336$; $p=0,003$); diğer tüm alt boyutlarda ise sağlıklı kontrollerden yüksek puanlar almışlardır. Grupların ANOVA ile hesaplanan nicel değişkenlerinin dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri

	Ankilozan Spondilit Hasta grubu (n=21) N (%)	Romatoid Artrit Hasta grubu (n=22) N (%)	Kontrol grubu (n=22) N (%)	P
Cinsiyet (Kadın/erkek)	11/10 (%52,38/47,61)	6/16 (%27,27/72,72)	20/2 (%90,90/9,09)	0,004
Medeni durum				
Evli/bekar/ayrılmış	18/2/1 (%85,71/9,52/4,8)	18/0/4 (%81,81/0/18,18)	12/10/0 (%54,54/45,45/0)	0,038
Çocuğu var/yok	14/7 (%66,66/33,33)	20/2 (%90,90/9,09)	7/15 (%31,81/68,18)	0,007
Yaşadığı yer				
İl merkezi/ilçe	16/5 (%76,19/23,80)	17/5 (%77,27/18,18)	17/5 (%77,27/18,18)	0,069
Eğitim düzeyi				
Okur-yazar	0 (%0)	3 (%13,63)	0 (%0)	
İlkokul mezunu	8 (%38,09)	12 (%54,54)	9 (%40,90)	0,049
Lise mezunu	5 (%23,80)	2 (%9,09)	9 (%40,90)	
Üniversite mezunu	8 (%38,09)	5 (%22,72)	4 (%18,18)	
Çalışma durumu				
Tam zamanlı iş	8 (%38,09)	5 (%22,72)	6 (%27,27)	
Yarı zamanlı iş	5 (%23,80)	2 (%9,09)	15 (%68,18)	
Ev hanımı	6 (%28,57)	8 (%36,36)	1 (%4,54)	0,034
Emekli	2 (%9,52)	7 (%31,81)	0 (%0)	
Ekonomik durum				
Düşük	4(%19,04)	4 (%18,18)	0 (%0)	
Orta	11 (%52,38)	12 (%54,54)	22 (%100)	0,093
Yüksek	6 (%28,57)	6 (%27,27)	0 (%0)	

Katılımcıların çalışmaya katıldıkları dönemde ne kendilerinde ne ailelerinde tedavi almasını gerektirir psikiyatrik hastalıkları yoktu.

Tabloda verilen değerler; n (%) olarak sunulmuştur. Hesaplamalarda Ki kare testi kullanılmıştır. P<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 2. Nicel değişkenlerin gruplar arasında dağılımı

	Ankilozan Spondilit Hasta grubu (n=21)	Romatoid Artrit Hasta grubu (n=22)	Kontrol grubu (n=22)	F	P
BDÖ	16,38±7,81	17,64±10,68	2,68±1,13	28,760	0,000
BAÖ	14,38±12,18	17,73±9,69	2,14±1,8	17,437	0,000
MMPI					
L-Yalan söyleme	51,33±9,17	54,36±7,13	57,45±9,22	2,623	0,081
F-olağan dışılık	49,76±9,52 ^a	52,36±8,61 ^a	41,82±5,11 ^b	9,986	0,000
K-savunmacı	48,67±9,42 ^a	50,5±10,27 ^a	58,45±8,43 ^b	6,336	0,003
Hipokondri	64,1±12,86 ^a	65±11,32 ^a	48,18±5,34 ^b	17,501	0,000
Depresyon	63,19±13,07 ^a	56,68±12,02 ^a	49,86±4,02 ^b	12,674	0,000
Histeri	67,29±14,75 ^a	69,59±10,96 ^a	50,94±7,57 ^b	17,099	0,000
Psikopati	56,57±9,56 ^a	53,14±10,99 ^a	45,32±8,00 ^b	7,505	0,001
Maskülinite/feminite	44,29±12,04	43,32±11,02	39,5±8,18	1,197	0,309
Paranoya	52,57±7,95 ^a	49,27±10,44 ^a	43,64±7,16 ^b	5,623	0,006
Psikasteni	52,90±6,44 ^a	53,82±8,05 ^a	45,64±5,75 ^b	9,008	0,000
Şizofreni	49,33±7,26 ^a	52,36±10,35 ^a	45,00±4,7 ^b	4,719	0,012
Hipomani	50,62±5,91	52,5±8,77	49,36±6,66	1,000	0,374
Sosyal içe dönüklük	57,67±10,89 ^a	59,14±10,1 ^a	48,23±5,36 ^b	8,855	0,000

Tabloda verilen kısaltmalar: BDÖ: Beck depresyon ölçeği; BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, MMPI: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Hesaplamalarda ANOVA testi kullanılmıştır. p<0.05 altında hesaplanan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tartışma

Çalışmamızda pek çok yaşam alanları etkilenen AS ve RA hastalarının kişilik özelliklerini, depresyon ve anksiyete düzeylerini inceledik. Her iki hasta grubunun da depresyon ve anksiyete düzeyleri sağlıklı kontrollerden oldukça yüksekti. Kişilik özelliklerinde ise; sadece hipomani, yalan, maskülinite/feminizm skorları gruplar arasında farklı değildi. Diğer alt boyutlar; olağandışılık, hipokondri, depresyon, histeri, psikopati, paranoya, şizofreni ve sosyal içe dönüklük hastalarda sağlıklı kontrollere göre yüksek olarak hesaplandı. Savunmacılık alt boyutu ise; hastalarda düşük iken sağlıklı kontrollerde yüksek idi.

AS ve RA hastaları ile literatürde yapılan pek çok çalışmada hastaların depresyon skorlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (24-28). AS hastaları ile yapılan metanaliz

çalışmasında genel depresyon prevalansı %35 (%28-43 arasında) olarak hesap edilmiştir (26). Literatürde yapılan pek çok çalışmanın vaka kontrol çalışması olduğu, kullanılan depresyon derecelendirme ölçekleri için kontrol gruplarına göre fazlasıyla yüksek skorlar elde edildiği gösterilmiştir (24-28). Ek olarak pek çok çalışmada AS hastalarının depresyon derecelendirme ölçekleri için kesme puanının çok üzerinde puan aldıkları tespit edilmiştir (26). Benzer şekilde RA hastaları ile yapılan metanaliz çalışmasında; hastaların genel depresyon oranları %38,8 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada literatürdeki çalışmaların çoğunluğunun vaka-kontrol çalışması olduğu ve pek çoğunda da hastaların depresyon derecelendirme ölçeği için kesme puanının üstünde puanlar aldığı gösterilmiştir (27). Bizim sonuçlarımızda

da her iki hasta grubun depresyon skorları kontrollerden oldukça yüksekti. Depresyon ölçeği için AS hastalarından 12 kişinin, RA hastalarından 19 kişinin hafif-orta-şiddetli olarak tanımlanan kesme puanlarını geçtiği tespit edilmiştir. Kişilerin genel sağlıkları, fiziksel fonksiyonları, hareket kapasiteleri ve beraberinde yaşam kalitelerini etkileyen AS ve RA hastalarında depresyon skorlarının yüksek olması literatür ile uyumlu ve beklediğimiz bir sonuç olmuştur.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz anksiyete seviyeleri depresyon ile karşılaştırıldığında daha az çalışmada yer bulmuştur. Elde edilen sonuçlarda ise; AS ve RA hastalarının anksiyete skorlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (24,29). 2016 yılında AS hastalarında yapılan bir çalışmada, hastaların tanı aldıktan beş yıl sonraki sürede anksiyete düzeylerinin yükseldiği gösterilmiştir. Aynı çalışmada hastalarda %85 oranda anksiyete için risk olduğu tespit edilmiştir (29). AS hastaları için hem hastalığın etiyojisi hem de klinik özellikleri anksiyete ve depresyon için risk faktörü olarak sunulmaktadır (24). Benzer şekilde RA hastaları için de anksiyete skorlarının ciddi artış gösterdiği bildirilmiştir. Hastalık tanısından itibaren hastalarda anksiyete düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (30). Bizim sonuçlarımızda literatür ile uyumlu niteliktedir. Her iki hasta grubunun da anksiyete puanları sağlıklı kontrollerden yüksekti. RA hastalarında puanlar daha fazla olarak hesap edilmiştir. Tıpkı depresyon puanlarında olduğu gibi AS ve RA hastalarında anksiyete skorlarının da yüksek olması literatür ile uyumlu ve beklediğimiz bir sonuç olmuştur.

Minesota Çok Yönlü Kişilik Testi (MMPI) ile AS ve RA hastalarının kişilik özelliklerinin belirlendiği çalışmalar kısıtlı

sayıdadır (31-34). Eski yıllara ait bu çalışmalarda RA ve AS hastalarında hipokondri, depresyon ve histeri skorları yüksek olarak hesaplanmıştır (31,32). Fakat literatürde her iki hastalığın bir arada değerlendirildiği çalışmaya ise rastlanılmamıştır. Nevrotik üçlü olarak adlandırılan MMPI alt başlıklarından hipokondri, depresyon ve histeri üçlüsü literatürde pek çok kronik hastalıkta yükselmiş olarak tespit edilmektedir. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) ve Sistemik Sklerozis (SS) kronik hastalıklardan birkaçı olarak gösterilebilir (31-35). RA hastalarında MMPI kişilik analizi ile yapılan bir çalışmada hastaların hipokondri, depresyon ve histeri skorları yani nevrotik üçlü skorları yüksek saptanmıştır (31). AS hastalarında MMPI ile yapılan çalışmada da buna benzer nitelikte bir sonuç elde edilmiştir (32). SLE ve RA hastalarının bir arada değerlendirildiği bir çalışmada; hastaların yine nevrotik üçlü skorları yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ek olarak psikopati, sosyal içe dönüklük ve maskülinite/feminite skorları da iki hastalıkta da yüksek bulunmuştur (33). Benzer şekilde SS ve RA hastalarında MMPI analizi ile yapılan bir çalışmada nevrotik üçlü skorlarının yanında, psikastenî, şizofrenî, sosyal içe dönüklük ve maskülinite/feminite skorları sağlıklı kontrollerden yüksek hesap edilmiştir. Sadece RA hastaları için paranoya skorları da sağlıklı kontrollerden yüksek olarak saptanmıştır (34). Bizim sonuçlarımızda literatür ile benzer niteliktedir. Yani hem AS hem RA hastalarında nevrotik üçlü skorları sağlıklı kontrollerden yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca; olağandışılık, psikopati, paranoya, psikastenî, şizofrenî ve sosyal içe dönüklük skorları da

hastalarda yüksek hesap edilmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde kronik ağrılı, engellik bırakabilen, yaşamın pek çok alanını kısıtlayan bu hastalıklarda kişilikte ortaya çıkan bu değişimler hasta rolünün benimsenmesi ile ilişkilendirilebilir. Hastaların daha fazla depresif, anksiyöz olması, hem bunlara hem hastalığa bağlı sosyal olarak içe dönük olmaları da beklenebilecek bir durum olarak yorumlanmıştır.

Elde ettiğimiz sonuçlarımız bazı kısıtlılıklar göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Bunlar; çalışmanın kesitsel nitelikte olması, hastaların öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilmesi, örneklem sayımızın görece yetersiz sayıda oluşu ve katılımcılara SCID-V (DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği) uygulanmamış olması olarak sayılabilir. Bu durum elde ettiğimiz sonuçların genellemesi ve yorumlanmasını sınırlamaktadır. Elde ettiğimiz bulguların önem kazanabilmesi için daha büyük örneklem gruplarında daha ileri araştırmalar yapılmasına gerek vardır.

Hem AS hem de RA hastalarının anksiyete ve depresyon düzeyleri sağlıklı kontrollerden yüksekti. Bazı alt boyutlarda hastaların kişilik özellikleri sağlıklı kontrollerden farklılık gösterdi. Elde ettiğimiz bu sonuçlara dayanarak RA ve AS gibi kronik hastalıklarda psikiyatrik şikayetler ve psikiyatrik ek tanılar açısından uyanık olunması gerekmektedir. Hastaların hastalıklarına ve tedavilerine uyumlarının sağlanabilmesi için hem psikiyatrik semptomlarının sorgulanması hem de kişilik özelliklerinin incelenmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Köroğlu E, Bayraktar S. Kişilik bozuklukları. HYB Basım Yayın, 2010.
2. Morris GC. Psikolojiyi Anlamak (Psikolojiye Giriş). Çev. Editörleri: H.B. Ayvaşık, M. Sayıl, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2002.
3. Farrington DP, Jolliffe D. Personality and crime in International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences. 2001; 11260-11264
4. Bozkurt A, Derya A, İnel A. İrritabl barsak sendromunun kişilik özellikleri ile ilişkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 4(1): 9-16.
5. Gürüz D, Eğinli AT. Kişilerarası iletişim: bilgiler-etkiler-engeller (3. baskı). Ankara: Nobel Yayınları, 2012.
6. Özsoy E, Yıldız G. Kişilik kavramının örgütler açısından önemi: Bir literatür taraması. İşletme Bilimi Dergisi. 2013; 1(2): 1-12.
7. Şimşek M, Şerif T, Çelik A, Akgemci T. Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2001.
8. Türküm AS. Çağdaş Yaşamda Kişilik ve Kişilerarası İlişkiler. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2004.
9. Kon Yavuz F, Ataoğlu A, Özçetin A ve ark. Somatoform Bozukluk ve Fibromyalji Hastalarında Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması. Düzce Medical Journal. 2017; 19(1): 8-13.
10. Okyayuz ÜH, Berksun O, Çevik A. Psikosomatik serviste yatarak tedavi gören hastaların bazı MMPI bulgularının aleksitimik özellikler açısından incelenmesi ve kontrol grubuyla karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Dil Tarih ve Coğrafya Fakültesi Dergisi. 1991;35(1):195-203.

11. Leon L, Redondo M, Garcia-Vadillo A, et al. Influence of patient personality in the treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*. 2016; 36(11): 1549-1555.
12. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis *Ann Rheum Dis*. 2009;68(2):1-44.
13. Trontzas P, Andrianakos A, Miyakis S, et al. Seronegative spondyloarthropathies in Greece: a population-based study of prevalence, clinical pattern, and management. *The ESORDIG study Clin Rheumatol*. 2005; 24(6):583-589.
14. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis*. 2009;68(6):784-788.
15. Arnett FC, Edworth SM, Bloch DA, et al. The ARA 1987 revised criteria for classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1988; 31:315-324.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-571.
17. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;6(23):3-13.
18. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consul Clin Psychol*. 1988; 56:893-597.
19. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*. 1998;12:28-35.
20. Dahlstrom GW, Welsh GS, Dahlstrom EL. An MMPI Handbook. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1972.
21. Erol N. Ülkemizde Psikiyatrik Hastalarda Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin Geçerlik Araştırması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1982; 4(14): 15-23.
22. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*. 1980;23:137-145.
23. Küçükdeveci AA, Sahin H, Ataman S, Griffiths B, Tennant A. Issues in cross-cultural validity: example from the adaptation, reliability, and validity testing of a Turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum*. 2004; 51: 14-29.
24. Park JY, Howren AM, Zusman EZ, Esdaile JM, De Vera MA. The incidence of depression and anxiety in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Rheumatology*. 2020; 4(1): 1-8.
25. Wu JJ, Penfold RB, Primatesta P, et al. The risk of depression, suicidal ideation and suicide attempt in patients with psoriasis, psoriatic arthritis or ankylosing spondylitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(7):1168-1175.
26. Zhang L, Wu Y, Liu S, Zhu W. Prevalence of Depression in Ankylosing Spondylitis: A Systematic

- Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Investigation*. 2019; 16(8): 565.
27. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*. 2013; 52(12): 2136-2148.
28. Shah D, Rai P, Dwibedi N, Sambamoorthi U. Treatment for depression and health-related quality of life among adults with arthritis. *Psychiatric Quarterly*. 2018; 89(1): 129-140.
29. Shen CC, Hu LY, Yang AC, et al. Risk of psychiatric disorders following ankylosing spondylitis: a nationwide population-based retrospective cohort study. *J Rheumatol*. 2016;43(3):625-31.
30. Fiest KM, Hitchon CA, Bernstein CN, et al. Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2017; 23(8): 425-434.
31. Pincus T, Callahan LF, Bradley LA, Vaughn WK, Wolfe F. Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression, and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 1986; 29(12): 1456-1466.
32. Zeidler H, Krüskemper G, Toeroek M. Elevated depression scale in MMPI in its relation to somatic data in patients with chronic polyarthritis and ankylosing spondylitis. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin*. 1978; 84: 1505-1508.
33. Csókási K, Hargitai R, Járαι R, et al. MMPI-2 profiles in groups of systemic autoimmune disease-rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus-patients. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*. 2015; 30(4): 409-417.
34. Csókási K, Hargitai R, Járαι R, et al. Personality and Psychopathology in Patients with Systemic Sclerosis. *The Open Psychology Journal*. 2017; 10(1):41-48.
35. Zhukava T, Shot I. Psychological features and emotional frustrations of chronic obstructive pulmonary diseases and asthma patients. *Polish Annals of Medicine*. 2012; 19(2): 94-97.

