

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MULTİPLE SKLEROZ'LU HASTALARA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN  
STRESLE BAŞ ETME TARZLARI, PSİKİYATRİK BELİRTİLER VE  
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Hilal SEKİ ÖZ

Psikiyatri Hemşireliği Programı  
DOKTORA TEZİ

ANKARA  
2017



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MULTİPLE SKLEROZ'LU HASTALARA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN STRESLE BAŞ  
ETME TARZLARI, PSİKİYATRİK BELİRTİLER VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Hilal SEKİ ÖZ

Psikiyatri Hemşireliği Programı  
DOKTORA TEZİ

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Fatma ÖZ

ANKARA  
2017

## ONAY SAYFASI

iii

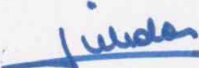
**Multiple Skleroz'lu Hastalara Verilen Psikoeğitimin Stresle Baş Etme Tarzları,  
Psikiyatrik Belirtiler ve Yaşam Kalitesine Etkisi  
Uzm. Hem. Hilal Seki Öz**

Bu çalışma 16/06/2017 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Programı"nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

<b>Jüri Başkanı:</b>	<i>Doç. Dr. Satı Demir</i> (Gazi Üniversitesi)	(imza) 
<b>Tez Danışmanı:</b>	<i>Prof. Dr. Fatma Öz</i> (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 
<b>Üye:</b>	<i>Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak</i> (Başkent Üniversitesi)	(imza) 
<b>Üye:</b>	<i>Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz</i> (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 
<b>Üye:</b>	<i>Yard. Doç. Dr. Satı Dil</i> (Çankırı Karatekin Üniversitesi)	(imza) 

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

Tarih 21 Haziran 2017

  
(imza)

Prof. Dr. Diclehan Orhan  
Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

**o Tezimin/Raporumun 16/06/2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)


16/06/2017



**Hilal Seki Öz**

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanının Prof. Dr. Fatma z danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Uzm. Hem. Hilal Seki z

## TEŞEKKÜR

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

Hayatın bizi tanıştırdığı lisans eğitimimden bu yana çok zaman geçti, fakat değişmeyen, zamanla eskimeyen tek şey tez danışmanım Prof. Dr. Fatma Öz'ün hem bir rol model olarak, hem de bir anne sıcaklığı ile gereksindiğimiz her türlü akademik ve insani desteği sunması, bizleri bilgi ve deneyimleriyle sarıp, sarmalaması oldu. Değerli hocam Fatma Öz' e her darboğazımda yanımda olduğu ve bu noktaya ulaşmamdaki katkılarından dolayı çok ama çok teşekkür ederim.

Tez izleme ve tez savunma jüri üyelerim olan değerli hocalarım; Doç Dr. Satı Demir, Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak, Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz ve Yard. Doç.Dr. Satı Dil çok değerli bilgi ve deneyimlerini ortaya koyarak çalışmama çok önemli ve anlamlı katkılar sağlamışlardır.

Sayın Arş. Gör. Dr. Eda Öztürk yüksek lisans tezimde olduğu gibi güleryüzü ve nezaketi ile çalışmamın istatistiksel analizlerini gerçekleştirerek, çok değerli katkılar sağlamıştır.

Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi bu çalışmanın yapılması için hem izin vermiş, hem de çok büyük destek sunmuştur. MS hastalığının bilinirliğini arttırmak ve bu hastalığın tanısını alan hasta ve hasta yakınlarına bir aile sıcaklığı ile destek sunan değerli dernek çalışanlarına çok teşekkür ederim.

15 yılımızı birlikte geçirdiğimiz değerli eşim, hayat arkadaşım Ersen Öz iki mezuniyetime de şahit olmuş ve tüm lisansüstü eğitim sürecinde çok büyük fekarlıklar ile eğitimime destek olmuştur. Aydın ve dingin bakış açısı ile ruhuma huzur veren babam Mümtaz Seki ve dert ortağım, cankurtaranım, canım annem Gülseher Seki, en büyük varlıklarım olan oğlum Başar Öz ve kızım Ayda Öz tez çalışmalarım süresince her türlü zorlukta bana anlayış göstermiş ve en büyük destekçilerim olmuşlardır.

Bu çalışmada en büyük teşekkürü ise katılımları ile çalışmanın ortaya çıkmasını sağlayan değerli MS hastalarına etmek istiyorum. Kışın en soğuk, buzlu, karlı günlerinde bile oturumlara aksatmadan katılan, izin günlerinde evlerinde dinlenmek yerine gecikmemek için bir saat önceden derneğe gelen, tüm samimi paylaşımları ve aktif katılımları ile çalışmanın amacına ulaşmasını sağlayan değerli MS hastaları bu çalışmanın ortaya çıkmasında en büyük paya sahiptirler. Hepsine ayrı ayrı çok teşekkür ederim.

## ÖZET

**Seki Öz, H. Multiple Skleroz'lu Hastalara Verilen Psikoğitimin Stresle Baş Etme Tarzları, Psikiyatrik Belirtileri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2017.** Araştırma MS hastalarına verilen psikoğitimin hastaların stresle baş etme tarzlarına, psikiyatrik belirtilerine ve yaşam kalitelerine etkisini değerlendirmek amacı ile ön test, son test ve izlem desenli kontrol gruplu bir müdahale çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini Türkiye MS Derneği Ankara şubesine kayıtlı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 89 MS'li hasta oluşturmuş, 45 hasta müdahale grubuna, 44 hasta kontrol grubuna olacak şekilde randomizasyonla dağıtılmıştır. Çalışma sırasında 9 hasta çalışmadan ayrılmış ve 40 müdahale, 40 kontrol grubunda olmak üzere toplam 80 hasta çalışmayı tamamlamıştır. Haftada bir kez, 120 dakika süren ve toplam 8 haftadan oluşan psikoğitim programı müdahale grubuna belirlenen içerik ve amaçlar doğrultusunda 4 ayrı grupta uygulanmıştır. Kontrol grubuna aynı dönemde herhangi bir etki verilmemiştir. Veriler; tanıtıcı bilgi formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi- 54 ölçekleri ile ön test, son test ve izlem ölçümünde toplanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi kullanılmış, ileri analizler ise Bonferroni testi ile yapılmıştır. Araştırma sonucunda müdahale grubundaki hastaların stresle baş etme tarzlarından iyimser, kendine güvenli ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımları psikoğitim sonrasında, öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmış, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım ise anlamlı düzeyde azalmıştır( $p<0.05$ ). Psikiyatrik belirtilerden anksiyete, depresyon ve somatizasyon puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalırken, olumsuz benlik ve hostilite belirtilerinde anlamlı bir değişim olmamıştır( $p<0.05$ ). Yine müdahale grubunun psikoğitim sonrası yaşam kalitesinin alt ölçekleri olan fiziksel ve mental sağlık toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır( $p<0.05$ ). Müdahale grubunda bu etkiler psikoğitimden üç ay sonra uygulanan izlem ölçümünde de devam etmiştir. Kontrol grubundaki hastalarda ise aynı dönemlerde yapılan ölçümlerde, tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim bulunamamıştır. Bu bulgular doğrultusunda MS hastalarının stresle etkili baş etmesi, ruhsal sağlıklarının geliştirilmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için grupla psikoğitim programlarının yaygın olarak yapılması önerilmektedir.

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



## ABSTRACT

**Seki Öz, H. The Effects Of Psychoeducation That Given To The Multiple Sclerosis Patients On Types Of Coping With Stress, Psychiatric Symptoms and Quality of Life. Health Sciences Institute Psychiatric Nursing Program Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2017.** The research was conducted as an intervention study with a control-group design with pretest, post-test, and three months later follow-up design in order to evaluate the effect of psychoeducation given to MS patients on styles of coping with stress, psychiatric symptoms and quality of life. The sample of this study consisted of 89 MS patients who were registered to the Ankara Branch of the MS Society of Turkey and who agreed to participate in this study, 45 patients were randomly distributed to the intervention group and 44 patients were randomly assigned to the control group. Nine of the patients left out this study. 80 patients completed the study and 40 patients were in the control group and 40 patients were also in the control group. Psycho education program consisted of 120 minutes per a week and it totally continued eight weeks. This program was applied in four different intervention groups according to the content and objectives. No effects were given to the control group during the same period. Data gathered by the help of applying the introductory information form, The Ways of Coping Inventory, Brief Symptom Inventory, and Multiple Sclerosis Quality of Life Scale-54 and also pre-test, post-test and follow-up. Two-way ANOVA was used for repeated measures in the evaluation of data, and further analysis was also done by Bonferroni test. As a result of the research, the approaches of optimistic, self-confident and social support seeking from the way of coping with the stress of the patients in the intervention group increased statistically significantly compared to before psychoeducation, the unconfident and submissive approach decreased significantly ( $p < 0.05$ ). While the mean scores of anxiety, depression and somatization decreased statistically from the psychiatric symptoms, there was no significant change in the symptoms of negative self and hostility ( $p < 0.05$ ). Also, physical and mental health totals, which are subscales of psycho educational quality of life of the intervention group, increased statistically significantly ( $p < 0.05$ ). In the intervention group, these effects continued in the follow-up measurement applied 3 months after the psycho education. There was no statistically significant change in all subscales in the control group in the same period. According to these findings, it is suggested that such psycho education programs should be commonly used in order to effectively cope with the stress, improve their mental health and increase the quality of life for MS patients.

**Keywords:** Multiple sclerosis, coping with the stress, psychiatric symptoms, quality of life, nursing

**İÇİNDEKİLER**

	<b>Sayfa</b>
<b>ONAY SAYFASI</b>	<b>III</b>
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI</b>	<b>IV</b>
<b>ETİK BEYAN</b>	<b>V</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>VI</b>
<b>ÖZET</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>VIII</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>IX</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b>	<b>X</b>
<b>TABLolar</b>	<b>IV</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>6</b>
2.1. Multiple Skleroz (MS)	6
2.2. Multiple Skleroz Tanısı Almak	6
2.3. Multiple Skleroz'da Kullanılan Tedavi Yöntemleri	8
2.4. Multiple Sklerozda Hemşirelik Bakımı	8
2.4.1. Akut Hasta Bakımı	9
2.4.2. Semptom Yönetimi	9
2.4.3. Rehabilitasyon Süreci	10
2.5. Stres ve Multiple Skleroz'da Stres Yönetimi	10
2.5.1. Stresle Barışmak	10
2.5.2. Stresle Baş Etme Teknikleri; Stresi Algılama Biçimini Tanımak	11
2.5.3. Multiple Skleroz'lu Hastaların Baş Etme Biçimleri	13
2.6. Multiple Skleroz'da Ortaya Çıkan Psikiyatrik Belirtiler	14
2.7. Multiple Skleroz'da Yaşam Kalitesi	16
2.8. Multiple Skleroz'da Psikoeğitim	17
2.9. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Multiple Skleroz'da Rolü	19
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>21</b>
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21

	X
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)	23
3.5.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (Ek 2)	23
3.5.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Ek 3)	24
3.5.4. Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi 54 Ölçeği (MSYKÖ-54) (Ek 4)	25
3.6. Araştırmanın Uygulanması	26
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.8. Verilerin Değerlendirmesi	29
<b>4.BULGULAR</b>	<b>30</b>
<b>5.TARTIŞMA</b>	<b>38</b>
<b>6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b>	<b>45</b>
6.1. Sonuçlar	45
6.2. Öneriler	46
<b>7.KAYNAKLAR</b>	<b>47</b>
<b>8. EKLER</b>	
Ek 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	
Ek 2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	
Ek 3. Kısa Semptom Envanteri	
Ek.4. Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi-54 Ölçeği	
Ek 5. Oturum Planları	
Ek.6. Etik Kurul İzini	
Ek.7. Türkiye Ms Derneği Ankara Şubesi İzin Yazısı	
Ek.8. Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek.9. Multiple Skleroz'da Semptom Yönetimi	
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
EDSS	Expanded Disability Status Score (Genişletilmiş Engelilik Durumu Değerlendirmesi)
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KSE	Kısa Semptom Envanteri
MS	Multiple Skleroz
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
MSYKÖ-54	Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi-54 Ölçeği
SBTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

**TABLolar**

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
4.1. Müdahale ve kontrol gruplarındaki MS hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları	31
4.2. Müdahale ve kontrol gruplarındaki MS hastalarının SBTÖ puanlarının, ölçümlere göre dağılımı	32
4.3. Müdahale ve kontrol gruplarındaki MS hastalarının KSE puanlarının, ölçümlere göre dağılımı	34
4.4. Müdahale ve kontrol gruplarındaki MS hastalarının MSYKÖ-54 puanlarının, ölçümlere göre dağılımı	36
Grafik 4.1. Müdahale grubundaki MS hastalarının MSYKÖ-54 puanlarının, alt ölçeklere ve ölçümlere göre dağılımı	37
Grafik 4.2. Kontrol gruplarındaki MS hastalarının MSYKÖ-54 puanlarının, alt ölçeklere ve ölçümlere göre dağılımı	37

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Multiple Skleroz (MS), sıklıkla genç yetişkin dönemde ortaya çıkan kronik bir hastalıktır. Avrupa ülkelerinde genç yaşta bireylerde yeti yitimine yol açan nedenler arasında ikinci sırada yer almaktadır (1,2). Dünya çapında ortalama 33/100.000 görülme sıklığı ile 2,3-3 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir (2,32). MS'te merkezi sinir sistemindeki (MSS) enflamasyon ve demiyelizasyona bağlı ortaya çıkan semptomlar hastalık tutulumuna bağlı olarak farklılık göstermekte; duyu (%40), motor (%39), görmede sorunlar (%30), yorgunluk (%30), denge sorunları (%24), cinsel sorunlar (%20), üriner problemler (%17), ağrı (%15) ve bilişsel sorunlar (%10) gibi bireyin yaşamının tüm alanlarını olumsuz etkileyebilen semptomlar görülmektedir (3).

Hastalıkla birlikte ortaya çıkan semptomlara ek olarak hasta bireyde ortaya çıkan yeti yitimi, zorunlu olarak hastane yatışları sonucu işe devamsızlıkta artma ve depresyon nedeniyle iş yaşamları da olumsuz etkilenmektedir. Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada çalışma çağındaki MS'li hastaların %54'ünün işsiz olduğu ve çalışan hastaların ise normal popülasyona göre daha az gelir kazandığı bulunmuştur. İşsizlik ilerleyen yaş, uzun hastalık yılı, hızlı hastalık seyri, artan yeti yitimi, eş kaybı ve düşük eğitim düzeyi ile pozitif korelasyon göstermiştir (4).

MS tanısı aldığını öğrenen bireyler hastalıkla birlikte var olan alışkanlıklarını, ilişkilerini, hastalığın ortaya çıkma sebebini, yaşamın anlamını, olaylar karşısında kişisel tutumlarını ve gelecekle ilgili hedeflerini sorgulamaya başlamaktadırlar (5). Özellikle hastalığın ortaya çıkış nedeninin bilimsel olarak açıklanamaması hastanın geçmişe dönerek neden aramasına, geçmişte yaşadığı olumsuz deneyimlere odaklanmasına, öfke, suçluluk gibi duygularla geçmişteki olayları tekrar tekrar yaşayarak bu olaylarda yer alan kişilere hastalık nedenini yüklemesine yol açabilmektedir. Bu yükleme aile, eş, arkadaş gibi sosyal ağlarıyla ilişkilerini sürdürmesinde, sosyal işlevlerini yerine getirmesinde, günlük ve iş yaşamındaki aktivitelerini gerçekleştirmesinde yeni sorunlar yaratabilmektedir. Ayrıca hasta henüz tanının şokunu atmadan, hastalık profilaksisi için kendi kendine enjeksiyon

uygulamaları ve bu tedavilerin yaşam kalitesini düşüren yan etkileri de hastanın yaşadığı durumu daha dramatik algılamasına, geleceğe dair korku ve kaygılarının artmasına yol açabilmektedir (5,6).

Artan korku ve kaygılarla birlikte hastalığın doğasındaki belirsizlik sonucu ortaya çıkan yaşamı kontrol edememe duygusu ve bağımlı kalma riski hastanın ilişkilerini farklı boyutlarda etkilemektedir. Aile hastanın sağlığıyla ilgili endişe yaşarken, hasta da 'terk edilme' ve 'yük olma' korkusu yaşayabilmektedir(7). Hastanın geçmişte rahatça gerçekleştirdiği aktivitelerde zorlanması, kariyerinin engellenmesi ve gelirinin düşmesi gibi sorunlar hastanın rollerinde değişmeye, sosyal hayattan çekilmesine yol açabilmektedir. Ailenin de artan masraflar, rol yüklenmesi, yaşanan sorunları çözmede yetersiz kalması ve hasta bireye bakım sunma zorunluluğuyla kişisel ihtiyaçlarını ertlemesi ile olumsuz yüklenmeler artmakta ve ilişkiler yıpranmaktadır. Bu bağlamda hastalık kadar, hastalığa sekonder bu sorunlar da hasta ve hasta yakınlarının stres yükünü arttırmaktadır.

Stres, hastalığın ortaya çıkışı ve seyri esnasında önemle ele alınması gereken bir faktördür (8-10). Etki mekanizması tam olarak bilinmese de MS'li hastaların tanı öncesi stresli durumları daha çok yaşadığı bulunmuş, tanı sonrasında ise stresli olaylar ile atak şikayetleri ve lezyon yükü arasında pozitif korelesyon tanımlanmıştır(14). Ülkemizde MS tanısı almış hastalara sağlık ekibi tarafından stresin hastalığın gidişatı üzerine olumsuz etkiler yarattığı hakkında bilgiler verilmekte, 'Stresten uzak durmalısın', 'Artık kafaya bir şey takmamalısın' gibi uyarılar yapılmakta, fakat bunu nasıl yapacağına ve etkili bir şekilde başaracağına dair bilgi paylaşımı, eğitim veya destekleyici programlar çoğu zaman sunulamamaktadır. Bu durum hastalarda strese karşı aşırı duyarlılık oluşturmakta, yoğun stres yaşadığı her durumda hastalığının ilerleyeceğine dair kaygı yaşamaktadır. Sonuç olarak hasta, stresin kaynağı olan durumu ve kişileri hastalığının ilerlemesi ya da atak yaşamasından sorumlu tutmaya başlamaktadır.

Hastanın ilişkilerini 'sıfır stressiz bir etkileşim' beklentisi ile yönetmesi, aile içinde yaşanan stresli olaylar sonrasında değer görmediği, sevilmediği gibi duygulara kapılmasına ve sosyal destek mekanizması olarak yakınlarını etkin kullanamamasına

yol açmaktadır. Hasta yakınlarının ise hem hastanın bakımıyla aldıkları yük, hem de ona stres yaşatmadan bir hayat sunma zorunluluğu algısı yorulmalarına, tükenmelerine ve hastadan uzaklaşma isteğine yol açabilmektedir (11). Yapılan bir çalışmada MS'li hastaların olumsuz yaşam olaylarının ve aile içi sorunlarının, sağlıklı bireylerden daha çok olduğu bulunmuştur (12).

MS hastalarının bu sorunlar ve artmış stres duyarlılığı ile etkili baş edebilmesi önem kazanmaktadır. Hastaların baş etme biçimlerini ve psikiyatrik semptomlarını inceleyen bir çalışmada, MS hastalarının kontrol grubuna göre sorun ve duygu odaklı baş etmeyi daha az kullandıkları ve daha çok depresif bulgular taşıdıkları bulunmuştur (13). Başka bir çalışmada ise sorun odaklı baş eden hastalarda, hastalığa ait lezyon yükü daha düşük bulunmuştur (14). Etkisiz baş etmeye ek olarak, düşen sosyal destek kullanımı ve olumsuz algılar da problemlerin çözümünde bireyi güçsüz bırakmakta ve psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (15). Hastalığın ilk yıllarında belirsizlikler ve bilgi eksikliği nedeniyle anksiyetenin, hastalık yılının artmasıyla birlikte engellenmeler de arttıkça depresyonun ön plana çıktığı görülmektedir (10,16-18,20). Genç hastalarda, fiziksel hasarı benzer olan yaşlı hastalara göre depresyon gelişme oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir(19). Depresyon, yorgunluk ve bilişsel kayıplar ile MS'in görünmeyen yansıması olarak adlandırılmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Aygünoğlu'nun (21) 84 MS hastası ile yaptığı çalışmada yorgunluğun, yeti yitimi ve depresyonla pozitif ilişkili olduğu saptanmış ve hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü gösterilmiştir.

Hastalığın semptomları, bu semptomlar ile ortaya çıkan psikososyal sorunlar, hastalığın tedavisi için kullanılan profilaktik ilaçların yan etkisi ve psikiyatrik bozukluklar nedeniyle hastaların yaşam kalitesi düşmektedir (22-24). Lobentaz ve arkadaşlarının (22) 504 MS hastası ile yaptığı çalışmada; MS hastalarının sağlıklı kontrollere göre yaşam kaliteleri düşük çıkmış ve yaşam kalitesinin düşmesini etkileyen faktörler arasında depresyon, özürlülük, yorgunluk ve uyku kalitesinde bozulma bulunmuştur. Yaşam kalitesi üzerine yapılan başka bir çalışmada da subjektif ve objektif faktörler tanımlanmıştır. Subjektif faktörler; hastanın semptomları algılama biçimi, egzersiz yapma durumu, kendilik algısı, ailesi/işi/sosyal



desteği/ekonomik düzeyi ile ilgili doyumunu ve genel sağlık algısı iken; objektif faktörler hastanın klinik olarak hastalığının durumu, sosyal statüsü, yaşam koşulları, sosyal etkileşiminin sıklığı ve yoğunluğu olarak tanımlanmıştır (23). Hastalığın doğası gereği objektif faktörlere kısıtlı müdahale edilebilirken, objektif faktörleri de algılamayı içeren subjektif faktörlerin sağlık ekibi tarafından ele alınması, bu alanları geliştirecek eğitim ve desteğin sunulması, hastanın yaşam kalitesini yükseltmede önemli katkı sağlayacaktır.

MS'de ortaya çıkan tüm bu sorunlarla mücadele edilebilmesi için hastanın hastalığına uyum sağlaması anahtar rol oynamaktadır. MS'le uyumlu yaşama süreci dinamik bir süreç olup, hasta uyum sağlamışken yeni bir semptom ya da yeti yitimi ile başa dönelebilmektedir (7,25,26,43). Bu süreçte hastaların; hastalığının her evresinde aralıksız olarak hizmet sunan, yakından gözleme, birlikte çalışma ve izleme olanağı olan hemşireler tarafından bütüncül bakış açısıyla ele alınmaları önem kazanmaktadır. Hemşirenin hastaya 7/24 bakım sunması ve sürekli hasta ile etkileşim içinde olması sayesinde hastanın tüm sorunlarını paylaşabileceği, ilk ulaşabileceği ve yardım isteyebileceği en yakın sağlık profesyoneli olma konumundadır. Bu gücünün ve rolünün farkında olan hemşire hastanın umudunu korumasını, otonomik olmasını, pozitif bakış açısı kazanmasını, stresle etkili baş etmesini sağlayacak ve hastalığa karşı güçlenmesini destekleyecektir (7).

Hastalığın rehabilitasyonunda yer alan ve uyumu kolaylaştıran önemli bir yöntem ise psikoeğitimidir. Grupla yapılan psikoeğitimde bilgi verilmesine ek olarak grup üyeleri arasındaki etkileşim ile hastalıkla uyum kolaylaşmaktadır (28). Literatür incelendiğinde MS'li hastalara uygulanan psikoeğitim ve grup müdahaleleri sonucunda ölçülen parametrelerde olumlu yönde önemli gelişim ve değişim sağlandığı görülmüştür (88-95). Grupla psikoeğitim uygulanması ile hastalar hasta olma, tedavi ve semptomları yönetme, kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duyguları açığa vurma ve anlaşılma duygusu hissetme konusunda birbirlerine destek olacaklardır. Ayrıca ortak amaçlar için bir araya gelmiş üyelere, rol modeli alma, hem kendilerinin hem de diğer grup üyelerinin sorunları üzerinde düşünme ve yardım edebilme olanağı sunarken, yeni davranışlar için değişim ve gelişim fırsatı da sağlamaktadır.

Bu bağlamda MS hastalarıyla yapılacak grupla psikoeğitim programları, hem hastalık hakkında gerekli bilgileri almayı, hem de grupla etkileşim yolu ile hastalığa uyum sağlamayı kolaylaştıracaktır (27,28).

Tüm bu bilgiler ışığında MS hastalarının hastalıkla ilgili biyopsikososyal sorunlarının çözümü için grupla psikoeğitim programının yapılması, hem alanda çalışanlara uygulamalarında yön verecek, hem de bu hizmeti alan hastaların hastalığa, hastalıkla ortaya çıkan semptomlara ve tedavi sürecine verdikleri tepkilerini ve uyumlarını pozitif yönde etkileyecektir. Sonuç olarak bu eğitim süreci ile hastaların hastalığa bakışının olumlu yönde değişmesi, gerek hastalık, gerekse yaşamın içindeki stresörlerle daha etkili baş etmeleri, belirsizliği etkin yöneterek, umudunu koruması, yaşam kalitesini yükseltecek sağlıklı yaşam davranışları kazanmaları ve hastalığına, aile, iş ve sosyal çevresine ve ilişkilerine karşı pozitif uyum geliştirmeleri kolaylaşacaktır.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma ile MS tanısı almış hastalara uygulanan grupla psikoeğitim programının hastaların stresle baş etme biçimleri, psikiyatrik belirtileri ve yaşam kaliteleri üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

Çalışmaya katılan MS tanısı almış hastalara uygulanacak grupla psikoeğitim programı sonrasında hastaların;

1. Stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı puanları son ölçüm ve izleme ölçümünde ilk ölçüm puanlarına göre artmış, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları azalacaktır.

2. KSE anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete alt ölçeği puanları son ölçüm ve izleme ölçümünde ilk ölçüme göre azalacaktır.

3. MSYKÖ-54'de fiziksel ve mental sağlık puanları son ölçüm ve izleme ölçümünde ilk ölçüm puanlarına göre artacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Multiple Skleroz (MS)

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 (30).

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 ve süreç skar doku oluşumu ile sonuçlanır. MS'te miyelin ve akson hasarına neden olan mekanizmanın otoimmün olaylar sonucu meydana geldiği varsayılmaktadır (55). Bu otoimmün olayları hangi sürecin başlattığı tam olarak bilinmemekte ve patolojik süreci enfeksiyonların, genetik ve çevresel bazı faktörlerin etkilediği düşünülmektedir (31). MS International Federation tarafından yayınlanan (2013) MS Atlas'ına göre ülkemizde MS görülme sıklığı 20-60/100 000 olduğu belirtilmektedir. MS tanısı dünya genelinde ortalama 30 yaş civarında alınmakta ve kadınlarda erkeklere kıyasla 2-3 kat daha fazla görülmektedir (3).

MS'in görülme sıklığının yanında, maliyeti de önem taşımaktadır. MS'in maliyeti yüksek bir hastalık olduğu ve şiddetine paralel olarak maliyetin değiştiği bilinmektedir. Kobelt ve arkadaşlarının (33) 2017 yılında Avrupa'da 16 ülkeden 16.808 hastayı dahil ettikleri maliyet araştırmasında hastalık şiddetine göre MS'in yıllık maliyeti hesaplanmıştır. Klinik şiddeti hafif olan hastalarda hasta başına yıllık ortalama maliyet 22.000 Euro, orta şiddetli hastalarda 37.100 Euro, şiddetli hastalarda ise 57.500 Eurodur. Çalışmada maliyete ek olarak MS'in bireyin çalışma kapasitesini %10'a kadar düşürebildiği, yorgunluk ve bilişsel sorunların ayrı ayrı olarak çalışma yaşamını olumsuz etkilediği de bulunmuştur.

### 2.2. Multiple Skleroz Tanısı Almak

Hastalık deneyimi, her insan için kaçınılmaz bir olgudur. Hastalık halinde kişilerin günlük yaşam dengeleri bozulmakta ve bir engellenme ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Akut hastalıklarda iyileşmeler ile birlikte bu süreç geçici olabilirken, kronik hastalıklarda dengenin tekrar sağlanması zaman almakta ve büyük çaba

gerektirmektedir. Özellikle MS gibi nadir görülen ve ilerleyici sakatlıklara yol açan kronik bir hastalıkta hastalığın yeterince tanınmaması, hastalığın bir ceza olarak algılanması ve hastalığa yönelik stigmanın olması gibi durumlar dengenin tekrar sağlanma sürecini daha da zorlaştırmaktadır. Hastalık da yeti yitiminin artması ile stigmanın arttığı ve fonksiyonelliğin düştüğü bilimsel olarak ortaya konmuştur (34).

MS, bireylerin fiziksel, duygusal, sosyal, seksüel, ekonomik ve spiritüel alanlarını olumsuz etkilemekte ve bireyler için hoş gitmeyen, korkutucu, bağımlı kalma ve tekerlekli sandalyeye oturma gibi sonuçları olan bir hastalık olarak algılanabilmektedir. MS tanısı alan bireyler; şok, inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme tepkileri vermekte (35) ve bu tepkilerin sağlıklı atlatılması hastalığa uyum sağlama sürecinde önem taşımaktadır. Birey MS olduğunu ilk öğrendiğinde ne diyeceğini, nasıl davranacağını bilemeyecek kadar şaşkınlık içinde olabilmekte, bu şok halinin yerini daha sonra hastalık yokmuş, tanı yanlış koyulmuş gibi davranma hali alabilmektedir. Hasta bu dönemde hastalık tanısı için başka hekimlere gitme ya da tedaviyi hiç kullanmama gibi davranışlar gösterebilmektedir. Daha sonra bireylerde 'Neden ben?' sorusu ile öfke, gerginlik ve suçluluk duyguları hakim olmaya başlamaktadır. Öfke hali giderek yerini pazarlık yapmaya bırakmakta ve 'tedavimi olursam, MS'ten ne kadar korunurum?' gibi sorgulamalar yapılmaktadır. Bu aşamalarda gereken müdahaleler yapılmazsa bireyde içe dönüklük ve depresyon ortaya çıkabilmektedir. Bu da bireyin içinde bulunduğu durumu, olayları algılamasını, MS'in seyrini, tedavi sürecini, bireyin mücadele etme gücünü ve yeniden yapılanmasını olumsuz etkilemektedir.

Özellikle MS'in nedeni bilinmeyen bir hastalık olması ile tanı sonrası bireyler geçmişe gitmekte ve olumsuz yaşam deneyimlerini tekrar değerlendirerek, hastalığın ortaya çıkmasına gerekçeler aramaktadır. Bu durum da yakın ilişkiler kurduğu kişilerle öfke, suçluluk gibi yoğun duygularla etkileşime girmesine ve aile içi sorunların artmasına yol açmaktadır (36,37). Hastaya tanı aldığı ilk andan itibaren verdiği tepkilerini tanıması, hastalığa ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi, hastalığa yüklediği anlamı fark etmesi ve gereksindiği desteğin sunulması bu sürecin sağlıklı bir şekilde atlatılmasını ve uyum sağlanmasını kolaylaştıracaktır.

### **2.3. Multiple Skleroz'da Kullanılan Tedavi Yöntemleri**

MS'in kesin tedavisi bulunmamaktadır. Bu bağlamda MS'te kullanılan tedavi yöntemleri akut atak belirtilerini ve hastalıkla ortaya çıkan semptomları azaltmaya ya da tamamen ortadan kaldırmaya yönelik tedavileri ve hastalık seyrini yavaşlatmaya yönelik profilaktik tedavileri kapsayan; akut atak tedavisi, semptomatik tedaviler ve profilaktik tedaviler olarak üç ana başlıkta incelenmektedir (38-42).

Sağlık ekibinin hastanın atak şikayetleri ya da rutin kontroller için hastaneye yaptığı başvurularda hastayı bütüncül olarak değerlendirmesi, gereksindiği bilgi ve ilaç desteğinin sağlanması, varsa kullandığı tedavilere ilişkin memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesi ve sorunlarına yönelik etkin çözüm önerilerinin sunulması esastır.

### **2.4. Multiple Sklerozda Hemşirelik Bakımı**

MS'li hasta hastalığının her evresinde hemşirelik bakımına, onun ilgi ve desteğine ihtiyaç duymaktadır. Hemşirenin, hastalık nedeniyle bozulan dengenin düzeltilmesinde önemli sorumlulukları bulunmakta olup, bu süreç; akut atak tedavisinin etkin yönetilmesinden, hastanın hastalığına uyum sağlamasını ve güçlenmesini hedefleyen geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Hemşireler, bütüncül bakış açısıyla MS'li hastanın fiziksel, ruhsal ve emosyonel iyiliğinin devamını sağlayarak, atak dönemlerinin minimal düzeyde hasarla atlatılması, hastalıkla birlikte ortaya çıkan semptomların etkin yönetilmesi ve baş etme becerilerinin geliştirilmesi konularında hastalara bilgi, eğitim ve danışmanlık vermelidir (7,38,43).

Hemşirelik girişimlerinde hastanın primer bakım ihtiyaçlarına ek olarak, hasta ve ailesinin umudunu koruması, bilinmeyen geleceğe dair kaygı yaşamaktan çok 'şimdi ve burada' ya odaklanmaları ve otonomik olmaları desteklenmelidir. MS tedavisindeki yeni gelişmeler sonucunda hasta ihtiyaçları değişmiş/artmış ve bu durum sunulan bakımın kapsamını da genişletmiştir. MS'te hemşirelik bakımı; akut bakımı, semptom yönetimini, rehabilitasyon sürecini ve hasta eğitimini içermektedir.

### 2.4.1. Akut Hasta Bakımı

Akut hasta bakımında ilk adım, atak şikayetleri ile hastaneye başvuran hastadan alınan öykü olup, tüm tedavinin planlamasına yön tutacak bilgiler hemşireler tarafından toplanmalıdır. Atak şikayetlerinin ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü, şiddeti, yaygınlığı ve vücuttaki enfeksiyon bulgularının varlığı dikkatle ele alınarak, bilgiler sağlık ekibi ile paylaşılmalı ve yalancı ataklar dışlanmalıdır. Bu konuda hastanın öz-yeterliği de geliştirilmeli ve atak dönemlerinin tanınması için gerekli bilgi desteği sunulmalı, gereksiz kaygı yaşamaları ve hastane başvuruları önlenmelidir (39,40).

Akut atak yaşadığı kesinleşen hastalara, atağın şiddetine göre streiod tedavisi uygulanmaktadır. Bu süreçte hastayı en yakından gözlemlene fırsatı bulunan hemşirenin, hastayı tedavinin etkinliği, olası yan etkiler açısından değerlendirmesi, hasta ve yakınlarına yan etki insidansını düşüren diyet, sıvı tüketimi gibi konularda eğitim vermesi gereklidir (42).

### 2.4.2. Semptom Yönetimi

MS'te sklerotik plakların bulunduğu alanlara bağlı olarak hastalarda yorgunluktan, cinsel sorunlara kadar pek çok semptom ortaya çıkabilmektedir. Semptomlar bazı durumlarda sadece atak dönemlerinde görülürken, hastalık ilerledikçe kalıcı olabilmekte, hastanın işlevselliğini olumsuz etkileyerek hasta ve yakınlarının yeni sorunlarla karşı karşı kalmalarına neden olmaktadır (44).

Hemşireler hastanın yaşadığı semptomu değerlendirerek, o semptomu özgü multidisipliner bir çözüm üretmeli ve hastanın da katıldığı bir semptom yönetimi programı hazırlamalıdır. Temel olarak semptom yönetimi aşağıdaki başlıklar altında toplanmaktadır.

- Yorgunlukla Mücadele Etme (45,46)
- Fiziksel Hareketliliğin Sürdürülmesi (47,53)
- Kas Spazmının (Spasite) Azaltılması (44,49)
- Ağrının Giderilmesi (48,49)
- Barsak ve Mesane Fonksiyonlarının Düzenlenmesi (47, 49).

- Bilişsel Fonksiyonların İyileştirilmesi (49,50).
- Cinsel Yaşamın Düzenlenmesi (41,42,49).

### 2.4.3. Rehabilitasyon Süreci

MS'te rehabilitasyonun amacı hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal hayatını en iyi düzeyde sürdürmesini, fiziksel yetersizlikleri ile uyum içinde yaşam amaçlarını gerçekleştirmeye devam etmesi ve kaliteli bir yaşam sürmesini sağlamaktır (51). MS hastalarının tanı sonrası 15-20 yıl içinde %50'sinin yürüme için yardıma ihtiyaç duyduğu, 25 yıl içinde %50'sinin yürüyemediği saptanmıştır (52). Yürüme güçlüğü ile hastaların öz-etkiliği araştırılmış ve yürüme güçlüğü arttıkça, hastaların öz-etkiliğinin düştüğü bulunmuştur (53). Günümüzde MS'in kesin olarak tedavi edilemediği düşünüldüğünde, rehabilitasyonun önemi daha da artmaktadır.

Eğitim ve danışmanlık konuları hastanın ihtiyaçlarına göre değişmekte olup; hastanın gereksindiği bilginin verilmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi, sedanter yaşamın engellenmesi, yaralanmanın önlenmesi, barsak ve mesane kontrolünün sağlanması, bilişsel fonksiyonların iyileştirilmesi, cinsel yaşama adaptasyonun sağlanması, stresle yönetimi, baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve genel olarak hastalıkla uyumlu yaşamaya yöneliktir. MS'te rehabilitasyon sürecinde hemşirenin hastaya yeni düzey fonksiyonlara adaptasyon sağlayabilmesi için eğitim ve danışmanlık sağlaması gerekmektedir (51). Hastalığa yönelik semptomatik destek kadar, hastalıkla birlikte artan stres yükünü de dengeleyecek yeni beceriler kazandırılması da hemşirenin eğitim ve danışmanlık rolünde yer almaktadır.

## 2.5. Stres ve Multiple Skleroz'da Stres Yönetimi

### 2.5.1. Stresle Barışmak

Stres yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır. Stres kavramını ilk kez Kanadalı fizyolog Dr. Hans Selye tanımlamış ve "*vücudun herhangi bir dış talebe verdiği özel olmayan tepkidir*" şeklinde açıklamıştır (54). Stres, bireyin kendi iç dünyası ya da dış dünya ile etkileşimi sonucunda ortaya çıkan, orta düzeyde olduğunda bireysel gelişime, işlevselliği arttırmaya yardımcı olurken, aşırı düzeyde olduğunda

performansı olumsuz etkileyen, tükenmeye ve yok olmaya yol açabilen bir durum olarak tanımlanmaktadır (55).

Stresin, MS'in ortaya çıkışı ve seyri üzerinde etkili olduğu araştırmalarla ortaya konmuştur (8-10,56). Stresli yaşam olayları ve hastalık atakları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada stresli yaşam olayları ve ataklar arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır (56). MS hastalarının hastalık sürecinde yaşadığı belirsizlik ve kaygı, strese duyarlılığını artırmakta ve hastalıkla birlikte ortaya çıkan yeni stres kaynakları oluşturmaktadır. Sağlık ekibi tarafından hastalıkla mücadelede stresten uzak durmanın tavsiye edilmesi, fakat stresle etkin baş etmeye yönelik eğitim ya da destekleyici programların yaygın olarak sunulmaması hastanın stresten korkmasına ve her stresli durumu hastalık ilerleyişine neden olarak algılamaya başlamasına yol açmaktadır (57).

Bu nedenle stresi yok etmek ya da sıfır stressiz bir hayat hayal etmek yerine hastaların stresle barışmalarını, stresin yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğunu, stresin etkin yönetildiğinde gelişim/ değişim için fırsat sunduğunu fark etmelerini sağlayan ve stresin olumlu yönlerine odaklayan bir bakış açısı kazandırmak gereklidir. İlk olarak hastaların hali hazırda kullandıkları stresle baş etme biçimlerinin değerlendirilmesi ve sorunlu alanların desteklenmesi önem kazanmaktadır. Stresle baş etmede öncelikli olarak hastanın strese verdiği tepkileri tanıması faydalı olacaktır.

### **2.5.2. Stresle Baş Etme Teknikleri: Stresi Algılama Biçimini Tanımak**

MS tanısı almış hastaların hastalıkla ilgili deneyimleri ve stres verici olayları algılaması, yorumlaması ve bunlara verdiği anlam; hastanın yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, cinsiyeti gibi kişisel özellikleri, manevi eğilimleri, inanışları, tercihleri, beklentileri ve içinde yetiştiği kültür gibi özelliklerden etkilenmektedir. Olaylara verilen anlamlar, bu anlam sonrasında ortaya çıkan duygu ve davranışlar, o olaya ilişkin düşünce ve inançlarımızdan etkilenmektedir. Bilişsel teoriye göre çocukluk çağında yaşanan bazı deneyimler, düşünce ve inanç sisteminin temellerini yani



şemaları oluşturur. Bu şemalar bireylerin ileri yaşamlarındaki kendilik ve yaşadıklarına ilişkin algılarını biçimlendirmede önemli rol oynar (58).

Stresli durumlarda ortaya çıkan otomatik düşünceler (bilişsel çarpıtmalar), o durum sonrasındaki olumsuz duyguların ve davranışların nedenidir ve bu otomatik düşünceler bazen aşırı çarpıtılmış ya da gerçek dışı düşünceler de olabilmektedir.

Bu çarpıtılmış otomatik düşüncelerin bazılarını örneklerle açıklamak gerekirse;

- Zihin okuma; 'Beni MS olduğum için terk etti.'
- Felaketleştirme; 'Atak geçiriyorum, kesinlikle sakat kalacağım.'
- Kişiselleştirme; 'Bu hastalık benim hatalarım yüzünden bana geldi.'
- -Meli,-malı tarzında düşünme; 'MS olduğumu saklamalıyım, yoksa evlenemem.'
- Ya hep, ya hiç; 'Hiç atak geçirmezsem, MS beni etkilemez.'
- Etiketleme; 'MS sakat bırakan bir hastalık, benim sonumda tekerlekli sandalye.'
- Aşırı genelleme; 'MS olanlar, hep iyi insanlar.'

Hastanın desteklenmesindeki amaç, katılmış otomatik düşünce biçimlerini esnetmek ve ona alternatifli düşünmeyi öğretmektir. Otomatik düşüncelerdeki değişimle rahatsızlık verici ve hoş olmayan duygusal tepkilerin ve davranışların değişmesi sağlanabilir. Örneğin; 'Hiç atak geçirmezsem, MS beni etkilemez.' diyen 'ya hep, ya hiç düşünce' tarzında olan bir hastaya, alternatif olarak 'MS'te atak geçirsem de şikayetlerim düzelebilir. Atak hastalığın doğasında olan, baş edilebilir bir durumdur.' şeklinde bir düşünce tarzı geliştirmek, hastanın atak dönemlerini daha rahat şekilde yönetmesini sağlayacaktır. Foley ve arkadaşlarının (59) 40 MS hastası ile gerçekleştirdiği çalışmada deney grubuna Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) temelli stres yönetimi ve derin gevşeme egzersizlerini uygulamış, kontrol grubuna ise rutin klinik takibi gerçekleştirmiştir. 5 haftanın sonunda deney grubundaki hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri anlamlı şekilde azalmış ve problem odaklı baş etme düzeylerinde ise yükselme olduğu saptanmıştır.

### 2.5.3. Multiple Skleroz'lu Hastaların Baş Etme Biçimleri

Hastalığın başlangıcında tanının öğrenilmesiyle ortaya çıkan akut stres, zaman içinde kronik strese dönüşebilir ya da kişi için var olan stres kaynaklarının gücünü ve etkisini daha fazla hissettirebilir. MS tanısı almış birey için pek çok stres verici durum tanımlanabilir. Hasta, kronik- ilerleyici bir hastalığa sahip olmak, bu hastalığa yönelik uygun tedaviye karar vermek, tedavilerin olası yan etkileri ile baş edebilmek, hastalıkla ortaya çıkan semptomları ve gelecek kaygısını yönetebilmek gibi hastalığın getirdiği yeni sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunlar hastanın kişilerarası ilişkilerini de etkilemekte, özellikle yakın aile üyeleri ile etkileşimi, onlardan beklediği destek ve ailenin sunduğu desteğin düzeyi, iş yaşamı ve sosyal faaliyetlere katılımı, mesleki doyumu gibi alanlarda da stresörlerle karşı karşıya kalmaktadır. Hastalıkla birlikte ortaya çıkan tüm bu stresörler etkin yönetilemezse, bu durum negatif bir sarmala dönüşmekte ve stresli durumlar artarak devam edebilmektedir.

Stres durumunda hasta, daha önce de bahsedildiği gibi ilk olarak durumu bilişsel olarak (Olay- İnançlar- Duygu/Davranış) değerlendirir. İkinci değerlendirme ise stresörü ele alıp, stresli durumu nasıl çözeceğine dair bir sorgulama yapması ve uygun baş etmeyi seçmesidir. Bu süreçler sonunda hastalar aynı stresli durum karşısında, benzer ya da farklı baş etme biçimleri kullanabilirler.

Baş etme biçimleri aktif/ pasif, işlevsel/ işlevsel olmayan, sorun/ duygu odaklı gibi farklı başlıklar altında ifade edilse de; temelde kastedilen stres verici durumun çözümünde kullanılan yöntemlerin pozitif ve farklı sorunlara yol açmayan biçimde olması ya da sorunu gerçek manada çözemeyen ve yeni sorunlar ortaya çıkaran yöntemler içermesidir (60). Stresle baş etmede önemli olan stresörün değerlendirilmesi ve değiştirilebilir ya da değiştirilemez stres kaynağı oluşuna göre işlevsel baş etmelerin kullanılması olduğu vurgulanmaktadır. Bu bağlamda baş etme biçimlerini sorun ve duygu odaklı olarak ele alırsak; sorun odaklı baş etmede birey, stres yaratan durum üzerine yoğunlaşılır, durumu pozitif yönde yeniden yorumlar ve durumu değiştirmek için problem çözme tekniklerini kullanır. Duygu odaklı baş etme de ise bireyin değiştiremeyeceği stres kaynağına yönelik duygularını ortaya koyduğu,

gerilimi azaltma yönünde kullandığı yöntemler yer almaktadır. Sonuç olarak stresli durumun değerlendirmesinin yapılarak her iki baş etmenin de birlikte kullanılması tavsiye edilmektedir (55,60).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada MS hastalarının baş etme biçimleri değerlendirilmiş, sağlık ekibinden sosyal destek aldığını ifade eden hasta grubunun kendine güvenli ve iyimser yaklaşım gibi sorun odaklı yaklaşımları daha fazla kullandıkları ve daha az psikiyatrik belirti taşıdıkları saptanmıştır (69). Yine ülkemizde 85 hasta ile yapılan başka bir çalışmada ise MS ile uyum sağlama düzeyinin %45 olduğu, uyumun bireyin etkili baş etme düzeyi ile pozitif ilişkili olduğu, sosyal destek arama ve sorun odaklı baş etme düştükçe uyumun da düştüğü ortaya çıkmıştır (61). Bu bağlamda hastalığa uyumu kolaylaştıracak sorun ve duygu odaklı başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi önem kazanmakta ve hemşirenin hastaya bu bakış açısını kazanmada rehber olması gerekmektedir.

Sorun odaklı baş etme stratejileri;

- Zaman yönetimi (55,62)
- Kendini gözlemlenme (58,64).
- Sorun/problem çözme (64)

Duygu odaklı baş etme stratejileri;

- Gevşeme teknikleri ve nefes egzersizleri (54,55).
- Beslenme ve Uygunun Düzenlenmesi (66)
- Sosyal Destek (55,67)
- Mizahın kullanımı (70) olarak özetlenebilir.

## **2.6. Multiple Skleroz'da Ortaya Çıkan Psikiyatrik Belirtiler**

Geçmişten günümüze MS'de psikiyatrik belirtiler yaygın olarak görülmekte olup, 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 (71). Depresyon, düşen yaşam kalitesi, öngörülmez hastalık seyri, hastalıkla birlikte ortaya çıkan yeni semptomlar,

yorgunluk, bilişsel sorunlar, sosyal destek yetersizliği, olumsuz bakış açısı ve iş/kariyer kaybı ile bağlantılı bulunmuştur (17,71).

Yapılan çalışmalarda MS'te depresyondan sonra en yaygın görülen psikiyatrik bozukluk anksiyetedir (72). Anksiyete nedenleri olarak iç görüsü olan hastaların kendi fiziksel, mental ve fonksiyonel kayıplarını fark etmesi, çevreden gelen uyarıların yeterli değerlendirilememesi, etkisiz baş etme, sosyal kayıplar, yalnızlık, hastalık prognozundaki belirsizlikler olarak sıralanmaktadır.

Birçok psikiyatrik belirtinin ortaya çıkışında içe kapanma, etkisiz bireysel baş etme ve düşük benlik saygısı etkili bulunmuştur. Hastanın tanı aldığı ilk andan itibaren yeti yitiminden bağımsız olarak psikiyatrik belirtiler açısından risk grubu olarak ele alınması (69), gereksindiği bilginin paylaşılması, sorun ve duygu odaklı baş etmelerinin geliştirilmesi, hasta birey ve ailesinin hastalığa uyum sağlaması önemlidir. Hastaların ortaya çıkan psikiyatrik problemlerde önerilen farmakolojik ajanları kullanmasında da aksamalar yaşanmakta, hastalar tedavileri gerekli bulmadıkları ya da stigma endişesi ile kullanmamakta ya da tedavilerini tamamlamadan ilaç kullanımını bırakmaktadır(7). İlaç tedavilerine uyum, hemşirenin sorumluluğunda olup, hastanın bu konuda bilgilendirilmesi ve yanlış inançlarının düzeltilmesi gereklidir.

Ayrıca MS hastalarını geçmişi sorgulamaktan alıp, 'şimdi ve burada' ya odaklamak, otomatik düşüncelerini fark etmelerini sağlamak, hastalık sürecinde kendine ve çevresine ilişkin olumsuz yüklemelerini fark ettirmek gereklidir. Bilişsel üçlü olarak tanımlanan ve hastanın kendi, deneyimleri (dünya) ve gelecekle ilgili olumsuz bakış açısı ve yorumlamalarını fark ettirmek ve alternatif bakış açısı geliştirerek bu olumsuz yüklemeleri azaltmak özellikle depresif semptomların tedavisinde faydalıdır (58,64). Temel olarak hastanın hastalıkla uyum içinde yaşamaya devam etmesini sağlayan her strateji, psikiyatrik belirtilerin kısa ve uzun vadede ortaya çıkmasını engellemede faydalı olacaktır.

## 2.7. Multiple Skleroz'da Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi bir öz değerlendirme süreci olup; kişinin, fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, beklenti ve hedefleri, öngördüğü hayat standartları, özgürlük düzeyi, sosyal ilişkileri ve yaşamsal kaygıları ile bağlantılı olarak şekillenen karmaşık bir süreçtir (73).

Klinik seyri oldukça geniş bir yelpazeye sahip MS'i yaşayan hastalar, hastalık kaynaklı semptomlar nedeni ile hastalığın ilk yıllarında atak dönemlerinde, hastalık ilerledikçe sürekli olarak yaşam kalitesinin düşme riski ile karşı karşıya kalırlar. Hastalık kaynaklı semptomlara ve geri dönüşsüz yeti yitimine ek olarak, artan hastane ve bakım masrafları, işsizlik, statü ve kariyer kaybı, artan aile içi sorunlar ile eş kaybı gibi sosyal sorunlar sağlık kaybı kadar hastanın yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Yine hastalık kaynaklı organik bozukluklar, olumsuz bakış açısı, düşük benlik saygısı ve etkisiz baş etme sonucu ortaya çıkan psikiyatrik belirtiler de yaşam kalitesini bozan önemli bir faktör olmaktadır (74). Psikiyatrik bozukluklar ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bazı çalışmalarda, yeti yitimine yol açan farklı kronik nörolojik ve nörolojik olmayan hastalar ile MS'li hastaları karşılaştırılmış ve MS'li hastalarda depresyonun daha yüksek düzeyde, yaşam kalitesinin ise daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (99,100).

MS, stigma kaynaklı sosyal hayattan çekilmeye, artan yeti yitimi ile günlük aktiviteleri yalnız başına yapamamaya ve bağımlı kalma korkusu, psikiyatrik semptomlar ile duygusal iyilik halinin bozulmasına yol açmakta ve bu durum yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Yaşam kalitesi ve yeti yitimi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda yaşam kalitesinin sadece yeti yitimi ile ilişkili olmadığını, özellikle depresyonun varlığı, sosyal destek yetersizliği, düşük eğitim düzeyi, iş yaşamında olumsuzlukların artması, yorgunluğun varlığı ile de ilişkili olduğu vurgulanmıştır (75,76). Chen ve arkadaşları (77) depresyon varlığının özellikle araştırılması gerektiğini, depresyonun özellikle yaşam kalitesinin ruhsal algı boyutunda belirleyici olduğunu saptamışlardır.

Yukarıdaki bilgiler ışığında sağlık ekibi MS tanısı almış hastaların hastalığın her evresinde, özürülükten bağımsız olarak yaşam kalitesinin düşmesi açısından risk

taşıdığı bilinmeli, hastanın yaşadığı fiziksel ve ruhsal semptomların yönetimi için destek sunulmalı, hastalığın olumsuz etkilerini azaltacak ve hastanın fonksiyonelliğini koruyacak hastalıkla uyumlu yaşama bilgi ve becerini hastaya kazandırmalıdır.

Bir hastalık sonucu düşen yaşam kalitesini yükseltmenin en temel yolu o hastalığı tedavi etmektir, ancak MS'in günümüzde kesin tedavisi bulunmamaktadır. Hastalığın ilerleyici seyrini durdurmaya ya da yavaşlatmaya yönelik profilaktik tedaviler ve semptom yönetimi için bazı tedaviler bulunsa da, bu tedaviler yaşam kalitesini düşüren hastalık bulgularını ve yeti yitimini tamamen ortadan kaldıramamaktadır (75). Bu tedavilerin kullanılması sonucu ortaya çıkan olası yan etkiler de yaşam kalitesinin düşmesine ek katkı sağlamaktadır. Bu nedenle sağlık ekibi hastalığın kesin tedavisini sağlayacak çalışmaları yürütürken, bir taraftan da MS'li hastaların yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik çalışmaları yapmalıdır (75,76).

## **2.8. Multiple Skleroz'da Psikoeğitim**

MS'li hastanın bakımını yürüten hemşirenin, hastalıkla beş etme becerilerini hastaya kazandırması için gerekli önemli sorumluluklarından biri de eğitim sorumluluğudur. Her hastanın hastalık tutulumu farklı bölgelerde olduğu için ve hastalık ilerledikçe yeni tutulumlar ile yeni semptomlar eklenebildiği için hastaların gereksindiği bilgi ihtiyacı değişken olabilmekte ve yıllar geçse de hastalar hastalığı yönetmede güçlükler yaşayabilmektedir. MS'li hastaların bilgi ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada hastaların %46.2'sinin hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları saptanmış ve MS hastalarının bilgi ihtiyacını giderecek eğitim ve seminerlerin artırılması gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır (79).

Hastaların gereksindiği bilgiyi hasta yoğunluğu nedeniyle yeterli zaman ayırlamaması, hekime/ hemşireye soru sormaya çekinme ya da unutmaya gibi sorunlar nedeniyle sağlık ekibinden karşılayamadığı durumlar olmakta ve bu ihtiyacı farklı kaynaklardan gidermeye çalışmaktadırlar. Günümüzde özellikle internet yoluyla ya da sosyal medyayı kullanarak hastalar, güvenilirliği ve doğruluğu kanıtlanmamış pek çok bilgiye ulaşmakta, edindikleri bazı yanlış bilgiler hastanın anksiyetesini daha da

arttırabilmektedir. Bu bağlamda hastalara hastalıkları hakkında bilgi vermek kadar, hastanın ne bildiğini ve bu bilgiyi nereden edindiğini de araştırmak, bunu sağlayacak güven ilişkisini oluşturmak da hemşirenin sorumluluklarındandır (7). Bu sayede yanlış inançlarına ve olumsuz yüklemelerine müdahale edilebilecek ve hastanın hastalığına uyum sağlaması desteklenecektir(38,78).

MS'li hastalara hastalığın ortaya çıkışı ve etki mekanizması, kronik hastalığa verilen tepkiler, enfeksiyondan korunmanın önemi ve atak tetikleyiciler, uygun beslenme ve egzersiz seçimi, düzenli sağlık kontrollerinin önemi, profilaktik tedavi seçenekleri, güncel bilimsel çalışmalar ve tedaviler, erken ve malulen emeklilik prosedürleri, sosyal destek mekanizmaları, etkili iletişim teknikleri, belirsizliği yönetme ve stres yönetimi gibi konularda eğitim fırsatlarının sunulması faydalı olabilmektedir (7,43).

Bu hastalara hastalıkla birlikte ortaya çıkan problemleri çözmek için gerekli yeni beceriler kazandırmada en etkili yöntemlerden biri psikoeğitimidir. Hastalığa uyum sağlama amacıyla yapılan biyopsikososyal modele dayanan psikoeğitim, yaşam kalitesini yükseltmede, hastalığa verilen tepkileri tanımada, hastalıkla birlikte ortaya çıkan değişikliklerle baş etmede gereken bilgileri sağlayan bir yöntem ve "hastalığı hakkında bilgi edinme hakkını" içeren bir girişimdir (27). Psikoeğitimler bireysel ya da grup müdahalesi şeklinde uygulanabilir. Psikoeğitim grupları, eğitim boyutu kadar beceri geliştirmeyi de hedefleyen bir grup türü olarak tanımlanmakta ve özellikle sorunları "önleme" ye odaklanmaktadır. Bilgi verme önceliği olsa da üyelerin birbiriyle etkileşimini de önemsemektedir (28). Psikoeğitim gruplarında problem çözme, stresle baş etme, karar verme ve iletişim becerileri gibi "grup temelli eğitim ve gelişim stratejileri" kullanılır. Hedeflenen beceriler öğretilirken aynı zamanda grupta yapılması nedeniyle hasta olma, tedavi ve semptomları yönetme, kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duyguları açığa vurma ve anlaşılma duygusu hissetme konusunda grup üyelerinin birbirlerine destek olmaları sağlanır.

Literatür incelendiğinde MS hastalarına psikoeğitimi de içeren farklı tasarımlarda grupta uygulanan çalışmalar bulunmaktadır (91-95). Yapılan bir çalışmada MS'li hastalara stres yönetimi için psikoeğitim programı uygulanmış,

psikoeğitimin yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluşa etkisini değerlendirmiştir. Çalışmaya katılan 43 hasta müdahale grubu, 11 hasta da kontrol grubunda yer almış ve ölçümler psikoeğitim öncesi ve sonrasında olacak şekilde uygulanmıştır. Psikoeğitim programında depresyon, anksiyete, yorgunluk, stres, bilişsel sorunlar ve sosyal destek konuları ele alınmış, 90 dakikalık seanslar ile 10 hafta boyunca hastaların yaşam kalitelerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Psikoeğitim seanslarının 30 dakikasında eğitim verilmiş, sonrasında ise interaktif olarak grup üyelerinin kendilerini ifade etmesi ve grup etkileşimi desteklenmiştir. Çalışma sonunda hastaların depresyon, anksiyete, genel ruh sağlığı, algılanan stres ve ağrı düzeylerinde anlamlı düzeyde değişim ortaya çıkmıştır (80).

### **2.9. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Multiple Skleroz'da Rolü**

Hastalık ve sağlık kavramları birbirleriyle iç içe, yaşam içinde döngüsel olarak önceliğe ve öneme sahip olabilen kavramlardır. Sağlık; bireyin fiziksel, mental ve sosyal olarak iyilik hali olup, hastalık durumunda en az bu boyutlardan birinin bozulması söz konusudur. Hastalık halinde bireyde pek çok yakınma olabilmekte, bu durum bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve emosyonel boyutlarını olumsuz etkilemekte, bireyde kimlik ve varoluş krizi yaratabilmektedir (98). Hastalık sürecinde bireyin fiziksel ve ruhsal yakınmalarının bir bütün olduğu ve birlikte ele alınması ya da başka bir deyişle bir diğerinin ihmal edilmemesi gerektiği anlayışı biyopsikososyal anlayışın temelini oluşturmaktadır (81).

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) biyopsikososyal anlayışı tüm tıbbi uygulamalarda hayata geçirmeyi, fiziksel ve ruhsal bakım/ tedaviyi bütünleştirmeyi ve genel hastane uygulamalarında hastaların gereksindiği psikiyatrik tedavi ve bakımın sunulmasını hedefler (82). KLP hemşiresi ise gerçek/potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık hizmetlerine başvuran hastanın tanısından, rehabilitasyonuna kadar uzanan süreçte hastaya hizmet sunmakta, klinikteki hemşirelerin psikiyatrik tıp kapsamında eğitimlerini sağlamakta ve bu alanda araştırmalar yapmakta olan, psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanıdır



(80,81). 2011 yılında yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinde KLP hemşiresinin rol ve sorumlulukları içerisinde, 'fiziksel sağlıkta bozukluğu olan hastaların psikiyatrik ve psikososyal bakımındaki görevleri' açıklanmıştır. Bu sayede KLP hemşiresinin mortalite ve morbiditeyi azalttığı ve iyilik halini arttırdığı vurgulanmaktadır (97).

MS bireylerin yaşamını çok boyutlu etkileyebilmekte, fiziksel kısıtlanmaya ve hastalık semptomlarına ek olarak, psikiyatrik ve psikososyal sorunu da beraberinde getirmektedir. Sağlık ekibi ve hemşireler tarafından bu sorunların erken dönemde tanınması, tedavi edilmesi ve ortaya çıkmasının önlenmesini sağlayacak ve hastalıkla etkili baş etmeyi destekleyecek, bütüncül bakış açısı ile ele alınmaları önem kazanmaktadır (7,82).

KLP hemşireliği ile MS'i yaşayan hasta ve hasta yakınlarına sunulan bakımda; fiziksel her sorunun psikolojik boyutlarının var olacağı bilinerek bütüncül bakımın verilmesi, hastalığın subjektif bir algı olduğu ve her birey için ayrı anlamlar ifade edebileceği bilinerek standart bakım yerine hastaya özgü bakım sunulması ön plana çıkacaktır. Bu sayede hasta ve yakınlarının hastalığa dair farkındalığı ve otonomisi gelişecek, psikiyatrik sorunların ortaya çıkması önlenecik veya erken dönemde tanınıp, tedavi edilmesi sağlanacak, hastanın işlevselliği artacak, aile ve sosyal çevresi ile doyumlu ilişkiler yaşayacak, baş etme becerileri ve hastalığa uyumu artacak ve sonuç olarak bireyler hastalığa karşı güçlenecektir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, kesin MS tanısı almış bireylere uygulanan psikoeğitim programının etkisini değerlendirmek amacı ile ön test, son test ve üç ay sonra izlem desenli kontrol gruplu bir müdahale çalışması olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi'nde gerçekleştirilmiştir. Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi, Ankara ve çevre illerde yaşayan MS hasta ve yakınlarını hastalıkla ilgili bilgilendirme, destekleme ve sosyal aktiviteler yolu ile paylaşımlarını arttırmak amacı ile 1994 yılından beri hizmet sunmaktadır. 477 MS hastası derneğe üye olup bu hastalardan; 321'i Ankara büyükşehir belediyesi sınırları içerisinde, 34'ü Ankara büyükşehir belediyesi sınırları dışında ikamet etmekte, 122 hasta ise Ankara dışındaki illerde ikamet etmektedir. Dernek konum olarak merkezi bir semtte bulunmakta olup, toplantılar için uygun bir salonu mevcuttur. Dernek haftada bir gün (Pazartesi günü) kapalı olmakta, haftanın diğer günleri 10.00- 17.00 saatleri arasında hizmet sunmaktadır. Dernek tarafından MS'te uzmanlaşmış hekim ve psikologların katılımı ile, hasta gereksinimleri doğrultusunda ayda bir kez gerçekleşen bilimsel toplantılar düzenlenmekte, her hafta sonu fizyoterapi ve Yoga seansları uygulanmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Ankara Büyükşehir Belediye ili sınırlarında ikamet eden tüm MS hastaları oluşturmaktadır.

Araştırma evreninde olan bireyleri örneklem grubuna dahil edilme kriterleri;

- Kesinleşmiş MS tanısı almış olmak
- Araştırmaya katılmada gönüllülük
- Psikiyatrik bir tanısı olmamak
- Farklı bir destek grubuna (yoga, bireysel ya da grup terapi vb. gibi) dahil olmamak
- Okuma yazma biliyor olmak
- Güncel EDSS ölçümüne sahip olmak

Örneklem sayısını hesaplarken NCSS PASS 207 Power Analiz Programı kullanılmıştır. Literatürden elde edilen bilgiler yardımıyla eğitim alacak grubun MSYK-54 ölçeğinden eğitim sonrası ortalama dört birimlik artış ve 10 birim standart sapmalık değişim ortaya çıkacağı, kontrol grubunda ise aynı süre sonrasında ortalama bir birimlik azalma ve beş birim standart sapmalık değişim ortaya çıkacağı öngörülmüştür. Bu bilgiler doğrultusunda, %5 I. tip hata ve %80 güçle her bir gruba en az 40 hasta alınması gerektiği bulunmuştur.

Araştırma örneklemini oluşturan 321 kişilik hasta grubundan 25 hasta, aynı dönemde uygulanan yoga ve psikoterapiye katıldığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir. Geriye kalan 296 hasta çalışma hakkında bilgi verilmesi amacı ile araştırmacı tarafından tek tek aranmıştır. 36 hastaya iletişim bilgileri güncel olmadığı için ulaşılamamıştır, 15 hasta il dışında olduğunu iletmiş, 156 hasta da çeşitli nedenlerle (havaların soğuk olması, vardiyalı çalışma saatleri, çocuğuna bakması, yürüme güçlüğü olması, ameliyat olması, hastanede yatması ve katılmayı istememe gibi) çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Sonuç olarak 89 hasta çalışmaya katılım kriterlerinin karşılamıştır. Örneklem için seçilen hastalardan sırası ile ilki müdahale grubuna ikincisi kontrol grubuna şeklinde ilerlenerek 45 hasta müdahale grubuna, 44 hasta kontrol grubuna randomize olarak dağıtılmıştır. Müdahale grubunda bulunan 5 hasta, 3 ve 3'den fazla oturuma katılmadığı için araştırma dışında bırakılmış, kontrol grubundan 4 hastaya ise iletişim bilgileri değiştiği için araştırma esnasında ulaşılamamıştır. Böylece araştırma 40 müdahale, 40 kontrol grubunda olmak üzere toplam 80 hasta ile tamamlanmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma deseninde yer alan ve müdahale grubuna uygulanan psikoeğitimin kalıcılığını ölçmek amacıyla uygulanan izlem ölçümü, son ölçümden üç ay sonra yapılmıştır. Psikoeğitim sonrası ortaya çıkan etkinin kalıcı olduğuna dair karar verebilmek için üç ay sonraki ölçüm yerine bir yıl gibi daha uzun bir dönem sonrasında bakılması etkinin kalıcılığı açısından daha güçlü bir veri sunacaktır. Bu açıdan izlem ölçümünün üç ay sonra yapılması, etkinin kalıcılığını belirlemek açısından sınırlılık yaratmış olabilir.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

#### 3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Bu formda araştırmayı etkileyeceği öngörülen sosyodemografik ve hastalığa ait özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışma durumu, bireyin kendi gelir durumunu nasıl tanımladığı, hastalık süresi, hastalık tedavisi için kullandığı ilaçlar, atak geçirme ve korziton tedavisi alma durumu ve ek bir hastalığın varlığı formda yer alan değişkenlerdir. Form toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

#### 3.5.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (Ek 2)

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği 1984 yılında, Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir. 30 maddeden oluşan ölçek, dördümlük likert tipinde olup, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (83) tarafından yapılmıştır. Ölçek, sorun ve duygu odaklı iki boyuta sahip olup, beş alt ölçeği bulunmaktadır. Sorun odaklı yaklaşımlar kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımları iken; duygu odaklı 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

SBTÖ alt ölçekleri için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı; iyimser yaklaşım,  $\alpha=0.68$ , kendine güvenle yaklaşım,  $\alpha=0.80$ , çaresiz yaklaşım,  $\alpha=0.73$ , boyun eğici yaklaşım,  $\alpha=0.70$  ve sosyal desteğe başvurma,  $\alpha=0.47'$  olarak hesaplanmıştır.

SBTÖ'nin toplam puanı yoktur. Değerlendirme ise her bir alt ölçekten alınan puanın yüksekliği ile yapılmaktadır. Ankette yer alan soruların cevapları %0- %100 arası (Hiç uygun değil "%0" 0 puan, uygun değil "%30" 1 puan, uygun "%60" 2 puan, tamamen uygun "%100" 3 puan) puanlanma ile elde edilir. Ölçekte 1. ve 9. maddeler tersten puanlanırken, diğer tüm sorular düzden puanlanmaktadır. Alt

ölçeklere ait sorulara verilen yanıtlardaki puanlar toplanıp, o ölçekteki soru sayısına bölünerek, alt ölçeğin ortalama puanı hesaplanır ve alt ölçekler için toplam puanın yüksek olması, bireyin o baş etme tarzını daha çok kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır.

### 3.5.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Ek 3)

KSE Derogatis tarafından 1992 yılında geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve Durak (84) tarafından yapılmıştır. KSE, bazı psikolojik belirtileri belirlemek amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir psikiyatrik semptom tarama ölçeğidir. KSE,90 maddeden oluşan SCL-90 Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış formudur. Likert tipinde olan ölçek 53 maddeden oluşmakta ve her madde için "hiç yok/0", "biraz var/1", "orta derecede var/2", "epey var/3" ve "çok fazla var/4" seçenekleri bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan dağılımı 0-212 arasındadır. KSE için belirlenmiş standart bir kesme bulunmamakta, toplam puanların yüksekliği bireyde o belirtinin daha fazla görüldüğü şeklinde yorumlanmaktadır.

Ölçeğin 5 alt ölçeği için maddeler ve alınabilecek alt ve üst puanları şöyledir;

- Anksiyete; 12,13,28,31,32,36,38,42,43,45,46,47,49. maddeler, 0-52 puan,
- Depresyon; 9,14,16,17,18,19,20,25,27,35,37,39. maddeler; 0- 48 puan,
- Olumsuz benlik;15,21,22,24,26,34,44,48,50,51,52,53.maddeler, 0-48 puan,
- Somatizasyon; 2,5,7,8,11,23,29,30,33. maddeler; 0-36 puan,
- Hostilite; 1,3,4,6,10,40 ve 41. maddeler, 0-28 puan.

KSE alt ölçekleri için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı; anksiyete için,  $\alpha=0.87$ , depresyon için,  $\alpha=0.88$ , olumsuz benlik için,  $\alpha=0.87$ , somatizasyon için,  $\alpha=0.75$ , hostilite için,  $\alpha =0.76$  olarak hesaplanmıştır.

KSE'nde üç global indekse ilişkin puan hesaplamaları;

- Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi: Toplam puan/53 elde edilen puandır.
- Belirti Toplamı İndeksi: '0' olarak işaretlenen maddeler dışındaki bütün maddelerin '1' olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.
- Pozitif Semptom Rahatsızlık İndeksi: Ölçekten alınan toplam puan/ Belirti toplamıdır (84).

### 3.5.4. Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi 54 Ölçeği (MSYKÖ-54) (Ek 4)

1995'te Vickrey ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek, SF-36'dan geliştirilen ilk MS özgül yaşam kalitesi ölçeği olmaktadır. Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması İdiman ve arkadaşları (85) tarafından yapılmıştır. 54 sorudan oluşan likert tipindeki bu ölçek, SF-36'ya MS'e özgü 18 sorunun eklenmesiyle ortaya çıkmıştır. MSYKÖ-54, bileşik fiziksel ve bileşik mental sağlık olmak üzere iki ana grup, 12 alt grup ve iki bağımsız maddeden oluşur. SF-36'dan aynen alınan maddeler; mental sağlık, sağlık algısı, fiziksel sağlık, ruhsal rol güçlüğü ve fiziksel rol güçlüğüdür. Enerji-yorgunluk, ağrı, sosyal fonksiyon bölümleri SF-36'nın maddeleri değiştirilerek oluşturulmuş; bilişsel fonksiyon, sağlık stresi, cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi olmak üzere MS' e özel dört ana madde de eklenmiştir.

#### Ölçeğin alt boyutları ve ölçek maddeleri şöyledir;

- Mental sağlık;24,25,26,28,30. maddeler
- Sağlık algısı;1,34,35,36,37. maddeler
- Fiziksel sağlık;3,4,5,6,7,8,9,10,11,12. maddeler
- Ruhsal rol güçlüğü;17,18,19. maddeler
- Fiziksel rol güçlüğü;13,14,15,16. maddeler
- Enerji-yorgunluk;23,27,29,31,32. maddeler
- Ağrı;21,22,52. maddeler
- Sosyal fonksiyon;20,33,51. maddeler
- Bilişsel fonksiyon; 42,43,44,45. maddeler
- Sağlık stresi;38,39,40,41. maddeler
- Cinsel fonksiyon;46,47,48,49. maddeler
- Yaşam kalitesi;53,54. maddeler
- Sağlıkta değişim;2.madde
- Cinsel fonksiyondan memnuniyet;50. maddedir.

Ölçekten alınan puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir ve alt ölçekteki sorulara yönelik puanlamalar yapıldıktan sonra, ölçekte belirlenen katsayılar ile çarpılarak bireylerin o alt ölçeğe ilişkin toplam puanı hesaplanmaktadır.

Hesaplamalar sonucunda elde edilen yüksek puan, yaşam kalitesinin iyi düzeyde olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Bu çalışmada iç tutarlılık; bileşik fiziksel sağlık için 0,94, bileşik mental sağlık için 0,89 olarak orijinal çalışmaya benzer şekilde oldukça yüksek bulunmuştur.

### **3.6. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın uygulanmasına Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ve Türkiye MS Derneği Ankara Şube'sinden izinler alındıktan sonra başlanmış, araştırmanın örneklemini oluşturan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 89 hasta belirlenmiştir. Örneklem için seçilen hastalardan sırası ile ilki müdahale grubuna ikincisi kontrol grubuna şeklinde ilerlenerek 45 hasta müdahale grubuna, 44 hasta kontrol grubuna randomize olarak dağıtılmıştır. Araştırma, psikoeğitim grup programı ile yürütülmüştür. Araştırmanın müdahale grubuna psikoeğitim oturumları hafta içi (çalışmayan hastalar için) ve hafta sonu (çalışan hastalar için) olmak üzere dört ayrı grupta, haftada bir kez ve toplamda sekiz haftada gerçekleştirilmiş, her bir gruba 10-12 hasta alınmış ve her bir oturum ortalama 120 dakika sürmüştür. 120 dakika süren oturumlarda hasta ihtiyacına göre 1-2 kez 10'ar dakikalık aralar verilmiştir. Dört müdahale grubu için oturum dönemleri; 16.11.2016- 21.01.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastalara SBTÖ, KSE ve MSYKÖ-54'den oluşan ölçüm araçları ilk kez birinci oturumun başlangıcında, son ölçümler ise sekizinci oturumun sonunda ve izlem ölçümü de son ölçümün uygulanmasından üç ay sonra uygulanmıştır. Bu bağlamda izlem ölçümü ise 04.04.2017- 21.04.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

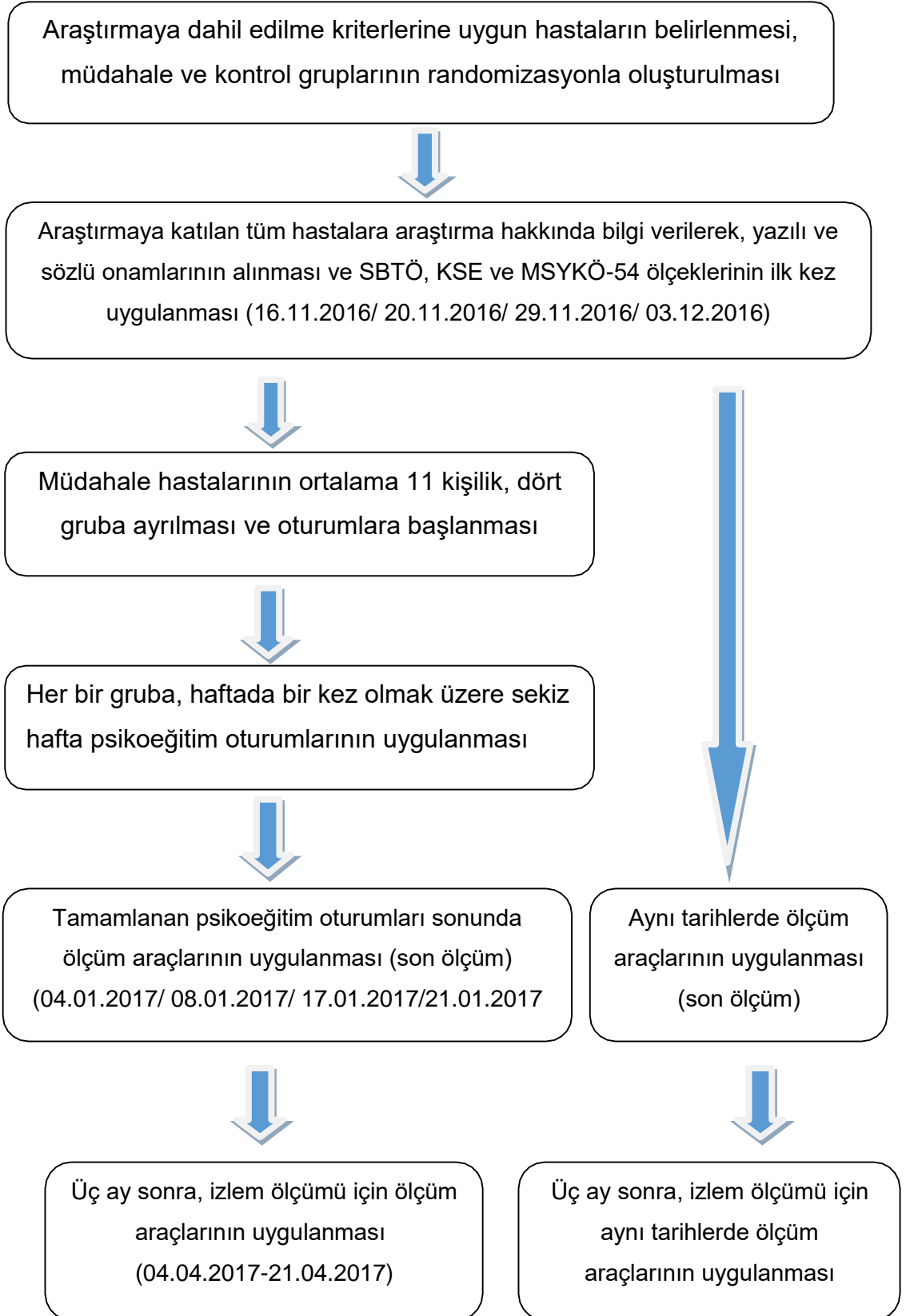
Psikoeğitim programı oturumları MS ile ilgili güncel literatür temel alınarak ve daha çok bilişsel davranışçı yaklaşımdan yararlanılarak yapılandırılmaya çalışılmıştır. Sekiz haftalık programın oturum başlıkları aşağıda sunulmaktadır. Her bir oturumun amacı, kullanılacak materyaller ve içeriği Ek 5'de sunulmaktadır.

**Psikoeğitim grubunun oturumlarının akışı şöyledir;**

1. Oturum: Tanışma, programın tanıtılması ve grup bilincinin oluşturulması,
  2. Oturum: MS hakkında genel bilgilendirme, hastalığın algılanması ve hastalıkla uyum
  3. Oturum: Semptom yönetimi, yorgunlukla mücadele, etkin zaman yönetimi
  4. Oturum: Stres kavramı, bilişsel süreçler ve MS'de stres yönetiminin önemi
  5. Oturum: Stresle baş etme; sorun odaklı ve duygu odaklı baş etme
  6. Oturum: Stresle baş etme; etkili iletişim, atılganlık, hayır diyebilme, benlik algısını güçlendirme
  7. Oturum: Belirsizliği yönetebilme ve yaşam kalitesini geliştirme
  8. Oturum: Sonlandırma ve genel değerlendirme
- Araştırmanın uygulama akış şeması aşağıda ayrıntılı olarak verilmiştir.



### Araştırmanın Uygulama Akış Şeması



### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma uygulanmadan önce Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi Derneği ile görüşülerek araştırma amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiştir. Ardından etik uygunluğunun değerlendirilmesi için Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Ek 6) alınmıştır. Etik Kurul izni ile Türkiye MS Derneği Ankara Şube'sine başvurulmuş ve dernek yönetiminden yazılı olarak onay (Ek 7) alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan sözlü ve yazılı onay (Ek 8) da alınmıştır. Araştırmada müdahale ve kontrol gruplarına hastalar randomizasyonla seçilmiştir. Kontrol grubundaki hastalardan eğitim için istekli olan ya da gereksinimi olan hastalar için eğitim ihtiyaçlarını karşılamak amacı ile araştırmanın tamamlandığı dönem sonrasında (Eylül 2017) yeni bir psikoeğitim programı planlanmıştır.

### **3.8. Verilerin Değerlendirmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 istatistik programı kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir. Araştırma verilerinin parametrik test varsayımlarını karşılayıp karşılamadığını değerlendirmek için Shapiro-Wilks testi yapılmış ve karşıladığı görülmüştür. Verilerin sunumu için ortalama, standart sapma ve yüzdeler kullanılmıştır. Hastaların psikoeğitim programı öncesi, sonrası ve izlem ölçümlerinde SBTÖ, KSE ve MSYKÖ-54 ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırmaları için tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi kullanılmıştır. İleri analizler ise Bonferroni testi ile yapılmıştır.

#### **4.BULGULAR**

Bu bölümde çalışmaya katılan MS hastalarının sosyodemografik özellikleri, uygulanan psikoeğitim programının stresle baş etme, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.2, Tablo 4.3 ve Tablo 4.4.'de çalışmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sırası ile SBTÖ, KSE ve MSYKÖ-54 puanlarının ölçümlere göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir. İlk olarak, iki grupta meydana gelen değişim düzeyleri tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi kullanılarak birbiri ile karşılaştırılmıştır ve böylece iki grubun üç ölçümde gösterdiği değişim düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlılığı ölçülmüştür. İkinci olarak, müdahale ve kontrol grubunun üç izlemdeki değişim düzeyleri ayrı ayrı Bonferroni testi ile bulunmuştur.

**Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol gruplarındaki MS hastalarının SBTÖ puanlarının, ölçümlere göre dağılımı (n=80)**

SBTÖ	Müdahale grubu				Kontrol grubu				P4
	ilk Ölçüm	Son Ölçüm	İzlem Ölçümü	P Değerleri	ilk Ölçüm	Son Ölçüm	İzlem Ölçümü	P Değerleri	
	X±SD	X± SD	X± SD		X± SD	X± SD	X± SD		
Kendine Güvenli Yaklaşım	2.01 ±0.64	2.35 ±0.50	2.32 ±0.50	P1=<0.001 P2=<0.001 P3=0.257	2.25 ±0.45	2.23 ±0.42	2.21 ±0.39	P1= 0.852 P2=0.856 P3=0.780	0.001
İyimser Yaklaşım	1.86 ±0.60	2.16 ±0.47	2.08 ±0.46	P1=0.001 P2=0.004 P3=0.247	1.79 ±0.58	1.81 ±0.56	1.78 ±0.57	P1=0.762 P2=0.852 P3=0.880	0.004
Çaresiz Yaklaşım	1.35 ±0.67	1.05 ±0.60	1.08 ±0.57	P1=0.001 P2=0.001 P3=0.110	1.28 ±0.53	1.24 ±0.50	1.39± 0.54	P1=0.856 P2=0.156 P3= 0.130	0.001
Boyun Eğici Yaklaşım	1.13 ±0.60	0.77 ±0.53	0.79 ±0.52	P1=<0.001 P2=<0.001 P3=0.0450	1.19 ±0.52	1.15 ±0.49	1.20 ±0.52	P1=0.669 P2=0.980 P3=0.780	<0.001
Sosyal Desteğe Başvurma	1.81 ±0.63	2.08 ±0.36	2.06 ±0.41	P1=<0.001 P2=<0.001 P3=0.960	2.09 ±0.68	2.11 ±0.58	2.00 ±0.57	P1=0.408 P2=0.560 P3=0.230	0.001

P1; ilk ölçüm ve son ölçümün karşılaştırılması, P2; ilk ölçüm ile izlem ölçümünün karşılaştırılması, P3; son ölçüm ve izlem ölçümünün karşılaştırılması, P4; Müdahale ve kontrol grubundaki farkın karşılaştırılması

Tablo 4.2.'de çalışmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların SBTÖ puanlarının ölçümlere göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların; kendine güvenli yaklaşım için ilk ölçüm puanları (2.01±0.64) ile son (2.35±0.50) ve izlem (2.32±0.50) ölçümü puanları arasındaki fark; iyimser yaklaşım için ilk (1.86±0.60) ile son (2.16±0.47) ve izlem (2.08±0.46) ölçümü puanları arasındaki fark; sosyal desteğe başvurma yaklaşımı için ilk (1.81± 0.63) ile son (2.08± 0.36) ve izlem (2.06± 0.41) ölçümü puanları arasındaki fark (p<0.01) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Müdahale grubunda çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım için aynı değerlendirme yapıldığında; çaresiz yaklaşım ilk (1.35± 0.67) ile son (1.05± 0.60) ve izlem (1.08± 0.57) ölçümü puanları arasındaki fark; boyun eğici yaklaşım için ilk (1.13± 0.60) ile son (0.77± 0.53) ve izlem (0.79± 0.52) ölçümü puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.01). Müdahale grubunda SBTÖ'ün tüm alt ölçeklerinde son ölçüm ve izlem

ölçümü arasındaki farklar (P3) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kontrol grubunda SBTÖ alt ölçeklerinin ilk, son ve izlem ölçümleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p<0.05$ ).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ilk izlem (P1), son (P2) ve izlem (P3) ölçümündeki değişim düzeyleri karşılaştırıldığında ise iki grup arasındaki fark (P4) da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol gruplarındaki MS hastalarının KSE puanlarının, ölçümlere göre dağılımı (n=80)**

KSE	Müdahale grubu				Kontrol grubu				P4
	ilk Ölçüm	Son Ölçüm	İzlem Ölçümü	P Değerleri	ilk Ölçüm	Son Ölçüm	İzlem Ölçümü	P Değerleri	
	X±SD	X± SD	X± SD		X± SD	X± SD	X± SD		
Anksiyete	12.75 ±8.55	8.57 ±6.47	9.10 ±6.22	P1= <0.001 P2= <0.001 P3= 0.280	5.50 ±4.99	5.50 ±4.99	5.60 ±5.19	P1= 0.329 P2= 0.903 P3=0.389	<0.001
Depresyon	15.87 ±10.12	12.15 ±8.27	11.57 ±8.27	P1= <0.001 P2= <0.001 P3=0.396	8.45 ±7.44	8.35 ±6.17	8.55 ±6.44	P1= 0.065 P2= 0.112 P3=0.386	<0.001
Olumsuz Benlik	8.27 ±6.44	9.07 ±7.55	8.24 ±7.44	P1= 0.110 P2= 0.845 P3=0.376	5.90 ±2.32	5.57 ±1.92	5.75 ±2.39	P1= 0.192 P2= 0.452 P3=0.376	0.095
Somatizasyon	7.15 ±5.40	5.45 ±4.11	5.85 ±4.45	P1= 0.001 P2= 0.004 P3=0.434	7.25 ±5.06	6.62 ±4.50	7.29 ±5.06	P1= 0.919 P2= 0.980 P3=0.919	<0.001
Hostilite	5.85 ±4.45	5.75 ±4.66	5.75 ±4.47	P1=0.118 P2= 0.860 P3= 0.325	7.25 ±5.06	6.62 ±4.50	7.25 ±5.06	P1=0.174 P2=0.956 P3= 0.325	0.256
Ölçek Toplamı	56.88 ±35.32	40.55 ±27.38	39.30 ±26.88	P1= <0.001 P2= <0.001 P3=0.843	30.98 ±20.69	29.45 ±19.47	31.93 ±20.97	P1= 0.104 P2=0.254 P3=0.104	<0.001
Belirti Toplamı	29.07 ±13.71	24.02 ±13.15	22.97 ±11.94	P1= <0.001 P2= <0.001 P3=0.453	17.37 ±9.16	16.47 ±8.64	17.35 ±8.77	P1=0.453 P2= 0.963 P3= 0.225	<0.001
Pozitif Semptom Rahatsızlık İndeksi	1.83 ±0.57	1.60 ±0.40	1.60 ±0.38	P1= <0.001 P2= <0.001 P3= 0.908	1.67 ±0.45	1.68 ±0.46	1.73 ±0.43	P1= 0.453 P2= 0.230 P3=0.609	<0.001
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1.07 ±0.66	0.76 ±0.51	0.74 ±0.50	P1= <0.001 P2= <0.001 P3=0.936	0.58 ±0.39	0.55 ±0.36	0.60 ±0.39	P1= 0.104 P2= 0.185 P3=0.456	<0.001

P1; ilk ölçüm ve son ölçümün karşılaştırılması, P2; ilk ölçüm ile izlem ölçümünün karşılaştırılması, P3; son ölçüm ve izlem ölçümünün karşılaştırılması, P4; Müdahale ve kontrol grubundaki farkın karşılaştırılması

Tablo 4.3.'de çalışmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların KSE puanlarının ölçümlere göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Psikiyatrik şikayetlerdeki değişim durumu incelendiğinde müdahale grubundaki hastaların; anksiyete, depresyon, somatizasyon belirtileri için ilk ölçüm

puanları ile son ve izlem ölçümü puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken( $p<0.01$ ); olumsuz benlik ve hostilete belirtileri için ise ilk ölçüm ile son ve izlem arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p<0.05$ ). Genel ölçek toplamı için ise ilk ölçüm puanları ( $56.88\pm35.32$ ) ile son ( $40.55\pm27.38$ ) ve izlem ölçümü ( $39.30\pm26.88$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

Belirti toplamı için ilk ölçüm puanları ( $29.07\pm13.71$ ), pozitif belirti toplamı indeksi için ilk ölçüm puanları ( $1.83\pm0.57$ ), rahatsızlık ciddiyeti indeksi için ilk ölçüm puanları ( $1.07\pm0.66$ ) ile son ve izlem ölçümü arasındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Kontrol grubunda ise KSE'nin tüm alt ölçeklerinde, ölçek toplamında, belirti toplamında, pozitif semptom rahatsızlık indeksi ve rahatsızlık ciddiyeti indeksinde bu üç ölçüm arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların anksiyete, depresyon, somatizasyon, ölçek toplamı, belirti toplamı, pozitif semptom rahatsızlık indeksi ve rahatsızlık ciddiyeti indeksinde ilk izlem (P1), son (P2) ve izlem (P3) ölçümündeki değişim düzeyleri karşılaştırıldığında ise iki grup arasındaki fark (P4) da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol gruplarındaki MS hastalarının MSYKÖ-54 puanlarının ölçümlere göre dağılımı (n=80)**

MSQoL-54	Müdahale grubu				Kontrol grubu				P4
	ilk Ölçüm	Son Ölçüm	İzlem Ölçümü	P Değerleri	ilk Ölçüm	Son Ölçüm	İzlem Ölçümü	P Değerleri	
	X±SD	X± SD	X± SD		X± SD	X± SD	X± SD		
Fiziksel Sağlık Toplam	61.407 ±14.78	65.469 ±14.48	63.855 ±14.23	P1 <0.001	63.194 ±12.86	62.860 ±12.91	62.553 ±13.56	P1= 0.197	<0.001
				P2 <0.001				P2= 0.107	
				P3=0.089				P3=0.870	
Mental Sağlık Toplam	59.347 ±15.74	65.993 ±14.32	64.123 ±14.27	P1 <0.001	64.845 ±12.24	64.744 ±12.30	62.264 ±12.68	P1= 0.865	<0.001
				P2 <0.001				P2= 0.564	
				P3=0.076				P3=0.348	

P1; ilk ölçüm ve son ölçümün karşılaştırılması, P2; ilk ölçüm ile izlem ölçümünün karşılaştırılması, P3; son ölçüm ve izlem ölçümünün karşılaştırılması, P4; Müdahale ve kontrol grubundaki farkın karşılaştırılması

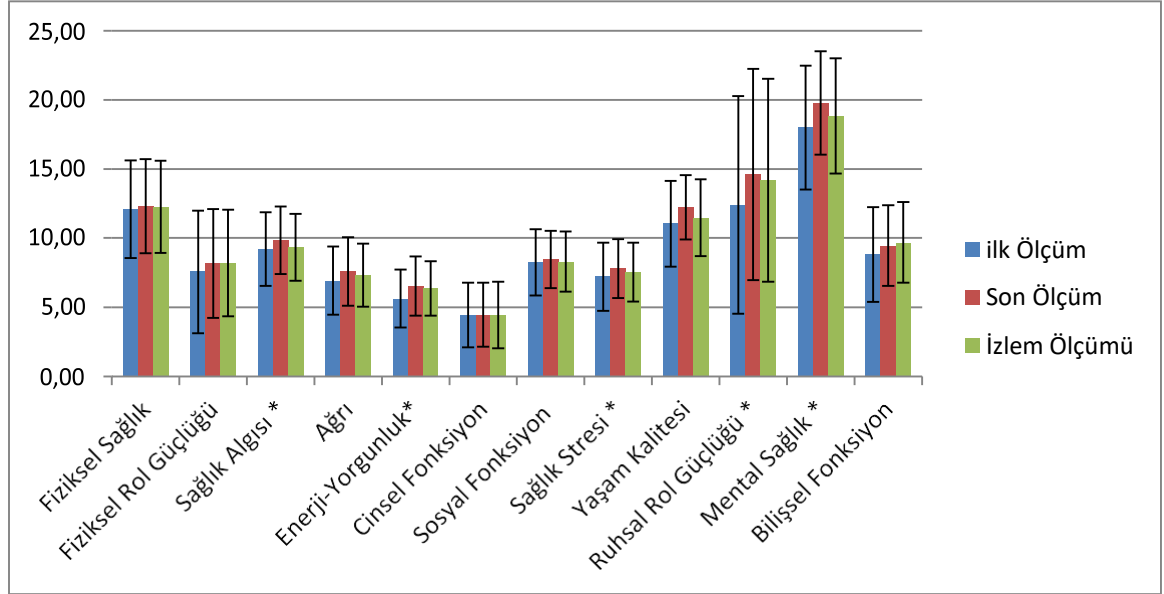
Tablo 4.5.'de çalışmaya katılan hastaların MSYK-54 puanlarının ölçümlere göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Müdahale grubundaki hastaların; fiziksel sağlık toplamı için uygulamadan önceki ilk ölçüm puanları (61.407±14.78) iken; son (65.469±14.48) ve izlem (63.855±14.23) ölçümünde bu puanların yükseldiği görülmüştür ve fiziksel sağlık toplamındaki artış farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Mental sağlık toplamı için ilk ölçüm puanları (59.347±15.74) ile son (65.993±14.32) ve izlem ölçümü puanları (64.123±14.27) karşılaştırıldığında otaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.01). Müdahale grubunda son ve izlem ölçümleri arasındaki fark (P3) da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kontrol grubunda ise fiziksel ve mental sağlık toplamı için bu üç ölçüm arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p<0,05).

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların fiziksel ve mental sağlık toplamındaki değişim farkı karşılaştırıldığında ise, iki grup arasındaki fark (P4) da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0.05)

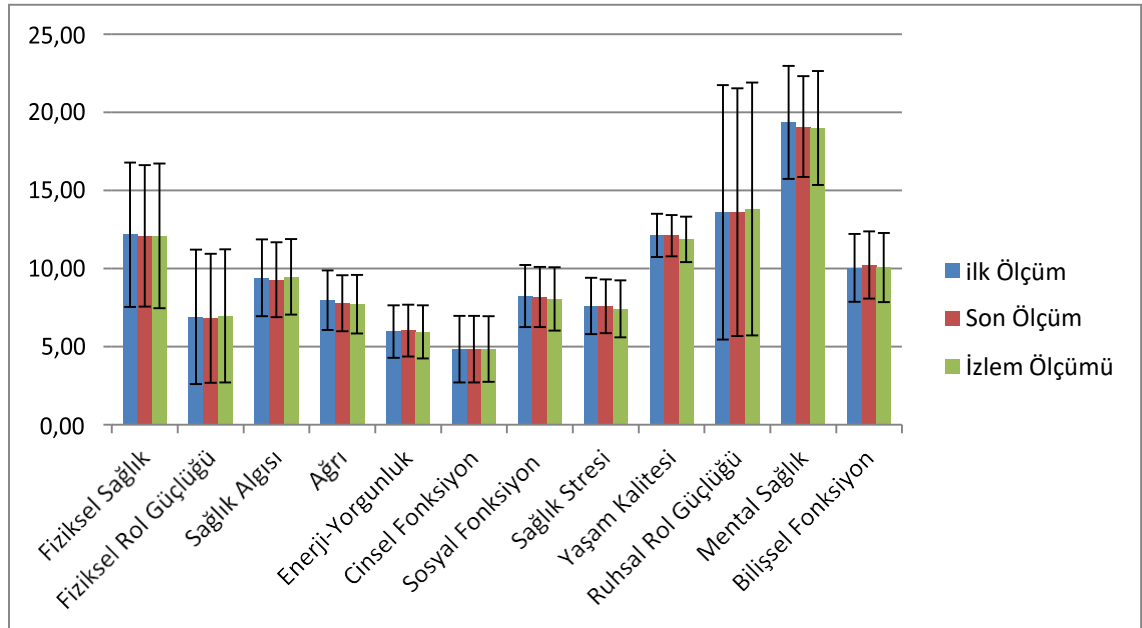


**Grafik 4.1. Müdahale grubundaki MS hastalarının MSYKÖ-54 puanlarının, alt ölçeklere ve ölçümlere göre dağılımı (n=40)**



\*Müdahale grubunun ilk, son ve izlem ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı artış olan alt ölçekler(p<0,05)

**Grafik 4.2. Kontrol gruplarındaki MS hastalarının MSYKÖ-54 puanlarının, alt ölçeklere ve ölçümlere göre dağılımı (n=40)**



Grafik 4.1 ve Grafik 4.2’de müdahale ve kontrol grubundaki MS hastalarının MSYKÖ-54’ün alt ölçeklerinden aldıkları puanlara göre ilk, son ve izlem ölçümlerine dağılımları verilmiş ve bu üç ölçümde istatistik olarak anlamlı fark yaratan gruplar (\*) ile belirtilmiştir.

Grafik 1’de müdahale grubunda sağlık algısı için uygulamadan önceki ilk ölçüm puanları ( $9.20 \pm 2.65$ ) ile son ( $9.86 \pm 2.45$ ) ve izlem ölçümü ( $9.80 \pm 2.35$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Enerji- yorgunluk için ilk ölçüm puanları ( $5.64 \pm 2.09$ ) ile son ( $6.541 \pm 2.15$ ) ve izlem ölçümü ( $6.372 \pm 1.97$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.01$ ). Sağlık stresi ilk ölçüm puanları ( $9.126 \pm 2.47$ ) ile son ( $9.902 \pm 2.13$ ) ve izlem ölçümü ( $9.66 \pm 2.13$ ) arasındaki farkın istatistiksel anlamlılıkta olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ). Ruhsal rol gücü için ilk ölçüm puanları ( $12.42 \pm 7.87$ ) ile son ( $14.62 \pm 7.64$ ) ve izlem ölçümü ( $14.20 \pm 7.35$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Mental sağlık ilk ölçüm puanları ( $18.732 \pm 4.17$ ) ile son ( $19.35 \pm 3.61$ ) ve izlem ölçümü ( $19.772 \pm 3.66$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.01$ ).

Grafik 2’de kontrol grubunun MSYK-54’ün tüm alt ölçeklerinde ilk ölçüm ile son ve izlem ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Bu bölümde MS'li hastalara uygulanan psikoeğitim programının hastaların stresle baş etme, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kaliteleri üzerine etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Araştırmada, müdahale grubundaki MS hastalarının son ve izlem ölçümlerinde kontrol grubuna göre stresle başa çıkma tarzlarından sorun odaklı baş etmede anlamlı düzeyde artma, duygu odaklı baş etmede anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır. Kontrol grubunda ise SBTÖ tüm alt ölçeklerinde aynı dönemdeki ölçümlerde anlamlı düzeyde bir değişim saptanmamıştır. Yine müdahale ve kontrol gruplarındaki ilk ve son, izlem ölçümlerindeki değişim düzeyi analiz edildiğinde, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Böylece müdahale grubuna uygulanan psikoeğitimin, MS'li hastalarda sorun odaklı baş etmeyi arttırdığı ve duygu odaklı baş etmeyi azalttığı söylenebilir.

Psikoeğitim programında; stres kavramı, MS'de stres yönetiminin önemi, stresle barışmak, stresle etkili baş etme teknikleri; sorun odaklı ve duygu odaklı baş etme başlıkları altında paylaşılan eğitim programının içeriğinin, hastalarla gerçekleştirilen uygulamaların ve grup etkileşiminin hastaların stresle baş etme becerilerini olumlu yönde geliştirdiği söylenebilir. Yine aynı bulgularla psikoeğitim sonunda müdahale grubundaki hastaların kendilerine daha güvenerek, daha olumlu bir bakış açısıyla ve daha çok sosyal destek arayarak başa çıkmalarını arttırdıkları, çaresiz ve boyun eğici başa çıkmalarını ise azalttığı şeklinde yorumlanabilir. Müdahale sonrasında yapılan izlem ölçümünde ise bu etkinin üç ay sonra da devam etmesi, verilen etkinin sürdüğü ve istenilen düzeyde olduğu şeklinde ifade edilebilir.

Araştırma bulguları, ilgili literatürdeki araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Mohr ve arkadaşlarının (8) yaptıkları tanımlayıcı bir çalışmada MS hastalarının yaşadıkları stres verici yaşam olayları ile MS lezyonlarındaki artış arasında pozitif anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bu bilgiler ışığında Mohr ve arkadaşları (86) 121 MS hastasını dahil ettikleri çalışmalarında müdahale grubuna stres yönetimi programı uygularken, kontrol grubuna herhangi bir etki vermemiş ve

bu süreçte hastaların, hastalık aktivitelerini ve yeni lezyon varlığını MR ile izlenmişlerdir. İlk altı seansta problem çözme teknikleri, gevşeme, pozitif aktiviteleri arttırma, bilişsel yeniden yapılandırma ve sosyal desteği güçlendirme standart olarak müdahale grubundaki tüm hastalara verilmiş, sonraki seanslarda hasta ihtiyacına özgü ağrı yönetimi, cinsel fonksiyonların, bilişsel fonksiyonların düzenlenmesi gibi spesifik modüller kullanılmıştır. Stres yönetimi uygulanan hastaların, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yeni plak oluşumunda azalma saptanmıştır. Araştırmamızda olduğu gibi çalışma sonucunda stres yönetimi konusunda hastaların gelişimi sağlanmıştır. Araştırma kapsamına stres yönetimine ek olarak, hastalığa dair semptom yönetimi içeriğinin de eklenmesi, MS'ten kaynaklı spesifik stresörlere baş etmek için bilgi sağlamak ve bu durumun hastaların gelişen baş etmelerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle MS kaynaklı yorgunluk ve yeti yitimi nedeniyle hastaların uzun süreli destek programlarına katılmasının ve aksatmadan devam etmesinin güçleştiği düşünülürse, araştırmamızın sekiz haftada stres yönetimini geliştirmesi uygulanabilirlik ve katılım açısından bir avantaj sağladığı şeklinde yorumlanabilir

Başka bir çalışmada ise 40 MS'li hasta iki gruba randomize olarak dağıtılmış; iki gruba da gevşeme, farkındalık, sosyal destek ve eğitim programı verilirken, sadece bir gruba ise ek olarak biyofeedback uygulanmıştır. Çalışma sonunda iki gruptaki hastaların anksiyete, yorgunluk ve stres düzeyde anlamlı düşme saptanırken, biofeedback alan hastaların nefes hızı ve kas gerginliklerinde anlamlı bir azalma ortaya çıkmıştır (87). Stres yönetimi ile ilgili başka bir çalışmada ise 61 MS hastası randomize olarak iki gruba ayrılmıştır. Müdahale grubuna sekiz hafta boyunca stres yönetimi programı (gevşeme teknikleri, nefes egzersizleri ve ilerleyici kas gevşetme) uygulanmış, hastalara algıladıkları stresli olayları kaydetmeleri için günlük tutmaları sağlanmıştır. Çalışma sonunda müdahale grubunun algıladıkları stresli olay sayısı, anksiyete ve depresyon düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (88). Yukarıdaki çalışmalarda olduğu gibi, araştırmamızda da stres yönetimi içinde duygu odaklı baş etme

yöntemlerinden gevşeme ve derin nefes alma teknikleri hastalara öğretilmiş ve ölçümler sonucunda benzer değişimlerin ortaya çıktığı ifade edilebilir.

MS hastalarına uygulanan başka bir çalışmada ise hastaların baş etmelerini geliştirmek için beş hafta boyunca strese uyum programı (BDT ve ilerleyici kas gevşetme) kullanılmış ve sonuçları sadece klinik olarak takip edilen kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonunda strese uyum programına katılmış hastaların kontrol grubuna göre daha fazla sorun odaklı baş etmeyi kullandıkları, anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (59). Araştırmamızda da psikoeğitim sonrası hastaların sorun odaklı yaklaşımları kullanma düzeylerinde artma olması, benzer sonuçların ortaya çıktığı şeklinde yorumlanabilir.

MS hastalarına uygulanan stres yönetimi programlarında farklı desenler kullanılsa da, araştırmamızda uygulandığı gibi hastanın stresli durumdaki tepkilerini tanıması, stresli durumu bilişsel olarak yeniden yapılandırması, stresli durumda ortaya çıkan duygularını/davranışlarını yönetmesini sağlayan derin nefes ve gevşeme tekniklerini kullanması, sosyal destek araması, problem çözme tekniklerini kullanmasını sağlayan ve MS'te semptom yönetimine ilişkin bilgilerin paylaşıldığı görülmektedir. Bu sayede hastaların stresi yönetme biçimlerine olumlu olarak etki edilmiş, yeni bir bakış açısı kazandırılması ile hem hastanın algıladığı subjektif stres düzeyinde, hem de somut hastalık parametreleri ile hastalık aktivitesinde olumlu değişimler ortaya çıkmış ve bu durum araştırma sonuçlarımızla uyumlu bulunmuştur.

Müdahale grubundaki hastaların anksiyete, depresyon, somatizasyon, ölçek toplamı, belirti toplamı, pozitif semptom rahatsızlık indeksi ve rahatsızlık ciddiyeti indeksinde ilk izlem ile son ve izlem ölçümündeki değişim düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma ortaya çıkmış ve bu dönemde kontrol grubuyla karşılaştırıldığında da iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Müdahale grubuna uygulanan psikoeğitimin depresyon, anksiyete, somatizasyon ve ölçek toplamı puanlarında düşme ile MS hastalarının psikiyatrik belirtilerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Puanlardaki değişimin son

izlem ve izlem ölçümünde de sürmesi verilen etkinin aynı güçle üç ay sonra da devam ettiği şeklinde yorumlanabilir.

Müdahale grubunda psikoeğitim sonrası ve izlem ölçümünde KSE'nin alt ölçeği olan olumsuz benlik ve hostilite puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Olumsuz benlik algısı, kişinin kendi benliğine ilişkin değerlendirmesinin olumsuz olması olarak tanımlanmakta ve bu durum kişinin yerleşmiş şemalarına bağlı olarak, hastalık gibi psikolojik zorlanmalarla birlikte ortaya çıkabilmektedir. Yapılan bir çalışmada bir üniversitede eğitim gören öğrencilerin eğitim düzeylerine göre benlik saygıları araştırılmıştır. Araştırma sonunda en yüksek benlik saygısına doktora düzeyinde eğitim alan öğrencilerin sahip olduğu bulunmuştur (96). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada MS hastalarının olumsuz benlik ve hostilite şikayetlerinin hastaların tanı yılı, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, eğitim durumu gibi faktörlerden etkilendiği, eğitim düzeyi ve gelir durumu arttıkça olumsuz benlik ve hostilite şikayetlerinin azaldığı bulunmuştur (69). Hasta bireylerin sosyodemografik özelliklerine etki edilemese de, hastanın bu durumu algılayışını ve subjektif yargılarını değiştirmek ve esnetmek mümkün olabilmektedir. Araştırma süresinin sekiz hafta ile sınırlı olması sonucunda, olumsuz benlik ve hostilite şikayetleri üzerinde olumlu bir değişim yapmadığı görülmektedir. Bu özellikleri algılamadaki değişimin daha planlı ve uzun süreli programlarla olabileceği düşünülmektedir.

Müdahale grubundaki hastaların anksiyete, depresyon, somatizasyon gibi psikiyatrik belirti şiddetlerinde psikoeğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olması ve bu etkinin müdahale sonrasında izlem dönemine kadar aynı güçle devam etmesi, literatürde MS hastalarına psikiyatrik belirtileri için uygulanan bilimsel çalışmaların bulgularıyla benzer şekildedir. Yapılan bir çalışmada çeşitli psikiyatrik yakınmaları nedeniyle kliniğe başvurmuş 49 MS hastasına BDT uygulanmış, 29 MS hastasına da standart tedaviler verilmiş, hastalar tedavi süreçleri tamamlanana dek takip edilmiş ve elde edilen sonuçlar birbiri ile karşılaştırılmıştır. Çalışma sonunda BDT alan hasta grubunun, tedavi grubuna göre depresyon ve anksiyete puanlarındaki düşme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (89).

Yapılan başka bir çalışmada ilerleyici seyirli 40 MS hastası randomize olarak dağıtılmış ve müdahale grubuna Skype ile uzaktan farkındalık temelli müdahale sekiz hafta boyunca uygulanmıştır. Çalışmada ölçümler müdahale öncesi, sonrası ve üç ay sonra izlem şeklinde gerçekleşmiş, müdahale sonrası ve izlem ölçümlerinde hastaların anksiyete, depresyon, yorgunluk ve ağrı düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma ortaya çıkmıştır (90).

Yine internet yolu ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada depresyon tedavisi için problem çözme terapisinden faydalanılarak hazırlanan ve MS' in etkin yönetimi ile ilgili bilgiler eklenen 'kendi kendine yardım; problem çözme programı' oluşturulmuş ve orta/ ağır depresif şikayetleri olan 166 MS hastası randomizasyonla müdahale ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Ölçümler sonunda internet yoluyla uygulanan problem çözme programının orta ve ağır şiddetteki depresyonun tedavisinde etkili olduğu bulunmuştur (91). Çalışmalara benzer şekilde araştırmamızda da, hastaların hem psikiyatrik şikayetlerinde, hem de problem çözme becerilerini kapsayan sorun odaklı baş etme tarzlarında olumlu bir değişim ortaya çıkmıştır.

Hind ve arkadaşları (92) tarafından yapılan bir meta analiz çalışmasında depresyon tedavisi için uygulanan BDT'ler ele alınmış, yedi çalışma analiz edilmiş ve BDT'nin depresyonun tedavisinde etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda da BDT'den temellenen farkındalık arttırma, bilişsel çarpıtmalar yerine işlevsel düşüncelerle stresle baş etme, şimdi ve buradaya odaklama gibi beceriler geliştirilmiş, MS'te semptom yönetimi, hastalıkla uyum sağlama desteklenmiştir. Psikoeğitimin içeriğine ek olarak grup paylaşımlarının da hastaların depresyon, anksiyete ve somatizasyon şikayetlerinde anlamlı düzeyde azalmaya yardımcı olduğu düşünülebilir.

Hastaların yaşam kaliteleri ile ilgili değişim durumları da araştırma kapsamında incelenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların fiziksel ve mental sağlık toplamı ilk ile son ve izlem ölçümünde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış görülürken, kontrol grubunda değişim ortaya çıkmamıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının değişim düzeyleri karşılaştırıldığında ise iki grup arasındaki fark da

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca son ve izlem ölçümlerinde de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması, psikoeğitim sonrasında ortaya çıkan etkinin, devam ettiği yönündedir. Araştırma kapsamında uygulanan psikoeğitimle yaşam kalitesinde fark yaratan alt gruplar ise; sağlık algısı, enerji- yorgunluk, sağlık stresi, ruhsal rol güçlüğü ve mental sağlıktır. Bu alt grupların subjektif algı ile değerlendirilen alanlar olması, hastaların bakış açılarında olumlu bir değişim sağlandığı şeklinde yorumlanabilir. Bu subjektif alanlarda değişimin ortaya çıkması, yine araştırma sonuçlarında olan KSE'nin alt ölçekleri depresyon ve anksiyetenin düşmesi ile de uyumlu bir sonuçtur. Yaşam kalitesinde fiziksel ve mental sağlık toplamı puanlarında müdahale grubunda anlamlı bir artış ortaya çıkarken, kontrol grubunda ise anlamlı düzeyde olmasa da bir düşme ortaya çıkmıştır.

Graziona ve arkadaşları (93) tarafından yapılan bir çalışmada BDT'ye dayalı grup terapisinin hastaların yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmaya 82 MS hastası dahil edilmiş ve randomize olarak iki gruba ayrılmıştır. Beş hafta boyunca BDT uygulanan müdahale grubundaki hastaların yaşam kalitesi son ve izlem ölçümlerinde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmış, depresyon düzeyleri ise düşse de istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Çalışmanın sonuçları araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

McGuire ve arkadaşları (95) MS hastalarına uyguladıkları psikoeğitimin yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluşa etkisini değerlendirmiştir. Psikoeğitim programında depresyon, anksiyete, yorgunluk, stres, bilişsel sorunlar ve sosyal destek konuları ele alınmış, 90 dakikalık seanslar ile 10 hafta boyunca hastaların yaşam kalitelerine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda hastaların depresyon, anksiyete, genel ruh sağlığı, algılanan stres ve ağrı düzeylerinde anlamlı düzeyde değişim olurken, sosyal destek, bilişsel sorunlar ve yorgunluk düzeylerinde bir değişim ortaya çıkmamıştır. Araştırmamız ile benzer desene sahip olan bu çalışmada farklı ölçüm araçları kullanılsa da; hastaların psikiyatrik sorunları, yaşam kaliteleri ile ilgili benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Araştırmamızda ek olarak yorgunluk- enerji düzeyinde ve sosyal desteğe başvurmada istatistiksel olarak anlamlı bir artış



oluş, bunun subjektif algılarda daha olumlu bir bakış açısı oluşturma ve olumsuz yüklemelere dair farkındalık sağlama ile mümkün olduğu söylenebilir.

Araştırmada, müdahale grubunda psikoeğitim sonrasında ve izlem ölçümünde, öncesine göre MS'li hastaların stresle baş etme tarzları olumlu yönde gelişmiş, psikiyatrik belirtilerden olumsuz benlik ve hostilite şikayeti düzeylerinde bir değişiklik olmazken, anksiyete, depresyon ve somatizasyonda düşme ortaya çıkmış ve yaşam kaliteleri yükselmiştir. Aynı dönemlerde kontrol grubuyla yapılan tüm ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda MS hastalarına uygulanan psikoeğitim programının stresle baş etme, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiye sahip olduğu, elde edilen sonuçların literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

## 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

MS hastalarına uygulanan psikoeğitim programının hastaların stresle baş etme, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kaliteleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan MS hastalarının;

- SBTÖ'nün kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt ölçekleri puan ortalamalarında son ölçüm ve izleme ölçümlerinde ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı bir artma, çaresiz ve boyun eğici alt ölçekleri puan ortalamalarında ise anlamlı bir düşme görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Bkz. Tablo 4.2).
- KSE'nin depresyon, anksiyete ve somatizasyon alt ölçekleri ve ölçek toplamı puan ortalamalarında son ölçüm ve izleme ölçümlerinde ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı bir düşme oluşurken; hostilite ve olumsuz benlik alt ölçeklerinde ise araştırma sonunda ve izlem ölçümünde, ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ) (Bkz. Tablo 4.3).
- MSYK-54'ün fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarında son ölçüm ve izleme ölçümlerinde ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ) (Bkz. Tablo 4.5). Yaşam kalitesinde fark yaratan alt gruplar ise; sağlık algısı, enerji- yorgunluk, sağlık stresi, ruhsal rol güçlüğü ve mental sağlıktır ( $p<0,05$ ) (Grafik 4.1).

## 6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Çalışma sonucunda MS hastalarının stresle baş etme tarzlarının güçlendiği, psikiyatrik belirtilerinin azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı göz önüne bulundurulduğunda; MS tanısı almış hastalara hastaneler ve dernekler aracılığı ile bu tür çalışmaların sürdürülmesi,
- Çalışmada üç aylık izlem ile psikoeğitim programının uzun dönem etkisinin değerlendirilmesi nedeniyle kalıcılığıyla ilgili bir yıl gibi daha uzun dönem etkilerini belirleyebilecek çalışmaların planlanması,
- Psikoeğitimin etkisinin kalıcılığını sağlamak için güçlendirme oturumunun yapılması,
- Psikoeğitim programının içeriğine dair hastalardan gelen sözel geribildirimler doğrultusunda aileyi de kapsamayı, hastalarla eş zamanlı olarak aile eğitimlerinin de planlanması,
- Kültürel olarak cinsel konuların ve sorunların karma gruplarda etkin tartışılmaması nedeniyle, cinsel sorunların konuşulacağı oturumun kadın ve erkek gruplar için ayrı ayrı oluşturulması,
- Çalışmanın sekiz hafta sürmesi ile olumsuz benlik ve hostilete gibi şikayetlerin üzerinde etkili olmadığı göz önüne alındığında, bu konular için içerikte daha çok zaman ayrılmasını sağlayacak şekilde daha uzun süre planlanan psikoeğitim programlarının etkisinin değerlendirilmesi.

## 7. KAYNAKLAR

1. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M ve ark. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 Revisions to the McDonald criteria. *Annual of Neurology*. 2011; 69(2): 292–302.
2. Reese JP, Wienemann G, John A, Linnemann A., Balzer- Geldsetzer M, Mueller UO. Preference-based Health status in a German outpatient cohort with multiple sclerosis. *Health Quality of Life Outcomes*. 2013; 11:162.
3. Atlas of Multiple Sclerosis in the World (2013) <http://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/Atlas-of-MS.pdf> Erişim tarihi:11.04.2017
4. Pearson JF, Alla S, Clarke G, Mason DF, Anderson T, Richardson A, ve ark. Multiple Sclerosis impact on employment and income in New Zealand. *Acta Neurol Scand*. 2016 Nov 28. doi: 10.1111/ane.12714. [Epub ahead of print]
5. Possa MF, Minacapelli E, Canale S, Comi G, Martinelli V, Falautano M. The first year after diagnosis: psychological impact on people with multiple sclerosis. *Psychol Health Med*. 2017; 6:1-9
6. Tadid D, Dajid V. Quality of life in patients with multiple sclerosis in Republic of Srpska. *Med Glas (Zenica)*.2013;10(1):113-9.
7. Tlek Z. Multipl Sklerozlu hastanın hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 11(2):25-32
8. Mohr DC, Hart SL, Jullian L, Cox D. Association Between Stressfull Life Events and Exacerbation in Multiple Sclerosis; A Meta-analysis. *British Medicine of Journal* 2004; 328: 731-735
9. Heesen C, Mohr DC, Huitinga I. Stress regulation in multiple sclerosis: current issues and concepts. *Multiple Sclerosis*. 2007;13 (2): 143-148.
10. Artemiadis AK, Anagnostouli MC, Alexopoulos EC. Stress as a Risk Factor for Multiple Sclerosis Onset or Relapse: A Systematic Review. *Neuroepidemiology*. 2011; 36:109–120

11. Meca-Lallana J, Mendibe M, Hernández-Clares R, Caminero AB, Mallada-Frechin J, Dávila-Gonzalez P. ve ark. Predictors of burden and depression among caregivers of relapsing-remitting MS patients in Spain: MS Feeling study. *Neurodegener Dis Manag.* 2016; 6(4): 277-87
12. Liu XJ, Ye HX, Li WP, Dai R, Chen D, Jin M. Relationship between psychosocial factors and onset of multiple sclerosis. *European Neurology.* 2009; 62(3):130-136.
13. Lode K, Bru E, Klevan G, Myhr KM. Depressive symptoms and coping in newly diagnosed patients with Multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis.* 2009; 15: 638-643
14. Chinaveh M, Ishak NM, Salleh AM. Improving mental health and academic performance through multiple stress management intervention: Implication for diverse learners. *Pro-cedia Soc Behav Sci.* 2010; 7 (C), 311-316.
15. . Mohr DC. Stress and multiple sclerosis. *Journal of Neurology.* 2008; 225(2):309-310
16. Boeschoten RE, Braamse AM, Beekman AT, Cuijpers P, van Oppen P. Prevalence of depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *J Neurol Sci.* 2017; 15; 372: 331-341
17. Dahl OP, Stordal E, Lydersen S, Midgard R. Anxiety and depression in multiple sclerosis. A comparative population based study in Nord, Trøndelag County, Norway. *Multiple Sclerosis.* 2009; 15 (12): 1495-1501
18. Hyphantis NT, Christou K, Kontoudoki S, Mantas C, Papamichael G, Goulia P. ve ark. Disability status, disease parameters, defense styles and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *Internal Journal Psychiatry in Medicine.* 2008; 38(3):307-327
19. Stepleman LM, Jumb R, Shelton SF, Hughes MD. Psychological Consultation services at a Multiple Sclerosis Clinic. *Internal Journal of MS Care.* 2009; 11:180-186
20. Siracusano A, Niolu C, Sachetti L, Ribolsi M. Depression and Anxiety in Nocentini U, Caltagirone C, Tedeschi G. *Neuropsychiatric dysfunction in multiple sclerosis.* Italia: Springer-Verlag, 2012

21. Aygünoğlu SK, Çelebi A, Vardar N, Gürsoy E. Multipl Skleroz Hastalarında Yorgunluğun Depresyon, Özürlülük ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Archieve Neuropsychiatry*. 2015; 52: 247-251
22. Lobentanz IS, Asenbaum<sup>Vass</sup>K, Sauter C, Klösch G, Kollegger H, Kristoferitsch W, Zeitlhofer J. Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurologica Scandinavica*,2004; 110 (1): 6-13
23. Opara JA, Jaracz K, Broła W. Quality of life in multiple sclerosis. *Journal of Med Life*. 2010; 3(4):352-8.
24. Koçer E, Koçer A, Yaman M, Eryılmaz M, Özdem Ş, Türk Börü Ü. Multipl skleroz olgularında yaşam kalitesi: Fiziksel özürlülük ve depresyonun etkisi. *Journal of Mood Disorders*. 2011; 1(2):63-7
25. Gulick E. Emotional Distress and Activities of Daily Living Functioning in Persons with Multiple Sclerosis. *Nursing Research*. 2001; 50: (3); 147-54.
26. Mohr DC, Pelletier D. A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with multiple sclerosis. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2006; 20;(1):27-36.
27. Psikoeğitim nedir? [http://psikoegitim.blogspot.com.tr/2010/01/psikoegitim\\_nedir.html](http://psikoegitim.blogspot.com.tr/2010/01/psikoegitim_nedir.html) erişim tarihi: 16.05.2016
28. Gürçay SS, Çekici F ve Çolakkadioğlu O. Psiko-eğitim Gruplarının Yapılandırılması ve Genel İlkeleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009; 5 (1):134-153
29. Yalom ID. Kısa Süreli Grup Terapileri; İlkeler ve Teknikler. (N. Hisli Şahin çev.) Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara: Pastel Matbaacılık, 1998
30. Clanet, M. Jean-Martin Charcot. 1825 to 1893. *The International MS Journal*. 2008;15 (2): 59–61
31. Yadav SK, Mindur JE, Ito K, Dhib-Jalbut S. Advances in the immunopathogenesis of multiple sclerosis. *Curr Opin Neurol*. 2015 ;28(3):206-19.

32. Evans C, Beland SG, Kulaga S, Wolfson C, Kingwell E, Marriott J ve ark. Incidence and prevalence of multiple sclerosis in the Americas: a systematic review. *Neuroepidemiology*. 2013;40 (3):195-210.
33. Kobelt G, Thompson A, Berg J, Gannedahl M, Eriksson J. New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe. *Mult Scler*. 2017 Feb 1:1352458517694432. doi: 10.1177/1352458517694432.
34. Anagnostouli M, Katsavos S, Artemiadis A, Zacharis M, Argyrou P, Theotoka I ve ark. Determinants of stigma in a cohort of hellenic patients suffering from multiple sclerosis: a cross-sectional study. *BMC Neurol*. 2016 Jul 13;16:101
35. Smaldone MC, Uzzo RG. The Kubler-Ross model, physician distress, and performance reporting. *Nat Rev Urol*. 2013 ;10(7):425-8
36. Boström K, Nilsagård Y. A family matter--when a parent is diagnosed with multiple sclerosis. A qualitative study. *BMC Neurol*. 2016 Jul 13;16:101
37. Ghafari S, Fallahi-Khoshknab M, Nourozi K, Mohammadi E. Patients' experiences of adapting to multiple sclerosis:a qualitative study.*Contemp Nurse*.2015;50(1):36-49
38. Akdemir N, Birol L. Multipl skleroz, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 5. Baskı, Ankara, 2011. ss: 848- 853
39. Gajofatto A, Benedetti MD. Treatment strategies for multiple sclerosis: When to start, when to change, when to stop? *World J Clin Cases*. 2015 Jul 16;3(7):545-55.
40. Remes A, Airas L, Atula S, Färkkilä M, Hartikainen P, Koivisto K. ve ark. Update on Current Care Guideline: Multiple sclerosis. *Duodecim*. 2015;131(5):500-1
41. Boz, C. ve Terzi, M. Soru ve Yanıtlarla Multiple Skleroz, Trabzon. İber matbaacılık, 2010
42. Multiple Sklerozda Tanı ve Tedavi Klavuzu, Türk Nöroloji Derneği (2013)  
[www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/MS'KILAVUZ\(2\).pdf](http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/MS'KILAVUZ(2).pdf) erişim tarihi;06.04.2017

43. Kumsar AK, Olgun N, Korel ÖK. Multiple Sklerozlu hastalarda yorgunluğun değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*.2009; 2(2): 100-103
44. Newsome SD, Aliotta PJ, Bainbridge J, Bennett SE, Cutter G, Fenton K. A Framework of Care in Multiple Sclerosis, Part 2: Symptomatic Care and Beyond. *Int J MS Care*. 2017 ;19(1):42-56.
45. Mikula P, Nagyova I, Krokavcova M, Vitkova M, Rosenberger J, Szilasiova J, ve ark. The mediating effect of coping on the association between fatigue and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*. 2015; 20; 6: 653–661
46. Simmons RD, Tribe KL, McDonald EA. Living with multiple sclerosis: longitudinal changes in employment and the importance of symptom management. *Journal of Neurology*. 2010; 257(6): 926-936
47. Akkuş Y, Kapucu S. Multiple skleroz ve hasta eğitimi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 57-63
48. Armutlu K, Karabudak R. Pain Syndromes in Multiple Sclerosis. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2010;3:95-100
49. Toosy A, Ciccarelli O, Thompson A. Symptomatic treatment and management of multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol*. 2014;122:513-62.
50. Khan F, Amatya B, Turner-Stokes L. Symptomatic therapy and rehabilitation in primary progressive multiple sclerosis, *Neurology Research International*. 2011. doi:10.1155/2011/740505.
51. Wilski M, Tasiemski T. Meaning of Self in Multiple Sclerosis: Implications for Treatment and Rehabilitation. *Adv Exp Med Biol*.2017;958:43-55
52. Motl RW, Balto JM, Ensari I, Hubbard EA. Self-efficacy and Walking Performance in Persons with Multiple Sclerosis. *J Neurol Phys Ther*. 2017 Apr;41(2):114-118



53. Sutliff MH, Bennett SE, Bobryk P, Halper J, Saslow LA, Skutnik LT, ve ark. Rehabilitation in multiple sclerosis: Commentary on the recent AAN systematic review. *Neurol Clin Pract.* 2016 Dec;6(6):475-479
54. Dr. Hans Selye. <http://www.scio.com.tr/hans-selye.aspx> Erişim tarihi:16.05.2016
55. Turan Ş, Aksoy Poyraz C. Günlük Yaşam Stresiyle Baş Etmek için Kullanılan Psikoterapi Yöntemleri. *JCBPR*, 2015; 3: 133-140
56. Brown RF, Tennant CC, Sharrock M, Hodgkinson S. Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis.; part II. Direct and indirect relationships. *Multiple Sclerosis*,2006; 12: 465-475
57. Limm H, Angerer P, Heinmueller M, Marten-Mittag B, Nater UM, Guendel H. Selfperceive stress reactivity in an indicator of psychosocial impairment at the workplace. *BMC Public Health.* 2010; 10, 252-262.
58. Türkçapar H (2007) Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. Ankara: HYB Basım Yayın, s. 1-5.
59. Foley WF, Bedell JR, Larocca NG, Sheinberg LC, Reznicoff M. Efficacy of Stress-Inoculation Training in Coping With Multiple Sclerosis. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology.*1987; 55 (6); 919-922
60. Lazarus RS. Coping Theory and research; Past, Present and Future *Psychosomatic Medicine.*1993 ;55: 234-247
61. Okanlı A, Tanrıverdi D, İpek Coban G, Asi Karakaş S. The Relationship Between Psychosocial Adjustment and Coping Strategies Among Patients With Multiple Sclerosis in Turkey. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.*2013; 23(2):113-118.
62. Şahin NH. Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları,1998, s.109-112
63. Dimsdale JE, Keefe FJ, Stein MB. Stress and Psychiatry. *Comprehensive Textbook of Psychiatry /VIII Edition: Sadock BJ, Sadock VA, Williams &Wilkins, Philadelphia: Lippin-cott,2000, s. 1835-1850*

64. Beck JS. Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi. (Çev. NH Şahin). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.2001, s. 16-21.
65. Simkin DR, Black NB. Meditation and mindfulness in clinical practice. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014; 23 (3), 487-534
66. Gonzalez MJ, Miranda-Massari JR. Diet and stress. Psychiatr Clin N Am. 2014; 37, 579-589
67. Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA. Sources and types of social support in youth physical activity. Health Psychology. 2005; 24(1):3-10.
68. Meehan MP, Durlak JA, Braynt FB. The relationship of social support to perceived control and subjective mental health in adolescents. Journal of Community Psychology.1993; 21, 49-55
69. Seki Öz, H. MS'li hastaların stresle baş etme tarzlarının ve psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013
70. Öz F, Hiçdurmaz D. Stresle baş etmede önemli bir yol: mizahın kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 13 (1) 83-88
71. Wilken JA, Sullivan C. Recognizing and treating common psychiatric disorders in Multiple Sclerosis. The Neurologist,2007;13: 6:343-354
72. Janssens AC, Van Doorn PA, De Boer JB, Kalkers NF, Van Der Meche FG, Passchier J, ve ark. Anxiety and depression influence the relation between disability status and quality of life in multiple sclerosis. Multiple Sclerosis;2003;9(4):397-403.
73. World Health Organization (1997) Measuring Of Quality Life. Erişim Tarihi: 10.04.2017. [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
74. Maviöğlü H, Tülek Z, Bakar E, Tavşanlı NG. Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesi ve Ölçümü. Türk Nöroloji Dergisi. 2014; 20(1):18-23

75. D'alisa S, Miscio G, Baudo S, Simone A, Tesio L, Mauro A. Depression is the main determinant of quality of life in multiple sclerosis: A classification-regression (CART) study. *Disability and Rehabilitation*. 2006;28:307-14.
76. Yamout B, Issa Z, Herlopian A, El Bejjani M, Khalifa A, Ghadieh AS, ve ark. Predictors of quality of life among multiple sclerosis patients: a comprehensive analysis. *Eur J Neurol*. 2013;20:756-64.
77. Chen K, Fan Y, Hu R, Yang T, Li K. Impact of depression, fatigue and disability on quality of life in Chinese patients with multiple sclerosis. *Stress Health* 2013;29:108-12.
78. Kalb RC. Multipl skleroz Aklınızdaki Sorular, Gereksindiğiniz Cevaplar. (4. baskı. Eraksoy, M. ve Demir, G.A Çev.),İstanbul: Logos Tıp Yayıncılığı,2009
79. Akkuş, Y. Multiple Skleroz hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgileri (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği; Ankara,2004
80. Kaçmaz N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği; tarihsel bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*. 2006 :9 (1); 75-85
81. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005: 9(1); 49-54
82. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi* . 2005:8 (3); 107-118
83. Şahin NH, Durak A. Stresle Baş etme Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995;10 (34): 56-73
84. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri; Türk Gençleri için Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*.1994; 9(31): 44-56
85. Idiman E, Uzunel F, Ozakbas S, Yozbatiran N, Oguz M, Callioglu B. Cross-cultural adaptation and validation of multiple sclerosis quality of life questionnaire (MSQoL-

- 54) in a Turkish multiple sclerosis sample. *Journal of Neurology Science*. 2006; 240:77-80.
86. Mohr DC, Lovera J, Brown T, Cohen B, Neylan T, Henry R. ve ark. A randomized trial of stress management for the prevention of new brain lesions in MS. *Neurology*. 2012;79:412-419.
87. Mackay MA, Buckingham R, Schwartz RS, Hodgkinson S; Beran RG, Cordato DJ. The Effect of Biofeedback as a Psychological Intervention in Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*. 2015; 17:101–108.
88. Artemiadis AK, Vervainioti AA, Alexopoulos EC, Rombos A, Anagnostouli MC, Darviri C. Stress management and multiple sclerosis: a randomized controlled trial. 2012; 27(4):406-16
89. Askey-Jones S, David AS, Silber E, Shaw P, Chalder T. Cognitive behaviour therapy for common mental disorders in people with Multiple Sclerosis: A bench marking study. *Behav Res Ther*. 2013 ;51(10):648-55
90. Bogosian A, Chadwick P, Windgassen S, Norton S, McCrone P. Distress improves after mindfulness training for progressive MS: A pilot randomised trial. *Multiple Sclerosis*. 2015; 21: 1184-1194
91. Boeschoten RE, Dekker J, Uitdehaag MJB, Polman CH, Collette EH, Cuijpers P, ve ark. Internet-based self-help treatment for depression in multiple sclerosis: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2012;12:137-
92. Hind D, Cotter J, Thake A, Bradburn M, Cooper C, Isaac C ve ark. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 5
93. Graziano F, Calandri E, Borghi M, Bonino S. The effects of a group-based cognitive behavioral therapy on people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2014;28: 264-274

94. Firth N. Effectiveness of psychologically focused group interventions for multiple sclerosis: A review of the experimental literature. *Journal of Health Psychology*; 2014;19: 789-801
95. McGuire KB; Stojanovic-Radic J, Strober L, Chiaravalloti ND, DeLuca J. Development and Effectiveness of a Psychoeducational Wellness Program for People with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*. 2015 ;17(1):1-8
96. Saygı G, Kesecioğlu Tİ, Kırıktaş H. Eğitim Düzeyinin Benlik Saygisi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2015 ;4(2):210-217
97. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. [www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm).ErişimTarihi:01.06.2017

## 8.EKLER

### Ek 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Tarih;...../...../.....

1. EDSS ölçümü; .....
2. Yaşınız;.....
3. Cinsiyetiniz;.....
4. Öğrenim durumunuz;.....
5. Medeni durumunuz;.....
6. Nezaman tanı aldınız;.....
7. Çalışma durumunuz;
  - a.Çalışıyorum
  - b.İşsizim
  - c.Emekliyim
8. Ekonomik durumunuzu aşağıdakilerden hangisi tanımlamaktadır?
  - a.Gelir giderden az (düşük)
  - b.Gelir gidere eşit (orta)
  - c.Gelir giderden fazla (yüksek)
9. Tedaviniz için şuanda kullandığınız ilaçlar nelerdir?  
.....  
.....  
.....
10. En son ne zaman kortizon tedavisi kullandınız? ...../...../

## 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 sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

Bir sıkıntım olduğunda...	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem				
2- İyimser olmaya çalışırım				
3- Bir mucize olmasını beklerim				
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım				
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum				
8- Olayın/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- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum				
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım				
15- Problemin çözümü için adak adarım				
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20- Problemi/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 olsaydım" diye düşünürüm				
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve 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				





33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/ zorlanmak					
37.Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41.Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42.Diğerlerinin yanındayken 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/kalındığında sinirli hissetmek					
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49.Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek					
50.Kendini değersiz görme/değersizlik duyguları					
51.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52.Suçluluk duyguları					
53.Aklınızdaki bir bozukluk olduğu hissi					

## Ek.4. Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi-54 Ölçeği

### MULTİPL SKLEROZ YAŞAM KALİTESİ ( MSYK)-54 ENSTRÜMANI

Bu sorular, sizin sağlığını ve aktivitelerinizi sorgulamaktadır. Her bir soruya aşağıdaki rakamlardan ( 1,2,3,...) birini işaretleyerek cevap veriniz.

**Eğer soruların cevabından emin değilseniz, lütfen verebileceğiniz en iyi cevabı verin ve cevaba ait açıklamayı köşesine yazınız.**

Formun okunması veya işaretlenmesinde yardıma ihtiyacınız olduğunda, lütfen yardım istemekten çekinmeyin.

1. Genel olarak sağlığınız hakkında ne söyleyebilirsiniz? (bir rakamı işaretleyiniz)

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Biraz iyi	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesine kıyasladığımızda şimdiki sağlık durumunuzu genel olarak nasıl değerlendirirsiniz? (bir rakamı işaretleyiniz)

Bir yıl öncesine göre şimdi çok daha iyi	1
Bir yıl öncesine göre şimdi biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesine göre şimdi biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesine göre şimdi çok daha kötü	5

3.-12. Aşağıdaki sorular tipik olarak gün içinde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri yapmanızı kısıtlıyor mu? Eğer öyleyse, ne kadar?

(Her satırda 1,2 veya 3 rakamlarından birini işaretleyiniz)

	Evet, Çok kısıtlı	Evet, Biraz kısıtlı	Hayır, Kısıtlı değil
3. Koşma, ağır eşyaları kaldırma, ağır sporlara katılma gibi <u>ağır aktiviteler</u>	1	2	3
4. Masayı hareket ettirme, elektrik süpürmesini itme, bowling veya golf oynama gibi <u>orta şiddetli aktiviteler</u>	1	2	3
5. Alışveriş torbalarını kaldırma veya taşıma	1	2	3
6. <u>Birkaç kat</u> merdiven çıkma	1	2	3
7. <u>Bir kat</u> merdiven çıkma	1	2	3
8. Eğilme, çömelme veya diz üstüne gelme	1	2	3
9. 1600 metreden fazla yürüme	1	2	3

10. Birkaç sokak yürüme (500-1000m)	1	2	3
11. Bir sokak yürüme (200m)	1	2	3
12. Banyo yapma veya giyinme	1	2	3

13-16. **Son 4 hafta içinde fiziksel sağlığınızın sonucu olarak** işinizde veya diğer düzenli günlük aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerden birini yaşadınız mı?

	EVET	HAYIR
13. İşyerinde veya diğer aktivitelerimde <u>harcadığım zamanı</u> azalttım	1	2
14. İstedğimden daha <u>az başarılıyım</u>	1	2
15. İşim veya diğer aktivitelerimin çeşidinde kısıtlanma oldu	1	2
16. İşimi veya diğer aktivitelerimi yerine getirmede <u>zorluk</u> çektim (örneğin fazladan çaba harcıyordum)	1	2

17-19. **Son 4 hafta içinde ruhsal problemlerinizin** (depresyon veya anksiyete gibi) **sonucu olarak** işinizde veya diğer düzenli günlük aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerden birini yaşadınız mı?

	EVET	HAYIR
17. İşyerinde veya diğer aktivitelerimde <u>harcadığım zamanı</u> azalttım?	1	2
18. İstedğimden daha <u>az başarılıydım</u>	1	2
19. İşimi veya diğer aktivitelerimi her zamanki gibi <u>dikkatli</u> yapmadım	1	2

20. **Son 4 hafta içinde** fiziksel sağlığınız veya ruhsal problemleriniz sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla veya katıldığınız gruplarla yaptığınız sosyal aktivitelerinizi ne kadar etkiledi? (bir rakamı işaretleyiniz)

- Hiç etkilemedi 1
- Hafif etkiledi 2
- Orta derecede etkiledi 3
- Oldukça etkiledi 4
- Aşırı derecede etkiledi 5

21. **Son 4 hafta içinde** ne kadar **vücut** ağrınız vardı? (bir rakamı işaretleyiniz)

- Hiç yok 1
- Çok hafif 2
- Hafif 3
- Orta şiddette 4
- Şiddetli 5
- Çok şiddetli 6

22. **Son 4 hafta içinde ağrı** sizin normal işlerinizi ( hem sizin dışındaki hem de evin içindeki) ne kadar etkiledi? (bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç etkilemedi	1
Hafif etkiledi	2
Orta derecede etkiledi	3
Oldukça etkiledi	4
Aşırı derecede etkiledi	5

23-32. Bu sorular **son 4 hafta içinde** kendinizi nasıl hissettiğiniz ve olayların sizinle nasıl ilgili olduğuna dairdir. Her bir soru için lütfen kendinize en yakın olan cevabı işaretleyin (her satırda bir rakam işaretleyiniz)

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
23. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre tamamen enerji doluydunuz?	1	2	3	4	5	6
24. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre çok sinirli bir kişiydiniz?	1	2	3	4	5	6
25. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kendinizi çöküntü içinde hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
26. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre sakin ve barışıldınız?	1	2	3	4	5	6
27. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre çok enerjiniz vardı?	1	2	3	4	5	6
28. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre umutsuz ve cesaretsizdiniz?	1	2	3	4	5	6
29. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre kendinizi yıpranmış hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
30. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre mutlu bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
31. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre kendinizi yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
32. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre sabahları uyandığınızda kendinizi dinlenmiş hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

33. **Son 4 hafta içinde fiziksel sağlığınız veya ruhsal problemlerinizi** sosyal aktivitelerinizi (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar etkiledi? (bir rakamı işaretleyiniz)

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlar	3
Biraz	4
Hiçbir zaman	5

## GENEL SAĞLIK

34-37. Aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin için DOĞRU veya YANLIŞ? (Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

	Kesinlikle doğru	Genellikle doğru	Emin değilim	Genellikle yanlış	Kesinlikle yanlış
34. Diğer insanlardan daha kolay hasta olurum	1	2	3	4	5
35. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
36. Sağlığımın daha kötüye gideceğini beklerim	1	2	3	4	5
37. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

## SAĞLIKLA İLGİLİ ENDİŞE

(Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
38. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre sağlık problemlerinizi nedeniyle cesaretinizi kaybettiniz?	1	2	3	4	5	6
39. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre sağlığınızla ilgili endişe duydunuz?	1	2	3	4	5	6
40. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar süre sağlığınız yaşamınızda bir üzüntü kaynağı oldu?	1	2	3	4	5	6
41. <b>Son 4 hafta içinde</b> ne kadar sağlık problemlerinizi nedeniyle zayıfladığınızı hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

### Bilişsel Fonksiyon

Son 4 hafta içinde ne kadar süre...  
(Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
42. Dikkatinizi vermede veya düşünmede zorluk çektiniz?	1	2	3	4	5	6
43. Bir aktivite üzerinde uzun süreli dikkatinizi vermede zorluk çektiniz?	1	2	3	4	5	6
44. Hafızanızla ilgili sorunlarınız oldu?	1	2	3	4	5	6
45. Aile üyeleri veya arkadaşlarınız sizin hafızanızda veya dikkatinizi vermede problemlerinizi olduğunu fark ettiler?	1	2	3	4	5	6

### Cinsel Yaşam

46-50. Bu sorular sizin cinsel yaşamınız ve cinsel yaşamınızdan ne kadar memnun olduğunuzla ilgilidir. Lütfen **sadece son 4 hafta içindeki** yaşamınızla ilgili mümkün olduğu kadar doğru cevabı işaretleyiniz. **Son 4 hafta içindeki** aşağıdaki sorular sizin için ne kadar problem olmuştu? (Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

<b>ERKEK</b>	Problem değildi	Çok az problem oldu	Biraz problem oldu	Çok fazla problem oldu
46. Cinsel ilgi azlığı	1	2	3	4
47. Sertleşme veya sertleşmeyi sürdürmede zorluk	1	2	3	4
48. Cinsel doyuma ulaşma güçlüğü	1	2	3	4
49. Cinsel eşi memnun etme yeteneği	1	2	3	4

<b>KADIN</b>	Problem değildi	Çok az problem oldu	Biraz problem oldu	Çok fazla problem oldu
46. Cinsel ilgi kaybı	1	2	3	4
47. Yetersiz vajinal ıslanma (haznede ıslanma)	1	2	3	4
48. Cinsel doyuma ulaşma güçlüğü	1	2	3	4
49. Cinsel eşi memnun etme yeteneği	1	2	3	4

50. Genel olarak **son 4 hafta içinde** cinsel yaşamınızdan ne kadar memnun oldunuz?

Çok memnun	1
Biraz memnun	2
Ne memnun ne de memnuniyetsiz	3
Biraz memnuniyetsiz	4
Çok memnuniyetsiz	5

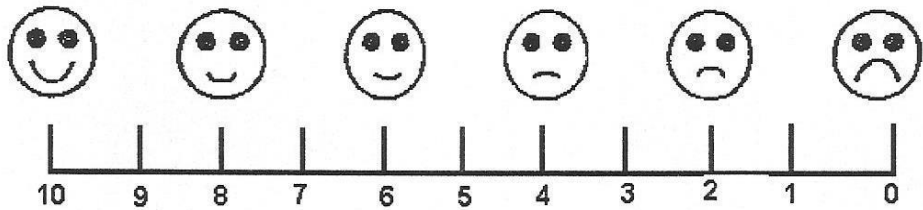
51. **Son 4 hafta içinde** barsak veya mesane problemlerinizi aileniz, arkadaşlarınız veya katıldığınız grup içindeki sosyal aktivitelerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi	1
Hafif etkiledi	2
Orta derecede etkiledi	3
Oldukça etkiledi	4
Aşırı derecede etkiledi	5

52. **Son 4 hafta içinde** ağrınız yaşamdan zevk almanızı ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi	1
Hafif etkiledi	2
Orta derecede etkiledi	3
Oldukça etkiledi	4
Aşırı derecede etkiledi	5

53. Genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz? Aşağıdaki ölçekten bir rakamı işaretleyiniz.



**Mümkün Olan**  
**En İyi Yaşam Kalitesi**

**Mümkün Olan**  
**En Kötü Yaşam Kalitesi**  
(Ölmek kadar kötü ya da  
ölmekten biraz daha kötü)

54. Yaşamınızla ilgili neler hissettiğinizi aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlar?

Korkunç	1
Mutsuz	2
Çoğunlukla memnun değil	3
Karışık-eşit derecede memnun ve memnun değil	4
Çoğunlukla memnun	5
Çok memnun	6
Harika	7



## **Ek 5. Oturum Planları**

### **1.OTURUM; TANIŞMA, PROGRAMIN TANITILMASI VE GRUP BİLİNCİNİN OLUŞTURULMASI**

#### **Amaçlar;**

- Grup üyelerinin tanışması ve etkileşimini sağlanması,
- Grup kurallarının belirlenmesi,
- Grup sürecinin dinamikleri hakkında bilgilendirilmesi,
- Grup üyelerinin beklentilerinin gözden geçirilmesi,

#### **Hedef Davranışlar**

- Grup üyeleri birbirlerini tanıyacak,
- Psiko eğitim oturumlarının amaçlarını tanıyacak,
- Psiko eğitim oturumlarının içeriği hakkında bilgi sahibi olacak,
- Psiko eğitim/ grup paylaşımları sürecindeki beklentilerini ifade edecek.

#### **Öğretim Yöntemleri**

- Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

#### **Araç-Gereç-Materyal**

- Barkovizyon, Tahta, Kalem

#### **Oturum İçeriği ve İşleyiş**

- Grup üyelerine araştırmada kullanılacak olan Kişisel bilgi formu, SBTÖ, KSE ve MSYKÖ-54 formları dağıtılır ve dolurmaları sağlanır.
- Tanışma için öncelikle grup üyelerinin kendini tanıtması için kolaylaştırmak ve üyelerin ısınmasını sağlamak için önce gönüllü olanlardan başlayarak her bir üyenin kendini tanıtması istenir.
- Oturumun amaçları ve içeriği grup üyelerine açıklanır. Grubun etkin şekilde yürütülmesi için oturumlarda dikkat edilmesi gereken ilkeler, sorumluluklar grup üyeleri ile birlikte belirlenir. Grup oturumları için tarihler belirlenerek, tüm üyelerin bu tarihleri ajandasına kaydetmesi ve oturumlara düzenli katılım konusunda özenli olunması istenir.
- Grup üyelerinin psiko eğitim sürecinden beklentilerini ifade etmesi sağlanır; böylece gerçekçi olmayan beklentiler varsa düzeltilir.

- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

## **2.OTURUM: MS HAKKINDA GENEL BİLGİLENDİRME, HASTALIĞIN ALGILANMASI VE HASTALIKLA UYUM**

### **Amaçlar;**

- Grup üyelerinin MS hastalığı hakkında gerekli bilgileri öğrenmesi,
- Grup üyelerinin varsa yanlış bilgileri/inançlarını ifade etmesi,
- Grup üyelerinin hastalığını yaşama biçimini paylaşması,
- Grup üyelerinin MS hastalığına uyumla ilgili durumlarını fark etmesi,
- Grup üyelerinin MS hastalığına uyumlanmalarının desteklenmesi,

### **Hedef Davranışlar**

- Hastalığı hakkında gereksindiği bilgiyi öğrenmiş olacak,
- Hastalığı hakkında yanlış bilgi/inançlarını doğruları ile değiştirecek,
- Hastalığını yaşama biçimiyle ilgili en az bir deneyim ifade edecek
- Hastalığına yüklediği anlamı fark edecek,
- Hastalık yaşantısına anlam ve amaç yükleyecek,
- Hastalığı ile ilgili uyum düzeyini fark edecek,
- Hastalık sonrası ortaya çıkan olumlu bir değişim ifade edecek,
- Hastalığa uyumunu attıracak; fiziksel, psikolojik ve sosyal uyum stratejilerinden birer tanesini hayatına adapte edecek,

### **Öğretim Yöntemleri**

- Barkovizyon, Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

### **Araç-Gereç-Materyal**

- Barkovizyon, Tahta, Kalem

### **Oturum İçeriği ve İşleyiş**

- Grup üyelerine bir önceki oturumdan bu yana paylaşmak istedikleri var mı diye sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- Hastalara 20 dakikalık bir powerpoint sunumu ile güncel literatür taranarak hazırlanmış MS hastalığı (1,4,38) ve kronik hastalığa verilen tepkiler (35) hakkında genel bir bilgilendirme grup lideri tarafından yapılır. Sunum

sonrasında hastaların MS hakkında merak ettikleri/ gereksindiği bilgileri ifade etmesi için soru- cevap bölümü yapılır.

- Grup üyelerinin hastalıklarıyla ilgili deneyimlerini, algılarını ve yaşama biçimlerini ifade etmesi için önce gönüllü hastalar olmak üzere grup lideri tüm hastaların kendisini ifade etmesi için destekler.
- Hastaların hastalıklarına uyumda hangi aşamada olduklarını değerlendirmeleri istenir. Tüm grup üyelerinin değerlendirmeleri tek tek dinlenir.
- Grup üyeleri hastalık yaşantısına yüklediği anlamı ve amacı ifade ederler.
- Grup üyeleri hastalığı ile mücadelede neler yaptığını ifade eder; grup lideri tarafından grup üyelerinin yanıtları değerlendirilir ve uyum stratejileri (fiziksel, psikolojik ve sosyal) ile uygunluğunu açıklar.
- Hastalık sonrası grup üyelerinin hastalığın yarattığı olumlu değişimleri (ilişkilerde kuvvetlenme, hastalık sonrası pek çok yetkinliğe sahip olma (oto-enjeksiyon gibi), hastalık yaşantısı ile olgunlaşma, kendini daha güçlü hissetme, düzenli hastane kontrolleri ile sağlığı geliştirme gibi) fark etmeleri desteklenir.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

### **3.OTURUM: SEMPTOM YÖNETİMİ, YORGUNLUKLA MÜCEDELE; ETKİN ZAMAN VE ENERJİ YÖNETİMİ**

#### **Amaçlar;**

- Grup üyeleri hastalıkla birlikte ortaya çıkan semptomları ve bu semptomlarla baş etme yöntemlerini ifade etmesi,
- MS tedavisi için kullanılan ilaçların yan etkileri ile etki baş edebilmesi,
- Grup üyelerinin yaşadığı yorgunlukla ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi,
- Grup üyelerinin etkin semptom, yan etki, zaman ve enerji yönetimi ile bilgileri gündelik yaşantısına aktarabilmesi,

#### **Hedef Davranışlar**

- Hastalıkla birlikte ortaya çıkan semptomları ve bu semptomlara uygun baş etme yöntemlerini sıralayabilecek,
- Hastalık profilaksisi için kullanılan ilaçların yan etkilerini nasıl yöneteceği hakkında bilgi sahibi olacak,
- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında bilgi sahibi olacak,
- Yorgunluk şikayeti hakkında gereksindiği bilgiyi öğrenmiş olacak,
- Etkin zaman yönetimi stratejilerini sıralayabilecek,
- Etkin enerji yönetimi stratejilerini sıralayabilecek,
- Kişisel günlük yaşam rutinlerini gerçekleştirecek şekilde hastalık semptomlarını, ilaç yan etkilerini ve yorgunluğunu yönetebileceğini ifade edecek,

### **Öğretim Yöntemleri**

- Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

### **Araç-Gereç-Materyal**

- Barkovizyon, Tahta, Kalem

### **Oturum İçeriği ve İşleyiş**

- Grup üyelerine bir önceki oturumdan bu yana paylaşmak istedikleri var mı diye sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- Hastalıkla birlikte ortaya çıkabilen semptomlar (49-51) hakkında grup lideri tarafından bilgilendirme yapıldıktan sonra, grup üyelerinin yaşadığı semptomları ve bu semptomlarla baş etme yöntemlerini ifade etmeleri desteklenir. Semptom yönetimi için gerekli bilgiler verilir ve düzeltmeler yapılır.
- MS profilaksisi kullanılan tedaviler (39,40,42) (interferonlar, gluteamerasetat, Tysabri, gilenya vb) hakkında hastaların merak ettikleri, yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilecek yan etkilerle (ağrı, grip benzeri bulgular, yorgunluk, enjeksiyon bölgesinde ağrı-enflamasyon gibi) nasıl baş edecekleri hakkında bilgi verilir ve yöntemler önerilir.
- Grup üyelerinin semptomlarla baş etmek, hastalıkla daha etkin mücadele etmek niyeti ile kullandığı geleneksel-tamamlayıcı tıp uygulamaları (Kapari

karpuzu, aleo vera, çuha çiçeği yağı, arı sokturma, macun yeme, arı sütü-poleni kullanma, çiğ keçi sütü içme, kefir içme gibi) kullanımı konusunda dikkatli olmanın ve doktora danışmadan kullanmamanın önemi vurgulanır.

- Subjektif bir algı olan yorugunluğun ifadesi desteklenir ve çözüm yolları değerlendirilerek, etkin yöntemlere vurgu yapılır. Enerji koruma tekniklerinin (günlük aktivitelerde öncelik listesi oluşturma, ev içi eşyaların dizaynı, sağlıklı beslenme, uyku hijyeni, gerekli ise yardımcı alet kullanılması, düzenli egzersiz ile kasların güçlendirilmesi ve gün içi şekerlemeleri gibi) önemi ve günlük yaşama adapte edilebilirliği hakkındaki fikirlerini ifade etmeleri sağlanır (42,44).
- Zaman yönetimi ve etkin planlama (geçmiş günlerde en çok boşa zaman geçirdiği anlarda ne yapıyordu saptanması, yapılacaklar listesi oluşturma, aktivitelere zaman limitleri koyma, günü/ haftayı/ ayı planlama, sosyal medya, telefon ve TV karşında geçirilen zamanın farkında olma gibi) teknikleri ve günlük yaşama adapte edilebilirliği hakkındaki fikirlerini ifade etmeleri sağlanır.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

#### **4.OTURUM: STRES KAVRAMI, BİLİŞSEL SÜREÇLER VE MS'DE STRES YÖNETİMİNİN ÖNEMİ**

##### **Amaçlar;**

- Grup üyelerinin stres kavramı ve strese karşı verilen tepkiler hakkında gerekli bilgileri öğrenmesi,
- Grup üyelerinin stresi etkin yönetmenin önemini, hastalık seyrine olan yansımalarını farketmesi
- Grup üyelerinin stresi algılamadaki subjektiviteyi ve bilişsel süreçleri tanıması,

##### **Hedef Davranışlar**

- Grup üyeleri stresli yaşam olayları ile nasıl baş ettiklerini ifade edecek,

- Grup üyeleri varsa geçmiş deneyimlerinde stresli dönem ve sonrasında atak geçirme süreci arasındaki ilişkiyi ifade edecek/ fark edecek,
- Stresin olumlu noktalarını fark edecek ve varsa stres duyarlılığını dengeleyecek,
- Grup üyeleri strese verilen fiziksel ve psikolojik tepkileri tanımlayacak,
- Stresli olaylara verilen farklı tepkileri ve buna neden olan düşünce-duygudavranış arasındaki ilişkiyi fark edecek,
- Stres yoğunluğunu arttıran bilişsel çarpıtmalar hakkında bilgi sahibi olacak ve hangi bilişsel çarpıtmaları kullandığını fark edecek,

### **Öğretim Yöntemleri**

- Soru-cevap, Anlatım, Beyin fırtınası, Tartışma

### **Araç-Gereç-Materyal**

- Barkovizyon, tahta, kalem

### **Oturum İçeriği ve İşleyiş**

- Grup üyelerine bir önceki oturumdan bu yana paylaşmak istedikleri var mı diye sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- Grup üyelerinin stres, strese verdikleri tepkiler ve stresle nasıl baş ettiklerini ifade etmeleri sağlanır. Grup üyelerinin belirttiği baş etme yöntemleri tahtaya yazılır.
- Grup üyelerinin stresli yaşam olayları ve hastalık prognozu arasında deneyimsel ilişki kurup-kurmadıklarını ifade etmeleri sağlanır. Stresin olumlu etkileri de vurgulanarak, artmış strese duyarlılığın zararı ve 'streslendiği için streslenmek' kısır döngüsü fark ettirilir ve "stressiz hayat" beklentisi yerine, stresi etkin yönetmeye odaklanılır.
- Hans Selye'nin 'Stres Kuramı' temel alınarak (56) ve MS literatürü taranarak hazırlanan 'Stres ve Stresin MS ile ilişkisi'ni (58-60) anlatan, grup lideri tarafından hazırlanmış 20 dakikalık powerpoint sunumu grup üyeleri ile paylaşılır. Daha önce grup üyeleri tarafından ifade edilen deneyimsel bağlantı, kuramsal bilgiyle birleştirilerek farkındalık sağlanır.

- Stresin subjektif algısı ve stresli olayı algılama biçimimizi; düşünce, duygu ve davranış arasındaki ilişkiyi ifade eden Bilişsel Davranışçı Kuramın, ABC modeli grup lideri tarafından anlatılır. Bu şekilde aynı olaylara farklı tepkiler vermemizin nedeni, eğer olayları değiştiremiyorsak olaylara ilişkin düşünce ve duygularımızı değiştirebileceğimize ilişkin farkındalık yaratılır (58).
- Stres algısına olumsuz etki eden bilişsel çarpıtmalar (58) hakkında bilgi ve örnekler verilerek, grup üyelerinin de katılımı ile tartışılır. Sonra üyelerle nötr bilişsel çarpıtmalarının olduğu ve bu çarpıtılmış düşüncelerimizin tepkilerimiz, durumları algılamamız ve yaşamımız/ilişkilerimiz üzerinde nasıl olumsuz işlevleri olduğu tartışılır.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

## **5. OTURUM: STRESLE BAŞ ETME; SORUN VE DUYGUSAL ODAKLI BAŞ ETME YÖNTEMLERİ**

### **Amaçlar;**

- Grup üyelerinin stresle baş etmede kontrol edilebilir ve kontrol dışında olan durumları ayırması,
- Grup üyeleri sorun odaklı ve duygu odaklı baş etme yöntemlerinden hangilerini kullandığını fark etmesi,
- Grup üyelerinin stresle baş etmede etkili olan yöntemler; kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek kullanımının önemini farkında olması,
- Grup üyelerinin duygu odaklı yaklaşımları tanıması ve etkili kullanabilmesi,
- Grup üyelerinin problem çözme teknikleri hakkında bilgi sahibi olması,

### **Hedef Davranışlar**

- Grup üyeleri stres yönetiminde kontrol edilebilir/ edilemez durumların ayrımını yapabilecek,
- Grup üyeleri hangi durumlarda duygusal ve problem odaklı baş ettiğini ifade edecek,

- Stresle baş etmede yoğun duyguları yatıştırmak için 'gevşeme ve derin nefes egzersizini' kullanabilecek,
- Problem odaklı baş etmede; iyimser, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek kullanımı ile ilgili en az bir deneyim ifade edecek,
- Stresle baş etmede kullanılan bilişsel ve davranışsal yöntemler hakkında bilgi sahibi olacak
- Problem çözme basamalarını hakkında bilgi sahibi olacak,

### **Öğretim Yöntemleri**

- Soru-cevap, Anlatım, Beyin fırtınası, Tartışma

### **Araç-Gereç-Materyal**

- Barkovizyon, tahta, kalem

### **Oturum İçeriği ve İşleyiş**

- Grup üyelerine bir önceki oturumdan bu yana paylaşmak istedikleri var mı diye sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- Stresle baş etme de ilk adım olan; kontrol edilebilir durumlar (stres kaynağının zayıflatılması ya da ortadan kaldırılması mümkün olan durumlar- problem odaklı) ve kontrol edilemez durumlar (yaşanan strese verilen tepkiyi azaltmak, duruma katlanmayı kolaylaştıran- duygusal odaklı) arasındaki ayrımı yapabilmesi için, Folkman ve Lazarus'un 'Stresle Başa Çıkma Modeli'nden temellenmiş, grup lideri tarafından hazırlanmış 20 dakikalık powerpoint sunumu yapılır (60).
- Grup üyeleri karşılaştıkları streslerle hangi baş etme biçimini kullandığını, birer örnekle ifade edecek ve 4 . Oturum'da tahtaya yazılmış olan yöntemler sunum sonrasında yeniden değerlendirir.
- Stresle baş etmede kullanılan bilişsel ve davranışsal yöntemler açıklanır ve verilen örneklerle pekiştirilerek olumlu baş etme güçlendirilir (58).
- Stres sonrası yoğun duygulanımı yatıştırmak için grup lideri tarafından 'Gevşeme ve Derin Nefes Egzersizleri' öğretilir, tüm üyelerle uygulanır ve üyelerin egzersiz sonrası duygularını ifade etmeleri istenir(61,62).



- Problem odaklı baş etmede durumlara iyimser ve kendine güvenle yaklaşmak, sosyal destek kullanımının önemi hakkında bilgi verilerek, bu yöntemlerin örneklerle önemi vurgulanır (59).
- Etkili problem çözme basamakları; problemi saptama, seçenekleri gözden geçirme, bir çözüm yolu seçme, eyleme geçme, sonuçları değerlendirme basamakları hakkında bilgi verilir ve örnek bir problemle bu basamakların kullanımı gündelik hayat örneklerine uygulanır (62).
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

## **6. OTURUM: STRESLE BAŞ ETME; ETKİLİ İLETİŞİM, HAYIR DİYEBİLME, ATILGAN DAVRANIŞ, BENLİK ALGISINI GÜÇLENDİRME**

### **Amaçlar;**

- Grup üyelerinin benlik algılarının güçlendirilmesi,
- Grup üyelerinin etkili iletişim teknikleri hakkında gerekli bilgileri öğrenmesi,
- Grup üyelerinin 'atılgan davranış' hakkında bilgi sahibi olması,

### **Hedef Davranışlar**

- Grup üyeleri hastalık öncesinde ve hastalık sonrasında benlik algılarıyla ilgili düşüncelerini ifade edecek,
- Hastalıkla birlikte hissedilen stigmanın benlik algıları üzerine etkilerini ifade edecek,
- Grup üyeleri benlikleri ile ilgili olumsuz yüklemelerin yanlılığı hakkında farkındalık sağlayacak,
- Kendini etkin ifade etmesi ve çevresiyle etkileşimini sağlıklı hale getirmek için etkili iletişim tekniklerini kullanacak,
- Çevresiyle etkileşiminde atılgan davranış gösterebilecek,
- Çevresiyle etkileşiminde gerekli gördüğünde sınır koyabilecek,

### **Öğretim Yöntemleri**

- Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

### **Araç-Gereç-Materyal**

- Barkovizyon, Tahta, Kalem, Beyin fırtınası

### **Oturum İçeriği ve İşleyiş**

- Grup üyelerine bir önceki oturumdan bu yana paylaşmak istedikleri var mı diye sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- Grup üyeleri ile kendilik algı ifadelerini kolaylaştırmak için; '**Hastalandıktan sonra kendimi..... değerlendiriyorum.**' cümlesindeki boşluğu doldurmaları ve hastalık yaşantısı ile kendilik algısındaki değişimi değerlendirmeleri istenir.
- Grup lideri, grup üyelerinin kendilik algı değerlendirmelerini sıra ile tahtaya yazarak; sıklıkla olumsuz yönde olduğu konusunda farkındalık kazandırır.
- Hastalıklarla ilgili stigmatın, bireyin hastalık yaşantısı/ hastalık algısına etkisini ifade etmeleri sağlanır.
- Grup lideri, grup üyelerinin olumsuz yüklemelerinin ne kadar gerçekçi, işlevsel olduğunu test etmeleri ve yerlerine olumlu ve işlevsel olanları koymaları konusunda üyeleri destekler.
- Grup lideri, grup üyelerinin kendilerini etkin ifade etmelerini ve çevresiyle doyumlu ilişkiler kurmasına yardımcı olacak; etkili iletişim teknikleri, atılgan davranış ve hayır diyebilme konularında 20 dakikalık powerpoint sunumu yapacaktır (62).
- Grup üyeleri sunum sonrasında kendi kullandıkları tekniklerle kıyaslama yaparak, gündelik yaşam örnekleri ile tartışması desteklenir.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

### **7. OTURUM: BELİRSİZLİĞİ YÖNETEBİLME VE YAŞAM KALİTESİNİ GELİŞTİRME**

#### **Amaçlar;**

- Grup üyelerinin belirsizlikle baş edebilmesi,
- Grup üyelerinin umudunun korunması,
- Grup üyelerinin MS hastalığının yaşam kalitesi üzerine etkisini farketmesi,
- Grup üyelerinin yaşam kalitesini yükseltmek için yapabilecekleri hakkında bilgi sahibi olması,

## Hedef Davranışlar

- Hastalığıyla mücadelede 'aktif' konumda olacak,
- Hastalığı ile ilgili belirsizliğin kendisini nasıl etkilediğini ifade edecek,
- Belirsizliğe odaklanmak yerine, şimdi ve buradayı etkin yönetecek,
- Olası sorunlar için çözüm stratejileri oluşturabilecek,
- Gelecekle ilgili umudunu korumanın önemini ifade edecek,
- Hastalığına uygun diyet, egzersiz programının özelliklerini öğrenmiş olacak,
- Sağlığını geliştirme aktiviteleri hakkında bilgi sahibi olacak,
- Bireysel iyi oluşuna destek olacak hobiler, seyahat etmek gibi rahatlama alanları yaratacak,

## Öğretim Yöntemleri

- Soru-cevap, Anlatım, Beyin fırtınası, Tartışma

## Araç-Gereç-Materyal

- Tahta, Kalem

## Oturum İçeriği ve İşleyiş

- Grup üyelerine bir önceki oturumdan bu yana paylaşmak istedikleri var mı diye sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- Hastalığın doğasından kaynaklanan belirsizlik ve her aşamada yeniden uyum ihtiyacı nedeniyle hastaların duygularını ifade etmesi desteklenir.
- Belirsizliğe odaklanarak ortaya çıkan korku ve endişe ile enerji kaybetmek yerine, bu enerjinin **şimdi ve buradaya** yönetilmesi, hastalık yaşantısında aktif rol almanın, olaylara pozitif bakmanın önemi vurgulanır. Grup üyeleri düşüncelerini ifade eder (58).
- Belirsizliği yönetme stratejileri birlikte oluşturulur: atak geçirilirse ne yapılır, bunun için çözüm nedir, hastalık ilerlerse mücadele etmede alternatif yollar neler olabilir, iş yaşamı olumsuz etkilenirse; yeni iş bulma, part-time çalışma ya da malulen emekli olma yöntemleri neler olabilir gibi hastalıktan kaynaklı her türlü sorun için hazırlıklı olmak anksiyeteyi azaltacaktır. Bu konuda grup lideri, grup üyelerinin fikirlerini ifade etmesini sağlar (59).

- Hastalık yaşantısında umudu korumanın önemi grup lideri tarafından ifade edildikten sonra, 'umutlu olmak' ile ilgili grup üyelerinin görüşlerini alır.
- Grup üyelerinin beslenme biçimleri, egzersiz düzenleri sorgulanır ve grup lideri tarafından literatür taranarak hazırlanan egzersiz yapma düzeni, hangi egzersizlerin yapılabilceği, dinlenme periyotlarını ayarlama, vücudu soğutma teknikleri hakkında bilgi verilir.
- Sağlığı geliştirmek için sigara ve alkol kullanımını bırakmanın önemi, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını kazanmanın önemi vurgulanır.
- Boş zamanlarını değerlendirmek ve dinlemek için yeteneklerine uygun hobilerle ilgilenmenin önemi; hangi hobilerin MS hastalığına daha uygun olduğu ve hobi eğitimleri için sunulan olanaklar hakkında bilgi verilir ve her üyenin kendine uygun bir hobi seçmesi istenir.
- Oturum özetlenir, üyelerin duygu ve düşünceleri istenir. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

## **8.OTURUM: SONLANDIRMA VE GENEL DEĞERLENDİRME**

### **Amaçlar;**

- Tüm grup üyelerinin grup süreciyle ilgili bir değerlendirme yapması,
- Varsa eksik veya anlaşılmayan noktaların netleştirilmesi,
- Grup üyelerinin hastalığı ile mücadelede kendini daha güçlü hissetmesi,

### **Hedef Davranışlar**

- Grup üyeleri grup sürecini değerlendirecek,
- Grup üyeleri varsa anlamadığı ya da eksik kalan sorularını soracak,
- Grup ile ortaya çıkan kazanımlarını ifade edecek,
- Hastalığı ile mücadelede kendini nerede gördüğünü ifade edecek,
- Grubu sonlandırmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade edecek,

### **Öğretim Yöntemleri**

- Soru-cevap, Anlatım, Tartışma

### **Araç-Gereç-Materyal**

- Tahta, Kalem

### **Oturum İçeriği ve İşleyiş**

- Grup üyelerine bir önceki oturumdan bu yana paylaşmak istedikleri var mı diye sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- Grup üyelerinin nasıl hissettiği sorulur ve her üyeye söz verilerek duygularını ifade etmesi sağlanır.
- Süreç, lider ve grup üyelerinin kendini değerlendirmesi, kazanımların ve edinilen becerilerin paylaşılması için fırsat verilir ve sonlandırmaya dair duygu ve düşüncelerini paylaşması sağlanır.
- Hastalığıyla mücadelede kendini ilk oturum öncesine göre nasıl gördüğünü kıyaslaması ve durumunu değerlendirmesi istenir.
- Araştırmada son test için kullanılacak ölçüm araçları SBTÖ, KSE ve MSYK- 54 uygulanır.

## Ek.6. Etik Kurul İzini



T.C.  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 805

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 13 TEMMUZ 2016 ÇARŞAMBA  
**Toplantı No** : 2016/14  
**Proje No** : GO 16/437(Değerlendirme Tarihi : 13.07.2016)  
**Karar No** : GO 16/437- 61

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fatma ÖZ'ün sorumlu araştırmacı olduğu Hilal Seki ÖZ'ün doktora tezi olan, GO 16/437 kayıt numaralı ve "**Multiple Skleroz'lu Hastalara Verilen Psikoeğitimin Stresle Baş Etme, Psikiyatrik Belirtiler ve Yaşam Kalitesine Etkisi**" başlıklı proje önerisi araştırmamın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- |  |  |
|--|--|
| 1. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye)      |
| 2. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Üye)         | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye)          |
| 3. Prof. Dr. M. Yılmaz SARA (Üye)        | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye)            |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye)         | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye)        |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye)  | 14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)      |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye)       | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye)       | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye)         |
| İZİNLİ                                   | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye)        |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye)     | İZİNLİ                                     |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye)   | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye)                |

## Ek.7. Türkiye Ms Derneği Ankara Şubesi İzin Yazısı



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

KuruluŐ (Foundation) 1994

Dernek Merkezi  
(Head Quarter)

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

Başkan :  
(President)

AŐIR NADAR

Başkan Yardımcısı  
(Vice President)

Doĉ Dr.NURUNNISA USUL

Genel Sekreter :  
(Secretary General)

SEVGİ MERMER

Sayman :  
(Treasurer)

HAVVA SAYGI AYDIN  
ZEYNEP GÜNER

Uyeler :  
(Members)

Prof.Dr.Kadiye ARMUTLU  
Prof.Dr.ASLI TUNCER  
Doĉ.Dr.UFUK ERGÜN  
Sümer ĆAVUŐOĐLU

Őeref Üyesi :  
(Honorary Member)

Prof.Dr.Rana KARABUDAK  
Hasan Tahsin YILDIRIM  
Zeynep KIRMIZI

07/09/2016

Sayı:2016/25  
Konu:MS Hastalarına Psikoeğitim

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIğINA

İlgi: 17/08/2016 tarih ve 1260 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla Fakülteniz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Fatma ÖZ başkanlığında Doktora öğrencisi Hilal Seki ÖZ'ün Derneğimiz üyesi Multipl Skleroz'lu hastalara verilen Psikoeğitimin 'Stresle BaŐetme.Psikiyatrik Belirtiler ve Yaşam Kalitesine Etkisi' konulu uygulamasını 19/09/2016-15/06/2017 tarihleri arasında Derneğimizde yapması uygun görölmüŐtür.

Bilgilerinize arz ve rica ederim.

  
AŐIR NADAR  
BAŞKAN  
TÜRKİYE  
MULTİPL SKLEROZ DERNEĞİ  
ANKARA ŞUBESİ  
Ataĉ 2.Sokak No: 72/1-2 Kızılay  
Tel: (0312) 435 82 20 - ANKARA

## Ek.8. Aydınlatılmış Onam Formu

### “MULTİPLE SKLEROZ’LU HASTALARA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN STRESLE BAŞ ETME, PSİKIYATRİK BELİRTİLER VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ”

#### “AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU” (Müdahale Grubu)

##### Araştırmacının Açıklaması

“Multiple Skleroz’lu hastalara verilen psikoeğitimin stresle baş etme, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesine etkisi” isimli bir araştırma yapmayı planlıyoruz. Sorumlu araştırmacı Sn. Prof. Dr. Fatma Öz’dür. Multiple Skleroz’lu hastalara uygulanacak bir eğitim programının hastaların stresle baş etme biçimleri, psikiyatrik belirtileri ve yaşam kaliteleri üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçlayan bu eğitim programının uygulanması ile sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlara göre bu programın etkililiği değerlendirilecek ve etkili ise yaygın şekilde sağlık personelleri tarafından diğer hastalara da uygulanması planlanabilecektir. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz onam formunu imzalayınız.

Çalışmada kullanılacak bilgiler bazı anketler yoluyla toplanacaktır. Anketlerde sosyodemografik özelliklere, stresle baş etme biçimlerine, psikiyatrik belirtilere ve yaşam kalitesine ilişkin sorular bulunmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul edenler grup programına alınacaktır. Grup programı 10 hafta devam edecektir. Grup programı ile ilgili detaylı bilgi oturumlar başlayınca verilecektir. Bu oturumlarda gizlilik esasına uyulacaktır. Tüm oturumlarda konuşulanlar aramızda kalacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ek ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı tercih etmeniz de çalışma uygulamasında istediğiniz zaman ayrılabilir veya anketleri doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

##### Hastanın Beyanı

Sayın Hilal Seki Öz tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimalla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma 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.

Araştırmaya katılmak istiyorum. ( )

İmza:.....

Araştırmacı; Hilal Seki Öz

Ulaşım Adresi; Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/ Sıhhiye

Tel; 0530 203 61 XX



**“MULTİPLE SKLEROZ’LU HASTALARA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN STRESLE BAŞ ETME,  
PSİKİYATRİK BELİRTİLER VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ”**

**“AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU”  
(Kontrol Grubu)**

**Araştırmacının Açıklaması**

“Multiple Skleroz’lu hastalara verilen psikoeğitimin stresle baş etme, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesine etkisi” isimli bir araştırma yapmayı planlıyoruz. Sorumlu araştırmacı Sn. Prof. Dr. Fatma Öz’dür. Multiple Skleroz’lu hastalara uygulanacak bir eğitim programının hastaların stresle baş etme biçimleri, psikiyatrik belirtileri ve yaşam kaliteleri üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçlayan bu eğitim programının uygulanması ile sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlara göre bu programın etkililiği değerlendirilecek ve etkili ise yaygın şekilde sağlık personelleri tarafından diğer hastalara da uygulanması planlanabilecektir.

Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz onam formunu imzalayınız.

Çalışmada kullanılacak bilgiler bazı anketler yoluyla toplanacaktır. Anketlerde sosyodemografik özelliklere, stresle baş etme biçimlerine, psikiyatrik belirtilere ve yaşam kalitesine ilişkin sorular bulunmaktadır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ek ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı tercih etmeniz de anketleri doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

**Hastanın Beyanı**

Sayın Hilal Seki Öz tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimalla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma 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.

**Araştırmaya katılmak istiyorum. ( )**

**İmza;.....**

Araştırmacı; Hilal Seki Öz

Ulaşım Adresi; Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/ Sıhhiye

Tel; 0530 203 61 XX

### **Ek.9. Multiple Skleroz'da Semptom Yönetimi**

MS, hastalık tutulumuna bağlı olarak motor, duyuşsal, görsel, bilişsel, ruşsal, cinsel işlevleri ve kas koordinasyonunu etkileyerek çeşitli sorunlara ve kronik yorgunluğa yol açabilmektedir. Bu sorunlar başlangıçta sadece atak dönemlerinde görülürken, hastalığın ilerlemesi ile giderek kalıcı hale gelebilmekte ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir (44).

Sağlık ekibinde kilit rol üstlenen hemşireler hastanın yaşadığı semptomla özğü dinamik bir semptom yönetimi planı geliştirdikten sonra, ekibin diğer üyeleriyle işbirliği içinde hastanın da sorumluluk almasını sağlayarak, her bir semptomla yönelik planladığı hemşirelik girişimlerini uygulamalıdır.

#### **Yorgunlukla Mücadele Etme**

Hasta ya da birinci derecede yakını tarafından tanımlanan, her gün yapılan günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesini engelleyen fiziksel ve/veya mental enerji yitimidir. MS'de altı haftadan daha uzun süren ve günün yarısından daha fazlasında izlenen yorgunluk anlamlı olarak kabul edilmiştir. Fiziksel ve/veya mental içeriği olabilen subjektif bir tanımlamadır. Hastalar tarafından 'azalmış enerji hissi, yorgunluk, sürekli aktivite sırasında motor kuvvetsizlik, konsantre olmak ve kalmakta zorluk' gibi farklı şekillerde tanımlanabilir (38).

Yorgunluk MS'in seyri boyunca en sık karşılaşılan semptom olmakta ve hastaların %53-95'ini etkilemektedir (11). Yorgunluk direk hastalık kaynaklı (primer yorgunluk) ortaya çıkabileceği gibi, depresyon ve uyku sorunları gibi hastalığa spesifik olmayan (sekonder yorgunluk) olarak görülebilir (45). Kurpp ve arkadaşlarının (11) MS hastalarının yorgunluk deneyimleri ile ilgili yaptığı çalışmada; ısı artışı ile yorgunluğun arttığı, aniden ortaya çıktığı, öğlen saatlerinde en yüksek düzeyde olduğu, fiziksel aktivitelerde bölünme ve engellemelere yol açtığı, rol ve sorumlulukların yerine getirilmesini engellediği ve günlük yaşam aktivitelerinde problemlere sebep olduğu vurgulanmıştır. Başka bir çalışmada ise yorgunluğun dinlenmeye rağmen geçmediği, sosyal ve ev dışı aktivite planlamakta güçlük yarattığı, yaşam kalitesini düşürdüğü, uzayan fiziksel aktivitelerin yorgunluğu

arttırdığı, bu durumun özellikle iş yaşamında ve karmaşık görevleri gerçekleştirmede engellemelere neden olduğu bulunmuştur (46).

Yorgunlukla mücadelede; hastanın gerçek dinlenme araları verilmesi, yeterli ve düzenli uyku, enerji koruma teknikleri ile enerjinin biriktirilmesi ve iş basitleştirme tekniklerinin kullanımı, kullanılıyorsa sigara alışkanlığının bırakılması, sağlıklı-doğru planlanmış beslenme uygulamaları faydalıdır. Ayrıca fizik tedavi ile kas kuvvetinin artırılması, kas enduransının artırılması, aerobik egzersizlerin düzenli yapılması önerilmektedir. Medikal tedavi olarak; amantadin, modafinil, andidepresanlar kullanılmaktadır (42).

### **Fiziksel Hareketliliğin Sürdürülmesi**

Hastalık sürecinde ortaya çıkabilen motor sorunlar, duyu ve görme sorunları, yorgunluk, bilişsel bozukluklar gibi pek çok problem, dengeli bir şekilde hareket edebilmeyi önleyebilmekte ve hastanın hareket kapasitesini düşürmektedir (7). Bu sorunlara ek olarak; hastalıktaki stigma, var olan fiziksel sorunların dışarıdaki kişiler tarafından fark edildiği düşüncesi ile sosyal aktivitelerden uzaklaşma, travmalara yatkınlık nedeniyle yalnız başına dışarı çıkmaktan kaçınma/kaygılanma, fiziksel egzersizin vücut ısısını artırması nedeniyle önerilmemesi ve hastanın tüm ihtiyaçlarının hastanın desteklenmesi amacıyla aile üyeleri tarafından karşılanmaya başlanması ile sedanter bir yaşam ortaya çıkmakta ve hareketsizlik artmaktadır (53). Hemşirenin ilk olarak hareketsiz yaşam ile ilgili farkındalık sağlaması ve bu konuda hasta ve ailesinin katılımıyla değişim için yüreklendirmesi önemlidir. Yorgunlukla mücadele için geceleri yeterli bir uykunun ve gündüzleri öğleden sonraki dinlenmenin hastayı rahatlattığı saptanmıştır. Bununla birlikte hastaların bulunduğu ortamın rahat, sessiz, sakin olması da önerilmektedir (38). Disabilite ile başa çıkmak için hastalara geniş adım ile yürümesi öğretilmeli, gerekli ise walker, baston, paralel bar gibi yardımcı araç kullanımı desteklenmelidir (47). Denge kaybı ve kas zayıflığı ile mücadele etmek için fizik tedavi uygulanmalı, yoga, pilates gibi pasif sporlar önerilmelidir. Travmaları önlemek için zeminlerde destekleme, oturur şekilde duş alma, sauna, buhar banyosu ve sıcak banyo yapmaktan kaçınma, ev içi eşyaların travmaya neden olmasını önleyecek şekilde düzenlenmesi hakkında hasta

ve ailesine bilgi verilmeli ve ev ziyaretleri yolu ile hastanın değişen ihtiyaçlarına göre ev ortamı düzenlenmelidir (7).

### **Kas Spazmının (Spasite) Azaltılması**

Germe refleksindeki hipereksitabiliteye bağlı olarak ortaya çıkan kas tonus artışı olarak tanımlanabilir. Şiddeti stres, ağrı, yorgunluk, enfeksiyon varlığı, soğuk ile artış gösterebilir ve yaşam kalitesini düşüren, sık yaşanan bir semptomdur (38). Spasite tedavisinde en önemli adım, ortaya çıkarıcı uyarının kaldırılmasıdır. Vücudun herhangi bir yerindeki ağrı, spastiteyi tetikleyebilmektedir. Ağrı spastite olmayan ekstremitelerde bile olsa azaltılması önemlidir. Ağrı giderildikten sonra, yüzme, bisiklet sürme, ağırlık kaldırma gibi egzersizler, bacaklardaki spastiteyi rahatlatılabilir (64). Spasite tedavisi için rehabilite edici teknikler, ılık banyo ya da sıcak paketler de yararlı olmakta, ancak duyu kaybı olan hastalarda yanıklara sebep olabileceği, ayrıca vücut ısısını yükselterek semptomların ağırlaşmasına sebep olduğu için dikkatli kullanılması gerekmektedir (44,49)

Spasitenin tedavisinde farmakolojik ajanların kullanımı da oldukça yararlıdır (42). Spasite genellikle uyku öncesi ya da uyku sırasında oluşmakta ve uyku sürecini etkilemektedir. Bu nedenle rahatlatıcı girişimlerin ve ilaç tedavisinin uyku saatlerinden hemen önce planlanması hastanın uyku kalitesini olumlu anlamda etkileyecektir (38). Spazm yönetiminde ilaç tedavisi dışında, germe, kavrama, ROM egzersizleri ve gevşeme tekniklerini içeren yöntemler ve derin masaj uygulaması etkili olabilmektedir.

### **Ağrının Giderilmesi**

Ağrı, olası bir doku hasarına karşı vücudumuzu uyarmak için sinyaller üreten sinir sisteminin hayati fonksiyonlarındanır. MS'de ağrı çoğu zaman gerekli ilgiyi görmemektedir. Değişik alışmalar bu hastalıktaki ağrı prevalansını %29 ile %86 arasında bildirmektedir(48,49). MS hastalarında ağrı, akut veya kronik olabilir. Akut ağrı inflamatuvar süreç ile ilişkilidir. Kronik ağrı ise trigeminal nevralsi, spazm, yürüme ile ilgili problemler gibi MS nedeniyle gelişen komplikasyonlar sonucu olmaktadır (42).

Ağrının giderilmesinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanılmakta, ağrı sırasında hastanın dikkatinin ilgisini çekecek bir aktiviteye yönlendirilmesi, masaj, soğuk uygulama ve relaksasyon teknikleri uygulanmasının yarar sağlayabileceği bilinmektedir (48).

### **Barsak ve Mesane Fonksiyonlarının Düzenlenmesi**

MS hastalarında, yaklaşık %28-40'ında acil idrar yapma isteği, inkontinans, idrar globu gibi üriner sorunlar yaşanmaktadır. MS hastalarında mesane kas yapısının değişimine bağlı olarak mesane boyutu değişmekte, buna bağlı olarak aşırı dolum inkontinansı ya da mesane kasının hiperaktivitesine bağlı acil idrar yapma isteği gelişmektedir. İdrar problemi ve inkontinansı olan hastalar bu sorunlardan dolayı ev dışına çıkacağı zamanlarda sıvı tüketiminde kaçınma, sosyal hayattan çekilme, işe/okula devam etmeme gibi sorunlar yaşamaktadır. Hastanın mesane ve barsak eğitim programına alınması, hastanın kendini iyi hissetmesini ve topluma katılımını kolaylaştıracaktır (38).

Mesane sorunları olan MS hastalarında hemşirelik bakımının ve eğitimin amacı; enfeksiyonu önlemek, böbrek fonksiyonlarını korumak, mesane boşaltımının düzenli şekilde devamını sağlamaktır. Bazı hastalarda mesane boşaltımını sağlamak için, aralıklı kateterizasyon uygulanabilmektedir. Bireyin idrarını iki saatten kısa ve 3-4 saatten uzun sürede yapmaması, kısıtlayıcı bir durum yoksa günlük iki litre sıvı alımı, diüretik etkisi olan kafeinli ve alkollü içecekler içmemesi, günlük sıvı alımının büyük bir kısmını gündüz saatlerinde alması, düzenli aralıklarla tualete çıkma alışkanlığını kazandırma ve mesane kaslarını güçlendirmek için kegel egzersizleri yaptırılması mesane problemlerinin çözümünde etkili uygulamalardır (49).

Barsak problemleri arasında sıklıkla konstipasyon, fekal impekşin ve inkontinans görülmektedir. Hastalarda en sık görülen sorun konstipasyondur ve bu sorun genellikle fiziksel aktivite kaybı nedeni ile yaşanmaktadır. Barsak probleminin çözümünde genellikle bir barsak programı uygulamaya gereksinim duyulmakta, beslenmede değişiklikler yapılması, sıvı alımının ve hareketliliğin artırılması da önerilmektedir (47).

### **Bilişsel Fonksiyonların İyileştirilmesi**

MS hastalarında kısa dönemli hafıza sorunları, dikkati sürdürmemeye, kavramları hatırlayamama ve konuşmanın akıcılığında bozulma, problem çözme yeteneğinde azalma, olayları özetleme ya da sonuçlandırmada sorunlar gelişebilmektedir (7,43). MS'li bireylerin yaşadığı bilişsel sorunlar, yorgunluk ve depresyon nedeniyle çalışma yaşamları olumsuz etkilenmektedir. İş kaybı ile sosyal izolasyon, öz saygıda azalma, içe kapanma ve depresif belirtilerde artma ortaya çıkmaktadır ve bu durum negatif bir döngüyü tetiklemektedir (49,50).

Hastaların değişikliklere uyum sağlamasına yardımcı olmak için gerçekçi ve anlamlı amaçlar belirlenmeli, ilgilerine uygun hobilere yönlendirilmeli, ailenin ve yakın çevrenin hastayı yargılamaması, anlayışlı olması konusunda bilinçlendirilmesi önemlidir. Bilişsel rehabilitasyon kapsamında; meslek terapileri, konuşma terapileri, becerilerin geliştirilmesi, geri çağırma becerisinin artırılması için stratejilerin öğretilmesi, günün planlanması, dikkatin yoğunlaştırılması için plan, yardımcı cihazlar, iş ortamının düzenlenmesi (sessiz, kesintisiz çalışma düzeni), ailenin eğitimi (ev ortamının düzenlenmesi, kompleks verbal iletişimden kaçınma gibi) uygulamaları yer almaktadır. MS sürecinde izlenen bilişsel fonksiyon bozukluğu için onay almış olan bir ilaç bulunmamaktadır (38).

### **Cinsel Yaşamın Düzenlenmesi**

MS'li kadın ve erkeklerde cinsel işlev bozukluğu oldukça sık görülmektedir. MS'de cinsel işlev bozukluğu primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç şekilde görülebilmektedir. MS'in genital sinirlerde meydana getirdiği hasara bağlı olarak görülenler primer, MS'in neden olduğu fiziksel değişikliklere ve ilaçların yan etkilerine bağlı gelişenler sekonder, psikososyal ve kültürel etkilere bağlı gelişen cinsel işlev bozuklukları ise tersiyer olarak adlandırılır (41,49). Primer sorunlar; kadınlarda cinsel birleşimde zorlanma, cinsel isteksizlik, azalmış lubrikasyon ya da orgazm duyularındaki değişiklik, erkeklerde ise ereksiyon ve orgazm sorunlarıdır. Sekonder sorunlar; yorgunluk, spazm, ağrı, mesane ve barsak sorunları, denge ve bilişsel bozukluklar ve semptom tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileridir. Tersiyer sorunlar ise kolay yorulma, aile içinde rol değişimi, beden imajında

bozulma, bağımlılık duygusu, depresyon, emosyonel labilite, öz saygının kaybı gibi sorunlar gelişebilmektedir (41).

Cinsel sorunların çözümünde anahtar yaklaşım, sorunu belirlemek ve sorun hakkında hasta ve eşi ile iletişim kurmaktır. Cinsel yaşantıya ilişkin duyguların iletilmesi ve paylaşımı, cinsel aktivitenin bu doğrultuda planlanması ve farklı cinsel seçeneklerin denenmesi, cinsel aktiviteyi kolaylaştıracak yardımcı araçların kullanılması, cinsel sorunların giderilmesinde etkili olan aktivitelerdir. Cinsel sorunlara yönelik ilaç tedavisinde sildenafil sitrat, vardenafil HCL ve tadalafil gibi farmakolojik ajanlar kullanılmaktadır (42,49).

## 8. ÖZGEÇMİŞ

### 1. GENEL BİLGİLER:

**Adı Soyadı:** Hilal Seki Öz

**Doğum Tarihi ve Yeri:**13.04.1978 / Ankara

**Adresi:** Ostim M. 1288. S. Nevbahar sitesi 8F/14 Yenimahalle/Ankara

**Cep Telefon No :** 0533 336 70 XX

**E-Posta Adresi :** [hilalseki@hotmail.com](mailto:hilalseki@hotmail.com)

**Medeni Hali :** Evli

### 2. ÖĞRENİM DURUMU:

2014- 2017 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Psikiyatri Hemşireliği/ **Doktora Programı-**

2009-2012 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Psikiyatri Hemşireliği/ **Yüksek Lisans Programı**

1996-2001 Hacettepe Üniversitesi HYO- **Lisans Eğitimi**

1992-1996 Hasanoğlan Atatürk Anadolu Öğretmen Lisesi- **Lise Eğitimi**

### 3. ÇALIŞILAN KURUMLAR VE GÖREVLERİ:

01/2008- 11/2016 Ashfield Klinik Hizmetleri.

Süpervizör Hemşire(Hasta destek programı yöneticiliği ve hemşire eğitimi)

01/2003- 01/2008 Ashfield Klinik Hizmetleri

Eğitim Hemşiresi

### 4. YABANCI DİL SEVİYESİ

**ÜDS: 83,75** (2008/ Mart)

### 5. ULUSLAR ARASI VE ULUSAL KONGRELERDE SUNULAN VE ÖZETİ YAYINLANMIŞ SÖZLÜ VEYA POSTER BİLDİRİLER

#### Uluslararası Kongreler

- **SekiÖz, H., Öz, F.** "An Assesment on Multiple Sclerosis Patients' Psychiatric Symptoms and Ways of Coping with Stress " Horatio, European Psychiatric Congress (Oral Presentation), İstanbul, 2013



- C. Doğangil, B.Koba, G.D.Taştekin, **H.Seki Öz**; N.Umutlar 'The Important Role of the Nurse in the Home Treatment of Hemophilia' European Nurse Conference (Poster), Berlin, 2013
- Bayrak B., Kargin M, **SekiÖz H.** 'Psikiyatri Hastaları ile Klinik Araştırmalar, Etik ve Hemşirelik' 3.Uluslararası/7.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Poster) Manisa, 2016

## 6. KONUŞMACI OLARAK YER ALDIĞI BİLİMSEL ETKİNLİKLER

- 'Patient Support System in Turkey' 2nd Bayer International PH Nurse Workshop, Barcelona, 2012
- 'Motivasyonel Görüşme' II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Erzurum, 2012
- 'Patient Support Strategies in PH' 3rd Bayer International PH Nurse Workshop, Stockholm, 2013
- 'Hemofilide Evde Hemşire Desteği Programı; Artıları' 12. Ulusal Hemofili Kongresi, Antalya, 2015

## 7. ÖDÜLLER

Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Lisans Programı 2001 yılı mezun 2. liği

## 8. EĞİTİCİ OLARAK KATILDIĞI KURSLAR

Tarihi	Kursun Adı	Yeri	Süresi
19.06.2015	<b>Motivasyonel Görüşme Kursu</b>	Ankara	1 gün
Ekim-Kasım 2016	<b>'İnfüzyon Uygulama Prensipleri ve Yan etki Yönetimi</b>	İzmir, İstanbul, Ankara	2 saat

## 9. SERTİFİKALAR, KATILIM VE BAŞARI BELGELERİ

Tarihi	Etkinliğin Adı	Yeri	Süresi	Alınan Belge
13.05.2008	<b>Zor hasta ve yakınlarıyla Başarılı İletişim</b>	İstanbul	1 gün	Katılım Belgesi
28-29.08.2009	<b>Introduction to Motivational Interviewing Workshop</b>	İstanbul	12 hours	Sertifika
13-14.05.2010	<b>Motivasyonel Görüşme Teknikleri</b>	İstanbul	2 gün	Başarı Belgesi
23-24.08.2010	<b>Yöneticilik Becerileri ve Takım Yönetimi Kursu</b>	İstanbul	2 gün	Sertifika

27-28.10.2010	<b>Bütünsel Takımlar</b>	İstanbul	2 gün	Sertifika
04.07- 12.08.2011	<b>English Language Course</b>	Eastbourne, England	30 gün	Sertifika
24.11.2011	<b>Etkili İletişimde Yol haritası</b>	Ankara	1 gün	Katılım Belgesi
9-27.07.2012	<b>Language Development Program</b>	Fort Lauderdale, USA	15 gün	Sertifika
09-10.01.2013	<b>Hemofili Hemşireliği Eğitim Programı</b>	İstanbul	2 gün	Katılım Belgesi
27.05.2015	<b>Etkili İletişim</b>	İstanbul	1 gün	Katılım Belgesi
16.10.2015	<b>2. İntiharı Önleme Sempozyumu</b>	Ankara	Yarım Gün	Katılım Belgesi
17-18.10.2015	<b>Psikodrama Kursu 'Barış'</b>	Ankara	2 gün	Katılım Belgesi
22-23.10.2015	<b>Ölüm Riski olan Hastalarla Çalışmak</b>	Ankara	2 gün	Katılım Belgesi
09-11.11.2015	<b>Learn to Lead 1</b>	İstanbul	3 gün	Katılım Belgesi
Şubat-Mayıs 2016	<b>Bilişsel-Davranışçı Terapistlik Kursu</b>	Ankara	5 gün	Sertifika
Eylül-Ekim 2016	<b>TCESİS Klinik Destek Elemanı</b>	Ankara		Sertifika

## 10. BİLİMSEL VE MESLEKİ KURULUŞLARA ÜYELİKLER

- Türk Hemşireler Derneği
- Türkiye MS Derneği
- Bilişsel Davranışçı Terapi Derneği

## 11. EĞİTİM VE ARAŞTIRMA FAALİYETLERİ

**a) Yüksek Lisans Tezi:** Multiple sklerozlu hastaların stresle baş etme tarzlarının ve psikiyatrik belirtilerinin değerlendirilmesi

**b) Doktora Tezi;** Multiple Sklerozlu hastalara verilen psikoeğitimin stresle baş etme, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi