

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARIN STRESLE BAŞ
ETME TARZLARININ VE PSİKİYATRİK BELİRTİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hilal SEKİ ÖZ

Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2013

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARIN STRESLE BAŞ
ETME TARZLARININ VE PSİKİYATRİK BELİRTİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hilal SEKİ ÖZ

Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Fatma ÖZ

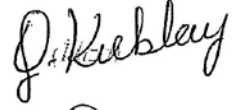
ANKARA
2013

Anabilim Dalı :Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Program :Psikiyatri Hemşireliği
Tez Başlığı :Multiple Skleroz'lu hastaların stresle baş etme
tarzlarının ve psikiyatrik belirtilerinin değerlendirilmesi
Öğrenci Adı-Soyadı :Hilal SEKİ ÖZ
Savunma Sınavı Tarihi :17.01.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Gülümser KUBİLAY

Hacettepe Üniversitesi



Tez danışmanı: Prof. Dr. Fatma ÖZ

Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR

Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yard. Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK

Başkent Üniversitesi



Üye: Öğr. Gör. Dr. Duygu HIÇDURMAZ

Hacettepe Üniversitesi



ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Tez danışmanım, saygı değer hocam, Prof. Dr. Fatma Öz, çalışmamın her aşamasında bilgi, deneyim ve yönlendirmeleri ile destek olmuş, sabır ve özveri ile çok değerli katılar sağlamıştır.

Tez izleme jürisinde yer alan çok değerli hocalarım, Sayın Prof. Dr. Gülümser Kubilay, Sayın Prof. Dr. Nurhan Bayraktar, Sayın Yard. Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak ve Sayın Öğr. Gör. Dr. Duygu Hiçdurmaz' a çok değerli bilgi ve deneyimlerini ortaya koyarak çalışmama çok önemli ve anlamlı katkılar sağlamışlardır.

Sayın Arş. Gör. Eda Öztürk sabırla ve özenle araştırmamın istatistiksel değerlendirmesi aşamasında değerli katılar sağlamıştır.

Değerli meslektaşlarım ve deneyimli MS hemşireleri Güneş Duygu Taştekin, Birgül Çağatay ve Ümit Çıvgın çalışmam sırasında hastalara ulaşmamda değerli yardımlarda bulunmuşlardır.

Çalışmanın yapılması için izin veren Türkiye MS Derneği Ankara Şubesine ve burada gönüllük esasıyla çalışan ve birlikte ev ziyaretleri gerçekleştirdiğimiz; MS'in bilinirliğini arttırmak, hastaların doğru bilgileneşmesini ve hastalıkla etkin mücadele etmelerini sağlamak için yüreklerini ortaya koyan değerli dernek çalışanlarına çok teşekkür ederim.

Tez çalışmalarım süresince eğitimime sonsuz destek veren babam Mümtaz Seki ve annem Gülseher Seki, değerli eşim Ersen Öz, çok sevdiğim oğlum Başar Öz her zaman bana saygı, sevgi ve anlayış göstermiş, yaşadığım her türlü zorlukta en büyük destekçim olmuşlardır.

En büyük teşekkürü ise çalışmama katılan değerli MS hastalarına etmek istiyorum. Hayatlarının en üretken döneminde kronik bir hastalıkla mücadele eden güçlü, sıcak, düşünceli ve nazik insanların bilim için gösterdiği katkı sayesinde bu çalışma ortaya çıkmıştır.

ÖZET

Seki Öz, H. Multiple Skleroz'lu Hastaların Stresle Baş Etme Tarzlarının ve Psikiyatrik Belirtilerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013. Araştırma MS hastalarının stresle baş etme tarzlarının belirlenmesi ve hastalarda görülen psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi'ne kayıtlı olan, Ankara Büyükşehir Belediyesi il sınırları içerisinde ikamet eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden 245 MS'li hasta oluşturmuştur. Veriler; tanıtıcı bilgi formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri uygulanarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda evli, anne, 3 çocuklu, çalışmayan, hastalık sürecinde destek alan ve bu desteği doktor ve hemşireden birlikte alan hastaların çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları, daha az sosyal desteğe başvurdukları saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek, EDSS skoru düşük, hastalık sürecinde doktor ve hemşire desteğini birlikte alan ve interferon kullanan hastaların kendine güvenli yaklaşımı ve iyimser yaklaşımı daha fazla kullanmaktadırlar. Kadın hastaların, somatizasyon; evli hastaların, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite; anne hastaların, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite; çalışmayan hastaların, depresyon; geliri giderinden az hastaların, depresyon; hastalık sürecinde destek alan hastaların, anksiyete ve somatizasyon şikayetlerini daha fazla yaşadıkları; tanı yılı arttıkça olumsuz benlik algısının da arttığı saptanmıştır. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite şikayetlerinin azaldığı; geliri-giderinden fazla olan hastaların olumsuz benlik ve hostilite ile ilgili şikayetlerinin azaldığı belirlenmiştir. Çaresiz yaklaşım kullanımı ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik şikayetleri arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda MS olan evli, çocuklu ve kadın hastaların stresle baş etme ve psikiyatrik belirtiler açısından riskli grup olarak kabul edilerek izlenmesi, duyguya yönelik etkisiz yaklaşımları daha fazla kullanmaları nedeniyle probleme yönelik etkili yaklaşımları içeren eğitimlerin planlanması ve uygulanması, ayrıca bu hastalarının özür lülükten ayrı olarak psikiyatrik belirtiler açısından risk taşıdığı bilinerek koruyucu ruh sağlığı açısından erken dönemde gerekli yönlendirmelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Multiple skleroz, stresle başa çıkma , psikiyatrik belirtiler, hemşirelik

ABSTRACT

Seki Öz, An Assessment on Multiple Sclerosis Patients' Psychiatric Symptoms and Ways of Coping with Stress. Hacettepe University, Health Sciences Institute, Psychiatric Nursing Programme Master's Degree, Ankara 2013. The current study was conducted as a descriptive research in order to describe the ways that multiple sclerosis patients apply to cope with stress and to evaluate their psychiatric symptoms. Research sample was chosen from 245 MS patients who have registered to The Multiple Sclerosis Association Turkey, Ankara Office, are living within the boundaries of Ankara town and finally, agreed to participate in the study. Data was collected by applying an introductory information form, Ways of Coping Inventory and the Brief Symptom Inventory. In assessing the data we used percentile, Mann-Whitney – U, Kruskal Wallis and Pearson Correlation tests. The complete study revealed that married mothers with 3 children, unemployed, and the patients who are supported by both nurses and doctors accepted a more unconfident and submissive approach, applied for less social support; with a higher educational degree, with a smaller EDSS score, who gained both doctors and nurses support and were on interferon therapy were more optimistic and self-confident. Female patients experienced somatization; married patients had anxiety, pessimistic egos, hostility; unemployed patients experienced depression, those who had less incomes than their expenses suffered from depression, the patient who acquired social support during disease progression had more anxiety and somatization experiences and the last but not the least, as years go by after the first diagnosis; the pessimistic personality perception as well increases. The patients were found to have less depression, somatization, pessimistic ego and hostility complaints as they were more educated. The study revealed a positive significant relationship between the use of unconfident approach and the presence of anxiety, depression and a negative personality. In the light of these data acquired, we recommend that female multiple sclerosis patients who are married with children, should be acknowledged as under risk for psychiatric symptoms, they should be planned and given an effective treatment for upcoming psychiatric problems. Besides, as these patients are known to have psychiatric symptoms risk apart from disability; we recommend that they should undergo protective mental health guidance within the early courses.

Keywords: Multiple sclerosis, coping with stress, psychiatric symptoms, nursing.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Epidemiyoloji.....	6
2.2. Fizyopatoloji.....	6
2.3. Etiyoloji.....	7
2.4. Klinik Belirti ve Bulgular.....	8
2.5. MS'in Tipleri	9
2.6. Prognozu.....	10
2.7. Tedavi ve Proflaksi.....	11
2.7.1. Akut Atak Tedavisi	11
2.7.2. Hastalığın Doğal Gidişini Değiştirmeye Yönelik Tedaviler.....	12
2.7.3. Semptomatik Tedaviler	14
2.8. MS'li Hastaların Baş Etme Biçimleri.....	15
2.9. MS'te Ortaya Çıkan Psikiyatrik Belirtiler.....	17
2.10. MS'li Hastanın Hemşirelik Bakımı	18
2.10.1. Atak Yönetimi.....	19
2.10.2. Hastalık Modifikasyonu	20
2.10.3. Semptom yönetimi	21

2.10.4. MS'li Hastanın Eğitimi	22
2.10.5. MS'te Psikososyal Bakım.....	23
2.11. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi ve MS'teki Rolü.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Şekli.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri;	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi;	27
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	28
3.4.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	29
3.4.3. Kısa Semptom Envanteri	30
3.5. Araştırmanın Ön Uygulanması.....	31
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	31
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	32
4.BULGULAR.....	33
4.1. MS'li hastaların stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi	38
4.2. MS'li hastalarda görülen psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesi.....	45
4.3. MS'li hastaların SBTÖ, KSE alt ölçekleri korelasyon analizi	51
5.TARTIŞMA	53
5.1. MS'li hastaların stresle baş etme tarzları	54
5.2. MS'li hastalarda görülen psikiyatrik belirtiler	57
5.3. MS'li hastaların STBÖ ve KSE puanlarının korelasyon analizi.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
7. KAYNAKLAR	64
EKLER.....	74
Ek 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu.....	74
Ek 2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	75
Ek 3. Kısa Semptom Envanteri	77
Ek 4. Türkiye Multiple Skleroz Derneği Ankara Şubesi İzin Formu	80

Ek 5. Etik Kurul İzin Formu	81
Ek 6. Genişletilmiş Özürlülük Skalası (EDSS).....	82
Ek 7. Araştırma Amaçlı Çalışma İin Aydınlatılmış Onam Formu	83

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACTH	Adenokortikotropik Hormon
EDSS	Genişletilmiş Özürlülük Durumu Ölçeği (Expanded Disability Status Scale)
KSE	Kısa Semptom Envanteri
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
MS	Multiple Skleroz
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
PML	Progresif Multifokal Lökoensefalopati
SBTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.6.1. MS'in seyrini etkileyen bazı faktörler	10
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri	34
Tablo.4.2. Hastaların hastalıklarına ilişkin bilgileri	36
Tablo 4.3. Hastaların SBTÖ ve KSE alt ölçek puanları	37
Tablo 4.1.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre SBTÖ puan dağılımları	38
Tablo 4.1.2. Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre SBTÖ puan dağılımları	42
Tablo 4.2.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KSE puan dağılımları	45
Tablo 4.2.2. Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre KSE puan dağılımları	49
Tablo 4.3.1. SBTÖ ve KSE ait ölçeklerinin korelasyon analizi	51

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde teknolojik tıp alanındaki hızlı gelişmelere paralel olarak, insanın beklenen yaşam süresi artmış, bununla birlikte kronik hastalıkların insidansı da artmıştır (1). Özürlülük yaratan, daha çok genç yetişkin dönemde ortaya çıkan hastalıklardan biri olan Multiple Skleroz (MS) da kronik bir hastalıktır. MS Avrupa ülkelerinde genç yaştaki bireylerde özürlülüğe yol açan faktörler arasında trafik kazalarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (11,12,13). Merkezi sinir sistemindeki (MSS) inflamasyon ve nöronların etrafını saran myelin kılıfın kaybı ve zamanla myelinin altındaki aksonun hasarı ile karakterize nöroimmün bir hastalık olan MS'in kesin tedavisi yoktur (6,7,8). İlerleyici bir seyir gösteren hastalıkta zaman geçtikçe geri dönüşsüz yeti yitimi ortaya çıkmaktadır. MS'in başlangıcından ortalama 20 yıl sonra hastaların büyük bölümünde işlev bozukluğu ortaya çıkmakta ve yarısında aktivite önemli derecede kısıtlanmaktadır (14,15).

MS ile ilgili literatür incelendiğinde dünya çapında yaklaşık olarak 2,5 milyon kişiyi, Amerika'da 400 bin, Kanada'da 75 bin, İngiltere'de ise 85 bin kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir (9,10). Ülkemizde MS görülme sıklığını ülke bazında araştıran bir çalışma olmamakla birlikte 40/100 000 olduğu Eraksoy (16) tarafından belirtilmektedir. MS kadınlarda erkeklere kıyasla 2-3 kat daha fazla görülmektedir(8,12).

Semptomlar genellikle MSS'deki inflamasyon ve demiyelizasyona bağlı gelişmekte ve her hastada farklılık göstermektedir. Bu doğrultuda MS'li hastalarda barsak, mesane, yürüme, denge ve cinsel sorunlar, yorgunluk, spazm, bilişsel kayıplar, konuşma ve yutma güçlükleri, uyku sorunları, depresyon ve ağrı gibi semptomlar görülmektedir (15,32). MS hastalarında sözü edilen bu organik rahatsızlıklara birçok ruhsal ve sosyal sorunun da eşlik ettiği görülmektedir (33,34). 20-40 yaş arasında, yaşamın en aktif ve işlevsel olduğu, ailesel, toplumsal ve mesleki amaç ve etkinliklerin en üst düzeyde

olduğu bir dönemde bu tip kronik bir hastalığın süreci sözü edilen sorunların boyutunu daha da artırmaktadır (3,17).

Hastalığın ilk aşamasında; hasta tanımı öğrendiğinde şok tepkisi gelişmektedir (38). Bunu takiben hastalığın olası seyri ve geleceğe ilişkin belirsizlikler, nüks endişesi nedeniyle kaygılar oluşabilmekte, hasta yaşantısını denetleyemediği endişesine kapılabilmekte ve kontrol kaybı yaşamaktadır (28). Hastalığın ilerleme sürecini engellemek amacıyla aile üyeleri tarafından hasta bireyi yaşamın olası streslerinden korunma çabaları, sağlıklı yaşam için getirilen aşırı kısıtlamalar ve denetimler; hastanın aile içi ve toplumsal rollerinde değişikliklere; yeterli olamama ve aileye yük olma gibi suçluluk duygularına yol açmaktadır. Çevreye bağımlılık zorunluluğu, çevrenin acıma duyguları ve hastanın reddedileceği kaygısı, hastanın yakınlarına ve tedavi ekibine beklentilerinin, tepkilerinin, öfke ve kızgınlıklarının serbestçe ifadesini de güçleştirmektedir. Ortaya çıkan bu negatif sarmal sonucu hastalığın ilerlemesi tetiklenmektedir (29).

Hastalığın ilerlemesiyle birlikte hasta bireyde ortaya çıkan dikkat/bellek sorunları, depresyon, motor sorunlar, koordinasyon sorunları ve yorgunluk nedeniyle çalışma yaşamlarında zorluklarla karşılaşabilmekte ve ortalama 10 yılda hasta çalışma yaşamını bırakmak durumunda kalabilmektedir (4,5,13). Danimarka'da 2538 MS'li hastada yapılan çalışmada hastalık başlangıcından sonraki ilk 5 yılda hastaların %30'u erken emekli olmak zorunda kalmış, 20.yılda ise %78'inin çalışma yaşamını bıraktığı saptanmıştır (5). Üstelik bu sorunlar sadece hastayı değil, bakım verici rolü üstlenen hasta yakınına da etkilemekte ve hasta yakının yaşamını hastanın bakım yükünü alacak ve onun gerçekleştiremediği rolleri üstlenecek şekilde düzenlemeler yapmasına neden olmaktadır (13,31). Bu durum iş yaşamında kariyerin engellenmesine, gelirin azalmasına yol açtığı gibi, sosyal yaşamdan uzaklaşmayı da beraberinde getirmekte, hasta ve hasta yakınlarının stres yükü de artmaktadır.

MS'in ortaya çıkışını ve seyrini etkilediği düşünölen en önemli faktörlerden biri strestir. MS tanısı konması ve psikososyal faktörlerin incelendiği bir çalışmada; MS'li hasta grubunun, kontrol grubuna göre olumsuz yaşam olaylarının ve aile problemlerinin daha fazla sayıda olduğu, sosyal destek kullanımının daha düşük olduğu saptanmıştır (24). Yeni tanı almış MS hastalarının hastalık deneyimlerini inceleyen bir çalışmada; hastaların büyük çoğunluğunun MS olduklarını öğrendikten sonra 'tekerleklil sandalyeye oturma' ve 'MS' ten ölme' korkularını yoğun yaşadıkları saptanmış ve MS hastalığının ilk semptomlarının başlangıcından itibaren ve tanı sürecinde hastaların yoğun ansiyete ve stres yaşadıkları belirlenmiştir (28). Öz'ün (21) de belirttiği gibi MS hastalığında mortaliteden çok morbiditenin sorun yaratması nedeniyle hastalar çoğu zaman belirsizlik ve kaygı yaşamaktadırlar.

Yaşanan belirsizlik ve kaygı ile hastaların strese duyarlılığı artmakta, standart yaşamsal stresörlerin yanında hastalıkla birlikte yeni stresörlerle karşı karşıya kalmakta ve hastalık sürecinde strese etkin baş etmeleri önem kazanmaktadır (13). Stresli yaşam olaylarının ardından gelen MS ataklarını sistematik olarak inceleyen bir meta analiz çalışmasında, stresin MS ataklarını tetiklediği desteklenmiştir, ancak atakları tetikleyen özel bir stresör belirlenememiştir(27). Mohr'un (35) yaptığı çalışmada atakların tetiklenmesini strese birlikte; depresyon, olumsuz bakış açısı, etkisiz baş etme ve düşük sosyal desteğin de etkilediği saptanmış ve hastalığa uyumun önemi vurgulanmıştır.

MS'e uyum sağlamak her ne kadar zor olsa ve zaman alsa da, hasta bireyin yaşamına devam edebilmesi ve hastalıktan minimal düzeyde etkilenmesi için önemli ve zorunludur (13). Hastalık ataklarla ilerlediğinden, atak dönemlerinde ve atak sonrasında ortaya çıkabilen yeni kısıtlılıklarla hastalar tekrar tekrar uyum sağlamak zorunda kalmaktadırlar. Hastalığın ilerlemesi ve kalıcı sakatlıkların oluşması ile birlikte bağımlılıkta artış, yaşanan/ hissedilen yalnızlık ve profilaktik amaçla kullanılan interferon gibi

ilaçlar da psikiyatrik sorunların gelişimini arttırmakta ve uyumu güçleştirmektedir (18, 19).

MS hastalarında görülen psikiyatrik sorunlar; anksiyete, depresyon, bipolar duygudurum bozukluğu (26), suisid, öfori, uygunsuz gülme/ağlama ve psikoz olarak sıralanmaktadır (20,30). Depresyon, MS'in seyri sırasında en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (20,25,26,28,33,37). Yeni Zelanda'da toplum bazında yapılan çalışmada MS hastalarında depresyon yaygınlığı %25 olarak bildirilmiş, bu oran bakımevlerinde kalan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Genç hastalarda, fiziksel hasarı benzer olan yaşlı hastalara göre depresyon gelişme oranı daha yüksek bildirilmektedir (36).

Ülkemizde MS hastalarında depresyon görülme düzeyini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Tülek (20) tarafından İstanbul ilinde 164 hastanın dahil edildiği çalışmada; MS hastalarının depresyon puanları yüksek bulunmuş, hastaların ev içi ve dışı rolleri sürdürmede zorlandıkları belirlenmiştir. Yine bu çalışma sonucunda MS'li hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler olarak yeti yitimi, depresyon ve stres duyarlılığına işaret edilmiştir. Tanık (39) Van ilinde 52 MS hastasını dahil ettiği bir çalışmada depresyonu değerlendirmiş ve MS hastalarının kontrol grubuna göre depresyona girme olasılığının 12 kat arttığını, özürülük düzeyi arttıkça depresyon görülme riskinin de arttığını belirtmiştir.

Yapılan çalışmalar ışığında; hastaların tanıyı öğrendikleri ilk andan itibaren yoğun kaygı ve belirsizlik yaşayabilecekleri bilinerek hemşireler tarafından bütüncül bakış açısıyla ele alınmaları önem kazanmaktadır. Hasta ile sürekli etkileşim içinde olan hemşire MS'li hastayla işbirliği yaparak, umut etmeyi ve pozitif düşünmeyi sağlayacak, onunla bilgisini paylaşacak; hastaya olumlu baş etme becerisi, otonomi, kontrol duygusu kazandırarak güçlenmesini sağlayacak ve hastanın uzun vadeli hastalığa uyum sürecinde destekleyici olacaktır (13).

Hastalığa uyumun desteklenmesini kolaylaştıracak hemşirelik girişimlerini planlayabilmek için MS hastalarının stresle baş etme tarzlarının

bilinmesi ve hastalarda görülen psikiyatrik belirtilerin tanımlanması önem kazanmaktadır. Literatür incelendiğinde ülkemizde MS hastalarının psikiyatrik belirtilerini araştıran bazı çalışmalar bulunmasına karşın, stresle baş etme tarzlarını araştıran bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu çalışma ile MS hastalarının; stresle baş etme tarzları ve hastalarda görülen psikiyatrik belirtilerin tanımlanması amaçlanmıştır. Böylece MS hastasının bütüncül olarak ele alınıp; stresle etkin baş etmelerinin desteklenmesine, koruyucu ruh sağlığı girişimlerinin planlaması ve uygulanmasına, ortaya çıkan psikiyatrik sorunların erken dönemde farkedilip, gerekli yönlendirmelerin yapılmasına olanak sağlanacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma MS hastalarının stresle baş etme tarzlarının belirlenmesi ve hastalarda görülen psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. MS hastalarının stresle baş etme tarzları nelerdir?
2. MS hastalarında hangi psikiyatrik belirtiler görülmektedir?
3. MS hastalarının stresle baş etme tarzlarına göre görülen psikiyatrik belirtileri nelerdir?
4. MS hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre stresle baş etme tarzları ve psikiyatrik belirtileri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epidemiyoloji

MS; MSS'nin demiyelizan alanlarıyla karakterize olan eflamatuar hastalığıdır. Hastalık ilk olarak 1868 yılında Fransız Nörolog Jean Martin Charcot tarafından tanımlanarak "Sclerose en plaques" olarak isimlendirilmiştir (42, 56).

MS MSS'de enflamasyon, demiyelizasyon ve gliozla birlikte olan skar oluşumuyla beraber relapslar, remisyonlar gösterir. Genç erişkinlerde görülen kronik nörolojik yeti yitiminin en sık nedenidir ve ilerleyici bir süreçle karakterizedir (13).

MS'in coğrafik sınıflaması ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalığın bir soğuk iklim hastalığı olduğu ve güneyden kuzeye gidildikçe, ekvatordan uzaklaştıkça insidansının arttığı belirtilmiştir (42). Beyaz ırkta, sarı ve siyah ırktan daha fazla görüldüğü saptanmıştır (44). Dünyada MS'in en az görüldüğü yerler ise Japonya, Asya'nın bazı bölgeleri, Afrika'nın ekvatora yakın bölgeleri ve Orta Doğu'dur (50).

2.2. Fizyopatoloji

MS nedeni tam olarak bilinmeyen ve kesin tedavisi olmayan kronik bir hastalıktır. MS'de optik sinir çevresi, perivenöz alanlar, serebellumun periventriküler beyaz maddesi, beyin sapı ve spinal kord başta olmak üzere MSS'nin her alanında plaklar gelişebilir. Bu plaklar beyin ve spinal kordun miyelin içeren bölümlerinde gelişir ve skar oluşumu ile sonuçlanır. MS'de miyelin ve akson hasarına neden olan mekanizmanın otoimmün olaylar sonucu meydana geldiği düşünülmekte, ancak bu otoimmün olayları hangi sürecin başlattığı tam olarak bilinmemektedir (12,13,48). MS oluşumundan sorumlu tutulan miyelin proteinlerine yönelen hücrel yanıtı, T hücrelerinin oluşturduğu öngörülmektedir. T lenfositlerinin bilinmeyen nedenlerle aktive olduğu ve kan beyin bariyerini aşarak MSS'ne girdiği düşünülmektedir. Bu

aşamada makrofajların, antikörlerin ve inflamasyona yol açan sitokinlerin salındığı; miyelin proteinlerini (oligodentriositleri) ve miyelin içeren hücreleri hedef alan bir dizi immünopatolojik olay gelişimi ile miyelin kılıf hasarının olduğu belirtilmektedir (13,42, 48).

Demiyelizasyonun ardından remiyelizasyon (iyileşme) safhası gelişmektedir. Remiyelizasyon hastadan hastaya ve aynı hastada zaman içinde değişiklik göstermektedir. Remisyon döneminde oligodentrositlerin hasar gören aksonları onardığı, inflamasyonun gerilediği, semptomların kısmen ya da tamamen ortadan kalktığı belirtilmektedir. Ancak hastalığın ilerlemesiyle myelin kılıf tamamen zarar görmekte, yerini sert, sklerotik ve glial skar dokusunun almasıyla geri dönüşümsüz fonksiyon kayıpları oluşmaktadır (48,51,55).

2.3. Etiyoloji

MS'in nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte; patolojik otoimmünitenin hastalığın oluşmasında önemli rolü olduğu ve otoimmüniteyi genetik faktörlerin, çevresel faktörlerin ve enfeksiyonların etkilediği düşünülmektedir (1,48,51,52,53).

- Genetik Faktörler; MS kalıtsal bir hastalık olmamasına karşın, akrabalıkla birlikte hastalığın ortaya çıkma olasılığı, normal popülasyona göre artmaktadır. Yapılan bir çalışmada MS'in ailesel tekrar oranı %20 olarak bulunmuştur (43). Yapılan ikiz çalışmalarında da tek yumurta ikizlerinde %25, çift yumurta ikizlerinde %5, kardeşlerde %2 oranında görüldüğü saptanmıştır (44,51,52). Bazı etnik gruplarda iklim etkisine rağmen MS'in görülme oranı da değişmektedir.
- Çevresel Faktörler; ekvatorдан uzak yerleşim, düşük güneş ışığına maruz kalma ve düşük D vitamini alma MS oluşma riskini arttırmaktadır. Sigara içme, toksinlere maruz kalma, civa içeren amalgam diş dolgusu, aşılar, yoğun stres, diyet değişiklikleri ve

hormon yükleme gibi konuların MS oluşumuna etkisi olduğu düşünülse de kesin kanıtlar bulunamamıştır (51-53).

- **Enfeksiyonlar;** yapılan çalışmalarda erken çocukluk çağı enfeksiyonlarının bozuk otoimmüniteyi tetiklediği düşünülmüş; Herpes virüs 6, Epstein Barr, Clamidy Pneumonia gibi bir çok mikroorganizmanın araştırılmasına karşın, henüz kesin bir kanıt bulunamamıştır (43,44,57).

2.4. Klinik Belirti ve Bulgular

MS var olan lezyonların yerine, büyüklüğüne ve sayısına bağlı olarak çok çeşitli nörolojik semptomlara yol açabilir (48, 13, 59, 61).

MS'in sık görülen belirti ve bulguları şunlardır;

- **Motor bulgular (piramidal bulgular);** paraparezi, monoparezi, quadriparezi, hemiparezi, kas zayıflığı, spastisite ve patolojik refleksler, tremor, dizartri
- **Serebellar bozukluklar;** serebellar tutulumla bağlı olarak yürüme, konuşma ve koordinasyon bozuklukları, disfaji
- **Görme ile ilgili belirtiler;** bulanık görme, çift görme, nistagmus, görmede azalma ve görme kaybı, göz küresinde ağrı
- **Duyusal bozukluklar;** parestezi, uyuşukluk, yanma, ağrı, trigeminal nevralji, Lhermitte belirtisi, tat almada bozukluk, duyma kaybı ve vertigo
- **Mesane bozuklukları;** inkontinans, acil idrar yapma hissi (urgency), idrar boşaltma sorunları, işemeyi başlatmada gecikme (hesitancy), sık idrar yapma (frequency) ve idrar yolu enfeksiyonları
- **Cinsel işlev bozuklukları;** erkeklerde ereksiyon ve ejakülasyon problemleri, genital uyarılmada azalma, kadınlarda vajinal lubrikasyonda azalma ve libido kaybı
- **Barsak bozuklukları;** konstipasyon ve gaita inkontinansı

- **Kognitif ve psişik bozukluklar;** hafıza problemleri, dikkat ve konsantrasyon kaybı, problem çözüme ve baş etmede yetersizlik, depresyon, öfori, karar vermede güçlük, değişken duygu durum
- **Genel fonksiyon bozuklukları;** halsizlik, kronik yorgunluk, sıcağa tahammülsüzlük, uyku sorunları
- **Paroksizmal belirtiler;** epilektik nöbetler.

MS'te görülebilen şikayetlerin süresi değişkenlik göstermektedir. Yorgunluk, halsizlik, uyuşmalar gibi şikayetler gün içinde aralıklarla olabileceği gibi, günlerce ve haftalarca da sürebilir (48,59,61).

2.5. MS'in Tipleri

Hastalığı tanılamada genel bir ifade olan 'Multiple Skleroz' kullanılsa da MS'in hem patolojik, hem de klinik olarak farklı tipleri vardır. MS'in alt tipleri arasında yıllar içinde geçiş olabilmektedir. MS tiplerine göre hastalığın prognozu ve tedavi planı belirlenmektedir. MS tipleri şunlardır (48,49, 63-66).

1. **Benign MS (İyi Huylu MS);** Hastaların yaklaşık %10'u Benign MS'tir. Bu tip MS'de hastaların 10 yıldan daha uzun bir sürede yeni şikayetleri olmamaktadır. Bu hastalar yaşamlarına belirtisiz ya da yaşam kaliteleri etkilenmeden, normal bir şekilde devam ederler.
2. **Relapsing-Remitting MS (Atak ve İyileşmelerle giden MS);** Bu alt tipte hastalıkta ataklar ve atak sonrası kısmen ya da tamamen remisyona girilmektedir. Relapslar arasında kötüleşme yoktur. Hastaların yaklaşık %80'i atak ve iyileşmelerle giden seyir gösterir.
3. **Sekonder-Progresif MS (İkincil İlerleyici MS);** Relapsing-Remitting MS hastalarının bir kısmı zaman içinde ilerleyici forma dönüşebilmektedir. Sıklaşan relapslar sonrası remisyonlarda azalma olmakta ve atak dönemleri dışında da fonksiyon kayıpları oluşmaktadır.

4. **Primer-Progresif MS(Birincil ilerleyici MS);** MS hastalarının yaklaşık % 10'u bu gruptadır. Hastalarda sürekli ilerleme ve artan fonksiyon kayıpları olmaktadır.
5. **Malign-MS;** Nadir görülen bir tiptir, ancak ölümlerle sonuçlanabilir. Primer progresif MS'in agresif gidişli formudur.

2.6. Prognozu

MS'in prognozu kesin olarak tahmin edilememekle birlikte, hastalıkla ilgili iyi seyire ve kötü seyire işaret edebilen bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlar arasında en belirgin olanlar; hastalığın başlangıç yaşı, hastanın cinsiyeti, hastalığın başlangıç semptomları, hastalığın klinik tipi ve ataklar arasında geçen süredir (46,47). Aşağıda çizelgede de görüldüğü gibi; 40 yaş üstünde tanının konması, erkek olmak, hastalığın motor ve primidal bulgularla başlaması, hastalığın alt tipinin kronik progresif MS olması, kısa zamanda EDSS'nin 3 olması ve 2 yılda relaps oranının yüksek olması hastalığın prognozunun kötü olabileceğine işaret etmektedir.

Tablo 2.6.1. MS'in seyrini etkileyen bazı faktörler (46,47)

FAKTÖRLER	İYİ PROGNOZ KRİTERLERİ	KÖTÜ PROGNOZ KRİTERLERİ
Başlama yaşı	Genç (25 yaş altı)	Geç (40 yaş üstü)
Cinsiyet	Kadın	Erkek
Başlangıç semptomu	Sensorial	Motor ve primidal
Klinik gidiş	Relapslarla	Kronik progresif
EDSS'nin 3 olmasına dek geçen zaman	Uzun	Kısa
2 yılda relaps oranı	Düşük	Yüksek

MS fatal bir hastalık değildir fakat yapılan çalışmalarla normal popülasyona göre ömrü 5-10 yıl kısalttığı belirlenmiştir. Hastaların %90 hastalığın ilk 10 yılında bağımsız yürüyebilirken, ilk 15 yılda bu oran %75'e düşmektedir. Hastaların yaklaşık %40'ı yaşamının 70'li yıllarına

ulaşabilmektedir (46, 47). Ölüm nedenleri içinde MS'e bağlı sekonder komplikasyonlar (pnömoni, pulmoner emboli, aspirasyon vb.), yatağa bağımlılığa bağlı sorunlar, enfeksiyonlar, MS'e bağlı olmayan sorunlar (Malignansi, akut miyokard enfarktüsü, inme ve kazalar) ve suisid yer almaktadır.

2.7. Tedavi ve Proflaksi

MS'in kesin tedavisi olmamasına karşın; akut belirtileri ortadan kaldıran, özürlülük oluşumunda etkin olan atakların sıklığı, şiddeti ve süresini azaltabilen ve atak sonrasında oluşabilecek komplikasyonlara yönelik tedaviler bulunmaktadır. Bu bağlamda MS tedavisi 3 ana başlıkta incelenmektedir.

1. Akut Atak tedavisi
2. Hastalığın doğal gidişini değiştirmeye yönelik tedaviler (Disease modifying therapies)
3. Semptomatik tedaviler

2.7.1. Akut Atak Tedavisi

Ateşli bir hastalık ya da enfeksiyon hastalığı olmaksızın MS ile ilgili semptomların en az 24 saat sürmesi, semptomların artarak devam etmesi, 2 atak arasında en az 1 ay olması ve bulguların başka bir hastalıkla açıklanamaması MS atağı olarak tanımlanmaktadır(42,43). Atak tedavisindeki temel amaç; atak şiddetini azaltmak, atak sonrası iyileşme süresini kısaltmak ve hastanın iyileşme düzeyini arttırmaktır (44).

Atak dönemlerinde antieflamatuar etkileri nedeniyle yüksek doz steroidler (kortizon) intravenöz olarak kullanılmakta, eğer atak şikayetleri devam ediyorsa oral yolla da devam edilebilmektedir. Atak tedavi protokolü; 3-10 gün süre ile 500-1000 mg metilprednizolonun IV olarak verilmesi şeklindedir (43,44). Steroidlerin etki mekanizmaları tam olarak bilinmese de; bozulan kan-beyin bariyerini düzelttiği, T hücreleri ve gamma interferonların

salınımını azalttığı, MSS'de IgG'yi ve miyelin bazlı protein ve oligoklonal bantlara karşı artan antikoları da azaltarak, inflamasyon sürecini durdurduğu görülmüştür. Adenokortikotropik hormon (ACTH) kullanılarak yapılan çalışmada, plasebo ve tedavi grubu karşılaştırmalarında ilaç kullanılan grupta atak şikayetlerinde hızlı bir azalma olduğu saptanmıştır (48, 68).

Steroid tedavileri atak dönemleri dışında, hastalığın uzun süreli remisyonda etkili değildir. Özellikle hastalığın ilk yıllarında akut ataklar üzerinde etkili olmakta, hastalık yılı arttıkça steroidlerin akut şikayetler üzerinde etkisinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca yan etkileri nedeniyle de kullanımlarında oldukça dikkatli olmak gerekmektedir (42,43,44).

2.7.2. Hastalığın Doğal Gidişini Değiştirmeye Yönelik Tedaviler

Hastalığın biyolojik aktivitesini yavaşlatma yoluyla; Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) 'de saptanan hastalık yükünü, gelişebilecek atakların sıklığını, şiddetini, süresini ve atak sonrası oluşabilecek fonksiyon kayıplarını azaltmak için kullanılırlar. Hastalığı modifiye edici ajanlar ile oluşabilecek yeti yitimi de geciktirilmektedir (48).

-İnterferonlar; Stokinler grubunda yer alan ve doğal protein olan interferonlar; Alfa, Beta ve Gama olmak üzere üç ana sınıfta tanımlanmıştır. İnterferonlar MS'in başlamasına neden olan gama interferon seviyesini, T hücrelerinin miyelin kılıfa saldırmasını ve oluşabilecek sinir hasarını azaltarak hastalığın seyrinde yavaşlama sağlarlar. İnterferon beta 1a'nın haftada 1 kez kas içine uygulanan ve haftada 3 kez subkutan olarak yapılan 2 formu bulunmaktadır. İnterferon beta 1b ise gūnaşırı subkutan olarak uygulanmaktadır (70).

İnterferonlar MS'i düşündüren tek bir klinik olayı olan hastalarda, kesin MS gelişimini geciktirmek için (64), Relapsing- remitting MS'de ambulatuvar hastalarda klinik atakların sıklığını ve şiddetini azaltmak için (70) ve Sekonder-progresif MS'te hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılması için (65) kullanılmaktadır.

İnterferonların olası yan etkileri; grip benzeri semptomlar (ateş, titreme, terleme, kırgınlık, eklem ağrısı, baş ağrısı), uykusuzluk, lökopeni, nötropeni, karaciğer enzimlerinde artış, depresyon ve enjeksiyon bölgelerinde gelişebilen (kızarıklık, şişlik, renk değişikliği, inflamasyon, ağrı, aşırı duyarlılık, ödem, kitle, nekroz, atrofi ve hemoraji) reaksiyonlardır. Bu yan etkilerin oluşumunu azaltmak ve hastanın yaşam kalitesini korumak için interferonlar doz titrasyonu ile uygulanırlar. Böylece hem sistematik yan etkiler de, hem de enjeksiyon bölgelerinde ilaç kullanım süresi arttıkça ortaya çıkan sorunlarda azalma gözlenmiştir. Ayrıca hastalara sunulan destek malzemeleri içindeki otomatik enjektörlerle, enjeksiyon bölgelerindeki uzun dönem kullanımdan kaynaklanan reaksiyonlarda da anlamlı bir azalma saptanmıştır (64,65,70).

-Glatiremer Asetat; interferon olmayan bu ajan, sentetik bir peptit olup, T hücrelerinin miyelin kılıfa saldırmasına engel olur. MRG'de inflamatuvar lezyonları ve atak oranını azalttığı saptanmıştır. Günlük olarak subkutan enjeksiyonla uygulanmaktadır. Olası yan etkileri; duygu durum değişiklikleri, enjeksiyon yeri reaksiyonları (kızarıklık, dokuda çökme), halsizlik, lenfadenopati, ani- geçici göğüs sıkışması, nefes darlığı ve ağrı hissidir (67).

-Natalizumab; laboratuvarında üretilmiş bir monoklonal antikordur. T hücrelerinin endotel hücrelere tutunmasını ve kan beyin bariyerini aşmasını inhibe eder. Natalizumab infüzyon şeklinde 28 günde 1 kez uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda Natalizumab'ın diğer modifiye edici ilaçlara göre hastalığı yavaşlatmada daha etkili olduğu saptanmış olmasına karşın, olası ciddi yan etkileri nedeniyle kullanımı sınırlandırılmıştır. Mart 2010'da dünyada toplam 60.000 MS hastası Natalizumab tedavisi altında olup, bu hastaların 41'inde progresif multifokal lökoensefalopati (PML) gelişmiş; bu hastaların bir kısmı kaybedilmiş, bir kısmı da özürü olarak yaşamına devam etmektedir. Ülkemizde diğer modifiye edici ajanlardan yanıt alınamayan, hastalık aktivitesi yüksek olan hastalarda Sağlık Bakanlığı onayı ile verilebilmektedir (69,72).

-Mitoxantrone Hydrochloride; DNA sarmalına zarar veren, RNA sentezini etkileyen ve DNA tamirinde görevli topoizomeraz II enzimini inhibe

eden antineoplastik bir ajandır. MS hastalarında relaps oranını ve özürllülüğü azalttığı belirtilmektedir. İlaç infüzyon şeklinde, 3 ayda 1 kez uygulanmaktadır. Olası yan etkileri olarak; bulantı, kusma, halsizlik, saç dökülmesi, enfeksiyona ve kansere yatkınlık, kardiyomiyopati, geri dönüşsüz kalp yetersizliği, ereksiyon ve kısırlık problemleri tanımlanmıştır. Sekonder progresif ve primer progresif MS seyrinde, yan etkileri nedeniyle uygun hastalarda kullanılmaktadır. Hastalarda kullanım sırasında göz renginde mavileşme olabilir. Tedavi öncesinde mutlaka hastanın kalp rahatsızlıkları değerlendirilmeli, ileriki dönemlerde gebelik planlayabilecek MS hastalarında kullanılmamalıdır (71,72).

2.7.3. Semptomatik Tedaviler

Hastalık modifikasyonu için kullanılan tedaviler hastalığın seyrinde yavaşlamayı ve özürllülükte azalmayı sağlarken, MS'in tamamen durmasını sağlayamazlar. MS devam ederken, hastalıkla ilgili çeşitli semptomlarda da artış görülmektedir. Her hastayı farklı düzeyde etkileyen bu sorunlar hastalık başlangıcında ataklar sırasında gelişirken, hastalığın ilerlemesi ile kalıcı hale gelip (sekel), hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (17,20).

MS plaklarının tutulumuna bağlı olarak hastalarda ortaya çıkan semptomlar; motor, duysal, görsel, bilişsel, emosyonel, cinsel işlev ve kas koordinasyonunun bozulduğu çeşitli semptomlardır. Ayrıca hastaların özürllülük düzeylerinden bağımsız olarak yaklaşık %63-70'inin kronik yorgunluk yaşadığı saptanmıştır (4,45,101). Yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada yorgunluk, hastalar tarafından yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli problem olarak belirtilmiştir (62). Hastaların MS kaynaklı günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmanın hastalığın ilk yıllarında başladığı; ince ve kaba motor aktivitede bozulmanın tanıdan yaklaşık 5 yıl sonra başladığı, duysal, emosyonel ve bilişsel sorunların ise 10 yıl sonra yoğunlaştığı bildirilmiştir (13).

Bu doğrultuda hastalığın semptomatik tedavisinde nörolog, radyolog, ürolog, psikiyatrist, psikolog, fizyoterapist ve hemşirelerin işbirliği içinde bulunduğu multidisipliner bir yaklaşım önem kazanmaktadır.

2.8. MS'li Hastaların Baş Etme Biçimleri

Lazarus (74) tarafından baş etme; '*büyük ölçüde psikolojik baskının yarattığı belirli dışsal ve/veya içsel taleplerin karşılanması için süregelen bilişsel ve davranışsal çabalar*' olarak tanımlanmaktadır. Baş etme davranış ve tutumları, sorun çözmeye yönelik olanlar (aktif) ve duygusal odaklı olanlar (pasif) şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Aktif baş etme sorunun ana kaynağına ilişkin baş etme davranış ve tutumlarını, pasif baş etme ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkilerle baş etme tutumlarını içerir. Hastalıkla baş etmede, çevreden doğrudan yardım istemek sorun odaklı baş etmeyken; kronik hastalığı kabullenmek, bedensel ve ruhsal değişime uyum sağlamak duygusal odaklı baş etmedir (74,75,76). Kronik hastalıkla baş etmenin nihai ve en etkin yolu ise hastalığa uyum ve adaptasyondur.

MS bilinmeyen etiyojisiyle, kesin tedavisi olmayan ve öngörülmez klinik seyriyle uyum ve adaptasyonu güç bir hastalıktır (76). Lara ve arkadaşları (34) yaptıkları bir çalışmada 193 MS hastasının sadece %12,7'sinin kendisini hastalıkla uyumlanmış olarak gördüğünü, %87,3'ünün uyum problemleri yaşadıklarını belirtmiştir.

Hastalığa uyum ve adaptasyon oluşturma süreci tanının öğrenildiği ilk anda başlamaktadır. MS tanısıyla karşılaşmak hastalarda genellikle bir şok yaratmakta ve bu duruma alışmak zaman almaktadır. Hastalığın başlangıcındaki reaksiyonlar arasında çok farklı duygular yer almaktadır; şaşkınlık ve inanamama ('Ben MS olmuş olamam. Başka bir doktora gitmeliyim. '), kaygı ('Tekerlekli sandalyeye mi bağlanacağım?'), öfke ('Bu haksızlık! Bunu hak etmek için ne yaptım?'), üzüntü ('Artık kendim gibi hissetmiyorum.') gibi. Hastaların büyük bir çoğunluğu bu durumlarla nasıl başa çıkacağını bilmemektedir. Lode ve arkadaşları (76) yeni tanı almış 83

MS hastasının baş etme biçimlerini ve depresif semptomlarını kontrol grubu ile karşılaştırarak değerlendirmiştir. MS hastalarının kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde problem odaklı ve duygusal odaklı baş ettiklerini ve 2 kat fazla düzeyde depresif belirtiler gösterdiklerini bulmuşlardır. Stres, baş etme tarzı ve MS ataklarında lezyon yükünü inceleyen bir çalışmada da yüksek düzeyde problem odaklı baş etme ile düşük düzey stres ve hastalık yükü arasında, yüksek düzey duygusal odaklı baş etme ile yüksek düzey stres ve hastalık yükü arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur (81).

Hastalık süreci ilerledikçe MS ile hastanın bedeninde ortaya çıkan birçok semptom ve yeti yitimleri de hastalıkla baş edilmesini daha zorlaştırmaktadır. MS ile oluşan yeti yitimleri, hastalığın varlığı, inancın anlamı, yaşamın öngörülmezliği, değerler ve öncelikler gibi varoluşsal konularda sorular sorulmasına yol açabilir (12,13). MS'in sıklıkla 20-40 yaşta ortaya çıkması nedeniyle genç bireylerin hayatlarının en üretken dönemlerinde hasta olmaları, hastalıkla ilgili prognoz belirsizliği kadar, kişinin yaşamındaki iş, eş, çocuk sahibi olma gibi belirsizliklerin de hastalığın yükünü arttırdığı açıktır. Bu bağlamda hastalığa uyum gösterme önem kazanmakta ve hemşirenin hastaya bu bakış açısını kazanmada rehber olması gerekmektedir.

Hastaların MS' le uyumlu yaşamaları daha tanının öğrenildiği ilk andan itibaren başlamakta ve dinamik bir süreç olarak devam etmektedir. Hastaya rehber olan sağlık ekibinin -özellikle de hemşirenin- bu farkındalıkla hastayı MS ve MS'le yaşamak hakkında etkin bilgilendirmesi, hastanın kendini, duygularını, endişelerini ifade etmesi için uygun ortam sağlaması ve etkin dinlemesi önem kazanmaktadır. Lode ve arkadaşlarının 108 yeni tanı almış MS hastasıyla yaptığı bir çalışmayla; tanı öğrenildikten sonra etkin bilgilendirme yapılmasının hastalığa uyumu kolaylaştırdığı, etkin baş etmeyi geliştirdiği saptanmıştır (80).

Sonuç olarak; hastalıkla uyum süreci için kişinin yaşadığı durumla etkileşimini yeniden yapılandırması, bakış açısını değiştirmesi gerekmektedir.

Hasta farkındalık kazanıp, değişim için istekli olduktan sonra, yaşamına karşı daha pozitif bir bakış açısı geliştirmesi için desteklenmelidir. Bunu sağlayabilmek için kaybettiklerinden ya da sahip olmadıklarından çok elinde olanlara, yetersizlikten çok yeterliliğine, stresörlerle etkin baş etmeye ve basit şeylerden bile mutluluk duymaya odaklanmalıdır. MS'in yaşamın sadece bir boyutu olduğu şeklinde bir bakış açısı geliştirmeye, mizah duygusunu korumaya, iyimser olmaya ve yaşamın kontrolünü ele almaya teşvik edilmesi gerekmektedir (13, 22, 83). Hastalığa adaptasyon için etkin baş etme ve sosyal destek kilit rol oynamakta ve hastaların yaşamlarının kontrolünü tekrar kazanmalarında motivasyon olmalıdır (76).

2.9. MS'te Ortaya Çıkan Psikiyatrik Belirtiler

MS'te görülen psikiyatrik belirtilerin oranı, diğer kronik ve nörolojik hastalıklardan daha yüksektir. Örneğin; depresyonun MS 'li hastalarda yaşam boyu prevalans oranı %50 iken, bu oran diyabet hastalarında %15-20 bulunmuştur (78). Depresyon MS 'in seyri sırasında en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Hastalık sürecinde ortaya çıkan bazı organik bozukluklar depresyonun ortaya çıkışını kolaylaştırabilmektedir. Bu organik bozukluklar; SSS anormallikleri, temporal bölgede lezyon varlığı, T2 lezyon yükü, ventriküllerdeki genişleme, frontal atrofiler, immun sistem regülasyonunda bozulma ve nöro-endokrin al anormallikler olarak özetlenebilir (30,76,78). Depresyon hastalıkla birlikte düşen yaşam kalitesiyle, değişken MS semptomlarıyla, yorgunlukla, bilişsel kayıplarla, sosyal destek azlığıyla, işsizlikle, azalmış tedavi uyumu ve hastalığı modifiye eden ajanlardan gerçekçi olmayan beklentiler ile de ilişkilendirilmiştir (3,17,30,78,79).

Anksiyetenin MS'de görülme oranı ise %19-34 arasında bulunmuştur (30,79). Yapılan bir çalışmada 101 yeni tanı almış MS hastasının eşleriyle birlikte anksiyete düzeyleri ölçülmüş ve 2 grubun anksiyete düzeylerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu ile anksiyete, 'hasta olmaktan' kaynaklanan psikolojik bir reaksiyon olarak tanımlanmıştır (79). Hem hasta,

hem de hasta yakınları için hastalığın seyriyle ilgili belirsizlik ve kaygılar da anksiyeteye neden olmaktadır. Bipolar bozukluk ise toplum bazında yapılan çalışmalarda normal popülasyonda %1 iken, MS hastalarında yapılan çalışmalarda %13 bulunmuştur. Psodöbulbar etki (patolojik ağlama ve gülme) ise MS'li hastalarda %10 olarak bulunmuştur (78). İntihar girişimi ise MS hastalarında normal popülasyona göre 7,5 kat fazla görülmektedir (92). Lara ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada MS hastaları için bir psikiyatrik konsültasyon merkezi oluşturulmuş ve 2 yıl boyunca 197 MS hastası değerlendirmiştir. Yapılan çalışma ile 197 hastanın %72,1'inde depresyon, %17,3'ünde anksiyete, %7,1'inde intihar girişimi, %6,6'sında mani, %5,1'inde psikoz, %3'ünde kişilik bozuklukları saptanmıştır (34).

Hyphantis ve arkadaşlarının 79 MS hastası ile yaptıkları çalışmada MS'de ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin, kontrol grubuna göre 6,7 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkışında hastalığın başladığı yaş dönemi ve hastalıktan kaynaklanan özürülüğün derecesi etkili bulunmuştur. Birçok psikiyatrik belirtinin; özellikle de depresyonun ortaya çıkışında içe dönüklük, hostilite, maladaptif baş etme ve zayıf ego gücü etkili bulunmuştur (33).

2.10. MS'li Hastanın Hemşirelik Bakımı

MS'li hastaya bakım sunan hemşirelerin amacı, hastalık halinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmaktır. Bu yardım geleneksel yaklaşımın aksine, bireyin, ailenin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarına yönelen, bütüncül (holistik) bakımı gerektirmektedir (96,97). Hastanın hastaneye başvurmasına neden olan hastalık semptomları kadar, genel hastane ortamının da hem hastalar, hem hasta yakınları için yüksek derecede stres kaynağı olabileceği, bununla birlikte tıptaki her bir yenilik veya gelişimin de beraberinde yeni stres faktörleri getirebileceği unutulmamalıdır (98).

MS hastalarının hastalık süreleri, hastalık seyri, atak dönemleri veya hastalık semptomlarına göre bakım ihtiyaçları da değişmektedir. Bu bağlamda MS'li hastaların hemşirelik bakımı;

- Atak yönetimi,
- Hastalık modifikasyonu,
- Semptom yönetimi,
- MS'li hastanın eğitimi,
- Psikososyal bakım olarak 5 ana başlık altında verilmiştir.

2.10.1. Atak Yönetimi

Hastalıkla ilgili akut semptomların ortaya çıktığı atak dönemleri; atak kriterlerinin karşılanması açısından hasta ve hemşireler tarafından iyi tanımlanabilmelidir. Hastada başka bir enfeksiyonun varlığı durumunda psödo-ataklar ortaya çıkmakta, steroid tedavisi uygulansa da atak şikayetleri ortadan kalkmamaktadır (42,43). Hemşireler tarafından hastadan alınan bilgilerde atak semptomlarının ne zaman başladığı ve ne kadar sürdüğü, atak semptomlarının artıp, artmadığı, 2 atak arasında geçen sürenin ne kadar olduğu, başka bir enfeksiyon varlığına dair bulguları hassasiyetle araştırılmalı ve sağlık ekibiyle paylaşılmalıdır (44).

Akut atak yaşadığı kesinleşen hastalara uygulanan steroid tedavileri esnasında hastayla en yakın iletişim kuran hemşireler hastaları steroidlerin yan etkileri açısından bilgilendirmeli ve gözlemlemelidir. Steroidlerin yan etkileri olarak; yüzde kızarıklık, halsizlik, iştahta artma, kilo artışı, hirsütizm, akne, uykusuzluk, mide yakınmaları, epigastrik ağrı, ödem, deri döküntüleri, osteoporoz, anksiyete, psikozlar, öfori, enfeksiyon gelişimi, hipertansiyon, diyabet ve anafilaksi görülebilir (44,68).

Hemşireler hastalara yeni gelişebilecek enfeksiyonlardan korunma, diyetin düzenlenmesi, ilaç kullanımıyla ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, belirtileri ve komplikasyonlara yönelik alınacak önlemler hakkında eğitim vermeli ve hastaların bu değişimlere uyumlarını izlemelidir (13).

2.10.2. Hastalık Modifikasyonu

Benign tipten, progresif seyreden tipe kadar hastalık yaşantılarında geniş bir yelpazede, farklı tablolarla karşımıza çıkabilen MS'te tedavi geçmişte semptom yönetimine odaklanırken, günümüzde hastalık modifikasyonuna odaklanmaktadır. Tedavi yaklaşımlarındaki değişiklikler, bakımın kapsamını da genişletmiş ve MS'li hastaya bakım verecek hemşirenin rolleri de değişen gereksinimi karşılayacak şekilde artmıştır (13).

MS hemşiresinin bakım sağlayıcı, yönetici, eğitici, hasta hakları savunucusu, araştırmacı, konsultan ve işbirliği sağlayıcı rolleri bulunmaktadır. MS hemşiresi Uluslararası MS Hemşireleri Örgütü (IOMSN) tarafından, *'MS'li hastayla işbirliği yapan, onunla bilgi, güç ve umudu paylaşan, baş etme becerisi, otonomi, kontrol duygusu kazandıran, umut etmeyi ve pozitif düşünmeyi sağlayan uzman'* şeklinde tanımlanmaktadır (12).

Hastalığı modifiye edici ilaçlar olan interferonları ve glatiramer asetatı kullanan hastalara kendi kendine enjeksiyon yapabilmesini sağlayan, bağımsız kalabileceği beceriler MS hemşireleri tarafından kazandırılmaktadır (12,70). Bu hemşireler tarafından hastalara, sağlık merkezlerinde ve farmakolojik ajanların üretildiği kurumların oluşturduğu hasta destek programlarında danışmanlık hizmeti sunulmakta ve izlenmektedirler.

Bu hizmetin kapsamında; hastaya ilacın saklanması, hazırlanması, enjeksiyon tekniği, enjeksiyon bölgelerinin rotasyonu, olası yan etkiler ve ortaya çıkan yan etkilerle etkin baş etme gibi konularda verilen eğitimin yanında, hastanın tedaviye uyumu ve tedavinin etkinliğinin izlenmesi de yer almaktadır (12,13). Yapılan bir çalışmada hemşire desteği olmadan tedaviyi kullanan hastaların büyük bir kısmının ilk 6 ayda tedaviyi kestikleri saptanmıştır (70). Hemşire tedaviye başlamadan önce hastayla güven ilişkisini kurmalı, hastanın kendini ifade etmesini sağlamalı, hastalıkla ilgili doğru bilgilendirmeyi yapmalı, hastayı bakımına aktif olarak katmalı, tedaviyle birlikte hastalığı kontrol duygusu uyandırmalı ve hastalığa uyumu kolaylaştırmalıdır. Bu rol ve sorumluluklarla hastanın en fazla temas ettiği kişi

olan hemşire tedavi etkili ya da olmadığına dair bulguları da ilk gözlemleyecek kişi olacağından bu durumlarda hekimle bağlantı kurarak, tedavi planında aktif rol almalıdır (12).

2.10.3. Semptom yönetimi

MS, hastalık tutulumuna bağlı olarak motor, duyuşal, görsel, bilişsel, ruhsal, cinsel işlevleri ve kas koordinasyonunu etkileyerek çeşitli klinik sorunlara ve kronik yorgunluğa yol açabilmektedir (17,20). Bu sorunlar başlangıçta sadece atak dönemlerinde görülürken, hastalığın ilerlemesi ile giderek kalıcı hale gelmekte ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini etkiler hale gelmektedir (4,45).

Güncel tıp uygulamalarında sağlık ekibi ve bakım sunan hemşireler özürllülüğe sahip MS hastalarına daha fazla odaklanmakta ve bu doğrultuda özürllülüğü olmayan hastalara, ihtiyacı olmadığı düşüncesi ile zaman ayrılmadığı gözlenmektedir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda özürllülüğü olmayan hastaların özürllülüğü olan hastalara göre; yaşam kaliteleri daha yüksek, anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşük bulunsa da ülke dışında daha fazla hasta ile yapılan çalışmalarda özürllülüğü olmayan MS hastalarının da birçok hastalık semptomu yaşadığı ortaya konmuştur (30,32,33). Finlandiya'da 277 hasta ile yapılan bir araştırma sonucunda özürllülüğü olmayan hastaların (%38), özürllülüğü olan hastalardan (%34) daha fazla yorgunluk şikayeti olduğu saptanmıştır. Aynı çalışma ile hiçbir özürllülüğü olmayan hastaların görme problemleri, duyuşal bozukluklar, ağrı, kemik erimesi, yetenek kayıpları, bilişsel problemler, kaslarda zayıflık ve spasisite yaşadıkları belirlenmiştir (32).

Hasta ve hasta yakınlarının MS'le yaşama biçimlerinin araştırıldığı bir çalışmada ise özürllülüğü olmayan hastalar 'MS'le ilgili semptomlarını ifade ettiklerinde, kendilerine sürekli olarak iyi olduklarının söylenmesinin onları rahatsız ettiğini; eşleri, sağlık ekibi ve toplum tarafından yeterince anlaşılmadıklarını hissettiklerini' belirtmişlerdir (31). Bu sonuçlar

doğrultusunda MS'li hastaya bakım sunan hemşire özür lülüğü olmayan hastaya da kendini ifade etmesi için fırsat tanınmalı, bu konuda hasta yakınlarına da eğitim vermeli ve hastanın yaşadığı semptomların çözümü için profesyonel destek almasını sağlamalıdır.

Sağlık ekibinde kilit rol üstlenen hemşire hastanın yaşadığı semptoma özgü dinamik bir semptom yönetimi planı geliştirdikten sonra, ekibin diğer üyeleriyle işbirliği içinde hastayı da katarak her bir semptoma yönelik planladığı hemşirelik girişimlerini uygulamalıdır (12,13).

2.10.4. MS'li Hastanın Eğitimi

MS'li hastanın bakımında hastalıkla etkin baş etmeyi sağlayacak, hemşirenin önemli sorumluluklarından biri de eğitimidir. MS hastalığının kesin tedavisinin olmaması, öngörülmez seyri ve her hastada farklı seyreden doğasına karşın; hastalarda oluşan 'sakat kalma korkusu' ile oluşan anksiyete hastalıkla uyumu güçleştirmektedir. Hastaların çoğunun bilgi gereksinimleri olduğu 106 hastanın dahil edildiği bir çalışmada hastaların %46.2'sinin hastalık hakkında yeterince bilgili olmadıkları sonucu ile kanıtlanmıştır (101).

Bu nedenle yeni tanı almış hasta ve hasta yakınları sağlık ekibinden karşılanamayan bilgi ihtiyacını; diğer hastalar ve hasta yakınlarından, internet yoluyla doğruluğu ve güvenliliği tartışmalı yayınlardan giderebilmekte ve yanlış bilgiler nedeniyle çoğu zaman anksiyete düzeyleri daha da artmaktadır (22). Hastalara MS hastalığı hakkında genel bilgilendirilmenin yapılması kadar hastalarda oluşabilecek yanlış inançların da ortaya çıkartılması ve düzeltilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda hemşireler tarafından hastaların kendilerini rahatça ifade ettikleri ve etkin dinlendikleri görüşmeler yapılması önem kazanmaktadır.

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi bu hastalıkta da eğitimin amacı hastaya otonom kazandırmak, onu sağlığıyla ilgili karar verebilir duruma getirmek ve hastalığa uyumunu sağlamaktır (12,13,22). MS için hastalara verilecek eğitimler hastanın eğitim düzeyine ve hastalığın aşamasına uygun

olmalıdır. Eğitim programları bireysel olabileceği gibi küçük gruplar şeklinde de uygulanabilmektedir.

Hastalara diyet, egzersiz, hastalıklardan korunma, düzenli sağlık kontrollerinin önemi, erken dönemde tedavi seçenekleri, alternatif tedaviler, yeni yapılan bilimsel çalışmalar, atak tetikleyicileri ve atak belirtileri, çalışma yaşamındaki değişimler ve erken emeklilik, rol değişimleri, sosyal destek kaynakları, ruhsal sağlık ve stres yönetimi gibi konularda eğitim planlanması faydalı olabilmektedir (12,80).

2.10.5. MS'te Psikososyal Bakım

Kronik ve ilerleyici bir hastalık olması nedeniyle bağımlı hale gelebilen MS'li bireye hastalıktan minimal düzeyde etkilenmeyi sağlamak için yaşamın psikososyal boyutlarıyla da ilgili holistik bir yaklaşım göstermek gerekmektedir. MS'in psikososyal boyutu hasta ve hasta yakınlarının sosyoekonomik durumunu, ilişkilerini, yaşam ortamını ve koşullarını da kapsamaktadır (13). MS sadece hasta bireyin etkilendiği bir hastalık olmayıp, aile hastalığı olarak tanımlanmalı ve ele alınmalıdır (32,93).

MS'in prognoz belirsizliği, atak yaşama ve yeti yitimi olasılığı nedeniyle oluşan yaşamı kontrol edememe duygusu ve artan stres yükü hastanın ailevi ilişkilerini de etkilemektedir. Hasta birey terk edilme korkusu yaşarken, eş hastanın sağlığı için endişe etmektedir. Özellikle kadınların önceden yerine getirebildikleri rol sorumluluklarını yapamaz hale gelmesi ile ev içindeki rol dağılımının değişmesine, eşin zaman içinde rol yüklenmesinden kaynaklanan sorunlarla ilişkilerin yıpranmasına ve ayrılmalara neden olabilmektedir (84,87,88). İlişkilerin sağlıklı yürümesi için bakım verenin tükenmesini engelleme, destek gruplarına ve aile terapilerine yönlendirme önemlidir.

Ytterberg'in 219 MS hastası ile yaptığı 2 yıllık takip çalışması sonucunda hastaların %49'unda bilişsel kayıplar, %76'sını el kullanımında problemler, %43'ünde yürüme güçlükleri, %67'sinde yorgunluk, %29'unda depresyon, %44'ünde günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık ve %47'sinde

sosyal yaşamdan çekilme saptanmıştır. Aynı hasta grubunda özürllülük durumu değerlendirilmiş; %81'inde 2-5 ayrı özürllülük, %27'sinde 6-7 ayrı özürllülüğün var olduğu belirlenmiştir (86). MS'li hastalara bakım verenlerin yüklerinin araştırıldığı bir çalışmada bakıcıları en çok kaldırma ve taşıma (%72), giyinme, yıkanma, yeme-içme ve tuvalet ihtiyaçlarında yardımcı oldukları ifade edilmiş; hastaların bakım yükü ve bakıcının sağlık problemleri ile özürllülüğün pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (87).

MS'le ortaya çıkabilen dikkat/ bellek sorunları, yorgunluk, depresyon, motor sorunlar ve koordinasyon sorunları nedeniyle hastaların çalışma yaşamları olumsuz etkilenmekte, iş kayıpları ya da erken emeklilikle iş yaşamları son bulabilmektedir (12,13,22). Bu durum genç hastaların üretkenliğini ve kariyer planlarını engellediği kadar gelirin azalmasına, ev içindeki rollerin değişmesine ve sosyal yaşamdan geri çekilmeye de yol açabilmektedir (32). MS'in bireyin yaşamının tüm boyutlarını olumsuz etkileyebileceği ve bu etkilerin aile ve toplum bazında da yansımaları olacağı açıktır (93).

2.11. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi ve MS'teki Rolü

Sağlık fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları ile bir bütündür ve her boyut birbirini etkiler. Hastalık ise biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel yönden çok boyutlu bir olgu olup, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Bugün, birçok fiziksel hastalığın etiyolojisinde özellikle psikolojik faktörlerin rol oynadığı veya bedensel yakınmaların organik veya psikolojik temelli olarak ayrılması görüşünden çok, tüm hastalara bütüncül yaklaşılması gerektiği anlayışı benimsenmektedir. Bu görüş konsültasyon liyezon psikiyatrisinin temelini oluşturmaktadır (97).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), biyopsikososyal anlayışı hayata geçirmeye, fiziksel bakım ve tedavi ile ruhsal tedavi ve bakımı bütünleştirmeye dönük olup, genel hastane uygulamasında bireylere psikiyatrik tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulmasını sağlar. Temel amacı,

tıbbi bölümlerde hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını önlemek; tanımlamak; tedavi etmek; hastalıkların ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavisinde ve bakımında psikososyal etkenlerin rolünü inceleyerek, hizmetleri bütüncül kılmaktır (96,98).

KLP hemşiresi ise gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastalara ve ailelere yönelik hizmette birincil korumadan, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan süreçte, geniş bir yelpazede yer almaktadır (98). KLP hemşireliği, hastaların/ ailelerin emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen, klinikteki hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanıdır (96,97,98).

KLP hemşiresi, dahili ve cerrahi ünitelerde bakım alan psikososyal, psikiyatrik problemlili hastaların bakımında rol alır, genel hemşirelere eğitim verir. Genel hastane uygulamasında psikolojik bakım, temel iletişim ve tanılama becerileri, rutin-önleyici psikolojik bakım, spesifik psikolojik müdahaleler ve psikoterapi olmak üzere dört düzeyde ele alınabilir. KLP hemşiresi fiziksel hastalığı olan hastaların ve ailelerin bakımında doğrudan ve dolaylı olarak yardım eder (98).

MS'li hastanın ve ailesinin fiziksel hastalığından kaynaklanan sorunlarını çözmeye odaklanmak kadar, hastalıktan kaynaklanabilecek psikiyatrik ve psikosoyal sorunların tanımlanması, tedavi edilmesi ve ortaya çıkmasını engellemek de hastalıkla etkin baş etmede önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda; hastanelerde fiziksel hastalığa yönelik bakım odaklı verilen hemşirelik hizmetinin kapsamının, hastanın psikiyatrik ve psikososyal boyutlarını da içeren holistik yaklaşıma doğru yönelmesi gerekmekte, bu da KLP hemşireliğinin etkin rolünü zorunlu kılmaktadır (96)

MS'li hastalara ve ailelerine KLP hemşireliği rehberliğinde verilecek bütüncül hemşirelik yaklaşımıyla MS'in tedavi ve rehabilitasyonunun yanında,

bireylere özgü gereksinimlerin belirlenmesi, ortaya çıkan sorunların erken tanınması, farkındalığın geliştirilmesi ve uygun müdahalelerle sorunların ele alınması sağlanacaktır. Bu sayede, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin etkin planlanması, hastaların gerek hastalık, gerekse günlük yaşam kaynaklı stresörlerle baş etme becerilerinin değerlendirilerek işlevsel baş etmelerin kullanılması, bireylerin güçlenmesi ve hastalığa pozitif uyum sağlaması mümkün olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma Ankara Büyükşehir Belediyesi il sınırları içerisinde bulunan, Türkiye Multiple Skleroz Derneği Ankara Şubesi'ne üye olan MS hastalarıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri;

1994 yılında kurulan Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi'ne kayıtlı 427 MS hastası bulunmaktadır. Üye olan hastalardan; 270'i Ankara Büyükşehir belediyesi sınırları içerisinde, 23'ü büyükşehir belediyesi il sınırları dışında ikamet etmekte, 134 hasta ise Ankara dışındaki illerde ikamet etmektedir. Dernek Ankara ili içerisinde merkezi bir semtte olup, uygulamalar için kullanılabilir 1 toplantı odası bulunmaktadır. Dernekte sürekli çalışan bir sekreter, yönetim kurulunda fizyoterapist, doktor, hasta, hasta yakınları ve gönüllüler bulunmakta, aktif olarak çalışan bir hemşire bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi;

Araştırmanın evrenini 2010 yılı verilerine göre Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi'ne kayıtlı olan ve Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde ikamet eden 270 MS hastası oluşturmuş, ayrıca örneklem seçilmemiştir. Araştırmanın evreninin hastaneye gelen hastalar değil de, derneğe kayıtlı hastaların alınmasının nedeni; hastaların çoğu zaman hastaneye atak geçirdiği dönemlerde ya da ilaç yazdırmak için gelmeleri, düzenli bir takip dönemlerinin olmaması ve bazı hastaların hastalığını gizlemesidir.

Araştırmaya dahil edilecek hastalarda bazı kriterler aranmıştır. Bunlar;

- 18 yaşından büyük olması,
- Okur-yazar olması,
- Başka bir kronik hastalık tanısı almamış olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,

- Son 1 yıl içinde nöroloji kliniği tarafından değerlendirilmiş EDSS puanının olması.

MS ile ilgili özürülüğün ya da semptomların şiddetini ölçmek için dünyada ve ülkemizde yaygın olarak Genişletilmiş Özürülük Durumu Ölçeği (Expanded Disability Status Scale = EDSS - Ek 6) kullanılmaktadır. EDSS, nörolog tarafından yapılan nörolojik muayene ve hasta şikayetleri sonucunda elde edilen verilerin 0-10 arasındaki bir özürülük skalasında eşleştirilmesiyle bulunan puan ile ifade edilen bir değerlendirmedir. 0 puan 'normal nörolojik inceleme' iken, 5,5 'yardımsız ya da dinlenmeden yaklaşık 100 metre yürüyebilir', 10 ise 'MS'e bağlı ölüm'ü ifade etmektedir (61). Literatür incelendiğinde MS'li hastalarla yapılan çalışmalarda özürülüğün değerlendirilmesinde yaygın olarak EDSS ölçümünün kullanıldığı görülmüştür (3,17,33,67,69,70,71,76,77,80).

Araştırmanın evrenini oluşturan 270 hastadan 10 hasta araştırmaya katılmayı reddetmiş, 9 hasta diğer bir kronik hastalığı olması sebebiyle araştırma dışında bırakılmış ve 6 hastaya ise iletişim bilgilerinin değişmesi sebebiyle ulaşılamamıştır. Böylece toplam 245 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla aşağıdaki form ve ölçekler kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (Ek 1)

Bu form, hastaların EDSS puanı, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, aile içindeki konum, sosyal güvence durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı gibi sosyo-demografik özellikleri ve ilk şikayet yılı, tanı yılı, hastalık sürecinde aldığı destek varlığı, sağlık kuruluşu tarafından düzenli takip edilme durumu, varsa düzenli

kullandığı ilaçlar, son 1 ayda kortizon tedavisi kullanımını içeren 17 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ways of Coping Inventory = SBTÖ) (Ek 2)

Folkman ve Lazarus (1984) tarafından geliştirilen bu ölçek 4'lü likert tipinde olup, 30 maddeden oluşmaktadır. SBTÖ' nün geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (40) tarafından yapılmıştır. SBTÖ alt ölçekleri için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı; iyimser yaklaşım alt testi için 0.68, kendine güvenle yaklaşım alt testi için 0.80, çaresiz yaklaşım alt testi için 0.73, boyun eğici yaklaşım alt testi için 0.70 ve sosyal desteğe başvurma alt testi için 0.47'dir. Ölçeğin; probleme yönelik etkili yollar ve duygulara yönelik etkisiz yollar şeklinde iki boyutu olup, 5 alt ölçeği bulunmaktadır.

Probleme yönelik etkili yaklaşımlar kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma olarak; duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar ise çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir.

Bu alt ölçekler ve alınabilecek alt ve üst puanlar;

- İyimser yaklaşım (2,4,6,12,18.maddeler), 0- 15 puan
- Kendine güvenle yaklaşım (8,10,14,16,20,23,26. maddeler), 0- 21 puan
- Çaresiz yaklaşım (3,7,11,19,22,25,27,28. maddeler), 0- 24 puan
- Boyun eğici yaklaşım (5,13,15,17,21,24. maddeler), 0- 18 puan
- Sosyal desteğe başvurma (1,9,29,30. maddeler). 0-12 puan arasında değişmektedir.

Ölçeğin toplam puanı olmayıp, her bir alt ölçeğin toplam puanı üzerinden değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerin puanları her bir soruya verilen cevapların 0-3 arası (Hiç uygun değil "0", uygun değil "1", uygun "2", tamamen uygun "3" puan) puanlanması ile elde edilmektedir. Sosyal desteğe başvurma alt ölçeğinin 1. ve 9. maddeleri tersinden puanlanırken, diğer alt ölçekler düzden puanlanmaktadır. Her bir alt ölçekten alınan toplam puan o alt ölçeğe ilişkin madde sayısına bölünerek alt ölçek puan ortalaması elde

edilmektedir. Her bir alt ölçek için toplam puanın artışı bireyin o baş etme tarzını daha çok kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır.

3.4.3. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory=KSE) (Ek 3)

Derogatis (1992) tarafından geliştirilen bu ölçek 53 maddeden oluşan, 0-4 arası puanlanan, likert tipi bir ölçektir. KSE'nin ülkemizde geçerlik ve güvenirliği Şahin ve Durak (41) tarafından yapılmıştır. KSE bazı psikolojik belirtileri belirlemek amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. KSE, SCL-90 olarak bilinen 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış, yaklaşık olarak 5-10 dakika içinde doldurulabilen bir formudur. 53 maddeden oluşan KSE cevapları üzerine işaretlenebilir soru formu şeklinde bir ölçektir. Bireylerin kendi kendilerine cevaplayabilecekleri bu formun başında, nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi yer almaktadır.

Uygulayıcıların her madde için "hiç yok", "biraz var", "orta derecede var", "epey var" ve "çok fazla var" seçeneklerinden birini seçmesi ve işaretlemesi istenmektedir. Verilen cevaplara 0 ile 4 arasında değişen puanlar verilmektedir. Toplam puan dağılımı ise 0-212 arasındadır. KSE için belirlenmiş bir kesme değeri yoktur. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyde o semptomun daha fazla görüldüğünü göstermektedir.

Ölçeğin 5 alt ölçeği için maddeler, faktör analizi ve alınabilecek alt ve üst puanlar;

- "Anksiyete" (12,13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49. maddeler; alfa=0.87, 0-52 puan),
- "Depresyon" (9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39. maddeler; alfa=0.88, 0- 48 puan),
- "Olumsuz benlik" (15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53.maddeler; alfa=0.87, 0-48 puan),
- "Somatizasyon" (2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33. maddeler; alfa=0.75, 0-36 puan),

- “Hostilite” (1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41. maddeler; alfa=0.76, 0-28 puan)

3.5. Araştırmanın Ön Uygulanması

Araştırmanın ön uygulaması evreninin %10'unu temsil eden, MS Derneği Ankara Şubesi'ne kayıtlı olmayan 29 MS hastası ile yapılmıştır. Yapılan ön uygulama sonucunda tanıtıcı bilgiler bölümündeki 11 ve 12. (sigara ve alkol kullanımına ilişkin) sorular birleştirilerek tek soru haline getirilmiştir. Hastalığa ilişkin bilgiler bölümünde; hastalık sürecinde alınan desteğin kimden alındığı ve hangi tipte destek alındığına ilişkin 3.soruda bazı hastaların sorudaki eşleştirmeleri anlayamadığı ya da karıştırdığı gözlenmiş ve soru daha az detay gerektiren ve kolay anlaşılabilir düzeye indirgenerek sadece hastaların desteği kimden aldığı sorgulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

MS Deneği Ankara Şubesi'nde yapılan hasta bilgilendirme toplantılarına katılan ve dernek kayıtlarındaki araştırma kriterlerini karşılayan hastalar araştırmacı tarafından telefonla aranmış, araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, hastaların sözlü onamları alınmış ve dernek toplantılarına katılım durumlarına göre uygulamalar planlanmıştır. Yazılı izinler alındıktan sonra 26.03.2011, 30.04.2011, 28.05.2011 ve 29.05.2011 tarihlerinde dernek tarafından düzenlenen hasta toplantılarına katılan 150 hasta ile uygulamalar araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Yürüme güçlüğü ve ulaşım problemi nedeniyle hasta toplantılarına katılamayacağını ileten 95 hastaya ise dernek yetkilileri ile birlikte 01.03.2011- 30.05.2011 tarihleri arasında ev ziyaretleri gerçekleştirilmiş, evlerinde yazılı onamları alındıktan sonra uygulamalar yapılmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması 20- 30 dakika sürmüştür. Hastaların hastalıktan kaynaklı yazma ve görme güçlüğü olduğu durumlarda, anketin okunması ya da doldurulmasında araştırmacı tarafından hastalara destek verilmiştir. Hastaların özürülük düzeyini belirlemek için kullanılan EDSS

puanları; son 1 yıl içindeki ilaç raporlarından, hastaların izlendikleri kliniklerdeki dosyalarından ve hekimlerinden bilgi alınarak değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma uygulanmadan önce Türkiye Multiple Skleroz Derneği Ankara Şubesi Dernek Başkanı ve Bilimsel Danışma Kurulu ile görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı başvuru yapılarak araştırma için dernek yönetiminden izin (Ek 4) alınmıştır. Ardından Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul izni (Ek 5) alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastalardan, katılımları için gönüllü olduklarına ilişkin sözlü ve yazılı onay (Ek 7) alınmıştır. Araştırma sonrasında gerekirse hastaların araştırmacıya ulaşabilmeleri için araştırmacının iş yeri ve cep telefon numaraları ve mail adresi hastalara verilmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiki değerlendirmeleri SPSS 15 programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma verilerinin parametrik test varsayımlarını karşılayıp karşılamadığını değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov testi yapılmış ve karşılamadığı görülmüştür. Sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin verilerin sunumunda sayı, yüzdeler, ortanca ve minimum-maksimum değerleri kullanılmıştır. 2 grup arasındaki farkın karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi, 3 grup ve fazlasının karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. SBTÖ ve KSE alt ölçekleri arasındaki ilişkiyi incelemek için ise Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hastalarla ilgili tanıtıcı özellikler, hastalığa ilişkin bilgiler, stresle başa çıkma tarzları ve hastalardaki psikiyatrik belirtiler ile ilgili bulgular yer almaktadır.

MS'li hastaların tanıtıcı özellikleri (Tablo 4.1), hastalıklarına ilişkin bilgileri (Tablo 4.2), STBÖ ve KSE alt ölçek puanları (Tablo 4.3) girişte paylaşılmış ve diğer bulguların sunumu ise 3 bölümde gerçekleştirilmiştir.

Bölüm 1. MS'li hastaların stresle baş etme tarzları; hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin bilgilerine göre stresle baş etme tarzlarının belirlendiği bu bölümde 2 tablo (Tablo 4.4, Tablo 4.5) yer almaktadır.

Bölüm 2. MS'li hastaların psikiyatrik belirtileri; hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin bilgilerine göre KSE' de yer alan psikiyatrik belirtilerinin dağılımlarının bulunduğu bu bölümde 2 tablo (Tablo 4.6, Tablo 4.7) yer almaktadır.

Bölüm 3. MS'li hastaların SBTÖ, KSE alt ölçeklerinin korelasyon analizlerinin bulunduğu bu 3. bölümde ise bir tablo (Tablo 4.8) yer almıştır.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	n*	% 100
Yaş (n=244)		
19-29	76	31.1
30-39	90	36.9
40 ve üstü	78	32
Cinsiyet (n=245)		
Erkek	82	33.5
Bayan	163	66.5
Medeni durum (n=245)		
Evli	149	60.8
Bekar	96	39.2
Çocuk sayısı (n=243)		
Yok	90	37
1	54	22.2
2	69	28.4
3 ve üstü	30	12.4
Hastanın aile içindeki konumu (n=243)		
Anne	113	46.5
Baba	52	21.4
Çocuk	78	32.1
Sosyal güvence (n=245)		
Var	241	98.4
Yok	4	1.6
Eğitim durumu (n=245)		
İlkokul- Ortaokul	63	25,7
Lise	97	39.6
Yüksekokul/Lisans/Y.Lisans	85	34.7
Çalışma Durumu (n=245)		
Çalışan	94	38.4
Çalışmayan	128	52.2
Emekli	23	9.4
Gelir-gider durumu (n=243)		
Gelir- giderden az	75	30.9
Gelir- giderden fazla	33	13.6
Gelir- gider kadar	135	55.5
Sigara kullanımı (n=243)		
Evet	89	36.6
Hayır	154	63.4
Alkol kullanımı (n=243)		
Evet	29	11.9
Hayır	214	88.1

*Anket formunda bazı sorular yanıtızsız bırakıldığı için n sayısı her soru için o soruyu cevaplayan kişi sayısını kapsamaktadır.

Tablo 4.1'de çalışmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Tabloya bakıldığında hastaların %36.9'unun 30-39 yaşları arasında, %66.5'inin bayan, %60.8'inin evli, %37'sinin çocuk sahibi olmadığı, çocuk sahibi olanların %28'inin 2 çocuk sahibi olduğu, %46.6'sının aile içinde anne konumunda olduğu, %52.2 'sinin çalışmadığı, %55.5'i gelirini gideri kadar değerlendirdiği, %63.4'ünün sigara ve %88.1'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo.4.2. Hastaların hastalıklarına ilişkin bilgileri

Hastalığa ilişkin bilgiler	n*	%100
EDSS (n=245)		
0-3.5	165	67.3
4-5,5	48	19.6
6 ve üstü	32	13.1
Şikayet yılı (n=244)		
0-1	10	4.1
2-5	80	32.8
6 ve üstü	154	63.1
Hastalık yılı (n=244)		
0-1	29	11.9
2-5	84	34.4
6 ve üstü	131	53.7
Hastalık sürecinde sosyal destek alma durumu (n=243)		
Alan	26	10.7
Almayan	217	89.3
Sağlık kuruluşu desteği alma durumu (n=242)		
Alan	173	71.5
Almayan	69	28.5
Desteğin kimden alındığı (n=173)		
Doktor	89	51.4
Hemşire	16	9.3
Hem doktor, hem hemşire	68	39.3
Düzenli ilaç kullanma durumu (n=245)		
Kullanmayan	48	19.6
Kullanan (n=197)	197	80.4
-İnterferon	141	71.6
-Copaxone	13	6.6
-Tysabri	3	1.5
-Diğer (Iioresal, neurontin, imuran vb.)	40	20.3
Son 1 ay içinde kortizon kullanma (n=242)		
Kullanan	53	21.9
Kullanmayan	189	78.1

*Anket formunda bazı sorular yanıtızsız bırakıldığı için n sayısı her soru için o soruyu cevaplayan kişi sayısını kapsamaktadır.

Tablo 4.2' de görüldüğü gibi hastaların %67.2'sinin EDSS puanlarının 0-3,5 arasında, 53.7'sinin 6 ve daha fazla yıldır MS şikayeti olduğu ve

%59.4'ünün 0-1 yıldır MS tanısı aldıkları, %89.3' ünün hastalık sürecinde duygusal, sosyal ve ekonomik destek aldığı, %71.5'inin sağlık kuruluşundan destek aldığı ve %51.4'üne bu desteğin doktor tarafından verildiği, %95'inin düzenli olarak bir ilaç kullandığı ve ilaç kullanan hastalardan %72.3' ünün interferon uyguladığı, %78.1'inin ise son 1 ayda kortizon tedavisi kullanmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların SBTÖ ve KSE alt ölçek puanları (n=245)

		Ortanca	Ortalama	Standart sapma	Min-max
SBTÖ	İyimser Yaklaşım	9	9.31	3.44	0-15
	Kendine Güvenle	15	14.64	4.66	0-21
	Çaresiz Yaklaşım	10	10.67	6.04	0-27
	Boyun eğici Yaklaşım	7	6.93	3.49	0-16
	Sosyal desteğe Başvurma	7	7.19	2.66	0-12
KSE	Anksiyete	8	10.50	9.07	0-38
	Depresyon	12	14.03	10.23	0-44
	Olumsuz Benlik	7	9.65	8.80	0-44
	Somatizasyon	4	6.51	6.32	0-30
	Hostilite	7	8.25	5.86	0-28

Tablo 4.3' de çalışmaya katılan hastaların STBÖ ve KSE puanlarının tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Hastaların STBÖ alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları iyimser yaklaşım için 9.31 ± 3.44 , kendine güvenle yaklaşım için 14.64 ± 4.66 , çaresiz yaklaşım için 10.67 ± 6.04 , boyun eğici yaklaşım için 6.93 ± 3.49 , sosyal desteğe başvurma yaklaşımı için 7.19 ± 2.66 olarak bulunmuştur. Hastaların KSE alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları anksiyete için 10.50 ± 9.07 , depresyon için 14.03 ± 10.23 , olumsuz benlik için 9.65 ± 8.80 , somatizasyon için 6.51 ± 6.32 , hostilite için 8.25 ± 8.86 olarak bulunmuştur.

BÖLÜM 1

4.1. MS'li hastaların stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi

Tablo 4.1.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre SBTÖ puan dağılımları

Hastaya ilişkin sosyo-demografik özellikler	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği														
	İyimser Yaklaşım			Kendine Güvenli Yaklaşım			Çaresiz Yaklaşım			Boyun Eğici Yaklaşım			Sosyal Desteğe Başvurma		
	Ortan ca	min-max	P	ortan ca	min-max	P	Ortan ca	min-max	p	orta nca	min-max	p	ortan ca	min-max	P
Yaş															
19-29 yaş (n=76)	10	0-15	0.330	16	0-21	0.404	8	0-35	0.795	6	0-13	0.058	7	0-12	0.632
30-39 yaş (n=90)	9	1-15		15	0-21		8	0-38		7	0-16		7	1-12	
40 ve üstü yaş (n=78)	10	0-15		16	3-21		8	0-36		8	1-16		7	0-12	
Cinsiyet															
Kadın (n=163)	9	0-15	0.229	15	0-21	0.670	9	0-38	0.399	7	0-16	0.053	7	0-12	0.944
Erkek (n=82)	10	0-15		16	3-21		7	0-38		6	0-16		7	0-12	
Medeni durum															
Bekar (n=96)	10	1-15	0.077	16	0-21	0.416	7	0-38	0.002	6	0-14	0.028	8	0-12	0.365
Evlü (n=149)	9	0-15		15	1-21		9	0-38		8	0-16		7	0-12	
Sahip olunan çocuk sayısı															
Çocuksuz (n=91)	10	0-15	0.187	16	0-21	0.248	8 ^{a,b}	0-38	0.000	5 ^{a,b}	0-13	0.000	8 ^a	0-12	0.016
1 Çocuk (n=54)	9	3-15		15.5	6-21		9	0-35		6 ^c	0-14		7.5	0-12	
2 Çocuk (n=69)	9	0-15		14	1-21		10 ^a	0-38		9 ^{a,c}	0-16		7 ^a	0-12	
3 Çocuk ve üstü (n=30)	9	1-14		15	3-21		11 ^b	0-35		7.5 ^b	3-14		7.5	0-12	
Aile içindeki konumu															
Anne (n=114)	9	0-15	0.167	15	1-21	0.108	9 ^a	0-38	0.003	8 ^a	0-16	0.005	7 ^a	0-12	0.024
Baba (n=52)	9	0-15		15	3-21		7.5	0-35		7	0-16		7.5	0-12	
Çocuk (79)	10	1-15		17	0-21		7 ^a	0-38		6 ^a	0-13		8 ^a	0-12	
Eğitim durumu															
İlk-orta (n=63)	9	1-15	0.112	15	3-21	0.044	9	0-38	0.000	9 ^{a,b}	1-14	0.000	7	0-12	0.114
Lise (n=97)	9	0-15		14 ^a	0-21		10 ^a	0-38		7 ^b	0-16		7	0-12	
Üniversite ve üstü (n=85)	10	1-16		16 ^a	5-21		6 ^a	0-33		5 ^a	0-16		8	1-12	
Çalışma durumu															
Çalışan (n=94)	10	0-15	0.508	16	0-21	0.288	7	0-38	0.057	6 ^a	0-16	0.038	7	0-12	0.481
Çalışmayan (n=128)	9	1-15		15	0-21		9	0-38		8 ^a	0-16		7	0-12	
Emekli (n=23)	9	0-15		14	6-21		7	0-33		7	1-13		7	0-12	
Gelir-gider durumu															
Gelir-giderden az (n=75)	9	1-15	0.094	14	0-21	0.118	9	0-38	0.226	8	0-14	0.057	7	2-12	0.428
Gelir-giderden fazla (n=33)	10	5-15		17	0-21		6	0-35		6	1-15		8	0-12	
Gelir-gider kadar (n=135)	10	0-15		16	0-21		7	0-38		7	0-16		7	0-12	
Sigara kullanma durumu															
Kullanmayan (n=155)	9	2-15	0.894	16	0-21	0.387	7	0-38	0.563	7	0-16	0.675	7	0-12	0.293
Kullanan (n=90)	9	0-15		15	3-21		8.5	0-38		7	0-16		7	0-12	
Alkol kullanma durumu															
Kullanmayan (n=215)	9	0-15	0.539	15	0-21	0.250	10	0-27	0.103	7	0-14	0.137	7	0-12	0.874
Kullanan (n=30)	10	0-15		17	0-21		7	0-23		5	0-16		7	0-12	

^{a,b,c}; fark yaratan alt gruplar

Tablo 4.1.1 'de MS'li hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre stresle baş etme tarzları görülmektedir. Yaş, cinsiyet, gelir-gider durumu, sigara kullanma ve alkol kullanma değişkenleri için yapılan değerlendirmede alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, aile içindeki konum, eğitim ve çalışma durumlarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.005$).

Medeni durum için çalışmaya katılan hastalar evli ve bekar olarak 2 gruba ayrılmış; çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$). Çaresiz yaklaşım alt ölçeğinde bekar hastalarda ortanca 7 iken, evli hastalarda ortanca 9 olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Boyun eğici yaklaşım alt ölçeğinde bekar hastaların ortancası 6 iken, evli hastaların ortancası 8'dir. Evli hastaların bekar hastalara göre daha fazla çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı kullandıkları belirlenmiştir.

Sahip olunan çocuk sayısı ile ilgili yapılan değerlendirmede ise; hastalar çocuksuz, 1 çocuklu, 2 çocuklu ve 3 ve üstü çocuklu olarak 4 gruba ayrılmıştır. Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt ölçekleri ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$). Çaresiz yaklaşımda fark yaratan alt gruplar çocuksuz ve 2 çocuklu, çocuksuz ve 3 ve üstü olarak bulunmuş; çocuksuz hastaların ortancası 8 iken, 2 çocuklu hastaların ortancası 10, 3 ve üstü çocuklu hastaların ortancası ise 11 olarak hesaplanmıştır ($p<0.05$). Çocuk sayısı arttıkça çaresiz yaklaşım puanlarının da arttığı saptanmıştır. Boyun eğici yaklaşımda fark yaratan alt gruplar incelendiğinde; 1 çocuklu ve 2 çocuklu, çocuksuz ve 2 çocuklu, çocuksuz ve 3 ve üstü çocuklu gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuksuz hastaların ortancası 5, 1 çocuklu hastaların ortancası 6, 2 çocuklu hastaların ortancası 7.5 iken, 3 ve üstü çocuklu hastaların ortancası 9 olarak hesaplanmıştır. Çocuk sayısı arttıkça boyun eğici yaklaşım puanları artmaktadır. Sosyal desteğe başvurma alt ölçeğinde fark yaratan alt gruplar çocuksuz ve 2 çocuklu olup; çocuksuz

hastaların ortancaları 8 iken, 2 çocuklu hastaların 7 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Aile içindeki konumlarına göre çalışmaya katılan hastalar anne, baba ve çocuk olarak 3 gruba ayrılmıştır. Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt ölçekleri ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çaresiz yaklaşım için fark yaratan alt gruplar incelendiğinde; anne ve çocuk bulunmuş, anne grubunun bu ölçekteki ortancası 9 iken, çocuk grubunun ortancası ise 7 olarak hesaplanmıştır. Boyun eğici yaklaşım için fark yaratan alt gruplar incelendiğinde; anne ve çocuk bulunmuş, anne grubunun bu ölçekteki ortancası 8 iken, çocuk grubunun ortancası 6 olarak hesaplanmıştır ($p<0.05$). Annelerin çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla çaresiz ve boyun eğici yaklaşım kullandıkları saptanmıştır. Sosyal desteğe başvurma için fark yaratan alt gruplar incelendiğinde; anne ve çocuk bulunmuş, anne grubunun bu ölçekteki ortancası 7 iken, çocuk grubunun ortancası 8 'dir ($p<0.05$). Çocukların annelere göre daha fazla sosyal desteğe başvurdukları belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre stresle baş etme tarzlarını değerlendirmek için hastalar; ilk ve ortaokul, lise, üniversite ve üstü olarak 3 gruba ayrılmıştır. Kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçek ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Lise ve üniversite alt gruplarında kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz yaklaşımda fark bulunmuştur. Kendine güvenli yaklaşımda lise grubunun ortancası 14 iken, üniversite grubunun 16'dır. Eğitim seviyesi artıkça kendine güven duymanın arttığı saptanmıştır. Çaresiz yaklaşımda lise grubunun ortancası 10 iken, üniversite grubunda 6 bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Üniversite mezunları çaresiz yaklaşımı lise mezunlarına göre daha az kullanmaktadır. Boyun eğici yaklaşımda ilk-ortaokul grubunun ortancası 9, lise grubunun ortancası 7 iken, üniversitede

grubunda 5 bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça boyun eğici yaklaşımın da azaldığı belirlenmiştir.

Çalışma durumları değerlendirildiğinde hastalar; çalışan, çalışmayan ve emekli olan olarak 3 gruba ayrılarak incelenmiştir. Boyun eğici yaklaşım alt ölçeği ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Boyun eğici yaklaşım alt ölçeğinde çalışan grubun ortancası 6 iken, çalışmayan grubun ortancası 8 bulunmuştur. Çalışmayanlar boyun eğici yaklaşımı çalışanlara göre daha fazla kullanmaktadırlar.

Tablo 4.1.2. Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre SBTÖ puan dağılımları

Hastalığa ilişkin özellikler	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği														
	İyimser Yaklaşım			Kendine Güvenli Yaklaşım			Çaresiz Yaklaşım			Boyun Eğici Yaklaşım			Sosyal Desteğe Başvurma		
	Ortanc a	min-max	P	Ortanc a	min-max	P	Ortanc a	min-max	p	Ortanc a	min-max	p	ortanca	min-max	P
EDSS															
0-3,5 (n=165)	9	2-15	0.074	17 ^a	2-21	0.000	9	1-20	0.451	6	0-14	0.059	7	1-12	0.533
4-5,5 (n=48)	8	0-15		15	5-20		10	0-27		6	3-15		8	0-12	
6 ve üstü (n=32)	7	0-15		14 ^a	2-21		11	0-27		7	0-14		7	2-12	
Tanı yılı															
0-1 yıl (n=29)	9	3-14	0.452	15	5-20	0.748	10	1-19	0.892	6	2-13	0.351	7	0-12	0.132
2-5 yıl (n=84)	10	0-15		16	0-21		10.5	0-27		7	0-16		8	2-12	
6 ve üstü yıl (n=131)	9	0-15		15	0-21		9	0-27		7	0-15		7	0-12	
Destek alma durumu															
Almayan (n=27)	10	2-15	0.419	16	0-21	0.592	7	0-20	0.005	5	0-13	0.020	7	1-12	0.700
Alan (n=218)	9	0-15		15	0-21		10	0-27		7	0-16		7	0-12	
Sağlık personelinde alınan destek															
Desteksiz (n=71)	9 ^a	0-15	0.048	15	0-21	0.264	9	0-23	0.539	6 ^a	0-16	0.009	7	0-12	0.356
Doktor (n=88)	9 ^b	0-15		15	0-21		10	0-27		6 ^b	0-14		8	0-12	
Hemşire (n=16)	9.5	4-15		17	7-21		9	0-27		7	0-14		7	0-9	
Doktor ve hemşire (n=30)	11 ^{a,b}	1-15		17	2-21		11	0-27		8 ^{a,b}	1-16		7	0-12	
İlaç kullanma durumu															
Kullanmayan (n=48)	9	0-15	0.623	16	3-21	0.032	10.5	2-27	0.828	6	0-16	0.964	7	3-12	0.848
İnterferon (n=142)	9	0-15		17 ^a	0-21		10	0-27		7	0-16		7	0-12	
Diğer**(n=55)	10	1-15		14 ^a	0-21		10	0-27		7	0-14		7	0-12	
Kortizon alma durumu															
Almayan (n=189)	9	0-15	0.790	15	0-21	0.550	10	0-27	0.382	7	0-16	0.100	7	0-12	0.704
Alan (n=55)	9	3-15		16	0-21		10	0-23		5	0-14		7	0-12	

^{a,b,c}; fark yaratan alt gruplar

** ;Copaxone, Tysabri, Mitoxandrone, İmuran kullanan hastalar

Tablo 4.1.2' de MS'li hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre stresle baş etme tarzları değerlendirilmiştir. Hastalıkla ilgili özürülük durumunun değerlendirilmesini sağlayan EDSS puanı, hastaların destek alma durumu, sağlık personelinde alınan destek ve ilaç kullanma durumlarında SBTÖ alt ölçek ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanırken, hastalık yılı ve kortizon alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

EDSS puanı için yapılan analizde hastalar 0-3.5 puan, 4-5.5 puan ve 6 ve üstü olarak 3 gruba ayrılmıştır ve kendine güvenli yaklaşımda 0-3.5 puan ve 6 ve üstü puan grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). 0-3.5 puan grubunda ortanca 17 iken, 6 ve üstü grubunda ortanca 14 olarak hesaplanmıştır. Özürlülük artıkça kendine güvenli yaklaşımın da azaldığı saptanmıştır.

Hastaların destek alma durumlarına göre yapılan değerlendirmede; destek almayan ve destek alan olarak 2 grup oluşturulmuştur. Destek alma durumunda çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çaresiz yaklaşım alt ölçeği incelendiğinde destek almayan grubun ortancası 7 iken, destek alan grubun ortancası 10 olarak hesaplanmıştır. Boyun eğici yaklaşım alt ölçeğinde ise destek almayan grubun ortancası 5 iken, destek alan grubun ortancası 7'dir ($p<0.05$). Destek alan grubun, almayan gruba göre çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandığı belirlenmiştir.

Sağlık personelinden alınan destek ve desteğin kimden alındığına göre yapılan analizde hastalar; destek almamış, sadece doktor desteği almış, sadece hemşire desteği almış ve hem doktor, hem de hemşire desteği almış olarak 4 gruba ayrılmıştır. İyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçek ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). İyimser yaklaşım alt ölçeği incelendiğinde desteksiz grubun ortancası 9, doktor desteği alan grubun ortancası 9, doktor ve hemşire desteği alan grubunsa ortancası 11'dir. Boyun eğici yaklaşım alt ölçeği incelendiğinde ise desteksiz grubun ortancası 6, doktor desteği alan grubun ortancası 6, doktor ve hemşire desteği alan grubun ise ortancası 8 olarak hesaplanmıştır. Hastalar hem doktor ve hem de hemşire desteğini aldıklarında stresle baş etme tarzlarında iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım kullanma düzeyleri artmıştır ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan hastalar ilaç kullanmayan, interferon kullanan ve interferon olmayan ilaç kullanan olarak 3 gruba ayrılmış ve kendine güvenli

yaklaşım alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde interferon kullanan grubun ortancası 17 iken, interferon olmayan ilaç kullanan grubun ortancası 14'dür. İnterferon kullanan hastalar, interferon kullanmayan hastalara göre kendine güvenli yaklaşımı daha fazla kullanmaktadır.

BÖLÜM 2

4.2. MS'li hastalarda görülen psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesi

Tablo 4.2.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KSE puan dağılımları

Hastaya ilişkin sosyo-demografik özellikler	Kısa Semptom Envanteri														
	Anksiyete			Depresyon			Olumsuz Benlik			Somatizasyon			Hostilite		
	Ortanc a	min-max	p	Ortanc a	min-max	P	ortanca	min-max	p	Ortanc a	min-max	P	Ortanc a	min-max	P
Yaş															
19-29 yaş (n=76)	8	0-35	0.795	13	0-43	0.729	6.5	0-33	0.297	5.5	0-25	0.947	8	0-26	0.052
30-39 yaş (n=90)	8	0-38		12.5	0-44		8	0-41		4	0-30		8	0-25	
40 ve üstü yaş (n=78)	7.5	0-36		10	0-43		7	0-44		4.5	0-28		6	0-26	
Cinsiyet															
Kadın (n=163)	9	0-38	0.089	13	0-44	0.006	8	0-42	0.051	7	0-30	0.015	7	0-28	0.113
Erkek (n=82)	7	0-38		10	0-42		4.5	0-44		5	0-25		6	0-25	
Medeni durum															
Bekar (n=96)	7	0-38	0.018	11	0-41	0.138	6	0-36	0.003	4	0-21	0.210	6	0-26	0.022
Evli (n=149)	9	0-38		13	0-44		8	0-44		5	0-30		8	0-28	
Sahip olunan çocuk sayısı															
Çocuksuz (n=91)	8	0-38	0.234	11	0-41	0.462	6 ^a	0-36	0.034	4	0-21	0.590	6	0-26	0.279
1 Çocuk (n=54)	8	0-35		12	0-44		7.5	0-31		4	0-26		7.5	0-22	
2 Çocuk (n=69)	7	0-38		12	0-43		8.5 ^a	0-44		5	0-30		8	0-28	
3 Çocuk ve üstü (n=30)	11	0-35		11.5	4.43		7.5	0-33		4.5	0-25		8	1-25	
Aile içindeki konumu															
Anne (n=114)	9	0-38	0.100	15 ^{a,b}	0-44	0.001	9 ^a	0-42	0.005	5 ^{a,b}	0-30	0.038	9 ^a	0-28	0.025
Baba (n=52)	7	0-35		8 ^a	0-42		6	0-44		4 ^a	0-25		7	0-25	
Çocuk (79)	8	0-38		11 ^b	0-41		5 ^a	0-36		4 ^a	0-21		6 ^a	0-26	
Eğitim durumu															
ilk-orta (n=63)	10	0-38	0.050	12 ^a	0-44	0.002	8.5 ^a	0-41	0.008	4	0-25	0.001	8	0-25	0.002
Lise (n=97)	9	0-38		15 ^b	0-43		8	0-44		6 ^a	0-30		9 ^a	0-28	
Üniversite ve üstü (n=85)	6	0-33		10 ^{a,b}	0-32		5 ^a	0-34		3 ^a	0-26		6 ^a	0-22	
Çalışma durumu															
Çalışan (n=94)	7	0-38	0.462	10 ^a	0-42	0.018	6	0-44	0.320	4	0-30	0.118	6	0-26	0.212
Çalışmayan (n=128)	9	0-38		13 ^a	0-44		8	0-41		5	0-28		7	0-28	
Emekli (n=23)	7	0-35		11	0-41		6	0-42		3	0-28		5	0-23	
Gelir-gider durumu															
Gelir-giderden az (n=75)	9	0-38	0.057	15 ^a	0-44	0.008	9 ^{a,b}	0-41	0.007	6	0-28	0.085	9 ^{a,b}	0-28	0.000
Gelir-giderden fazla (n=33)	6	0-35		12	0-42		5 ^a	0-44		4	0-25		7 ^a	0-22	
Gelir-gider kadar (n=135)	7	0-35		11 ^a	0-41		7 ^b	0-42		4	0-30		6 ^b	0-24	
Sigara kullanma durumu															
Kullanmayan (n=155)	7	0-38	0.747	12	0-44	0.624	7	0-44	0.877	4	0-30	0.247	7	0-28	0.365
Kullanan (n=90)	8.5	0-38		12.5	0-43		6.5	0-42		5.5	0-28		7.5	0-28	
Alkol kullanma durumu															
Kullanmayan (n=215)	8	0-38	0.332	12	0-44	0.505	7	0-42	0.173	4	0-30	0.985	7	0-28	0.521
Kullanan (n=30)	6	0-35		11	0-42		5.5	0-44		5	0-25		6	1-21	

x^{a,b,c}; fark yaratan alt gruplar

Tablo 4.2.1' de MS'li hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KSE' de yer alan psikiyatrik belirtileri görülmektedir. Cinsiyet, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, aile içindeki konumu, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir-gider durumlarına göre KSE alt ölçek ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, sigara ve alkol kullanma durumlarına göre anlamlı fark saptanmamıştır.

Cinsiyet değişkeni incelendiğinde; kadın ve erkek cinsiyet gruplarında depresyon ve somatizasyon alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kadınlarda depresyon şikayeti ortancası 13 iken, erkeklerde bu ortanca 10 olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Somatizasyon alt ölçeğinde ise kadın hastaların ortancası 7 iken, erkek hastalarda bu değer 5 olarak hesaplanmıştır ($p<0.05$).

Medeni durum değişkeni için yapılan analizde; anksiyete, olumsuz benlik ve hostilite alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Anksiyete alt ölçeğinde; bekar hastaların ortancası 7 iken, evli olanların ortancası ise 9'dur. Olumsuz benlik alt ölçeğinde bekar hastalarda ortanca 6 iken, evli hastaların ortancası 8 olarak bulunmuştur. Hostilite şikayetinde ortanca bekar hastalarda 6 iken, evli hastalarda 8 olarak hesaplanmıştır ($p<0.05$).

Sahip olunan çocuk sayısı ile ilgili yapılan değerlendirmede ise; hastalar çocuksuz, 1 çocuklu, 2 çocuklu ve 3 ve üstü çocuklu olarak 4 gruba ayrılmış ve olumsuz benlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar saptanmıştır ($p<0.05$). Olumsuz benlik alt ölçeğinde fark yaratan alt gruplar çocuksuz ve 2 çocuklu olup; çocuksuz hastaların ortancası 6 iken, 2 çocuklu hastaların 8.5 olarak hesaplanmıştır.

Aile içindeki konumlarına göre çalışmaya katılan hastalar anne, baba ve çocuk olarak 3 gruba ayrılmış ve depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon için fark yaratan alt gruplar incelendiğinde;

anne ve çocuk, anne ve baba bulunmuş, annelerin bu alt ölçekteki ortancası 15 iken, çocukların ortancası 11, babaların ortancası ise 6 olarak hesaplanmıştır. Annelerin çocuklara ve babalara göre daha depresif oldukları, babaların anne ve çocuklara oranla en az depresif şikayetleri olduğu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Olumsuz benlik için fark yaratan alt gruplar incelendiğinde; anne ve çocuk bulunmuş, anne grubunun bu alt ölçekteki ortancası 9 iken, çocuk grubunun ortancası 5 olarak hesaplanmıştır. Annelerin çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok olumsuz benliğe sahip oldukları görülmektedir ($p<0.05$). Somatizasyon için fark yaratan alt gruplar incelendiğinde; anne ve çocuk, anne ve baba bulunmuş, anne grubunun bu ölçekten aldığı ortancası 5 iken, çocuk grubunun ortancası 4, baba grubunun ortancası 4 olarak hesaplanmıştır. Annelerin çocuklara ve babalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok somatik şikayetler yaşadıkları, babaların anne ve çocuklara oranla en az somatik şikayetleri olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hostilite için fark yaratan alt gruplar incelendiğinde; anne ve çocuk bulunmuş, anne grubunun bu ölçekten aldığı ortancası 9 iken, çocuk grubunun ortancası 6 olarak hesaplanmıştır. Annelerin çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok hostilite yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim durumuna göre KSE'de yer alan psikiyatrik şikayetlerini değerlendirmek için hastalar; ilk ve ortaokul, lise ve üniversite ve üstü olarak 3 gruba ayrılmıştır. Yapılan analiz sonucunda hastaların eğitim durumlarına göre depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçek ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon şikayetinde fark yaratan alt gruplar ilk-ortaokul ve üniversite, lise ve üniversite ve üstüdür. Depresyon alt ölçeğinde ilk-orta okul grubunun ortancası 12, lise grubunun ortancası 15 iken, üniversite eğitimi alan hastalarda bu ortanca 10'dur ($p<0.05$). Eğitim seviyesi arttıkça, depresyon şikayetinde azalma olduğu saptanmıştır. Olumsuz benlik alt

ölçeğinde ilk-ortaokul ve üniversite ve üstü grupları farklılık yaratmıştır. İlk-ortaokul grubunun ortancası 8.5 iken, üniversite ve üstü grubunda 5 olarak bulunmuştur. Somatizasyon şikayetinde ise lise ve üniversite grupları farklılık yaratmış; lise grubunun ortancası 6 iken, üniversite grubunun 3 bulunmuştur. Hostilite alt ölçeğinde fark yaratan alt gruplar ilk-ortaokul ve üniversite, lise ve üniversite grupları olmuş; ilk-ortaokul grubunun ortancası 8, lise grubunun 9, üniversite grubunun 6 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak; eğitim düzeyi artıkça depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite şikayetlerinde azalma görülmüştür.

Çalışma durumları değerlendirildiğinde hastalar; çalışan, çalışmayan ve emekli olan olarak 3 gruba ayrılarak incelenmiştir ve depresyon alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon şikayeti için çalışan grubun ortancası 10 iken, çalışmayan grubun ortancası 13 bulunmuş; çalışan ve çalışmayan alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Gelir-gider durumlarına göre psikiyatrik belirtileri değerlendirmek için çalışmaya katılan hastalar; gelir- giderden az, gelir- giderden fazla, gelir-gider kadar olarak 3 alt grupta incelenmiştir. Depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon alt ölçeğinde gelir-giderden az grubunun ortancası 15 iken, gelir-gider kadar grubunun ortancası 11 bulunmuştur. Olumsuz benlik alt ölçeğinde ise gelir- giderden az alt grubunun ortancası 9, gelir- giderden fazla grubunun ortancası 5, gelir-gider kadar grubunun ortancası ise 7 bulunmuştur. Gelir-gider durumu ve olumsuz benlik arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış ($p<0.05$); gelir düzeyi arttıkça olumsuz benlik puanları azalmıştır. Hostilite alt ölçeğinde gelir- giderden az alt grubunun ortancası 9, gelir-giderden fazla grubunun ortancası 7, gelir-gider kadar grubunun ortancası ise 6 bulunmuştur. Gelir durumu ve hostilite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış ($p<0.05$); gelir düzeyi arttıkça hostilite puanlarının azaldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre KSE puan dağılımları

Hastalığa ilişkin özellikler	Kısa Semptom Envanteri														
	Anksiyete			Depresyon			Olumsuz Benlik			Somatizasyon			Hostilite		
	Ortanca	min-max	P	ortanca	min-max	P	ortanca	min-max	p	ortanca	min-max	p	Ortanc a	min-max	p
EDSS															
0-3,5 (n=165)	7	0-36	0.451	10	1-44	0.051	6	0-44	0.093	4	0-24	0.130	6	0-26	0.214
4-5,5 (n=48)	6	0-36		12	0-43		7	2-42		5	2-25		6	1-27	
6 ve üstü (n=32)	8	0-35		12	0-44		8	0-43		5	0-25		7	0-28	
Tanı yılı															
0-1 yıl (n=29)	6	0-28	0.260	10	0-27	0.753	6 ^a	0-25	0.033	4	0-22	0.344	6	0-19	0.493
2-5 yıl (n=84)	8	0-38		11.5	0-43		7	0-41		5	0-25		8	0-24	
6 ve üstü yıl (n=131)	8	0-36		12	0-44		8 ^a	0-44		4	0-30		7	0-28	
Sosyal destek alma durumu															
Almayan (n=27)	5 ^a	0-22	0.014	12	0-31	0.170	4	1-21	0.053	3 ^a	0-10	0.006	5	0-25	0.096
Alan (n=218)	8 ^a	0-38		12	0-44		7	0-44		5 ^a	0-30		7.5	0-28	
Sağlık personelinin alınan destek															
Desteksiz (n=71)	7	0-36	0.174	12	0-43	0.751	7	0-44	0.794	3	0-30	0.164	7	0-28	0.893
Doktor (n=88)	9.5	0-38		12.5	0-41		7.5	0-41		5	0-22		7.5	0-26	
Hemşire (n=16)	10	1-28		15	2-42		7	0-23		9	0-26		7	0-19	
Doktor ve hemşire (n=30)	6	0-38		10	0-44		8	0-42		5	0-28		7	0-24	
İlaç kullanma durumu															
Kullanmayan (n=48)	6.5	0-38	0.908	10	0-43	0.840	6.5	0-36	0.939	4	0-24	0.174	7	0-28	0.314
İnterferon (n=142)	8.5	0-38		13	0-44		7	0-44		5	0-28		8	0-26	
Diğer** (n=55)	8	0-34		13	0-40		7	0-34		3	0-30		7	0-25	
Kortizon alma durumu															
Almayan (n=189)	8	0-28	0.807	12	0-44	0.179	7	0-44	0.087	7	0-30	0.229	7	0-28	0.807
Alan (n=55)	7	0-21		10	0-33		6	0-30		4	0-20		8	0-21	

^{a,b,c}; fark yaratan alt gruplar

** ;Copaxone, Tysabri, Mitoxandrone, İmuran kullanan hastalar

Tablo 4.2.2' de MS'li hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre KSE'de yer alan psikiyatrik belirti puanları sunulmaktadır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda EDSS, sağlık personelinin alınan destek, ilaç kullanma durumu ve kortizon alma durumlarında anlamlı fark saptanmazken; tanı yılı ve destek alma durumunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tanı yıllarına göre çalışmaya katılan hastalar 0-1 yıl, 2-5 yıl ve 6 ve üstü yıl olarak 3 gruba ayrılmıştır ve olumsuz benlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Olumsuz benlik alt ölçeğinde 0-1 yıl grubunun ortancası 6 iken, 6 ve üstü yıl grubunun ortancası 8 olarak hesaplanmış ve 2 grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık yılı artıkça olumsuz benlik algısı artmaktadır.

Destek alma durumuna hastalar; destek almayan ve destek alan olarak 2 gruba ayrılmıştır. Yapılan analizler sonucunda; anksiyete ve somatizasyon alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Anksiyete alt ölçeğinde ise destek almayan grubun ortancası 5 iken, destek alan grubun ortancası 8 olarak hesaplanmıştır. Somatizasyon alt ölçeği incelendiğinde ise destek almayan grubun ortancası 3 iken, destek alan grubun ortancası 5 olarak hesaplanmıştır. Yani destek alanlar daha fazla anksiyete ve somatizasyon belirtisi göstermektedir.

BÖLÜM 3

4.3. MS'li hastaların SBTÖ, KSE alt ölçekleri korelasyon analizi

Tablo 4.3.1. SBTÖ ve KSE ait ölçeklerinin korelasyon analizi

		SBTÖ					KSE					
		İyimser Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun eğici Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite	
SBTÖ	İyimser Yaklaşım	r	1									
		p										
	Kendine Güvenli Yaklaşım	r	+0.647	1								
		p	0.000*									
	Çaresiz Yaklaşım	r	-0.288	-0.321	1							
		p	0.000*	0.000*								
Boyun eğici Yaklaşım	r	+0.066	-0.150	+0.497	1							
	p	0.301	0.019*	0.000*								
Sosyal Desteğe Başvurma	r	+0.035	+0.108	-0.075	-0.147	1						
	p	0.585	0.092	0.244	0.021*							
KSE	Anksiyete	r	-0.190	-0.251	+0.591	+0.270	-0.075	1				
		p	0.003*	0.000*	0.000*	0.000*	0.244					
	Depresyon	r	+0.300	-0.310	+0.821	+0.291	-0.112	+0.821	1			
		p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.081	0.000*				
	Olumsuz Benlik	r	-0.212	-0.282	+0.615	+0.332	-0.121	+0.835	+0.801	1		
		p	0.001*	0.000*	0.000*	0.000*	0.059	0.000*	0.000*			
	Somatizasyon	r	-0.121	-0.203	+0.404	+0.185	-0.102	+0.702	+0.676	+0.621	1	
		p	0.059	0.001*	0.000*	0.004*	0.110	0.000*	0.000*	0.000*		
	Hostilite	r	-0.268	-0.190	+0.441	+0.209	-0.043	+0.680	+0.660	+0.642	+0.490	1
		p	0.000*	0.003*	0.000*	0.001*	0.501	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	

Tablo 4.3.1' de hastaların SBTÖ ile KSE 'nin alt ölçek arasındaki ilişkiler görülmektedir. SBTÖ ve KSE alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı p değerleri bulunmasına karşın, alt ölçekler arasındaki pozitif ya da negatif ilişkinin yeterince kuvvetli olmaması nedeniyle değerlendirilmeye alınmamışlardır.

SBTÖ 'nün kendine güvenli yaklaşımıyla, iyimser yaklaşımı alt ölçekleri arasında $r=0.647$ ($p<0.05$), STBÖ' nün çaresiz yaklaşımıyla KSE' nin anksiyete alt ölçekleri arasında $r=0.591$ ($p<0.05$), çaresiz yaklaşım ile depresyon alt ölçekleri arasında $r=0.821$ ($p<0.05$), çaresiz yaklaşım ile olumsuz benlik alt ölçekleri arasında $r=0.615$ ($p<0.05$) pozitif anlamlı ilişki ortaya çıkmıştır.

KSE'nin anksiyete ile depresyon alt ölçekleri arasında $r=0.821$ ($p<0.05$), anksiyete ile olumsuz benlik alt ölçekleri arasında $r=0.835$ ($p<0.05$), anksiyete ile somatizasyon alt ölçekleri arasında $r=0.702$ ($p<0.05$), anksiyete ile hostilite alt ölçeği arasında $r=0.680$ ($p<0.05$), depresyon ve olumsuz benlik alt ölçekleri arasında $r=0.801$ ($p<0.05$), depresyon ile somatizasyon alt ölçekleri arasında $r=0.676$ ($p<0.05$), depresyon ile hostilite alt ölçekleri arasında $r=0.660$ ($p<0.05$), olumsuz benlik ile somatizasyon alt ölçekleri arasında $r=0.621$ ($p<0.05$), olumsuz benlik ile hostilite alt ölçekleri arasında $r=0.642$ ($p<0.05$) pozitif anlamlı ilişki ortaya çıkmıştır.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 245 MS hastasının tanıtıcı özelliklerini, hastalığa ilişkin bilgilerini, stresle baş etme tarzlarını ve psikiyatrik belirtilerini kapsayan analizlerden elde edilen bulgular 3 ana başlıkta tartışılmıştır. Bunlar;

1. MS'li hastaların stresle baş etme tarzları,
2. MS'li hastalarda görülen psikiyatrik belirtiler,
3. MS'li hastaların STBÖ ve KSE alt ölçeklerinin korelasyon analizi,

5.1. MS'li hastaların stresle baş etme tarzları

Hastaların stresle baş etme tarzları ile medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, aile içindeki konum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, hastalık sürecinde destek alma, sağlık personelinden alınan destek ve desteğin kimden alındığı ve kullandıkları ilaçlar da istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.1.1).

Hastaların medeni durumları ve çocuk sahibi olma durumlarına göre stresle baş etme tarzları incelendiğinde; evli hastalar bekar hastalara göre, 3 çocuklu hastalar daha az sayıda çocuğu olan hastalara göre daha çok çaresiz ve boyun eğici yaklaşımla stresle baş etmektedir. Literatür incelendiğinde stresle baş etme tarzlarını inceleyen çalışmalarda ya bu değişkenler ele alınmamış ya da bu değişkenler istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar yaratmamıştır (76,77,80,81).

Hastaların aile içindeki konumlarına göre stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde annelerin çocuklara göre çaresiz yaklaşımı, boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları ve sosyal desteğe yeterince başvurmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.1). Yine bu çalışmada MS'li hastalarda çocuk sayısı arttıkça çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları kullanma düzeyleri de artmaktadır (Tablo 4.1.1). Literatürde hastaların özürülükten ayrı olarak yorgunluk yaşamaları, bu şikayete depresyonun eşlik etmesi ile ev içi sorumluluklarını bile yerine getirmekte zorlandıkları belirtilmektedir (3,4,17). Özellikle anne olan hastaların kendi bakımları dışında çocuklarının bakımlarını ve rutin ev işlerini de yapması, artan çocuk sayısı ile annenin bakım yükünün de artması söz konusudur. Bu rolleri etkin yerine getirememenin hastaları olumsuz etkilediği, benlik saygısını düşürdüğü, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları daha fazla kullanmalarına neden olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların eğitim düzeyi arttıkça kendine güvenli yaklaşımı daha çok kullandıkları, aynı zamanda daha az çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı kullandıkları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo.4.1.1). Stresle baş etme ile ilgili

sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça, kişilerin daha etkin baş ettikleri ve probleme yönelik etkili yaklaşımı daha fazla kullandıkları saptanmıştır ve bu sonuç çalışmamızda ortaya çıkan hasta bireylerin kendine güvenli yaklaşımı eğitim düzeyi arttıkça daha fazla kullanılmasıyla uyumludur (94). McCabe ve arkadaşları tarafından 381 hastanın dahil edildiği bir başka çalışmada hastalara uygulanan eğitim programları sonrasında hastaların daha fazla probleme yönelik etkili yaklaşımları kullandıkları ve hastalığa uyumun arttığı belirlenmiştir (95). Sahip olunan yüksek eğitim düzeyinin veya sonradan alınan eğitim desteğinin hastaların sorunlarla daha etkili baş etmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Çalışmayan hastaların boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.1.1). 2538 MS hastanın dahil edildiği kapsamlı bir çalışmada erken emeklilik ve işsizlik durumları kontrol grubuyla karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Hastalığın ortaya çıktığı ilk yıllardan itibaren hastaların çalışma yaşamının MS'ten olumsuz etkilendiği, erken emeklilik ve işsizliğin arttığı, gelirin düştüğü saptanmıştır (5). Yapılan başka bir çalışma ile MS'in hastaların iş yaşamını %22 oranında olumsuz etkilediği saptanmıştır (84). Bu doğrultuda çalışmayan hastaların boyun eğici yaklaşımı daha çok kullanmasına neden olarak kişilerin yaşamlarının en üretken döneminde hastalıkla karşılaşması; iş yaşamının ve olası kariyer planlarının hastalıkla birlikte olumsuz yönde değişmesi, iş kayıplarına ve erken emekliliğe yol açması sıralanabilir.

Özürlülüğü ölçen EDSS puanı arttıkça kendine güvenli yaklaşımın azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Bu durumun hastalığın seyirindeki hızdan kaynaklandığı ve hastalık nedeniyle oluşan her sakatlıkla çevreye olan bağımlılığın artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (87,88). Özürlülüğü düşük hastalar sıklıkla iş yaşamlarına devam etmekte, rollerini yerine getirebilmekte ve hastalığın sakin seyri nedeniyle geleceğe daha güvenle bakabilmektedirler.

Hastaların hastalık sürecinde destek alma durumlarına göre stresle baş etme tarzları incelendiğinde; destek alan grup, destek almayan gruba göre çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullanmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.1.2). Literatür tarandığında kronik hastalığa sahip olan bireylerin alınan destek sonrası pozitif yönde etkilendiği (90), bir farklılık olmadığı (91) veya negatif etkilendiğine (89) dair farklı sonuçlar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada hastaların sosyal destek almadaki negatif boyutları; suçlu hissetme, bağımlılık ve anksiyete olarak değerlendirdikleri saptanmıştır (91) Stockholm'de yapılan bir çalışmada kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duydukları saptanmıştır (86). Hastaların birbirlerine destek olmaları için planlanan 8 haftalık grup çalışması sonucunda; hastaların birbirlerinden negatif etkilendikleri saptanmıştır (89). Bu sonuçlar doğrultusunda hastalık sürecinde destek almak kadar, sosyal desteğin kimden alındığının da önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların sağlık personelinden alınan destek ve desteğin kimden alındığına göre stresle baş etme tarzları değerlendirildiğinde ise; hastaların doktor ve hemşire desteğini birlikte aldıklarında iyimser yaklaşımı ve boyun eğici yaklaşımı kullanma düzeyleri artmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.1.2). Hastaların sağlık ekibi tarafından bilgilendirmesinin baş etmeye etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların %57'si hastalıkla ilgili gerekli bilgileri almaktan memnun olmuş ve bu grup daha etkin baş etmiş ve hastalığa uyumları sağlanmıştır (80). Yapılan başka bir çalışmada da MS ile ilgili etkin bilgilendirmenin nörolog ve hemşirenin birlikte yapması gerektiği saptanmıştır (88). Dolayısıyla hastalar MS'le karşılaştıkları ilk andan itibaren sağlık personelinin desteğine ihtiyaç duymakta, hemşirenin aktif katılımı ile hastaya daha fazla ulaşılabilmekte ve bu destek hastalığa uyum sürecinde kilit rol oynamaktadır.

Hastaların kullandıkları ilaçlara göre yapılan analizlerde ise; interferon kullanan hastaların, kullanmayan hastalara göre daha çok kendine güvenli

yaklaşımı kullanmakta olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Hastalığı modifiye edici ajanları kullanmak, hastalığın kesin tedavisini sağlamasa da, hastalık hızının yavaşlatılmasını, geçirilen atakların süre ve şiddetini, atak sonrası ortaya çıkabilecek özürülülüğü azaltmayı ya da engellemeyi sağlamaktadır. Yine bu tedavilerin etkin kullanımını sağlamak için verilen hemşirelik hizmetleri sayesinde hastalar ev ziyareti yoluyla hemşireler tarafından takip edilmekte ve desteklenmektedirler. Bu tedavileri kullanmayı ve kendi kendine enjeksiyon yapmayı sürdürmeyi başarabilen hastaların probleme yönelik etkili yaklaşımı kullandığı ve hastalığa uyum geliştirdiği düşünülebilir.

5.2. MS'li hastalarda görülen psikiyatrik belirtiler

Çalışmaya katılan hastalarda psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında cinsiyet, medeni durum, aile içindeki konum, sahip olunan çocuk sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, tanı yılı ve hastalık sürecinde destek alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1) (Tablo 4.2.2).

Kadın hastalar erkek hastalara göre daha çok somatizasyon şikayeti yaşamakta, evli hastalar anksiyete, olumsuz benlik ve hostilitiyi bekarlardan daha çok yaşamakta, 2 çocuklu hastaların çocuksuz hastalardan daha fazla olumsuz benlik şikayeti bulunmaktadır (Tablo 4.6).

Hastaların aile içindeki konumlarına göre psikiyatrik şikayetleri analiz edildiğinde; annelerin çocuklara ve babalara göre daha depresif ve somatik oldukları, babaların anne ve çocuklara oranla en az depresif ve somatik şikayetleri olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır. Annelerin çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok olumsuz benlik ve hostilitiy şikayetleri yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.2.1). Norveç'te yapılan bir çalışmada 172 MS hastasının depresyon ve anksiyete düzeyleri cinsiyete göre değerlendirilmiştir. Çalışmamızın aksine erkek hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri kadın hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (30). Bu sonuçlar arasındaki farklılığa kültürel faktörlerin neden olduğu

düşünülmektedir. Ülkemizde cinsiyet rollerinin belirginliği, aile bireylerinin bakımının anneye ait olması ve kadının hasta olmasıyla birlikte aileye, eşe verilen bakımın aksamasıyla sorunlar ortaya çıkmakta ve boşanmalar artabilmektedir. Anne hastaların depresyonun etkisi, yetersizlik duyguları ve terk edilme korkularının artmasıyla, kendisini ifade etmek ve hasta olmaktan sekonder kazanç sağlamak, ilginin merkezinde olabilmek için somatizasyonu daha fazla kullandıkları düşünülmektedir. Somatizasyon davranışı kültürel olarak öğrenilen ve toplumdaki kadınların yaygın olarak kullandıkları bir davranıştır (102).

Çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeylerine göre depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Eğitim seviyesi arttıkça, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite şikayetinde azalma belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Yapılan bir çalışmada eğitimin baş etmeyi olumlu etkilediği ve hastaların eğitim düzeyi arttıkça somatizasyon şikayetlerinin azaldığı saptanmıştır (95). MS'li bireylerin yüksek eğitim seviyesi ya da verilen eğitim desteği ile daha etkin baş ettiği ve hastalıkla daha uyumlu yaşadığı düşünüldüğünde eğitimin psikiyatrik belirtileri de etkilemesi doğaldır. Hastalıkla etkin baş etmeye yardımcı eğitim programlarının değerlendirildiği bir çalışmada da eğitim programlarının sosyal destek kullanımını geliştirdiği ve hastalık yükünü azalttığı saptanmıştır (100). Ayrıca eğitim düzeyinin meslek seçimi, gelir durumu, kendini ve isteklerini ifade etme, sosyal destek kullanma gibi birçok alanda değişim yaratabileceği düşünüldüğünde hem hastalıkla baş etmede, hem de psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı açıktır.

Hastaların çalışma durumlarına göre depresyon alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4.2.1). Yapılan bir çalışmada 100 MS hastasının %28'i özür lülükleri nedeniyle çalışma yaşamını tamamen bırakmak sorunda kaldığı saptanmıştır (85). Çalışmayan ve geliri giderden az olan hastaların, çalışan ve geliri gider kadar olan hastalara göre

daha depresif olduğu, geliri giderden fazla ve denk olan hastaların, geliri giderden az olan hastalara göre daha az olumsuz benlik ve hostiite şikayetleri olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi arttıkça hostilete puanları azalmıştır (Tablo 4.2.1). Çalışma ile gelir-gider dengesi arasında pozitif bir ilişki bulunmakta ve hastalıkla birlikte çalışma yaşamının etkilenmesiyle birlikte gelir-gider dengesi de değişmektedir. Yapılan bir çalışmada MS'ten sonra hastalıktan dolayı hastanın çalışmaması, hasta bireye bakım gereksinimi nedeniyle ailenin bu ihtiyacı karşılaması ya da bakıcı tutması ve artan sağlık harcamaları nedeniyle hem gelirin azaldığı, hem de giderin arttığı saptanmıştır (31). MS'in sıklıkla 20-40 yaşlarında ortaya çıkması nedeniyle hastalık genç yetişkinleri etkilemektedir. Genç bireyler hastalık sonucunda ortaya çıkan sorunlar nedeniyle iş yaşamlarından kopabilmekte, üretken olamamakta, hatta artan hastalık maliyetleriyle aileye yük olma ve suçluluk duyguları nedeniyle depresyon yönünden yüksek risk taşımaktadırlar.

Araştırma kapsamında değerlendirilen EDSS puanları ile psikiyatrik belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaması dikkat çekici bir sonuçtur ($p < 0.05$). Literatür incelendiğinde yapılan bir çok çalışmada özürlülük arttıkça, psikiyatrik belirtilerin de arttığı saptanmıştır (3,20,84,86). Ülkemizde hastaların hasta oldukları ilk andan itibaren özürlülük gelişmesi de, özürlülük gelişen hastalar kadar yoğun stres ve baskı yaşadıkları düşünülmektedir. Hastalık bazen bir ceza gibi algılanmakta, bazen de 'kronik hastalığa sahip olmak' hastalıktan birey etkilenmese dahi düşük benlik saygısını ve değersizlik duygularını ortaya çıkarmaktadır (75). Hastalığın doğasında olan belirsizlik, her an atak yaşama kaygısı ve sakat kalma korkuları nedeniyle MS olan tüm hastalar sakatlığı olmasa da sağlık ekibi tarafından dikkatle ele alınmalı, kendilerini etkin ifade edebilmeleri için uygun ortam sağlanmalı, umudu aşıl原因 ve hastaların hastalığa pozitif bakmalarını destekleyen bütüncül bakım sunulmalıdır.

Hastaların hastalık yılı arttıkça olumsuz benlik algısı da artmaktadır (Tablo 4.2.2). Bu durumun yine çalışmamızda ortaya çıkan ve literatürle

uyumlu olan özür lülüğün ve bağımlılığın artmasıyla ilişkili olduğu düşünölmektedir. Yapılan bir çalışma ile (2008) hastaların tanıdan sonra 10 yıl ve sonrasında daha çok kognitif kayıplar, yorgunluk ve depresyon şikayetleri yaşadıkları belirlenmiştir (86). Tanı yılı arttıkça bağımlılığın artması, yaşam kalitesinde düşme, iş ve sosyal yaşamda problemler oluşması gibi sorunlar nedeniyle olumsuz benlik algısının oluştuğu düşünölmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalık sürecinde destek alma durumları incelendiğinde ise; hastalık sürecinde destek alan grubun anksiyete ve somatizasyon şikayetleri, destek almayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.2). Yapılan bir çalışmada 44 MS hastası 8 haftalık akran grup destek programına alınmış, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda hastaların kendi yaşlarındaki hastalarla geçirdikleri 8 haftalık süreç sonrasında birbirlerinden olumsuz etkilendikleri ve yaşam kalitesi- depresyon puanların da olumlu bir değışme olmadığı saptanmıştır. Ayrıca çalışma sonrası ruhsal sağılığında problem olmayan hastalar için bu tarz bir desteğın risk oluşturabileceğı ifade edilmiştir(89). Stockholm'de 219 hastanın dahil edildiğı bir çalışmada hastaların aldıkları sosyal destekleri değerlendirmeleri istendiğinde hastaların en çok hemşire desteğine ihtiyaç duydukları ve bu destekten memnun oldukları saptanmıştır (85). Hastalık sürecinde etkin sosyal desteğın alınamaması, hastalarda anksiyeteye yol açabilmekte ve kendini ifade etmenin patolojik bir yolu olan somatizasyonu arttırabilmektedir (102).

Çalışmamıza katılan hastaları interferon ve kortizon kullanımlarına göre psikiyatrik belirtileri değerlendirilmiş, fakat istatistiksel olarak anlam yaratan bir fark saptanmamıştır ($p < 0.05$)(Tablo 4.2.2). Literatür incelendiğinde ise Tanık tarafından 52 MS hastasıyla yapılan çalışmada interferon kullanan hastaların %88.9'unun depresif şikayetleri olduğu saptanmıştır (39). Başka bir çalışmada ise interferon kullanımının depresyon riskini arttırmadığı ifade edilmiştir (78). İnterferon kullanan hastaların çalışmamız sonucunda probleme yönelik etkili baş etmeyi daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Bu hastaların

hem hemşireler tarafından verilen ev ziyaretleri sayesinde, hem de hastaların ilaç yazdırmak için düzenli olarak sağlık ekibi ile iletişim halinde olması sayesinde depresyon açısından daha etkin değerlendirilmeleri ve şikayetlerini daha kolay iletmeleri mümkün olabilmektedir. Bu durum da depresyon gelişimini olumsuz etkilemektedir. Kortizon kullanımı ile de yine çelişkili sonuçlar bulunmakla birlikte kortizon kullanımı sonrası hastanın duygu durum değişiklikleri, depresyon, anksiyete ve halüsinasyon yönünden hastaların dikkatle takip edilmesi önerilmektedir (78).

5.3. MS'li hastaların STBÖ ve KSE puanlarının korelasyon analizi

SBTÖ ile KSE'nin alt ölçek puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde SBTÖ'nün kedinine güvenli yaklaşımla, iyimser yaklaşım alt ölçekleri arasında, çaresiz yaklaşım ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik alt ölçekleri arasında pozitif anlamlı ilişki ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.1). KSE'nin depresyon ile olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite alt ölçekleri arasında, olumsuz benlik ile somatizasyon ve hostilite alt ölçekleri arasında, somatizasyonla hostilite alt ölçekleri arasında pozitif anlamlı ilişki vardır.

Stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşım kullanımının depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite şikayetlerini artırdığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; hastaların baş etme biçimlerini inceleyen bir çalışmada psikolojik stres düzeyleri arttıkça daha çok duygu odaklı baş etme biçimini kullandıkları saptanmıştır (77) ve bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada depresyon şikayetleri ile baş etme biçimlerinin korelasyonu araştırılmış ve depresif şikayetlerdeki farklılığı açıklayan bir baş etme biçimi bulunamamıştır (76). Başka bir çalışmada ise depresyon ile düşük sosyal destek arasında negatif anlamlı ilişki saptanmıştır (99).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

MS hastalarının stresle baş etme tarzlarını ve hastalarda görülen psikiyatrik belirtileri tanımlamak amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Evli olan, anne olan, 3 çocuklu olan, çalışmayan, hastalık sürecinde destek alan ve sağlık personelinden doktor ve hemşire desteğini birlikte alan hastaların çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları ve daha az sosyal desteğe başvurdukları,
- Eğitim düzeyi yüksek, EDSS skoru düşük, hastalık sürecinde doktor ve hemşire desteğini birlikte alan ve interferon kullanan hastaların kendine güvenli yaklaşımı ve iyimser yaklaşımı daha fazla kullandıkları,
- Kadın hastaların, somatizasyon; evli hastaların, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite; anne hastaların, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite; çalışmayan hastaların, depresyon; geliri giderinden az hastaların, depresyon; hastalık sürecinde destek alan hastaların, anksiyete ve somatizasyon şikayetlerini daha fazla yaşadıkları; tanı yılı arttıkça olumsuz benlik algısının da arttığı saptanmıştır.
- Hastaların eğitim düzeyi arttıkça depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite şikayetlerinin azaldığı ve geliri-giderinden fazla olan hastaların olumsuz benlik ve hostilite ile ilgili şikayetlerinin azaldığı belirlenmiştir.
- SBTÖ'nün çaresiz yaklaşım kullanımı ile KSE'nin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik şikayetleri arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- MS olan evli, çocuklu ve kadın hastaların hem stresle baş etme, hem de psikiyatrik belirtiler açısından risk taşıyan grup olarak kabul edilerek sağlık ekibi tarafından izlenmesi,
- MS hastalarının duyguya yönelik etkisiz yaklaşımları daha fazla kullanmaları nedeniyle sağlık ekibi tarafından probleme yönelik etkili yaklaşımların kullanılmasını sağlayacak; kendini tanıma, empati, problem çözme teknikleri gibi eğitimlerin planlanması ve uygulanması,
- MS hastalarının özürlülükten ayrı olarak psikiyatrik belirtiler açısından risk taşıdığı bilinerek dikkatle ele alınmaları ve koruyucu ruh sağlığı açısından erken dönemde gerekli yönlendirmelerin yapılması,
- Her bir psikiyatrik belirtinin ayrı ayrı incelendiği ve izlendiği ileri çalışmalar önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Kronik hastalıklar raporu- 2006, Sağlık kurumu, Erişim tarihi; 26.06.2010
<http://saglikkurumu.com/pg/bookmarks/misafir/read/25263/kronik-hastaliklar-raporu2006>
2. Bilir, N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü; Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni, 25 (3),1-6
3. Kaya, N., Akpınar, Z. ve Çilli, A.S. (2003). Multipl sklerozda yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry, 4; 220-225
4. Kumsar, A. K., Olgun, N. ve Korel, Ö.K. (2009). Multiple Sklerozlu hastalarda yorgunluğun değerlendirilmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(2); 100-103
5. Pflieger, C.C.H., Flachs, E.M. ve Henriksen, N.K. (2010). Social concequences of multiple sclerosis (1):early pension, temporary unemployment- a historicalprospective cohort study. Multiple sclerosis,16 (1): 121-126
6. Kappos, L., Johnson, K., Kesselring J. ve Radü, E.W. (2001). Multiple Sclerosis; Tissue Destruction and Repair. UK:
7. Fraser, R.T., Kraft G.H, Ehde D.M. ve Jonhson K.L. (2006). The MS Workbook; Living Fully with MS, Oakland CA: New Harbinger Publications
8. Karabudak, R.(2006). MS ile Yaşamak. Ankara: Aşına kitaplar
9. Sütlaş, P.N. (2004). MS nedir? .İstanbul Türkiye Multiple Skleroz Derneği yayını
10. Krutzk, J.F. ve Wallin, M.T. (2000) Risk factors and theories of causation. Epidemiology. Ed. Burks, J.S. ve Johnson, K.P. Multiple sclerosis Diagnosis, medical management and rehabilitation. New York: Demos Medical Publishing

11. Gilroy, J. (2002) Temel Nöroloji (Karabudak, R. çev.), Ankara; Güneş Kitabevi
12. Harris, J.H. ve Halper, J. (2008). Multiple Sclerosis; Best practices in Nursing care, New York : Bioscience Communications
13. Tülek, Z. (2007) Multipl Sklerozlu hastanın hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2):25-32
14. Hauser, S.L. ve Goodin D.S. (2005) Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases. (In: 16 th ed.), New York: Mcgraw –Hill Company
15. Elbers, G.C. (2003). Natural History of Multiple Sclerosis In; Multiple Sclerosis (2. eds; McDonald, W.I. ve Noseworthy, J.H.) Blue books of practical Neurology.USA: Butterworth Heinemann
16. Eraksoy, M. (2005). Multiple skleroz ile yaşamı nasıl kolaylaştırırız? İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulu Yayınları 1
17. Akkuş, Y. (2008). Multipl Sklerozlu Hastalarda Ev Ziyareti Yoluyla Verilen Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora tezi, Ankara
18. Goodin, D.S., Frohman, E.M., Garmany, G.P., Halper, J., Likosky, W.H., Lublin, F.D. ve ark. (2002). Disease Modifying Therapies in Multiple Sclerosis. American Academy of Neurology, 58 (2); 169-178
19. Beiske, A.G., Svensson E., Sandanger I., Czujko B., Pederson E.D., Aarseth J.H. v. (2008). Depression and Anxiety Amongst Multiple Sclerosis Patient. European Journal of Neurology. 15 (3): 239-245
20. Tülek, Z. (2006). Düzenli Sağlık Kontrolüne Alınan MS Hastalarda Yaşam Kalitesinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, Doktora tezi, İstanbul
21. Oz, F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi. 2(1):61-68

22. Kalb, R.C. (2009). Multipl skleroz, Aklınızdaki Sorular, Gereksindiğiniz Cevaplar. (4. baskı. Eraksoy, M. ve Demir, G.A ev.),İstanbul: Logos Tıp Yayıncılığı
23. Mohr, D.C., Hart, S.L., Jullian, L., Cox, D., et al.(2004). Association Between Stressfull Life Events and Exacerbation in Multiple Sclerosis; A Meta-analysis. British Medicine of Journal, 328: 731-735
24. Liu, X.J., Ye, H.X., Li, W.P., Dai, R., Chen, D., Jin, M. (2009) . Relationship between psychosocial factors and onset of multiple sclerosis. European Neurology, 62(3):130-136
25. Feinstein, A., Feinstein, K. (2001). Depression associated with multiple sclerosis. Looking beyond diagnosis to symptom expression. Journal of Affective Disorder, 66; 193-198
26. Feinstain, A. (2006). Mood disorder in multiple sclerosis and the effect on cognition. Journal of Neurological Science, 245 (1-2); 63-66
27. Brown, R.F., Tennant, C.C., Sharrock, M., Hodgkinson, S. (2006). Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis.; part II. Direct and indirect relationships. Multiple Sclerosis, 12; 465-475
28. Isaksson, A.K., Ahlstrom, G. (2006). From symptom to diagnosis; illness experinces of multiple sclerisis patients. Journal of Neuroscience Nursing, 38(4):229-37
29. zkan, S. Nrolojik hastalıkların psikiyatrik ynleri, erişim tarihi; 17.08.2010
<http://www.beyinfelci.org/tr/uzmangorusuportaj/norolojikhpy.asp>
30. Dahl, O.P., Stordal E., Lydersen, S. ve Midgard, R.(2009). Anxiety and depression in multiple sclerosis. A comparetive population based study in Nord, Trqndelag County, Norway. Multiple sclerosis, 15 (12): 1495-1501
31. Courts, N.F., Newton A.N. ve McNeal, L.J.(2005). Husbands and Wives Livig with Multiple Sclerosis. Journal of Neuroscience Nursing, 37 (1):20-25

32. Paltamaa, J., Sarasoja, T., Wilkström, J. ve Malkia, E. (2006). Physical functioning in multiple sclerosis: A population-based study in Central Finland. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38; 339-345
33. Hyphantis, N.T., Christou, K., Kontoudoki, S., Mantas, C., Papamicheal, G., Goulia, P. at all. (2008). Disability status, disease parameters, defense styles and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *Internal Journal Psychiatry in Medicine*, 38(3):307-327
34. Stepleman, L.M., Jumb, R., Shelton, S.F. ve Hughes, M.D. (2009). Psychological Consultation services at a Multiple Sclerosis Clinic. *Internal Journal of MS Care*, 11:180-186
35. Mohr, D.C. (2008). Stress and multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 225(2):309-310
36. Siegert, R.J., Abernethy, D.A. (2005). Depression in multiple sclerosis: a review, *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76(4):469-475
37. Pelin, Z. (2009). Nörolojik hastalıklar ve depresyon. *Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi*, 2(1):83-90
38. Kocaman, N. (2008). Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi dergisi*, 71(2):52-58
39. Tanık, N. (2006). Multiple Sklerozda depresyon ve hastalık parametreleri ile ilişkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıpta uzmanlık tezi*, Van
40. Şahin, N.H. ve Durak, A. (1995). Stresle Baş etme Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34),56-73
41. Şahin, N.H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri; Türk Gençleri için Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56
42. Ciccarelli, O. ve Toosy, A. (2006). Mechanisms of disability and potential for recovery in multiple sclerosis. Ed. Thompson, A.J.

- Neurological Rehabilitation of Multiple Sclerosis. Chapter 1. 1-29. Queen Square Neurological Rehabilitation Series. Informa UK Ltd.
43. Multiple Sclerosis. Erişim tarihi; 23.04.2012.
http://en.wikipedia.org/wiki/Multiple_sclerosis
 44. WHO and MS International Federation, (2008).Atlas; Multiple sclerosis resources in the world. Erişim tarihi; 23.04.2012
http://www.who.int/mental_health/neurology/Atlas_MS_WEB.pdf
 45. Boz, C. ve Terzi, M. (2010) Soru ve Yanıtlarla Multiple Skleroz, Trabzon. İber matbaacılık
 46. Kesselring, J. ve Beer, S. (2005). Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 4 (10): 643-652
 47. Khan, F., Turner-Stokes. L., Ng, L. ve Kilpatrick, T. (2007). (Khan, Fary. ed.) Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database Systematic Revision* (2):
 48. Compston, A., Coles, A. (2008). Multiple sclerosis. *Lancet*, 372 (9648): 1502-1517
 49. Miller, D.H., Leary, S.M. (2007). Primary-progressive multiple sclerosis. *The Lancet Neurology* 6 (10): 903-912
 50. Rosati, G. (2001). The prevalence of multiple sclerosis in the world: an update. *Neurological Sciences* 22 (2): 117-39
 51. Marrie, R.A. (2004). Environmental risk factors in multiple sclerosis etiology. *The Lancet Neurology* 3 (12): 709-718
 52. Ascherio, A., Munger, K.L. (2007). Environmental risk factors for multiple sclerosis. Part II: Noninfectious factors. *Annals of Neurology* 61 (6): 504-513.
 53. Ascherio, A., Munger, K.L., Simon KC (2010). Vitamin D and multiple sclerosis. *The Lancet Neurology* 9 (6): 599-612.
 54. Ghadirian P, Jain M, Ducic S, Shatenstein B, Morisset R (1998). Nutritional factors in the aetiology of multiple sclerosis: a case-control

- study in Montreal, Canada. *The International Journal of Epidemiology*. 27 (5): 845-952.
55. Who gets MS?". Multiple Sclerosis Trust. (2009). Erişim tarihi: 24.04.2012
http://www.mstrust.org.uk/information/publications/msexplained/who_gets_ms.jsp
 56. Clanet, M. (June 2008). Jean-Martin Charcot. 1825 to 1893. *The International MS Journal* 15 (2): 59–61
 57. Ascherio, A., Munger, K.L. (2007). Environmental risk factors for multiple sclerosis. Part I: the role of infection. *Annals of Neurology* 61 (4): 288-299.
 58. Dyment, D.A., Ebers, G.C., Sadovnick, A.D. (2004). Genetics of multiple sclerosis. *The Lancet Neurology* 3 (92): 104-110
 59. Tataru, N., Vidal, C., Decavel, P., Berger, E., Rumbach, L. (2006). Limited impact of the summer heat wave in France (2003) on hospital admissions and relapses for multiple sclerosis. *Neuroepidemiology* 27 (1): 28–32
 60. Heesen, C., Mohr, D.C., Huitinga, I. (2007). Stress regulation in multiple sclerosis: current issues and concepts. *Multiple Sclerosis* 13 (2): 143-148.
 61. Kurtzke, J.F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 33 (11): 1444-1452
 62. Soyuer, F., Mirza, M., Öztürk, A. (2005). Multiple Sklerozda yaşam kalitesi üzerine yorgunluk ve yetersizliğin etkisi, *Erciyes Tıp Dergisi*, 27 (4): 147-151
 63. Pittock, S.J., Rodriguez, M. (2008). "Benign multiple sclerosis: a distinct clinical entity with therapeutic implications". *Current Topics in Microbiology and Immunology* 318: 1-17
 64. Miller, D., Barkhof, F., Montalban, X., Thompson, A., Filippi, M. (2005). Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I:

- natural history, pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *The Lancet Neurology* 4 (5): 281- 288
65. Rovaris, M., Confavreux, C., Furlan, R., Kappos, L., Comi, G., Filippi, M. (2006). Secondary progressive multiple sclerosis: current knowledge and future challenges. *The Lancet Neurology* 5 (4): 343-354
 66. Stadelmann, C., Brück, W. (2004). Lessons from the neuropathology of atypical forms of multiple sclerosis. *Neurological Sciences*. 25 (4): 319-322
 67. Munari, L., Lovati, R., Boiko, A. (2004). (Munari, L.M. ed.) "Therapy with glatiramer acetate for multiple sclerosis". *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (1): CD004678
 68. Burton, J.M., O'Connor, P.W., Hohol, M., Beyene, J. (2009). (Burton, Jodie M. ed.) Oral versus intravenous steroids for treatment of relapses in multiple sclerosis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (3): CD006921.
 69. Comi, G. (2009). Treatment of multiple sclerosis: role of natalizumab. *Neurological Sciences*. 30 (2): 155-158
 70. Johnson, K.P. (2007). Control of multiple sclerosis relapses with immunomodulating agents. *Journal of the Neurological Sciences* 256 (1): 23-28.
 71. Martinelli B. F., Rovaris, M., Capra, R., Comi, G. (2005). (Martinelli B., Filippo. ed.) Mitoxantrone for multiple sclerosis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (4): CD002127
 72. Leary, S.M., Thompson, A.J. (2005). Primary progressive multiple sclerosis: current and future treatment options. *CNS drugs* 19 (5): 369-376.
 73. Eltink, C., Duffy, M. (2004). Restorying the illness experience in Multiple Sclerosis. *The Family Journal; Counseling and Therapy for couples and Families*, July; 12 (3): 282-286

74. Lazarus, R.S.(1993). Coping Theory and research; Past, Present and Future *Psychosomatic Medicine* ;55: 234-247
75. Tuncay, T. (2007). Kronik Hastalıklarla Baş etmede Tinsellik. *Sağlık ve Toplum* 17(2):13-20
76. Lode, K., Bru, E., Klevan, G., Myhr, K.M. (2009). Depressive symptoms and coping in newly diagnosed patients with Multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 15: 638-643
77. Beatty, W.W., Hames, K.A., Blanco, C.R., Williamson, S.J., Wilbanks, S.L. et al. (1998). Correlates of coping style in patients with Multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 4: 440-443
78. Wilken, J.A., Sullivan, C. (2007). Recognizing and treating common psychiatric disorders in Multiple Sclerosis. *The Neurologist*; 13: 6:343-354
79. Janssens, A.C.J.W., Doom, P.A., Boer, J.B. et al. (2003). Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression, and distress of patient and partners. *Acta Neurology Scandinavica* 108; 389-395
80. Lode, K., Larsen, J.P., Bru, E., Klevan, G., Myhr, K.M. et al.. (2007). Patient information and coping styles in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* July;13(6): 792-799
81. David, C., Donald, E., Nelson, S., Cox, D., Weiner, M. (2002). Moderating effects of coping on the relationship between stress and development of new brain lesions in multiple sclerosis. *Psychosomatic medicine* 64; 803-809
82. <http://www.teis.org.tr/uploads/2007sgk.pdf> erişim tarihi; 24.08.2012
83. Öz, F., Hiçdurmaz,D, (2010) Stresle baş etmede önemli bir yol: mizahın kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010:13;1;83-88

84. Navarro, J.V., Molares, J.M., Leon, J.B. (2003). Informal caregiving in multiple sclerosis patients: data from the Madrid demyelinating disease group study. *Disability and rehabilitation* :25:18;1057-1064
85. Airlie J., Baker, G.A., Smith, S.J., Young C.A. (2001) Measuring the impact of multiple sclerosis on psychosocial functioning: the development of a new self-efficacy scale *Clinical Rehabilitation* 15: 259–265
86. Ytterberg, C.(2008) A two-year study of people with multiple sclerosis. Karolinska Institutet. Doktora tezi, Stockholm
87. Fobes, A., While, A., Mathes, L. (2007). Informal carer activities, carer burden and health status in multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation* 21: 563–575
88. Box, V., Hepworth, M., Harrison, J..(2003) Identifying information need of people with multiple sclerosis. *Nursing Times*; 99: 32-36.
89. Uccelli, M.M., Mohr, L.M., Battaglia, M.A., Zagami, P., Mohr, D.C. (2004)Peer support groups in multiple sclerosis: current effectiveness and future directions. *Multiple Sclerosis* 10; 80- 84
90. Schwarzer, R., Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42, 243–252.
- 91 Warner, L.M., Schüz, B., Wurm, S., Ziegelmann, P.J., Römer, C.T. (2010). Giving and taking- differential effects of providing, receiving and anticipating emotional support on quality of life in adults with Multiple Illnesses *Journal of Health Psychology* 15(5) 660–670
92. Sadovnick, A. D., Eisen, K., Ebers, G. C., Paty, D. W. (1991). Cause of death in patients attending multiple sclerosis clinics. *Neurology*, 41, 1193-1196.
93. Holland, N.J., Northrop, D. E.(2006) Young Adults With Multiple Sclerosis: Management in the Home. *Home Health Care Management Practice* 2006 18: 186

94. Razi, G.S., Kuzu, A., Yıldız, A.N., Ocakcı, A.F. ve Arifoğlu, B.Ç.(2009) Çalışan Gençlerde Benlik Saygısı, İletişim Becerileri ve Stresle Baş Etme. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009: 8(1)
95. McCabe, M.P., McKern, S., McDonald, E. (2004) Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. Journal of Psychosomatic Research; 56:355-361
96. Kaçmaz, N.(2006). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği; tarihsel bakış. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi:9 (1); 75-85
97. Kocaman, N.(2005). Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi: 9(1); 49-54
98. Kocaman, N.(2005). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi:8 (3); 107-118
99. Gottberg, K., Einarsson, U., Fredrikson, S., von Koch, L., Holmqvist, L.W. (2007) A population-based study of depressive symptoms in multiple sclerosis in Stockholm county: associations with functioning and sense of coherence. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry; 78: 60–65.
100. Kouzoupis, A.B., Paparrigopoulos, T., Soldatos, M., Papadimitriou, G.N.(2010). The family of the multiple sclerosis patient: a psychosocial perspective; International review of Psychiatry ;22(1):83-9
101. Akkuş, Y. (2004) Multiple Skleroz hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgileri, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği, Uzmanlık tezi, Ankara
102. Öztürk, M.O., Uluşahin, A. (2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1 (11.bs.). Ankara: Tuna Matbaacılık

EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Adı-soyadı;

EDSS puanı;

1. Tanıtıcı Bilgiler;

1. Yaşınız;.....
2. Cinsiyetiniz;.....
3. Medeni durumunuz;.....
4. Varsa çocuk sayınız;
5. Aile içindeki konumunuz; Anne (.....) Baba(.....) Çocuk (.....)
6. Sosyal güvenceniz; Var (.....) Yok (.....)
7. Eğitim durumunuz;
 - a. Okur-yazar değil; (.....)
 - b. İlkokul ve ortaokul; (.....)
 - c. Lise (.....)
 - d; Yüksekokul/fakülte; (.....)
 - e. Yüksek lisans/ doktora; (.....)
8. Çalışma durumunuz;
 - a. Çalışıyorum(.....)
 - b. Çalışmıyorum (.....)
 - c. Erken emekli/malülen oldum. (.....)
9. Genel olarak (varsa, aldığınız yardımı da katarak) gelir durumunuzu değerlendiriniz;
 - a. Gelirim giderimden az; (.....)
 - b. Gelirim giderimden fazla; (.....)
 - c. Gelirim giderim kadar; (.....)
10. Genel olarak sıkıntılarınızla nasıl başedersiniz?
.....
11. Sigara/ alkol kullanıyor musunuz?
 - a. Sigara; Evet (.....) Sıklığı(.....) Hayır(.....)
 - b. Alkol; Evet (.....) Sıklığı(.....) Hayır(.....)

2.Hastalığa İlişkin Bilgiler

1. Kaç yıldır MS hastasıınız? ilk şikayet yılı;.....Tanı aldığınız yıl;.....

2. Hastalık sürecinde Duygusal/ Sosyal/ Ekonomik vb. destek aldınız mı?

a. Evet (.....) b. Hayır (.....) 4. soruya geçiniz.

Cevabınız evet ise 3.'ü soru'da detaylandırınız;

3. Desteğin kimden olduğunu ve destek çeşidini yazınız;

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| a. Ailemden..... | 1. Sosyal destek |
| b. Arkadaşlarımdan..... | 2. Duygusal destek |
| c. Sağlık personelinde..... | 3. Ekonomik destek |
| d. Diğer hastalardan..... | 4. Bilgi desteği |
| e. Diğer, açıklayınız..... | 5. Fiziksel bakım |

4. Düzenli olarak kullandığınız ilaçlar nelerdir?
.....

5. Son 1 ay içinde kortizon tedavisi aldınız mı? Evet(.....) Hayır(.....)

6. Hastalığınızın size hissettirdikleri nelerdir?
.....

Ek 2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyiniz. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse, %0'ın altındaki parantezin içine (X) işareti koyunuz. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyiniz.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA.....	<u>Sizi ne kadar tanımlıyor/ Size ne kadar uygun</u>			
	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım				
3. Bir mucize olmasını beklerim				
4. Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7. Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim				
8. Olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11. Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15. Problemin çözümü için adak adarım				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				

18. Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20. Problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21. Mücadeleden vazgeçerim				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24. Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim				
25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissederim				
27. "Benim suçum ne" diye düşünürüm				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

Ek 3. Kısa Semptom Envanteri

Yönerge: Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZİ BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR RAHATSIZ ETTİĞİNİ yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Cevaplarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz, eğer fikir değiştirirseniz ilk cevabınızı silerek yeni cevabınızı işaretleyiniz.

Aşağıdakiler sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Bu belirtiler arasında yaşamadıklarınız varsa yine "HİÇ" seçeneğini işaretleyiniz.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
	0	1	2	3	4
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği hissi					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp, öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık yerlerde korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetme					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					

16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü, kederli hissetme					
18. Hiçbir şeye ilgi duymama					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilme, kırılma					
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanma					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığımız şeyleri tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27. Karar vermede güçlük					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatten korkma					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30. Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışma					
32. Kafanızın bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşma ve karıncalanma hissi					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
35. Gelecekle ilgili ümitsizlik duyguları içinde olmak					
36. Konsantrasyonda (Dikkati bir şey üzerinde toplamakta) güçlük/ zorlanma					
37. Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					

39. Ölüme ve ölüm üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, yaralama ya da ona zarar verme isteği					
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girmek					
47. Yalnız bırakıldığında/kaldığında sinirlilik hissetme					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmeme					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme					
50. Kendini değersiz görme/ değersizlik duyguları					
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu hissi					

Ek 4. Türkiye Multiple Skleroz Derneği Ankara Şubesi İzin Formu



TÜRKİYE MULTİPL SKLEROZ DERNEĞİ, ANKARA ŞUBESİ
MULTIPLE SCLEROSIS SOCIETY OF TURKEY, ANKARA BRANCH

23.11.2010

2010/30

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İlgi: 12.10.2010 tarih ve 945 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Hilal Seki Öz'ün "Multipl Skleroz 'lu Hastaların Stresle baş etme Tarzlarının ve Psikiyatrik Belirtilerin Değerlendirilmesi " konulu tezinin anket uygulamasının 01 Aralık 2010 - 01 Haziran 2011 tarihleri arasında yapılması Derneğimizce uygun görülmüştür.

n.öz
Nazire ÖZDEM
Türkiye Multipl Skleroz Derneği
Ankara Şube Başkanı

ulus (Foundation) 1994

Demek Merkezi
 (Head Quarter)

Ataç 2 Sokak No:72/1-2
 Kızılay / Ankara / TURKEY
 Tel No : 90- 312 - 435 82 20

Başkan :
 (President)

Nazire ÖZDEM

Başkan Yardımcısı
 (Vice President)

Aşır NADAR

Genel Sekreter :
 (Secretary General)

Emine ÖZMEN

Sayman :
 (Treasurer)

Kadriye ARMUTLU

Üyeler :
 (Members)

Rana KARABUDAK
 Aslı KURNE
 Belgin KOÇER
 Ayça KESKİN
 Zeynep GÜNER

Şeref Üyesi :
 (Honorary Member)

Zeynep KIRMIZI
 Safiye SOYMAN

Ek 5. Etik Kurul İzin Formu



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Tıp Fakültesi Dekanlığı: 06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580
E-posta: selmak@hacettepe.edu.tr
www.etikkurul.hacettepe.edu.tr

08 Mart 2011

Sayı: B.30.2.HAC.0.20.05.04/ 271

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 03 ŞUBAT 2011 PERŞEMBE
Toplantı No : 2011/1
Proje No : LUT 10/71(Değerlendirme Tarihi 23.12.2010)
Karar No : LUT 10/71-6

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fatma Öz'ün sorumlu araştırmacısı olduğu, Hilal Seki Öz'ün tezi olan LUT 10/71 kayıt numaralı ve "Multiple Skleroz'lu Hastaların Streste Baş etme Tarzlarının ve Psikiyatrik Belirtilerinin Değerlendirilmesi" başlıklı proje önerisi Komisyonumuzda değerlendirilmiş olup, uygun bulunmuştur.

- | | | |
|-----------------------------------|----------|-----------|
| 1. Prof. Dr. Rüştü Onur | (Başkan) | |
| 2. Prof. Dr. Murat Yurdakök | (Üye) | |
| 3. Prof. Dr. İbrahim Haznedaroğlu | (Üye) | |
| 4. Prof. Dr. Arzu Topeli İskit | (Üye) | KATILMADI |
| 5. Prof. Dr. İnci Erdemli | (Üye) | |
| 6. Prof. Dr. Haydar A. Demirel | (Üye) | |
| 7. Prof. Dr. Zafer Çehrelı | (Üye) | |
| 8. Prof. Dr. Osman Abbasoğlu | (Üye) | KATILMADI |
| 9. Prof. Dr. Nurten Akarsu | (Üye) | KATILMADI |
| 10. Prof. Dr. Nüket Örnek Büken | (Üye) | KATILMADI |
| 11. Doç. Dr. Mutlu Hayran | (Üye) | |
| 12. Av. Meltem Onurlu | (Üye) | |

Ek 6. Genişletilmiş Özürlülük Skalası (EDSS)

GENİŞLETİLMİŞ ÖZÜRLÜLÜK DEĞERLENDİRME SKALASI

.0	Normal nörolojik muayene
1.0	Hasta tamamen hareketli
1.5	Yetersizlik yok
2.0	7 fonksiyonel sistemden (FS) birinde minimal yetersizlik
2.5	2 FS'de minimal yetersizlik
3.0	Tamamen hareketli, 1 FS'de ileri derecede yetersizlik ya da 3 ya da 4 FS'de orta derece yetersizliği
3.5	Tamamen hareketli. 1 FS'de ileri derecede yetersizlik ve 1 ya da 2 FS'de orta derecede yetersizlik ya da 2 FS'de ileri derecede yetersizlik ya da 5 FS'de orta yetersizlik
4.0	Yardım olmaksızın tamamen hareketli, kendine yeterli. Günde 12 saat aktif olmasına rağmen göreceli olarak ileri derecede yetersizlik. Yardım almadan yürüyebilir ya da 500 metrede dinlenir.
4.5	Yardım olmaksızın tamamen hareketli, günün çoğunda aktif, tam bir gün çalışabilir. Aktivitelerde bazı kısıtlamalar olabilir ya da minimal düzeyde yardıma ihtiyaç duyabilir. Göreceli olarak ileri derecede yetersizlikle karakterizedir. Yardım olmaksızın yürüyebilir ya da 300 metrede dinlenir.
5.0	Yardım olmaksızın hareketli ya da 200 metrede dinlenir. Yetersizlik ileri derecede, günlük aktivitelerde yetersizlikler
5.5	Yardım olmaksızın hareketli ya da 100 metrede dinlenir. İleri derecede yetersizlik, tüm günlük aktiviteler limitli
6.0	Aralıklı ya da tek taraflı yardımcı cihaza (baston, koltuk değneği, brace....) 100 metre yürüyüşte dinlenme olmadan ihtiyaç duyabilir.
6.5	Tek taraflı yardımcı cihaza 20 metre yürüyüşte dinlenme olmaksızın ihtiyaç duyabilir
7.0	5 metreyi yardımcı olmaksızın yürüyemez. Tekerlekli sandalyeye (TS) de ihtiyaç duyabilir. TS'yi kendi kullanabilir ve transferleri yalnız gerçekleştirebilir. Günde 12 saat TS'de aktiftir.
7.5	Birkaç adımdan fazlasını atamaz. TS'ye bağımlıdır. Transferlerde yardıma ihtiyacı olabilir. Tekerlekleri kendi kendine kullanabilir. Fakat standart TS'yi tam gün kullanamayabilir. Motorlu TS'ye ihtiyacı olabilir.
8.0	Tamamen yürüyemez, yatağa bağımlı. Sandalye ya da TS'de gün içinde yatak dışına çıkabilir. Kendine bakım aktivitelerinin çoğunda bağımlıdır. Genellikle kollarını etkili şekilde kullanır.
8.5	Günün çoğunda yatağa bağımlı, bazı aktivitelerde kolunu ya da kollarını kullanabilir. Kendine bakım aktivitelerinin bazılarında bağımlı
9.0	Yatağa bağımlı. İletişim kurabilir ve yemek yiyebilir.
9.5	Tamamen yatağa bağımlı. Etkili iletişim kurulamaz. Yeme ve yutma bozuktur.
10.0	MS'e bağlı ölüm

Ek 7. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Sn. Katılımcı,

Multiple Skleroz hastalığıyla ilgili yeni bir çalışma yapmaktayız.

Çalışmanın ismi "**Multiple Skleroz’lu hastaların stresle başetme tarzlarının ve psikiyatrik belirtilerinin değerlendirilmesi**" dir.

Sizin de bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır ve katılıp katılmamakta serbestsiniz. Kararınızdan önce çalışma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmayı yapmak istememizin nedeni, Multiple Skleroz’lu hastaların stresle başetme biçimlerinin belirlenmesi ve hastalarda görülen psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesidir. Bu çalışmaya katılımınız çalışmanın başarısı için önemlidir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir ve katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır, reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Hilal Seki Öz tarafından Türkiye Multiple Skleroz derneği Ankara Şubesine kayıtlı MS hastalarının dahil edildiği bir çalışma yapılacağı belirtilerek bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir çalışmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu çalışmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Çalışma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Hilal Seki Öz'ü 0312 385 97 60 (ev) veya 0530 203 61 25 (cep) no'lu telefonlardan ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı:

Adres:

Tel.

İmza