



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
GRADUATE SCHOOL
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN
VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN
TEDAVİYE UYUMA ETKİSİ**

GİZEM YAĞMUR VIZVIZ

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İstanbul-2018



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
GRADUATE SCHOOL
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN**

VE

**ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN
TEDAVİYE UYUMA ETKİSİ**

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GİZEM YAĞMUR VIZVİZ

PROF. DR. AYŞE BEŞER

ONAY

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik

Anabilim Dalı,

Yüksek Lisans programı öğrencisi Gizem Yağmur Vızvız,

“Multipl Skleroz hastalarında bazı sosyo-demografik özelliklerin ve
Algılanan Sosyal Desteğin Tedaviye Uyuma Etkisi”

Konulu Yüksek Lisans tezini..... tarihinde başarılı olarak
tamamlamıştır.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Gizem Yağmur Vızvız

TEŞEKKÜR

Lisans ve Yüksek lisans dönemlerime çok değerli tavsiyeleri ile yön vermiş olan, desteğini arkamda hissetmiş, onu tanımış olmaktan ve hayatıma dokunmuş olmasından büyük mutluluk duyduğum, sevgi ve saygı ile andığım Aysel Badır'a,

Yüksek enerjisi, motivasyonu ve tecrübeleri ile tezimi tamamlamamda çok büyük katkıları olan tez danışmanım Prof. Dr. Ayşe Beşer'e

Veri toplama sürecimde beni doğru kaynaklara yönlendiren, her ihtiyacım olduğunda deneyimleri ile beni aydınlatan ve psikolojik destekleri ile beni motive eden Dr. Ayda Kebapçı ve Dr.Begüm Yalçın'a,

Analiz sürecinde beni sabırla motive eden ve yardımlarını esirgemeyen İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Öğretim Üyesi Uzman Hemşire Cansu Polat'a ve İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakóltesi Nöroloji bölümü Uzman Dr. Tuncay Gündüz'e, Prof. Dr. Murat Kürtüncü'ye,

Tez hazırlık sürecimde her durumda yanımda olan, elinden geleni esirgemeyen arkadaşlarıma ve canım aileme çok teşekkür ediyorum.

ÖZET

Multipl Skleroz Hastalarında Bazı Sosyo-demografik Özelliklerin Ve Algılanan Sosyal Desteğin Tedaviye Uyuma Etkisi

Bu araştırmada MS hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin ve algılanan sosyal desteğin tedaviye uyuma etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Tanımlayıcı tipte yapılmış olan bu araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde yer alan İstanbul Tıp Fakóltesi Hastanesi Nöroloji bölümü MS polikliniğinden takipli 200 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçim yöntemi kullanılmamış olup katılmayı kabul eden, okur-yazar olan, 18-65 yaş arası atak döneminde olmayan ve en az 6 aydır düzenli MS tedavisi alan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma verileri 01.08.2017-01.12.2017 tarihleri arasında haftanın farklı günlerinde, MS Polikliniğinde araştırmacı tarafından toplanmıştır. Sosyo-demografik özellikler soru formu, algılanan sosyal destek ölçeği ve tedaviye uyum ölçeğinin doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Çalışmada elde edilen verilerin tamamı SPSS 24.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir. Çalışmaya dahil olan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek puan ortalamaları $62,28 \pm 18,75$ olarak yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan MS hastalarının yarısından fazlası (%56) orta uyum seviyesinde bulunmuştur. Sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu) tedaviye uyum seviyesinde anlamlı değişiklik yaratmamıştır. Kullandığı tedaviye yüksek seviyede uyum, orta uyum ve düşük uyum gösteren hastaların MSPSS puan ortalamaları benzer ve yüksek bulunmuştur. İlaç formu ve hastalık süresi algılanan sosyal destekte anlamlı bir fark yaratmamakta, tedaviye uyum seviyesini de değiştirmemektedir. Çalışmaya katılan evli olan MS hastalarının MSPSS toplam puan ortalamaları ve özel bir insan alt boyut puan ortalamaları boşanmış olan hastalara göre anlamlı bir yüksekliğe sahiptir ($p < .05$).

Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri hastaların sosyal destek ve tedaviye uyumları arasındaki güçlü bağı gereken analiz ve değerlendirmelerle ortaya koyup bununla ilgili iyileştirici girişimlerde bulunmalıdır. Hasta ve yakınına bütüncül düşünerek, verilen eğitimlerin iki taraf için de farkındalık yaratmayı amaçlayacak şekilde planlanması bu süreçte önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tedaviye uyum, Sosyal destek, Multipl skleroz, Hemşirelik

ABSTRACT

The Effect of Some Socio-Demographic Features and Perceived Social Support on Medical Adherence in Multiple Sclerosis Patients

In this study, it was aimed to evaluate the effect of some socio-demographic characteristics and perceived social support of MS patients on treatment compliance. The sample of this study, which is made up of descriptive type, consists of 200 patients who follow the polyclinic of Neurology department of Çapa Medical Faculty Hospital in Istanbul. Patients who did not use the sample selection method in the study and who accepted to participate, who were literate, who were aged between 18-65 and were not in attack period and who had regular MS treatment for at least 6 months were included in the study.

The research data were gathered by the researcher at the MS Clinic in different days of the week between 01.08.2017-01.12.2017. The Socio-Demographic Characteristics Questionnaire, the Perceived Social Support Scale and the Morisky Medical Adherence Scale took approximately 10 minutes to complete.

All of the data obtained in the study were analyzed in the SPSS 24.0 statistical package program. The mean multidimensional perceived social support points of the patients included in the study were found to be as high as 62.28 ± 18.75 . The majority of MS patients (56%) participating in the study were found to have a moderate compliance level. Socio demographic characteristics (age, gender, marital status, working status) did not significantly change the level of compliance. The median level of compliance with treatment at the high level, median compliance, and MSPSS scores of patients with low compliance were found to be similar and high. Drug form and duration of illness do not make a meaningful difference in perceived social support, nor do they change the level of compliance with treatment. Mean MSPSS total scores of married MS patients participating in the study and a specific human subscale score averages were significantly higher than the divorced patients ($p < .05$)

Nurses and other health professionals should demonstrate the strong link between the patient's social support and care compliance and make necessary healing initiatives. The planning of the given trainings to create awareness within the two sides is gaining importance in this process by thinking holistically of the patient and his / her relatives.

Key words: Treatment compliance, Social support, Multiple sclerosis, Nursing

İçindekiler

| | |
|---|-----|
| ONAY..... | i |
| BEYAN..... | ii |
| TEŞEKKÜR..... | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | v |
| İçindekiler..... | vi |
| Tablolar Dizini..... | ix |
| Şekiller Dizini | ix |
| Kısaltmalar | x |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 1.1 Problemin Tanımı Ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 4 |
| 1.3. Araştırmanın Soruları..... | 4 |
| 2.GENEL BİLGİLER..... | 4 |
| 2.1 Multipl Skleroz ve Patogenezi..... | 4 |
| 2.2. Multipl Skleroz'un Klinik Seyri Ve Tipleri..... | 6 |
| 2.2.1. Multipl Skleroz Atağı..... | 6 |
| 2.2.2. Klinik İzole Sendrom (KİS)..... | 6 |
| 2.2.3.Radyolojik İzole Sendrom (RİS) | 7 |
| Şekil 1. MS Tiplerinde Özürlülük Seyri (99) | 8 |
| 2.3. Multipl Skleroz Epidemiyolojisi..... | 8 |
| Şekil 2. MS Prevalansının Dünya Üzerinde Dağılımı (76)..... | 9 |
| 2.4. Multipl Skleroz Risk Faktörleri | 10 |
| 2.5. Multipl Sklerozda Klinik Belirtiler..... | 11 |
| Şekil 3. MS Belirtilerinin % Dağılımı (76)..... | 11 |
| 2.5.1. Duyusal Belirtiler..... | 11 |
| 2.5.2. Motor Belirtiler | 12 |
| 2.5.3. Beyin sapı belirtileri | 12 |
| 2.5.4. Görsel Belirti ve Bulgular | 13 |
| 2.5.5. Serebellar Belirti ve Bulgular | 13 |
| 2.5.6. Bilişsel ve Psikiyatrik Bulgular..... | 13 |

| | |
|---|----|
| 2.5.7. Yorgunluk ve Uyku Bozuklukları..... | 14 |
| 2.5.8. Mesane, Barsak ve Seksüel Bozukluklar | 15 |
| 2.5.9. Paroksizmal Bulgular, Hareket bozuklukları ve Nöbet | 15 |
| 2.5.10. Ağrı | 15 |
| 2.6. Multipl Sklerozda Tanı | 16 |
| 2.7. Multipl Sklerozda Tedavi | 17 |
| 2.7.1. Multipl Skleroz' da Atak Tedavisi..... | 18 |
| 2.7.2. Multipl skleroz'da Koruyucu Tedavi | 19 |
| 2.7.3. Semptomatik Tedavi | 20 |
| 2.8. Tedaviye Uyum | 20 |
| 2.8.1. Multipl Skleroz'da Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler | 21 |
| 2.9. Algılanan Sosyal Destek Ve Önemi..... | 22 |
| 2.10. MS hastalarında Algılanan sosyal destek ve Tedaviye Uyum Algısında Hemşirenin rolü | 23 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 24 |
| 3.1 Araştırmanın Tipi | 24 |
| 3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı | 24 |
| 3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 25 |
| 3.4 Araştırmanın Değişkenleri..... | 25 |
| 3.5 Verilerin Toplanması | 25 |
| 3.5.1 Veri Toplama Araçları..... | 25 |
| 3.5.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması..... | 27 |
| 3.6 Verilerin Değerlendirilmesi..... | 27 |
| 3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 28 |
| 3.8 Etik Kurul Onayı..... | 28 |
| 4. BULGULAR | 28 |
| Tablo 1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=200) | 29 |
| Tablo 2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=200)..... | 30 |
| Tablo 3. Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının karşılaştırılması (N=200) .. | 31 |
| Tablo 4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tedavi Uyum Düzeyleri (N=200) | 33 |

| | |
|---|----|
| Tablo 5. Çalışmaya katılan bireylerin yaş, çalışma durumu, tanı süresi gibi sosyo-demografik özelliklerine göre tedaviye uyumlarının karşılaştırılması (N=200)..... | 34 |
| Tablo 6. Olguların Algılanan Sosyal Destek ve Tedaviye Uyumlarının karşılaştırılması (N=200) | 35 |
| 5. TARTIŞMA | 36 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 43 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 46 |
| 8. Ekler | 57 |
| EK 1 Sosyo-demografik Soru Formu | 57 |
| EK 2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | 58 |
| EK 3 Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği..... | 59 |
| EK 4 Koç Üniversitesi Etik Kurul Onayı | 60 |
| EK 5 KURUM İZİNİ | 61 |
| EK 6 SÖZLÜ ONAM | 62 |
| EK 7 Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği Kullanım İzni..... | 63 |
| EK 8 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni | 64 |
| EK 9 ÖZGEÇMİŞ | 65 |

Tablolar Dizin

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=200)

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=200)

Tablo 3. Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının karşılaştırılması (N=200)

Tablo 4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tedavi Uyum Düzeyleri (N=200)

Tablo 5. Çalışmaya katılan bireylerin yaş, çalışma durumu, tanı süresi gibi sosyo-demografik özelliklerine göre tedaviye uyumlarının karşılaştırılması (N=200)

Tablo 6. Olguların Algılanan Sosyal Destek ve Tedaviye Uyumlarının karşılaştırılması (N=200)

Şekiller Dizini

Şekil 1. MS Tiplerinde Özürlülük Seyri

Şekil 2. MS Prevalansının Dünya Üzerinde Dağılımı

Şekil 3. MS Belirtilerinin % Dağılımı

Kısaltmalar

MS: Multipl Skleroz

MMP: Matrix Metalloproteinazlar

HLA: İnsan Lökosit Antijeni

KİS: Klinik İzole Sendrom

RİS: Radyolojik İzole Sendrom

RRMS: Relapsing Remitting Multipl Skleroz

PPMS: Primer Progresif Multipl Skleroz

SPMS: Sekonder Progresif Multipl Skleroz

RPMS: Relapsing Progresif Multipl Skleroz

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

İMT: İmmun Modülatör Tedavi

MP: Metilprednizon

IFN β : İnterferon Beta

GA: Glatiramer-asetat

IVIG: İmmunglobulin G

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SPSS: Statistical Package for the Social Science

SS: Standart Sapma

% : Yüzde

\bar{x} :Ortalama

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı Ve Önemi

Multipl Skleroz (MS) merkezi sinir sistemi ak maddesinin yineleyici ya da ilerleyici inflamatuvar, demiyelinizan hastalığıdır (74). MS hastalığının ilk bildirimini 1824 yılında Olivier tarafından yapılmıştır. İlk tanı ise Von Frerich tarafından konulmuştur (2). Dünyada MS' li hasta sayısı yaklaşık olarak 2,5 milyondur. MS en sık 20-40 yaş aralığında görülmektedir (42). Batı ülkelerinde her 1000 kişiden 1'ini etkilemektedir(18). Ekvatordan uzaklaştıkça MS prevalansının arttığı saptanmıştır. Aynı coğrafya koşullarında yaşamasına rağmen beyaz ırkta siyah ırktan daha fazla görülmesi ırk faktörünün de etkili olduğunu göstermektedir (6). Kişilerin göç ettikleri yaşında hastalık görülme sıklığının etkilediği gözlenmiştir; 15 yaşından önce yüksek riskli bölgeden düşük riskli bölgeye yapılan göçlerde riskin azaldığı ancak 15 yaşından sonra yapılan göçlerde bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (37).

Hastalık süreci uzun ve belirsiz bir takım tedavi seçeneklerini içermektedir. Hastalık ile baş etmede tedavinin büyük bir yeri vardır. Hastalığa ve tedaviye uyum; hastaya verilen önerilerin kabul edilmesi ve düzenli ilaç kullanımı olarak tanımlanabilir ve kronik hastalıklarda ilaca bağlılıkta yaşanan sorunlar tedaviyi aksatan önemli etmenlerden biridir. Brezilya'da, 2016 yılında yapılan bir çalışmaya göre kronik hastalığa sahip hastaların %30,8 i kullandığı ilaca uyum göstermekte sorunlar yaşamaktadır (86).

Tedaviye uyum sorunları aynı zamanda mortalite ve morbidite oranlarını artırarak hastane yatış sayılarının da yükselişine sebep olmaktadır. Hastaların tedaviye uyumda yaşadıkları sorunları giderebilmek için öncelikle tedaviye uyumu etkileyen faktörler belirlenmelidir. Dünya Sağlık Örgütü ise tedaviye uyumu etkileyen faktörleri, sağlık sistemi ve sağlık personeli ile ilgili faktörler, sosyal ve ekonomik faktörler, tedavi ile ilgili faktörler, hastalık ile

ilgili faktörler ve hasta ile ilgili faktörler olmak üzere beş ana başlık altında incelemiştir (99).

Hastaya ilişkin etmenlerden olan yaş ve cinsiyetin yapılan araştırmalarda tedaviye uyumu etkilediği gösterilmiştir. Yaşı daha genç olanlarda ve erkeklerde uyumsuzluk oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (86). DiMatteo 1948-2001 yılları arasında 122 çalışmayı kullanarak yaptığı meta analiz çalışmasında, evlilerin bekârlara oranla 1,3 kat daha fazla tedaviye bağlı olduğu belirlenmiş, bu durum aile yapısındaki destek ve dayanışma ile ilişkilendirilmiştir. Çalışma durumunun tedaviye uyumu artırdığı yönde de çeşitli kronik hastalıklarda yapılan çalışmalar mevcuttur.

Hastalık sürecinde hastalarda oluşan kognitif değişiklikler de belli başlı olumsuzluklara sebep olmaktadır. Yapılan bir araştırma da hastaların % 50 sinden fazlası ilaçlarını almayı unuttuğunu ve/veya hatırlamakta zorluk çektiğini belirtmektedir (65). Tedaviye uyum sürecince ilaç formunun da önemini belirleyen araştırmalar mevcuttur. MS tedavisinde enjeksiyon ve oral ilaçlar bulunmaktadır. İspanya'da 2012 yılında 120 interferon beta 1b (enjeksiyon) ilacını kullanan hastada yapılan araştırmaya göre hastaların %32 sinin ilaca uyum konusunda sorunlar yaşadığı bulunmuştur (34). Kullanılan tüm ilaçların oral bir tedavi olan Fingolimod ile karşılaştırılmasında ise tedaviye uyum açısından Fingolimod tedavisine hastaların uyumu daha yüksek bulunmuştur (14).

Tedaviye uyumda hastalık süresinin ve buna bağlı uzun süreli ilaç kullanımının da etkisinin olduğunu 2015 yılında Köşkdereioğlu ve arkadaşları belirtmiştir. Araştırmaya göre; MS tanısı alınan süre uzadıkça verilen spesifik tedaviye uyum azalmaktadır.

Tedaviye uyuma etkisi olan bir diğer etmen ise kişinin çevresinden algıladığı sosyal destektir. Uzun olan bu tedavi sürecinde hastalar, çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta

zorlanmakta ve en çok gereksinim duydukları zamanda sosyal destekten yoksun kalmaktadırlar. Sosyal destek; zor bir durumdaki bireye aile, arkadaş ve kurumdan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak tanımlanmaktadır.

Sosyal desteğin fiziksel hastalık semptomlarına karşı kişiyi koruduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Coyne ve Downey'in yaptığı araştırmalarda ise sosyal desteğin yeterli olup olmadığının kişinin genel izlenimlerine bağlı olduğunu yani algılanan sosyal destekle ilişkisi olduğunu göstermiştir. Kişinin ailesi, arkadaşları ve diğer sosyal çevrelerinden algıladığı destek, içerisinde bulunduğu kronik hastalığın tedavi sürecini önemli ölçüde etkilemektedir (22). Yapılan bir araştırmada da hastaların %49'u ailelerinin kendi hastalıklarına karşı aşırı tutucu olduklarını ve destek göremediklerini ifade etmiştir (73).

Algılanan sosyal desteğin hastalıkların yan etkisini azalttığı, hastalığa ve getirilerine uyum sürecini kolaylaştırdığı bulunmuştur. Yapılan bir diğer araştırma ise yüksek sosyal desteğe sahip insanların diğerlerine göre kaygı oranının %57 daha az olduğunu ortaya koymuştur. Kaygı düzeyi kişinin bir işe odaklanmasını önemli ölçüde etkilemektedir (56).

Hastaların yaş, cinsiyet gibi değiştirilemeyen, medeni durum, çalışma durumu ve algıladıkları sosyal destek boyutları gibi değiştirilebilen sebeplerden dolayı tedaviye uyumları değişiklik göstermektedir. Algılanan sosyal desteğin etkisinin diğer etmenlere oranla daha kompleks olduğu, kısa sürede ve daha kolay girişimlerle düzenlenebileceği görülmektedir. Algılanan sosyal desteğin tedaviye uyuma etkisinin ölçülmesi hastaların kronik hastalığı yönetme süreçlerinde olumlu ilerlemeler kaydetmesini ve bireysel sağlık takiplerinin iyileştirilmesini sağlayacaktır. MS hastalarının hastalık sürecini ve tedaviye uyumunu etkileyen faktörlerin hemşireler tarafından bilinmesi, hemşirelerin büyük rol oynadığı ve hastaları yönlendirmede ilk basamakta yer aldıkları bu hastalıkta hastaların doğru yönlendirilmesini ve olumlu prognoza katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma MS hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin ve algıladıkları sosyal desteğin aldıkları tedaviye uyumuna etkisini değerlendirmektedir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Olguların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durumu, çalışma durumu) ile tedaviye uyum düzeyleri arasında bir fark var mıdır ?
2. Olguların algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile tedaviye uyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
3. Hastaların kullandığı ilaç formu (enjeksiyon veya oral tedavi) ile tedaviye uyumları arasında bir fark var mıdır?
4. Tanı aldıktan sonra geçen süre ile tedaviye uyum arasında bir fark var mıdır?
5. Kullanılan spesifik tedavinin kullanım süresi ile tedaviye uyum arasında bir fark var mıdır ?

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Multipl Skleroz ve Patogenezi

Multipl Skleroz (MS) merkezi sinir sistemi (MSS) beyaz cevherinde inflamasyon, demiyelinizasyon ve skleroz alanları ile karakterize kronik bir hastalıktır. MS lenfositler ve sitokinler aracılığı ile yönlendirilen karmaşık immün disregulasyon sonucu oligodendroglia, miyelin hatta lezyonların ilerleyen safhalarda skarlaşması ile akson harabiyeti ile sonuçlanan otoimmün bir hastalıktır (1,76).

MS etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Hastalığın otoimmün faktörler, infeksiyöz ajanlar ve çevresel faktörlerin etrafında şekillendiği düşünülmektedir. MS'ı tetikleyen sebepler bilinmese de otoreaktif T hücrelerinin MSS 'de majör bir yıkıma sebep olduğuna inanılmaktadır.

İmmün faktörler; beyindeki lezyonlar incelendiğinde beyin ve spinal korddaki ak maddeye T ve B lenfositlerin infiltre olduğu gözlenmektedir. T lenfositler aynı zamanda myeline karşı reaksiyon göstererek mikroglialar ile makrofajları aktive edip myelin kılıfı hasarlayarak sinir iletimini sekteye uğratmaktadır. Bu otoimmün hücrelerin hücre içine infiltre olması farklı aşamalarda gelişmektedir. Bu durum da geçiş sırasına göre yeni tedavilerin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu hücre sirkülasyonunda rol oynayan faktörler; selektinler ve ligandları, kemokinler ve kemokin reseptörleri, integrinler ve hücre adhezyon molekülleri, matrix metalloproteinazlar (MMP) ve bunların doku proteinleridir (TIMP).

Lökosit ve endotel arasındaki ilk karşılaşma "tethering" olarak isimlendirilirken ardından hücrenin endotel üzerinde yuvarlanma fazı olan "rolling" denilen evre gelmektedir. Lenfosit göçünde selektin ve ligandları rol oynarken takip eden aşamada kemotaktik faktörler ve akabinde integrinler işlev göstererek lökositlerin endotele sıkıca yapışmasına ve ardından endoteli geçmesine sebep olur.

MS lezyonlarında inflamatuvar infiltrattan uzaklaştırılan hücrelerin sadece %10 kadarı T hücresi olup geri kalanı mikroglia ve makrofajlardan oluşmaktadır. %90 'lık kısım aksonu ve dendrositleri hasarlayacak mediyatörleri salgılama kapasitesine sahiptirler. T hücrelerin temelde sorumlu tutulduğu bir hastalık olan MS 'de son çalışmalar ışığında B hücrelerinin de önemli katkısı olduğuna dikkat çekilmektedir.

Genetik faktörler ; yapılmış olan ikiz ve kardeş çalışmalarında genetik yatkınlığın rolü ortaya konmaktadır. Aday genleri tanımlamaya yönelik yapılan çalışmalarda ise insan lökosit antijeni (HLA) lokusu ile IL2RA ve IL7RA allelerinin MS için kalıtsal risk faktörü oluşturabileceği ortaya konmuştur. Genetik açıdan ilişkisi; çevresel faktörler ile karşılaşıldığında MS yatkın kişilerde hastalığın ortaya çıkabileceği şeklinde tanımlanmaktadır. Monozigot ikizlerde normal popülasyona göre 150-300 kat fazla görülmektedir.

Çevresel faktörler; hastalık insidans ve prevalansı ekvatordan uzaklaştıkça artış göstermektedir. MS patogeneğinde rol oynayan bir mikroorganizma gösterilmemekle birlikte MS hastalarının çoğunda Epstein-Barr virüs enfeksiyonu olduğuna dair güçlü kanıtlar mevcuttur. Sigaranın MS hastalığı için risk artışına sebep olduğuna ve MS progresyonunu civarında kötü etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur (24).

2.2. Multipl Skleroz'un Klinik Seyri Ve Tipleri

Multipl skleroz hastalarının %70-75 kadarı ataklar ile seyreden daha sonra tamamen iyileşip ya da hafif sekel kalması şeklinde görülmekle birlikte %15 'lik kısım ise 1 yıl içerisinde kötüleşen ve seyrini öngörmenin tam mümkün olmadığı şekliyle karşımıza çıkmaktadır (1).

2.2.1. Multipl Skleroz Atakları

Hastalarda daha önceden de ortaya çıkmış ya da ilk defa görülen ve en az 24 saat süren, düzmesi ise bir ayı bulan durum atak olarak değerlendirilir.

MS atakları belirtileri; güçsüzlük, sertlik ve parezi gibi motor belirtiler, uyuşukluk, parestezi, ağrı, Lhermitte belirtisi gibi duysal belirtiler, ataksi, tremor, dismetri gibi serebellar belirtiler ağrı ile birlikte görme ve renk algısında azalma gibi görme belirtileri, diplopi, INO, trigeminal nevralji gibi beyin sapı belirtileri, yetiştirememe, sık idrar çıkma gibi mesane belirtileri, erektil işlev bozuklukları, libido kaybı gibi seksüel bozukluklar, bellek sorunları dikkat eksikliği, öğrenme güçlüğü gibi kognitif bozulma şeklinde ortaya çıkabilir (32).

2.2.2. Klinik İzole Sendrom (KİS)

Multipl skleroz primer progresif MS hariç, bir veya birkaç sistemi tutan klinik izole sendromla (KİS) başlar. En iyi bilinen KİS'ler optik nörit, beyin

sapı/serebellar tutulum ve omurilik parsiyel etkilenmesidir. Her KİS MS'e dönüşmemekle birlikte yapılmış olan araştırmalarda BOS ve MRG negatif ise beş yıl içinde MS'e dönüşüm %30, BOS ve MRG'den biri pozitif ise %50, her ikisi de pozitif ise bu oran %80 'e kadar çıkabilmektedir (1).

2.2.3.Radyolojik İzole Sendrom (RİS)

Multiple skleroz'a ait herhangi bir şikayeti ve bulgusu olmayan kişilerin başka bir sebepten dolayı çekilen MRG' lerde yüksek oranda MS'i düşündüren lezyonların görüldüğü hastalara RİS denmektedir. Bu hastaların büyük çoğunluğu baş ağrısı şikayeti ile doktora başvurmuş olan hastalardır. Bu hastalar takip edilmelidir. Beş yıl sonunda bu hastalarda MS tanısı konma oranı %30'dur (1,88).

1. Relapsing Remitting Multipl Skleroz (RRMS)

Tam iyileşmenin olduğu veya sekel ve rezidüel defisit ile iyileşen ataklar şeklinde tanımlanmıştır. Genellikle optik nörit atağı ile başlar. Hastalık ve relapslar arasındaki süreçte hastalık seyrinin stabil kalması ile spesifik bir özelliğe sahiptir.

MS'in %80-85' i RRMS olarak başlar. Doğal seyirde hastalık yavaş ilerler. Hastaların %50'sinde 15-20 yıl içinde, %90-95'inde 25 yıl içinde sekonder progresyon geliştiği gözlenmektedir (32,57).

2. Primer Progresif Multipl Skleroz (PPMS)

MS hastalarının %15'inde gözlenen bu tip MS diğer tiplerden farklı bir patogeneze sahip olmakla birlikte MR da az sayıda lezyon görülür. Daha çok myelopati ön planda ve progresyon hızlı ve kötü seyirlidir (88).

3. Sekonder Progresif Multipl Skleroz (SPMS)

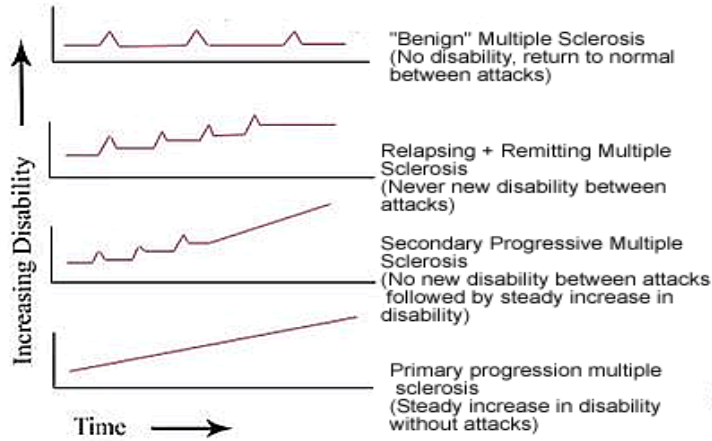
Ataklar ile seyreden RRMS gibi başlar, iki veya üçüncü ataktan sonra ilerleme söz konusu olur. Ataklar bu dönemde azalır. Relapsing remitting

MS'li hastaların 25 yıllık takiplerinde hastaların yarısından fazlasının sekonder progresif faza geçtiği gözlenmiştir. Bu aşamada nörodejenerasyon ön plandadır. Beyin volümü azalır. MRG' de kontrastlanma azalır. Hastalık yükü fazladır. EDSS(expanded disability status scale)'nin 6'ya çıkma süresi ortalama 5-5,5 yıldır. En çok 30' lu yaşların sonunda gelişir (1,32).

4. Relapsing Progresif Multipl Skleroz (RPMS)

Tam iyileşmenin olmadığı ataklarla giden ancak atak arası zaman diliminde ise kötüleşen bir prognoza sahip olan tiptir. Bu tip hastalar hasta popülasyonunun %5-28 kadarını kapsar (1,32).

MS tiplerindeki özürülük seyri aşağıdaki gibidir.



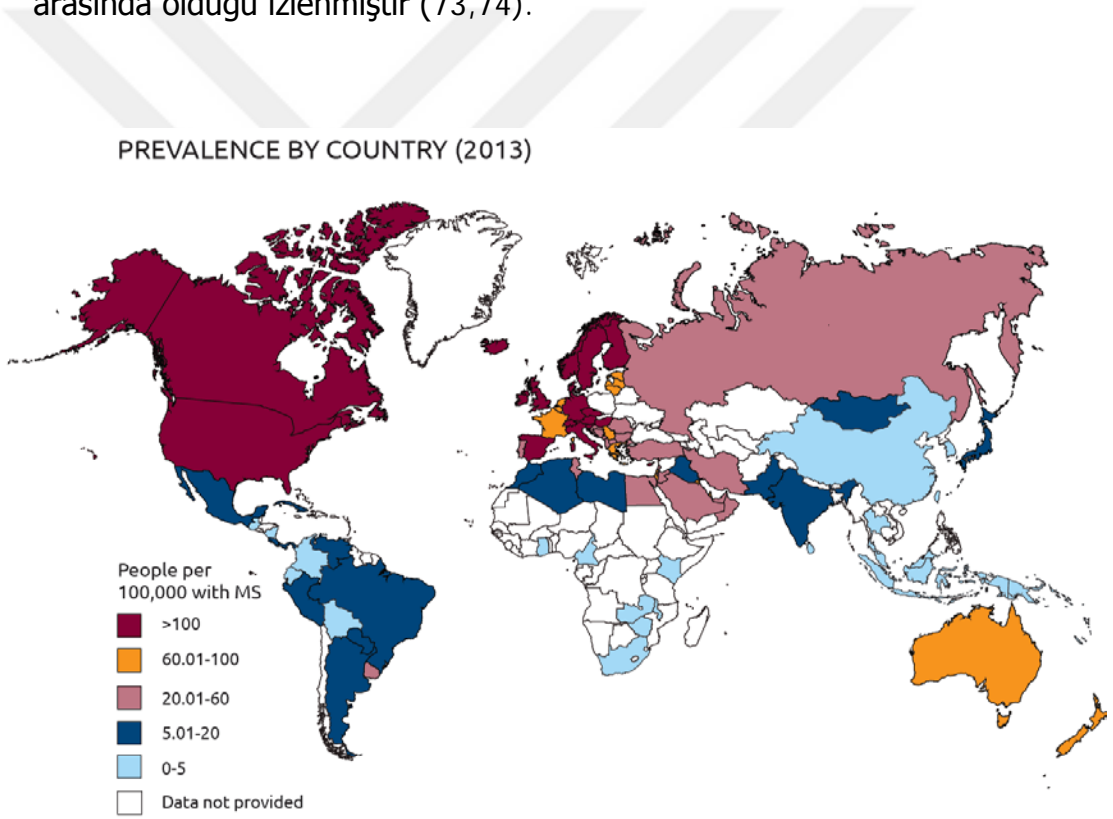
Şekil 1. MS Tiplerinde Özürülük Seyri (99)

2.3. Multipl Skleroz Epidemiyolojisi

Multipl skleroz tramvaya bağlı olmaksızın genç erişkinlerde nörolojik yeti yitimine neden olan ve Tüm dünyada 2,3 milyon insanı etkileyen bir hastalıktır. Dünyada MS prevalansı ortalama 100 binde 126, insidansı 100 binde 6.5 olarak bildirilmektedir.(17) Multipl Skleroz genellikle genç erişkinlerde 20-40 yaşlarında görülmekte olup, nadir olmakla beraber bu yaş aralığı dışında tanı alan vakalar mevcuttur.(10) Dünyanın bazı bölgelerinde

kadınlarda MS sıklığı yüksektir. Erkeklerde geç yaşta tanı koyulur ve kadınlara göre prognoz kötü seyretmektedir (72).

Hastaların %90'dan fazlasını beyaz ırk ve Avrupa kökenliler oluşturmaktadır. Afrika kökenli Amerikalı'larda beyazların yarısı sıklığında görülür. Diğer ırklar ve etnik gruplar değişen derecelerde yatkınlık gösterir (29,89). Hastalığın sık görüldüğü Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika'da prevalans 800- 1000'de 1 iken; hastalığın seyrek görüldüğü ekvator ve kutup bölgelerinde prevalansı 1/100.000'e kadar düşebilir. Türkiye'de gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalarda, MS prevalansı 41-101.4/100.000 arasında olduğu izlenmiştir (73,74).



Şekil 2. MS Prevalansının Dünya Üzerinde Dağılımı (76)

Türkiye hastalığın sık görüldüğü Kuzey Avrupa ile seyrek görüldüğü Asya arasında bir bölgede yer almaktadır (32). İskoç anakarasının kuzeyinde bulunan Orkney Adaları bilinen en yüksek prevalansa (250/100000) sahip

bölgedir. Kanada'da 200/100000, Kuzey ABD'de 175/100000, İsveç'te 130/100000 gibi değerler gözlenirken Akdeniz ülkelerinde oran 30-40/100000 değerine düşmektedir. Bu durum MS için genetik faktörlerden daha çok çevresel faktörlerin risk açısından daha etkili olduğunu düşündürmektedir (42).

2.4. Multipl Skleroz Risk Faktörleri

Multipl skleroz tam olarak sebebi bilinemediğinden risk faktörleri üzerinden kontrol edilmeye ve bilgi sağlanmaya çalışılan bir hastalıktır. Genetik ve çevresel risk faktörleri olarak iki şekilde risk faktörleri değerlendirilmektedir. Çevresel faktörlerde bakteriler ve virüsler başı çekmektedir. Epstein Barr ve insan herpes virüsünün MS gelişiminde rol oynadığı gösterilmiştir (26). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, kabakulak, kızamık, su çiçeği gibi çocukluk dönemi viral enfeksiyonlarını yetişkin dönemde geçiren kişilerde MS ortaya çıkma olasılığının, bu enfeksiyonlarla çocukluk döneminde karşılaşan kişilerden daha fazla olduğunu göstermektedir (5).

Bölgesel göçlerinde MS gelişiminde önemli olduğu 15 yaşından önce yüksek riskli bölgeden düşük riskli bölgeye göç eden insanlarda yeni bölgenin risk oranına uyum sağlamasından anlaşılmaktadır. Yine mevsimsel farklılıkların önemi de mayıs ayında doğan kişilerin kasım ayında doğan kişilere göre MS olma sıklığının fazla olması şeklinde Danimarka, İngiltere, Kanada ve İsveçte 2005 yılında yapılan bir kohort çalışmasında gösterilmektedir (88).

Çevresel faktörlerden biri olan D vitamini düzeyinin de Kan beyin bariyerini geçtiği ve beyinde bir metabolizması olduğu gösterilmiştir. D vitamini kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre MS gelişme riski % 40 daha az bulunmuştur (69).

MS te genetik etkisinin başka bir göstergesi ise monozigot ikizlerde MS görülme olasılığının %30, dizigot ikizlerde ise %5 olmasıdır. Dizigot ikizlerde MS görülmesi normal kardeş olanlar ile aynı orana sahiptir (27).

2.5. Multipl Sklerozda Klinik Belirtiler

Multipl skleroz tüm merkezi sinir sistemini kapsadığı için spinal kord, beyin veya optik sinirde inflamasyona neden olarak çok çeşitli belirtiler ile karşımıza çıkabilir. Hastalık 24 saat süren atak şeklinde belirtiler ile başlar. Bu ataklar 2-6 hafta içerisinde en üst düzeye ulaşır ve akabinde kaybolmaya başlar. Atakların %40 kadarında tamamen düzelme olmayıp kalıcı sekeller kalabilir (41).

Başlangıç Belirti ve Bulgular Sıklık(%)

| | | | |
|---------------------------------|----|---------------------------|---|
| Duyusal belirtiler | 31 | Denge problemleri | 3 |
| Görme kaybı | 16 | Yüzde duyuusal belirtiler | 3 |
| Polisemptomatik başlangıç | 14 | Diğer | 3 |
| Akut transvers myelopati | 11 | Vertigo | 2 |
| Motor bulgular –yavaş gelişimli | 9 | Lhermitte bulgusu | 2 |
| Diplopi | 7 | Ataksi | 1 |
| Duruş bozuklukları | 5 | Mesane Belirtileri | 1 |
| Motor bulgular-akut başlangıçlı | 4 | Ağrı | 1 |

Şekil 3. MS Belirtilerinin % Dağılımı (76)

2.5.1. Duyusal Belirtiler

Multipl sklerozda en sık görülen belirtilerden olan duysal belirtiler başlangıçta %21-55 iken kronik hastalık sürecinde %52-70 oranlarında görülmektedir (15). Duysal belirtiler hem pozitif duysal semptomlar (dizestezi, allodini) hem de negatif duysal semptomlar (hipoestezi) şeklinde görülebilir. En sık Ms'e özgü olmayan ve servikal inflamasyonlarda da sıkça görülebilen Lherrmitte (başın fleksiyonu ile boyundan kollara ve vücuda yayılan elektriklenme hissi) bulgusudur.

MS hastalarında görülen karakteristik bir duysal bulgu 'kullanışsız el' sendromudur. Hastalarda üst ekstremitede seçici olarak proprioseptif duyu kaybı vardır ama dokunma duyasu, motor ve serebellar muayene normaldir (5). Hastalarda genellikle alt ve üst ekstremitelerde uyuşukluğu da gözlenmektedir (1).

2.5.2. Motor Belirtiler

İlk atakta hastalarda %32-41 oranında kortikospinal yol tutulur. Kronik döneme girildiğinde bu oran %62'ye kadar çıkmaktadır. MS hastalarında en çok etkilenen ikinci alandır. Bacaklar kollardan daha hızlı etkilenir. Yürüyüş ve denge kayıpları gözle görülür bir şekilde artmaya başlar. Omurilikten çıkan sinirlerin(radiks) inflamasyonuna bağlı yaygın atrofiler gözlenir. Derin tendon refleksleri artar ve patolojik refleksler alınabilir (32,15). Kas atrofisi MS hastalarında beklenen bir bulgu değildir. Ancak ileri dönem yatağa bağımlı hastalarda el ve kalça kaslarında yeterli hareket olmamasına bağlı olarak atrofi gözlenebilir (5).

2.5.3. Beyin sapı Belirtileri

Beyin sapı tutulumu olan hastalarda Vertigo, ataksi, diplopi, dizartri, disfaji, faysal güçsüzlük ve uyuşukluk gibi belirtilerden söz edilebilir (5). Bu belirtilerin arasında %70 oran ile MS başlangıçlarında da sıklıkla görülebilen Optik Nörit ya da Diplopi bulunmaktadır. Dizartrik konuşma MS' te çok karşılaşılan diğer bir belirtidir.

Hastaların konuşması patlayıcı tarzda ve sarhoş konuşması şeklinde nitelendirilir. Bunun yanında disfaji, ağlama atakları, gülme atakları ile de karşılaşmaktadır. İşitme bozukluğu nadir olmasının yanında inatçı hıçkırık, tinnitus ve vertigo fazlaca karşılaşılan belirtilerendir (32).

2.5.4. Görsel Belirti ve Bulgular

MS 'de optik nörit %14-23 oranında görünür ve genellikle tek taraflı başlar. Total görme kaybı çok sık görülmemekle birlikte vakaların çoğunluğu tamamen iyileşir.

Yapılan çalışmalarda nerdeyse hastaların hepsinde ilk bir ay içerisinde görme netliğinde düzelleme saptanmıştır. On beş yıllık takiplerde hastaların %72'sinde etkilenmiş gözde görme tam olarak düzelmiştir ve bulanık görme yakınması olan hastaların bile bir kısmında tam düzelleme görülmüştür (93).

Kronik hastalarda optik disklerinde temporal solukluk görülebilir. Hastalarda göze ait tetkikler yapıldığında P100 latansı uzamış olarak saptanır (32).

2.5.5. Serebellar Belirti ve Bulgular

Yürümede dengesizlik, konuşmada peltekleşme olarak kendini gösteren serebrum ve serebellar belirtilerin başlangıç belirtisi olma oranı %11 'dir. En sık % 50 oranla gövde ataksisi olarak gözlenmektedir. İntansiyonel tremor, dismetri, disdiadokinezi ve serebellar dizartri gözlenen durumlar arasındadır (5,15).

2.5.6. Bilişsel ve Psikiyatrik Bulgular

MS hastalarında başlangıç döneminde kognitif sorunlara çok rastlanmamaktadır. Hastalık ilerledikçe %40-70 arasında bilişsel problemler ile karşılaşılır. Bilişsel semptomlar tüm MS tiplerini etkiler ancak en açıkça görüldüğü tipi SPMS' dir. MS hastalarında bilişsel sorunlar kendini görsel ve

işitsel dikkat eksikliği, bilgiyi işlemede gecikme, bellek çağrışım sorunları şeklinde göstermektedir.

Her bireyde Bilişsel rezerv farklıdır. Bu durum hastaların kognitif problemlerden hangi boyutlarda etkileneceğini gösterir. Kognitif problemleri tespit etmek amacıyla 30 ile 90 dakika aralığında süren çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bunların hızlı uygulanabilir olması ve tekrarlanabilirliği açısından avantaj sağlaması amacıyla doldurulması daha kısa süren ölçekler kullanılmaktadır.

Major depresyon MS hastalarında kontrol grubuna göre %16.2 oranında daha fazla bulunmuştur. MS' de depresyon yapısaldir ve farklı etkenlerden etkilenir, çok yönlüdür. Depresyon bunalımlı ruh hali, ilgi kaybı, suçluluk duygusu, değersizlik, ölüm düşünceleri, iştah ve akabinde kilo azalması gibi farklı şekillerde kendini göstermektedir (20,32).

2.5.7. Yorgunluk ve Uyku Bozuklukları

Yorgunluk, subjektif olarak ölçülebilen bir semptomdur. Hastaların %78 kadarında yorgunluk şikayeti bulunmaktadır. Yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen yorgunluk motor disfonksiyon ile ilişkili bir şekilde sıkça karşımıza çıkmaktadır.

MS' de hastalar sabah uyandıklarında kendilerini iyi hissettiklerini ancak gün ilerledikçe enerjilerinin azaldığını ve yorgunluk hissetmeye başladıklarını ifade ederler. Depresyon, vücut ısı artışı ve çeşitli ilaçlar yorgunluğu artıran faktörlerdendir.

MS 'de uyku bozuklukları normal popülasyona göre 3 kat daha fazladır. Yorgunluk uyku problemleri ile doğrudan ilişkilidir (32,44).

2.5.8. Mesane, Barsak ve Cinsel Bozukluklar

Hastalık süresince miksiyon ve defekasyon ile ilgili belirtilerin görülme sıklığı %78 'dir. Norveçte yapılmış bir araştırmaya göre hastalıktan 2-5 yıl sonra erkek hastaların %50 kadın hastaların ise %14'ünde cinsel disfonksiyon saptanmıştır. Cinsellik mahrem bir konu olarak nitelendirildiğinden dolayı cinsel problemlerin gözden kaçması olası bir ihtimaldir (32,88).

Erkek hastalar sıklıkla ereksiyona ulaşma ve ereksiyonu sürdürme problemi yaşarken, kadın hastalarda ise en belirgin problem lubrikasyon sorunları ve orgazma ulaşamamadır. Bu gibi problemlere sahip MS hastalarının kullandığı ilaçların kontrol edilmesi önemlidir (93).

2.5.9. Paroksizmal Bulgular, Hareket bozuklukları ve Nöbet

MS'li kişilerde tonik spazmlar, paroksizmal dizartri, distonik postür, trigeminal nevralji hemifasiyal spazm görülebilir. Bunlarla birlikte segmental myoklonus, hemiballismus, trismus kinesijenik distoni, paroksizmal kinesijenik koreatetoz, mikrografi bulguları da nadiren bildirilmiştir.

MS hastalarında epileptik nöbet görülme oranı normal populusyona göre hafif artmış durumdadır ve %2-5 oranında görülmektedir (32,93).

2.5.10. Ağrı

MS'deki ağrı toplumda hissedilen oranla benzer olmasına rağmen MS'li kişiler ağrıyı daha yoğun hissetmektedirler. Bu durum yaşam kalitesi üzerinde ciddi bir düşüğe sebep olmaktadır. Hastalarda en sık görülen ağrı fenomeni boyundan tüm vücuda yayılan elektrik hissi olarak tanımlanan Lhermitte bulgusudur ve %40 oranında görülmektedir. Hastalardaki kronik ağrı prevalansı ise %55 oranındadır (13,32).

2.6. Multipl Sklerozda Tanı

MS için kesinlik taşıyan bir test bulunmamaktadır. Tanı, klinik belirtiler ve fizik muayene ile koyuluyor olsa da tanıyı destekleyecek laboratuvar ve görüntüleme testleri mevcuttur. Hastaya detaylı bir nörolojik muayene yaptıktan sonra belirtilerini dikkatli bir şekilde sorgulamak tanılamak ve analiz etmek gerekmektedir. Bu fiziki muayene ve anamnez almanın yanı sıra en sık kullanılan testler; nöro-görüntüleme özellikle MRG, BOS analizi (oliglinomel bant varlığı ya da yokluğu) ve daha nadir olarak uyarılmış potansiyel testleri kullanılmaktadır.

MS hastalarına yapılan MRG görüntülemesinde %90 hasta grubunda görülen lezyonların yerleşimi ve özellikleri; sentrum semiovale, derin beyaz cevher, bazal gangliyonlar, ve korpus kallosumda bulunup ve korpus kallosumdan çıkıyormuş gibi dik görünümlü ve ovoid yapıda olmalarıdır. Hastada 2 veya daha fazla klinik belirti ile kendisini göstermiş ve en az 24 saat süren ve aralıkları en az 1 ay olan 2 atak olması gerekmektedir. Bunların yanında hastaya yapılan MRG görüntülemesinde MS lezyon tipi ile uyumlu en az 1 ya da 2 lezyon bulunmalıdır.

Hastaya kesin MS tanısı koymak için beyin omurilik sıvısı (BOS) analizi yapılması şart olmamak ile birlikte MS belirti ve bulguları olan MRG incelemesi MS 'i düşündüren hastalarda ya da tanı koyulmakta şüpheye düşülen hastalarda kesinlik oranını artırmak için BOS analizi yapılabilir, BOS incelemesinde intratekal immunglobulin G yapımındaki artışın göstergesi olan oligoklonal bant varlığı MS tanısını kuvvetlendirmektedir.

MS in çok yönlü bir hastalık oluşu ve kesin bir tanı koyma yönteminin bulunmayışı belli tanı kriterlerinin oluşmasına zemin hazırladı. 1983 yılında Poser başkanlığında bir ekip toplanarak MS kriterlerini yeniden tanımlayarak Kesin ve olası MS tanımlamalarını yaptı. 2000 yılında ise ABD Ulusal MS Derneği ve Uluslararası MS Derneği Federasyonları Londra 'da McDonald

başkanlığında toplandı ve yapılan tanımlamaları gözden geçirerek bazı değişiklikler yapmıştır. Bu toplantıda 24 saat süren belirtiler Atak olarak tanımlandı. Ayrıca birden fazla ataktan söz edebilmek için aralarında en az 1 ay süre olmalıdır koşulu kabul edildi. MS tanıları ise kriterlere tam uyuyorsa kesin MS Kısmen uyuyor ise olası MS, kriterlere hiç uymuyorsa MS değil olarak değiştirildi (16,43,90).

2.7. Multipl Sklerozda Tedavi

MS genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır. MS 'in görüldüğü yaş itibari ile kişinin aile, iş ve sosyal yaşamının en aktif olduğu dönemde kendini gösterir ve bu alanlarda hastayı çeşitli ölçülerde kısıtlamayla etkili olmaktadır. Hastaların %85 kadarı tekrarlayan ve düzelen bir prognoz izlerken geri kalan kesim de sürekli ilerleyen bir prognoz sergilemektedir (90).

MS'in klinik, radyolojik ve laboratuvar özellikleri bakımından farklı tiplerinin olması ve nedeninin hala bilinmemesinden dolayı kabul görmüş farklı disiplinler aynı hastaya farklı tedavi seçenekleri önerebilmekte ve uygulayabilmektedir.

Türkiye'deki nöroloji hekimlerinin katılımı ile yapılan bir çalışmada McDonald tanı kriterlerini dolduran, iki atak öyküsü olan tipik RRMS hastasının tedavi planı tartışılmış ve %29'u MS polikliniği olan bir merkezde tedavisinin planlanmasını düşünürken katılımcıların %61'i immünmodülatör tedavi (IMT) başlamayı, %10'u birbirinden farklı tedavileri uygulamayı tercih etmişlerdir. Remyelinizasyon veya nöral onarımı sağlayan tedaviler henüz bulunmamaktadır (88).

Relaps oranını azaltmak, doğrudan relaps sonucu oluşan defisitleri tedavi etmek, nörolojik defisitlerin semptomatik tedavisi sağlamak ve progresyonu önlemek tedavideki temel amaçlar arasındadır (90).

Günümüzde MS tedavisinde 3 farklı yol izlenmektedir.

- Gelişen akut atakların tedavisi
- MS'in biyolojik aktivitesini azaltan hastalık modifiye edici ajanlarla tedavi,
- Semptomatik ve rehabilitasyon tedavisi

2.7.1. Multipl Skleroz' da Atak Tedavisi

Multipl Sklerozun her tipinde ataklar görülebilmektedir. En az 24 saat süren demyelizan bulguların ortaya çıktığı kötüleşme dönemleri atak olarak tanımlanmaktadır. Atak tedavisine başlanmadan önce psödoatak (yalancı atak) dışlanmalıdır. Vücut sıcaklığının arttığı enfeksiyon gibi durumlarda, yoğun stres, uykusuzluk, açlık ve hormonal değişimlerde ortaya çıkan beraberinde var olan durumu kötüleştiren olaylar psödoatak olarak tanımlanmaktadır. Hastada meydana gelen her atak tedavi gerektirmeyebilir. Hastanın spesifik olarak yaşam kalitesini ve aktivite düzeyini etkileyen ataklarda tedavi uygulanmaktadır.

Metilprednizolon tedavisi; Metilprednizolon (MP), hidrokortizonun kimyasal modifiye edilmiş sentetik bir versiyonudur ve kan beyin bariyerini geçmektedir. İntravenöz ve oral kullanımda eş miktarlarda kan seviyeleri aynı olmakla birlikte ülkemizde yüksek doz oral MP olmadığından İntravenöz MP tercih edilmektedir. Hastanın MP almasına karar verilmesi aşamasında; hemogram, CRP, sedimantasyon, Açlık kan Şekeri, elektrolit seviyeleri, Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, TİT ve idrar kültürü gibi tetkiklerin yapılması tedavinin ve hastanın sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Tedavi 3-10 gün süre ile 1 gr/gün şeklinde ya da agresif ataklarda 5 gün süre ile 2 gr/gün şeklinde uygulanmaktadır. Tedavi sonlanması sırasında oral kortizon ile azaltarak sonlandırma hakkında bilimsel bir bilgi

bulunmamaktadır. Görülebilecek yan etkiler nedeniyle azaltarak sonlandırma önerilmemektedir.

Hastaların kemik yoğunluğu MP tedavisinden önce kontrol edilmeli eğer gerekiyorsa atak tedavisi süresinde hastaya kalsiyum verilmelidir. Hastaların fiziksel durumlara ve sahip oldukları kronik hastalıklara göre atak tedavisini yatarak veya ayaktan almasına karar verilmektedir. Tedavinin etkinliği ilk günlerde başlayabileceği gibi ilk haftanın sonunda da başlayabilmektedir.

Hamilelik ve emzirme döneminde atak tedavisi; hamile hastalarda 1. Trimesterde çok gerek görülmediği sürece tedaviden kaçınılmaktadır. Ciddi ataklarda kısa dönem tedaviler kontrendike değildir. Kortikosteroidler anne sütünde düşük dozlarda bulunmaktadır ve yarılanma ömrü kısadır. Anne tedaviden hemen önce ve tedavi bitiminden 6 saat sonra emzirebilmektedir. Gebe veya emziren hastalar tedaviden önce gastrointestinal bulgular, Diyabet, osteoporoz yönünden detaylı sorgulanmalı ve gereken önlemler alınmalıdır. Tedavi sonrası ağızda metalik tat, ateş basması, kilo artışı, uykusuzluk, yorgunluk, halsizlik, menstruasyon bozuklukları gözlenebilmektedir (48).

Atak tedavisinde MP yanı sıra plazmaferez, IVIG ve ACTH 'da kullanılan seçenekler arasındadır. Plazmaferez, kortikosteroidlere yanıt vermeyen ve maliyet yüksekliğinden dolayı seçilen sınırlı sayıdaki hastaya uygulanan bir yöntemdir (88).

2.7.2. Multipl skleroz'da Koruyucu Tedavi

Atak sıklığını ve şiddetini azaltmak, ilerleyici gidişi önlemek için koruyucu tedavi olan interferon beta (IFN β) 1a ve 1b, glatiramer-asetat (GA), natalizumab, intravenöz immunglobulin G (IVIG) gibi immünomodülatör tedavi ve/veya methotreksat, siklofosamid, azathiopürin, siklosporin, mitoksantrone gibi immünsüpresif ilaçlar kullanılmaktadır. Fingolimod,

teriflunomid ve dimetilfumarat gibi oral olarak alınan immünsupresif tedavi seçenekleri de mevcuttur (7,24,36).

2.7.3. Semptomatik Tedavi

Kesin nedeni bulunup nedene yönelik tedavi henüz bulunamadığından dolayı semptomatik tedavi yapılarak yaşam kalitesinin önemli ölçüde iyileştirilmesi MS 'te önemli bir yer tutmaktadır. Bu tedavi yöntemi genel ve spesifik olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır. Genel semptomatik tedavi; hastalarda mevcut olan demiyelize olmuş sinir liflerinin ortaya çıkardığı sorunlara yönelik olmakla birlikte spesifik tedavi, hastalarda meydana gelmiş olan spastisite, ağrı, serebellar tremor, yorgunluk, üriner sistem ve barsak problemleri ve cinsel işlev sorunları gibi şikayetleri hedef almaktadır. %75 oranında görülme sıklığı ile spastisite en çok görülen semptomdur (31,75).

2.8. Tedaviye Uyum

Hastaya verilen önerilerin kabul edilmesi ve tedavi sürecinin gerektirdiği ilaçların düzenli bir şekilde kullanılması olarak tanımlanan tedaviye uyum çok farklı faktörlerin etkisi altında kalan ve farklı disiplinlerin ortak çalışması ile sağlanabilen kompleks bir süreçtir. Tedavinin zamanında başlatılması ile birlikte ona gösterilen bağlılık terapötik hedeflere ulaşılmasında eşit derecede önem arz etmektedir. Kronik hastalıklarda tedaviye uyumun zayıf olması ölümleri artırarak sağlık masraflarında artışa sebep olmaktadır.

MS için de geçerli olan bu durum tedaviye uyumun az olduğu durumlarda; atak sayısının artması, kötü bir prognoz izlenmesi, özürülülük düzeyinin artış göstermesi gibi sorunlarla karşılaşılması, uyumun daha detaylı bir şekilde analiz edilmesi gerektiği ve bu durumun sağlıklı bir şekilde devam etmesi için yapılması gereken şeylerin organize edilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır (83).

2.8.1. Multipl Skleroz'da Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler

Her kronik hastalıkta olduğu gibi MS 'de uzun süreli ve sabırlı bir tedavi süreci gerektirmektedir. Kronik hastalıklarda verilen tedavinin %50 oranında önerildiği şekliyle kullanılmadığı araştırmalarla ortaya koyulmuştur. Tedavinin uzun ve bu sürenin belirsiz olması tedavide karşılaşılan problemleri artırmaktadır. Başarılı bir tedavinin en önemli koşulu ise tedaviye uyum sağlamış olmaktadır. MS 'de tedaviye uyum oranı %17-46 civarlarındadır. MS tedavisi başlanmış ve 90 gün ara verilmiş hastaların tedavi başlanmayan hastalara göre 2 kat daha kötü prognoza sahip oldukları gözlenmiştir.

Hastaların bu tedaviye uyum süreçlerinde hissettikleri durumları psikologlar bireyler ile görüşerek ortaya koymuşlardır. Reactance Theory olarak açıklanan teoriye göre hastalar tedavinin gerektirdiklerini, özgürlüklerinin kısıtlanmasına yönelik bir tehdit algıladıklarında; kaybedilmiş özgürlüğün yeniden kazanılması için tedavi önerilerine uymamaya motive olurlar. Yapılan diğer araştırmalarda ise hastalar tedaviye uyumu sağlık personeline teslimiyet ve hakimiyet, sağlık personeline güven duyma ve işbirliği içinde çalışma kararlılığı, hastanın hastaneye yatışı azaltmasını sağlayan yeterliliklerini etkileyen mental sağlık durumu, tedavi eğitimi, hasta danışmanlığı ve ilaç kullanımının izlenmesi şeklinde açıklamaktadırlar

Hastaların tedaviye uyum sürecinde olumsuz birçok faktörle karşılaştığı bilinmektedir. Bunlar arasında sosyo-demografik özellikler, ilaç yan etkileri, hastanın kendisinin içinde bulunduğu durum, çevresel faktörler ve algılanan sosyal destek sayılabilmektedir. Tedaviye uyum sorunları, hastaneye yeniden yatışı, morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla ilişkili olarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir (22, 25, 53, 83, 85).

2.9. Algılanan Sosyal Destek Ve Önemi

Çevre ile ilişkili faktörlerden en etkili olan Algılanan Sosyal destek iyileşmeyi sağlamada anlamlı bir güçtür. 1970'li yıllardan beri hasta ve hastalık ile ilişkisi incelenen ancak somut olarak gözlenip ölçülemeyen bir kavram olarak görülmektedir.

Shumaker ve Brownell sosyal desteği en az iki kişi arasındaki alıcının ve vericinin refahını artırmaya yönelik kaynak alışverişi olarak tanımlamışlar ve desteğin sadece tek taraflı alınmasından ziyade karşılıklı olduğuna dikkat çekmektedir. Cobb, farklı bir yaklaşımla sosyal destek, bireyin kendisinin sevildiğinin, bakıldığına, saygı gördüğünün ve bir sosyal ağ içerisine dahil olduğunu hissetmesi anlamına geldiğini ifade etmiştir. Sorias, sosyal desteğin genellikle stres sebep olan bir olay esnasında kişinin yakınındakilerden aldığı maddi ve manevi yardım olduğunu belirtmiş ve stres altında olmayı vurgulamaktadır. Yapılmış olan tanımlamalara yeni bir bakış açısı getiren Cobb sosyal destek algısına değinmiştir ve bu durum "algılanan sosyal destek" ifadesini ortaya çıkarmaktadır Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman ulaşıp yardım talep edeceği insanların olduğuna dair inancı olan ve ilişkilerinden tatmin olduğunu düşünen kişinin algıladığı sosyal desteğin fazla olduğu söylenebilir (94).

Yeterli alınan sosyal destek sağlığın korunmasını, geliştirilmesini, hastalıkların tedavisini ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu olumlu yönde desteklemekte ve sosyal izolasyonu azaltmaktadır. Yapılan bir diğer çalışmada psikiyatri hastalarında algılanan sosyal destek yaşam kalitesinde kilit rol oynamaktadır. MS hastaları üzerinde yapılan bir çalışma da ise sosyal destek ile yorgunluk arasında bir ilişki olduğu, aile ve arkadaş çevresinde destek gören hastaların yorgunluk hissetmelerinde bir azalma olduğu saptanmıştır (2). Kelleci ve Ata'nın yapmış

olduğu bir çalışmada hastalar arasında arkadaş desteği ve özel birinin desteğini hisseden hastaların ilaç uyumunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (25,85). Yapılan diğer bir çalışmada ise sosyal destek medikal tedaviye uyumu artırarak iyileşme süreçlerini hızlandırmaktadır (94). ınar'ın 2009 yılında hemodiyaliz hastalarıyla yapmış olduğu çalışma aile, arkadaş ya da özel bir insan desteği fazla olan hastaların psikososyal uyumlarının daha iyi olduğunu ortaya koymaktadır (49).

Bu araştırmalar ışığında sosyal destek eksikliği, tedaviye ve hastalığa uyum problemlerine ve dolayısı ile tedavide hastayı ve yakınlarını olumsuz etkileyecek bir çok yan etkiye yol açmaktadır.

2.10. MS Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ve Tedaviye Uyum Algısında Hemşirenin Rolü

Hemşire, alışma alanının getirmiş olduğu konum itibari ile hem hastaya hem yakınlarına hem de hasta olan bireyin tedavisine dokunabilme becerisine ve imkanına sahip bir sağlık profesyonelidir. Hemşire hasta olan bireyi öncelikle yeterli bir şekilde tanımlamalı ve algıladığı sosyal desteği analiz ettikten sonra kişinin ihtiyaına göre müdahalede bulunmalıdır. Hasta birey istediği an sosyal desteğe ulaşabiliyorsa sosyal destek yeterli, eğer ihtiyaç olduğunda sosyal desteğe ulaşması için müdahale gerekiyorsa sosyal destek yetersiz olarak ifade edilebilmektedir. Hemşire, algılanan sosyal destek konusunda bazı ilkeleri temel alarak ilerlemelidir. Bu ilkeler;

- Destekleyici ilişkiler gereksinimi, çeşitli stresörler ve yaşam değişiklikleri ile baş edebilmek ve günlük rollerin gerçekleşebilmesi için gereklidir.
- Sosyal ağ ilişkilerinin bir özelliği de sosyal desteği almak ve vermektir.
- Sosyal ağ ilişkileri, özellikle bireyin primer bağları ile her zaman gereklidir.
- Bir ilişkinin destekleyici olması için sağlıklı olması gerekir.

- Desteğin tipi ve kalitesi, bireysel özelliklere ve olayın doğasına bağlı gereksinimlerdir.
- Desteğin tipi ve kalitesi, durum ve bireysel karakteristiklere bağlı değerlendirilmelidir.

Hemşire, hastalık yönetiminin sağlanması için interaktif sağlık iletişim uygulamalarını kullanmada hayati bir role sahiptir. Hemşire sosyal destek algısını düzenledikten ve hastanın çevresini bu konuda bilinçli hareket etmeye yönlendirdikten sonra hasta bireyin tedavi sürecine yönelmeli ve tedaviye uyumu etkileyen faktörleri analiz etmelidir. Yaş, cinsiyet gibi değiştirilemeyen durumların yanında değiştirilebilen değişkenlerin; kişinin hastalığa ve tedaviye ne kadar hakim olduğu, konu hakkındaki bilgi düzeyi tanımlanmalı, kişinin bilgi eksikliği varsa uygun koşullarda saptayarak bu eksikliği eğitim vererek gidermelidir. Tedaviye uyum sorunlarının temelinde bilgi eksikliği ve hasta/hasta yakınının güvenilir bilgiye ulaşamaması yatmaktadır. Hasta eğitimi sayesinde hasta bireyi ve ailesini tedavi sürecine dahil etmek başarılı sonuç alınmasına önemli boyutlarda katkı sağlayacaktır (8). Akciğer kanseri olan hastalar üzerinde web destekli yapılan hasta eğitimlerinden sonra semptomların yönetiminde iyileşme ve yaşam kalitesinde artış olduğu gösterilmektedir (30).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma MS hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin ve Algılanan sosyal desteklerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisini araştırmak amacı ile yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 01.04.2017-01.12.2017 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Bölümü MS polikliniğine başvuran MS hastaları ile gerçekleştirilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi MS Polikliniğinden takipli yaklaşık 6000 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem grubunu; 01.08.2017-01.12.2017 tarihleri arasında polikliniğe başvuran, 18 yaşını doldurmuş, atak döneminde olmayan, en az altı ay süre ile MS'e spesifik bir tedavi kullanıyor olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmaktadır. Amaçlı örneklem kullanılmış olup belirtilen tarihlerde maksimum hasta sayısına ulaşılmaya çalışılmış olup 200 hasta ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, tedaviye uyum düzeyleridir. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise MS hastalarının yaşı, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, tanı alınan süre, kullanılan ilaç formu ve algılanan sosyal destek ölçek puan ortalamaları oluşturmaktadır.

3.5 Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler sosyo-demografik soru formu, algılanan sosyal destek ölçeği ve morisky tedaviye uyum ölçeği ile yüz yüze görüşme yönteminden yararlanılarak toplanmıştır.

Sosyo-demografik Soru Formu (SSF): Çalışmaya katılan MS hastalarının sosyo-demografik bilgilerini almak üzere araştırmacı tarafından oluşturulan ve toplam 8 sorudan oluşan bir formdur. Bu formda, MS hastasının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, kullandığı ilaç

formu, tanıyı aldığı tarih gibi tedaviye uyumunu etkileyebileceği düşünülen sorular bulunmaktadır (EK 1).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS): Ölçek, Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında hastaların algıladıkları sosyal desteği ölçmek amacı ile geliştirilmiştir (EK 2). Ölçeğin faktör yapısını ve Türkçe geçerlilik güvenilirliğini Doğan Eker ve Haluk Arkar 1995 yılında yapmışlardır. Geçerlilik açısından başka bir sosyal destek ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği ile olumlu yönde, anksiyete ve depresyon ölçekleriyle olumsuz yönde korelasyon göstermiştir.

Aile, arkadaşlar ve özel bir insan olmak üzere 3 alt boyut içermektedir ve toplamda 12 maddeden oluşmuştur. Her bir alt boyut 4 madde aracılığı ile ölçülmektedir. Her alt boyuttaki dört maddenin puanlarının toplamı ile alt ölçek puanları hesaplanarak analiz edilmekte ve bütün alt boyut puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Yedili likert tipi bir ölçek olup en az 12 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçek farklı gruplarda karşılaştırılmalı olarak uygulanmıştır.

Ölçeğin 1,2,5,10 numaralı soruları; Özel Bir İnsan, 3,4,8,11 numaralı soruları; Aile, 6,7,9,12 numaralı soruları; Arkadaş alt boyutuna ait sorular olmakta ve belirtilen soruların puan toplamları ilişkili alt boyut puanını oluşturmaktadır. Sırası ile orijinal ölçeğin Özel Bir İnsan, Aile, Arkadaş ve Toplam ölçeğin Cronbach Alfa katsayıları 0.91, 0.87, 0.85, 0.88' dir (95,96).

Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (Morisky Adherence Scale): Morisky ve arkadaşları tarafından 1980 yılında antihipertansif ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede 4 soruluk bir anket olarak geliştirilmiştir (EK 3). Bağımsız araştırmacılar tarafından kronik hastalıklarda tedaviye uyumu ölçmek amacıyla kullanılmış olan bu ölçekte katılımcıların soruların tümüne "hayır" cevabını vermesi "Yüksek Uyum", 1 veya 2 soruya "evet" demesi "Orta

Uyum", 3 veya 4 soruya "evet" demesi "Düşük Uyum" olarak değerlendirilmektedir. Orjinal Morisky tedaviye uyum ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.61 olarak bulunmuştur. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması 2004 yılında Yılmaz tarafından antipsikotik tedaviye uyumu ölçmek için yapılmıştır. Muslu, 2010 yılında bu ölçeği şizofreni hastalarında tedaviye uyumu değerlendirmek amacıyla kullanmıştır (65,66).

3.5.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Amaçlı örneklemin ele alındığı bu çalışmada veriler 01.08.2017-01.12.2017 tarihleri arasında, haftanın farklı günlerinde toplanmıştır. İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde görüşmeler 09.00-15.00 saat aralığında, hastaların poliklinikteki sıralarının uygunluğuna göre gerçekleştirilmiştir. Kişisel Bilgi Formu, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Morisky Tedaviye Uyum Ölçeğinin doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin tümü, SPSS 24.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir.

Araştırma sorularına ve araştırmanın amacına bağlı olarak Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi ile verilerin normallik dağılımları incelenmiştir. Sosyo-demografik özellikleri, tanı süreleri ve kullandıkları ilaç formları sıklık ve yüzde şeklinde tanımlayıcı analiz yapılarak değerlendirilmiştir.

Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Toplam ve Alt boyut puan ortalamaları Ortalama ve Standart Sapma değerleri bulunarak analiz edilmiştir.

Hastaların Sosyo-Demografik özellikleri, tanı süreleri, kullandıkları ilaç formları ve Tedaviye Uyum Seviyeleri arasındaki anlamlılık değerlendirmesi Ki-kare testi yapılarak analiz edilmiştir.

Hastaların Tedaviye Uyum seviyeleri verilen cevaplara göre kategorize edilerek; sıklık ve yüzde şeklinde analiz edilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri, tanı süreleri, kullandıkları ilaç formları ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki anlamlılık değerlendirmesi kruskall wallis testi ile analiz edilmiştir.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek puan ortalamaları ve tedaviye uyum seviyeleri arasındaki ilişki ise ANOVA (Tek Yönlü Anova) testi yapılarak analiz edilmiştir. İstatistik tüm hesaplamalarda anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada verilen cevaplar MS hastalarının anlık algılarına ve iç görülerine göre verilmiştir. Araştırma tek klinikte yapıldığından dolayı sonuçlar genellenemez.

3.8 Etik Kurul Onayı

Araştırmaya başlamadan önce çalışma Koç Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'na sunulmuş, 2016.289.IRB2.146 karar numarası ile 10.03.2017 tarihinde onaylanarak kabul edilmiştir (EK 4). Çalışma İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi Dekanlığı tarafından 29.11.2017 tarihinde onaylanmıştır (EK 5). Araştırmaya katılan MS hastalarının sözel ve yazılı bir açıklamadan sonra sözel onamları alınmıştır (EK 6).

4.BULGULAR

Bu bölümde MS hastalarının sosyo demografik özellik analizlerine, çok boyutlu algılanan sosyal destek puan ortalamalarına ve sosyo-demografik özellikler ile ilişkisine, tedaviye uyum düzeylerine ve sosyo-demografik özellikler ile ilişkisine, çok boyutlu algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile tedaviye uyum seviyeleri arasındaki ilişkinin değerlendirmesine yer verilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=200)

| Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler | | Sayı | % |
|---------------------------------------|---------------------|------|------|
| Yaş | < 35 | 94 | 47.0 |
| | ≥35 | 106 | 53.0 |
| Cinsiyet | Erkek | 45 | 22.5 |
| | Kadın | 155 | 77.5 |
| Medeni Durum | Bekar | 76 | 38.0 |
| | Evli | 124 | 62.0 |
| Çalışma durumu | Çalışıyor | 80 | 40.0 |
| | Çalışmıyor | 120 | 60.0 |
| İlaç kullanım yolu | Ağız yolu ile | 115 | 57.5 |
| | Enjeksiyon yolu ile | 85 | 42.5 |
| Hastalık süresi | ≤ 1yıl | 13 | 6.5 |
| | 2-5 yıl | 73 | 36.5 |
| | 6-10 yıl | 53 | 26.5 |
| | >10 yıl | 61 | 30.5 |
| Koruyucu tedavi kullanım süresi | ≤1 yıl | 23 | 11.5 |
| | 2-5 yıl | 177 | 88.5 |
| | TOPLAM | 200 | %100 |

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Katılımcıların %47’sini 35 yaş altı, %53’ünü ise 35 yaş üstü hastalar oluştururken, %77.5’ini kadınlar %22.5’ini ise erkekler oluşturmaktadır. Hastaların %33.5’i bekar, %62’si evli, %1,5’i dul, %3’ü ise boşanmış olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %40’ının çalışmakta olduğu %60’ının ise çalışmadığı görülmüştür.

Hastaların %57.5’inin ağız yolundan alınan bir tedavi kullandığı; %42.5’inin ise enjeksiyon yolu ile uygulanan bir tedavi kullandığı saptanmıştır ve kullanılan tedavilerin %11.5’i 1 yıldan daha az süredir, %88.5’i 2-5 yıl süre ile kullanılmakta olduğu görülmüştür. Hastaların hastalık sürelerine bakıldığında %6.5’i 1 yıldan daha az bir süredir hastalık tanısı almış

olduğunu, %36.5'i 2-5 yıl süredir tanı aldığını, %26.5'i 6-10 yıl süredir, %30.5'i ise 10 yıldan daha uzun süredir MS hastası olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=200)

| Alt Boyutlar | $\bar{X} \pm SS$ |
|----------------|--------------------|
| Aile | 22.41±6.74 |
| Arkadaşlar | 19.31±8.72 |
| Özel bir insan | 20.57±7.44 |
| Toplam | 62.28±18.75 |

Hastalara uygulanmış olan çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin total ve alt boyutlarının puan ortalamaları ile standart sapma değerleri Tablo 2' de verilmiştir. Katılımcıların sosyal destek puan ortalamaları sırası ile aile alt boyutunda 22.41±6.74, arkadaş alt boyutunda 19.31±8.72, Özel Bir İnsan alt boyutunda 20.57±7.44, ölçek toplam puan ortalamaları ise 62.28±18.75 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının karşılaştırılması (N=200)

| Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler | | Algılanan Sosyal Destek | | | |
|---------------------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------|--------------|
| | | Aile alt boyut | Arkadaş alt boyut | Özel Bir İnsan alt boyut | Total |
| Yaş | <35 | 22.81±6.22 | 19.88±9.99 | 20.41±7.26 | 63.11±18.48 |
| | ≥35 | 22.05±7.17 | 18.80±7.41 | 20.7±7.62 | 61.55±19.05 |
| | t | 0.797 | 0.875 | 0.268 | 0.191 |
| | p | 0.427 | 0.383 | 0.789 | 0.849 |
| Cinsiyet | Erkek | 23.49±6.37 | 21.31±12 | 20.91±6.8 | 65.71±19.15 |
| | Kadın | 22.09±6.82 | 18.73±7.45 | 20.46±7.62 | 61.28±18.58 |
| | t | 1.227 | 1.758 | 0.354 | 0.712 |
| | p | 0.221 | 0.080 | 0.724 | 0.477 |
| Medeni Durum | Bekar | 21.59±7.34 | 19.32±11.02 | 18.54±7.91 | 58.13±19.17 |
| | Evli | 22.90±6.31 | 19.31±6.99 | 21.81±6.88 | 64.02±17.39 |
| | t | 1.338 | 0.07 | 3.07 | 2.23 |
| | p | 0.182 | 0.994 | 0.002 | 0.027 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 22.18±7.37 | 20.19±6.91 | 20.70±7.73 | 63.06±18.43 |
| | Çalışmıyor | 22.56±6.31 | 18.73±9.72 | 20.48±7.27 | 61.76±19.03 |
| | t | 0.393 | 1.163 | 0.209 | 0.810 |
| | p | 0.695 | 0.246 | 0.835 | 0.419 |
| İlaç Kullanım Yolu | Ağız Yolu ile | 22.56±6.64 | 19.78±9.68 | 21.12±7.12 | 62.59±9.68 |
| | Enjeksiyon Yolu ile | 22.20±6.90 | 18.67±7.21 | 19.81±7.83 | 60.68±19.51 |
| | t | 0.369 | 0.891 | 1.232 | 0.730 |
| | p | 0.713 | 0.374 | 0.219 | 0.467 |
| Hastalık Süresi | ≤ 1yıl | 22.15±6.30 | 17.15±6.74 | 19.69±8.03 | 59±17.82 |
| | 2-5 yıl | 23.10±6.43 | 19.99±10.65 | 20.71±7.35 | 62.42±17.92 |
| | 6-10 yıl | 21.64±7.46 | 19.64±6.72 | 20.75±7.65 | 62.04±18.46 |
| | >10 yıl | 22.30±6.60 | 18.67±8.09 | 20.41±7.40 | 61.38±18.98 |
| | KW | 1.352 | 1.571 | 0.181 | 0.561 |
| Koruyucu Tedavi Kullanım Süresi | ≤ 1yıl | 22.57±6.52 | 16.74±6.68 | 20.26±7.52 | 59.57±17.25 |
| | 2-5 yıl | 22.38±6.78 | 19.64±8.91 | 20.60±7.45 | 62.63±18.96 |
| | KW | 0.014 | 3.387 | 0.174 | 0.724 |
| | p | 0.905 | 0.066 | 0.677 | 0.395 |

Çalışmaya katılan bireylerin yaş grupları ve cinsiyetlerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (mspss) toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Medeni durum grupları MSPSS total puan ortalamaları ve özel bir insan alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında evli ile boşanmış grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli olan hastaların MSPSS toplam puan ortalamaları ve özel bir insan alt boyut puan ortalamaları boşanmış olan hastalara göre anlamlı bir yüksekliğe sahiptir ($p<0.05$).

Çalışan ve çalışmayan hastaların MSPSS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). İlaç kullanım yolu MSPSS puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı bir oranda değiştirmemektedir. Oral ve enjeksiyon yolu ile kullanan hastaların MSPSS puan ortalamaları benzerlik göstermektedir ($p>0.05$). Hastaların hastalık süreleri, MSPSS puanları açısından anlamlı bir farklılığa sebep olmamıştır ($p>0.05$).

Koruyucu tedaviyi bir yıldan az kullanan hastalar ile 2-5 yıl kullanan hastalar arasında MSPSS puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Tedavi Uyum Düzeyleri (N=200)

| Alt Boyutlar | Sayı | % |
|---------------------|-------------|-------------|
| Yüksek uyum | 57 | 28.5 |
| Orta uyum | 113 | 56.0 |
| Düşük uyum | 30 | 15.5 |
| Toplam | 200 | %100 |

Hastaların tedaviye uyum seviyelerini ölçmek üzere uygulanan Morisky Tedaviye Uyum ölçeğinin sonuçları Tablo 3' de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan MS hastalarının %28.5 oranında tedaviye yüksek derecede uyum gösteriyorken; %56' sı orta derecede, %15.5'i ise düşük derecede uyum göstermektedir

Tablo 5. Çalışmaya katılan bireylerin yaş, çalışma durumu, tanı süresi gibi sosyo-demografik özelliklerine göre tedaviye uyumlarının karşılaştırılması (N=200)

| Sosyo-demografik ve Mesleki Özellikler | | Tedaviye uyum | | | | | | X2 | p |
|--|---------------------|---------------|------|-----------|------|-------------|------|-------|-------|
| | | Düşük Uyum | | Orta Uyum | | Yüksek Uyum | | | |
| | | S | % | S | % | S | % | | |
| Yaş | <35 | 18 | 9.0 | 52 | 26.0 | 24 | 12.0 | 2.627 | 0.269 |
| | ≥35 | 12 | 6.0 | 61 | 30.5 | 33 | 16.5 | | |
| Cinsiyet | Erkek | 7 | 3.5 | 25 | 12.5 | 13 | 6.5 | 0.024 | 0.988 |
| | Kadın | 23 | 11.5 | 88 | 44.0 | 44 | 22.0 | | |
| Medeni Durum | Bekar | 14 | 7.0 | 42 | 21.0 | 20 | 10.0 | 2.204 | 0.900 |
| | Evli | 16 | 8.0 | 71 | 35.5 | 37 | 18.5 | | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 12 | 6.0 | 47 | 23.5 | 21 | 10.5 | 0.356 | 0.837 |
| | Çalışmıyor | 18 | 9.0 | 66 | 33.0 | 36 | 18.0 | | |
| İlaç Kullanım Yolu | Ağız Yolu ile | 17 | 8.5 | 67 | 33.5 | 32 | 16.0 | 0.180 | 0.914 |
| | Enjeksiyon Yolu ile | 14 | 7.0 | 49 | 24.5 | 24 | 12.0 | 0.168 | 0.919 |
| Hastalık Süresi | ≤ 1yıl | 0 | 0 | 8 | 4.0 | 5 | 2.5 | 9.660 | 0.142 |
| | 2-5 yıl | 14 | 7.0 | 40 | 20.0 | 19 | 9.5 | | |
| | 6-10 yıl | 12 | 6.0 | 26 | 13.0 | 15 | 7.5 | | |
| | >10 yıl | 4 | 2.0 | 39 | 19.5 | 18 | 9.0 | | |
| Koruyucu Tedavi Kullanım Süresi | ≤ 1yıl | 2 | 1.0 | 13 | 6.5 | 8 | 4.0 | 1.049 | 0.592 |
| | 2-5 yıl | 28 | 14 | 100 | 50 | 49 | 24.5 | | |

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile Tedaviye Uyum seviyeleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Kadın ve erkek arasında farklı yaş gruplarında tedaviye uyum seviyeleri açısından değerlendirildiğinde bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Medeni durumun tedaviye uyum seviyesini değiştirmedeği saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışma durumu, ilaç kullanım yolu, hastalık süresi ve Koruyucu Tedavi kullanım süresi tedaviye uyum seviyelerinde anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p>0.05$)

Tablo 6. Olguların Algılanan Sosyal Destek ve Tedaviye Uyumlarının karşılaştırılması (N=200)

| | Algılanan Sosyal Destek | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| Tedaviye Uyum Seviyesi | Aile destek skor ortalaması | Arkadaş destek skor ortalaması | Özel bir insan destek skor ortalaması | Toplam sosyal destek skor ortalaması |
| Yüksek uyum | 23.68±5.68 | 21.30±11.28 | 21.91±6.65 | 66.89±18.02 |
| Orta uyum | 21.93±7.16 | 18.57±7.45 | 20.13±7.88 | 60.63±19.20 |
| Düşük uyum | 21.77±6.80 | 18.33±7.11 | 19.63±7.03 | 59.73±17.41 |
| F | 0.843 | 1.239 | 0.917 | 0.836 |
| p | 0.674 | 0.212 | 0.578 | 0.778 |

Kullandığı tedaviye yüksek seviyede uyum, orta uyum ve düşük uyum gösteren hastaların MSPSS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tedaviye uyum açısından yüksek, orta ve düşük olarak kategorize edilen hastaların aile, arkadaş ve özel bir insan, sosyal destek alt boyut ortalamaları incelendiğinde puan ortalamalarının benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)

5. TARTIŞMA

MS santral sinir sistemini etkileyen, seyrinde alevlenme ve remisyon görülen, progresif ve kronik bir hastalıktır (39). Kronik hastalıkların uzun vadeli bir tedavi gerektiriyor olması hasta olan bireylerin yaşam şekillerini ve çevrelerinde bulunan insanların da bu süreçten etkilenme durumunu ortaya çıkarmaktadır. MS olan bireyin tedavi sürecinde çevresinden aldığı sosyal desteğin saptanması ve içerisinde bulunduğu durumun net olarak belirlenmesi, tedaviye uyumunu sağlıklı bir şekilde sürdürmek açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin **çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin** toplam aldıkları puanların ortalaması 62.28 ± 18.75 ' dir. bu puan ortalaması sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Mohr ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmış olan bir çalışmada depresyonlu MS hastalarında sosyal desteğin yüksek olmasının özel terapi yöntemlerine göre daha çok etkili olduğu gösterilmiştir (64). Sosyal destek bireyin stresle ve hastalıklarla baş etme gücünü artırarak bu sayede refah seviyesinin doğru orantıyla yükselmesini sağlamaktadır (80). Motl ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı bir çalışmada sosyal desteğin yüksek olmasının öz yeterlilik seviyesinin yükselmesine katkısı olduğu bulunmuştur (67). Miller ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre ise katılımcıların sosyal desteklerinin tanı ve hastalık semptomları ile baş etmesine katkı sağladığı, stres ile baş etme becerisini artırdığı bulunmuştur (19). Sosyal destek kişinin subjektif olarak ifade ettiği ve kişiden kişiye değişkenlik gösteren bir kavramdır. Kişinin sosyal destek kaynağı iyi belirlenmeli ve hasta yakını ile birlikte tedavi sürecine dahil edilmelidir. Bu sayede kişinin yalnız kalmaması ve tedavi sürecine oryante olması sağlanabilir. Bu çalışmada sosyal desteğin yüksek olması MS hastalarının hastalık ve tedavilerine katkıda olumlu bir faktör olduğu söylenebilir.

Katılımcıların sosyal destek alt boyut puan ortalamaları **aile** (22.41 ± 6.74), **arkadaş** (19.31 ± 8.72), **özel bir insan** (20.57 ± 7.44) şeklindedir. Bu puanlar her alt boyut için sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir ve alt boyut puan ortalamaları benzerlik göstermektedir. Dutton ve arkadaşlarının 2012 yılında 12 kişi ile yaptığı nitel araştırma da eş, aile ve arkadaş desteğinin çok önemli bir değer olduğu belirtilerek benzer şekilde aile desteği ortak bulgu olarak gözlenmiş olup, hastalar aileleri sayesinde MS'i kabullendiklerini ve kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir (68). Kronik bir hastalığa sahip bireyler ile yapılan bir çalışmada ise aile sosyal desteğinin arkadaş desteğinden daha çok olduğu saptanmıştır (56). MS hastaları tedavi sürecinde aileler ile bu süreci yönettikleri için aile ile geçirilen zaman ve paylaşımlar artmaktadır. Bu çalışmada aile alt boyutuna ait puan ortalaması anlamlı bir yükseklik olmasa da diğer puan ortalamalarından daha yüksek olarak bulunmuş olup yüksek aile desteğini gösterdiğinden bireyler için olumlu sonuçlara katkısı olacağı düşünülmektedir.

Kasser ve arkadaşlarının 2017 yılında 319 MS hastası ile yaptığı araştırmaya göre arkadaş desteğinin aile desteğinden daha etkili olduğu bulunmuştur (50). MS hastaları genç erişkinler de daha sık ortaya çıktığından dolayı hasta grubunda genellikle sosyal iletişim ve arkadaş çevresi aktif olan bir gruptan oluşmaktadır. Bu etmen hastanın arkadaş çevresinin onun için önemini arttıran faktörlerdendir ve diğer alt boyut puan ortalamalarına göre anlamlı bir üstünlüğü olmamasına rağmen Arkadaş alt boyutunun puan ortalaması hastaların yüksek arkadaş desteği algısı olduğu ortaya koymaktadır.

Bireylerin **yaş gruplarına** göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (mspss) toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamaları benzer seviyelerde bulunmuştur. Aghaei ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma da yaş değişkeninin sosyal destek seviyesini etkilemediği saptanmıştır (2). Kişilerin yaş grupları arasında bir fark olmamasının

sebebinin katılan bireylerin yaşlarının birbirine yakın olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir.

Bu çalışmada **cinsiyete göre** arasında MSPSS toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında bir fark gözlenmemiştir. Aker ve arkadaşlarının araştırmasında da kadın ve erkek arasında sosyal destek algıları benzer düzeylerde bulunmuştur (28). Rosiak ve arkadaşları tarafından 2017 yılında 110 hastada yapılan bir çalışmada MS'li kadınların MS'li erkeklerden 4 kat daha fazla sosyal destek aldığı gösterilmiştir (79). Bu sonucun sebebinin erkeklerin sosyal destek ihtiyaçlarını kabul etme oranlarının düşük olması, kadınların daha paylaşımcı ve sorunlarını daha iyi ifade etme becerisine sahip olduklarından kaynaklandığı belirtilmiştir.

Bireyler **medeni durumlarına** göre MSPSS total puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde arkadaş ve aile alt boyut puan ortalamaları arasında bir fark bulunmamışken; özel bir insan alt boyut puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında evli ile bekar grup arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup evli olan hastaların MSPSS toplam puan ortalamaları ve özel bir insan alt boyut puan ortalamaları bekar olan hastalara göre anlamlı bir yüksekliğe sahiptir (Tablo 5). Zimet ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma da benzer sonuçlara ulaşılmış olup evli hastaların sosyal destek puan ortalamaları ve özel bir insan alt boyut ortalamaları bekarlara göre anlamlı derecede yükseklik göstermiştir (97). Evli hastalar hastalık sürecinde eşlerinden daha fazla destek aldıkları ve sorunlarını eşleri ile daha rahat paylaşabildiklerinden dolayı sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Bireylerin **Çalışma durumlarına** göre MSPSS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yapılan çalışmada MS'lilerin %47,5'inin işsiz olduğu, %12,9'unun hastalıktan dolayı işi bırakmak zorunda kaldığı veya erken emekli olduğu saptanmıştır (73). Bu

çalışmada da çalışmayan MS hastalarının çoğunlukta olup çalışanlar ile sosyal destek algıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İlaç kullanım yolu MSPSS puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı bir oranda değiştirmemiştir. Oral ve enjeksiyon yolu ile kullanan hastaların MSPSS puan ortalamaları benzerlik göstermektedir. MS hastaları enjeksiyon tedavilerine daha zor adapte olurken oral tedaviler daha kolay kullanımı olan tedavi formlarıdır. İlaç kullanım yolu farklı olan hastaların sosyal destek puanları arasında fark olmamasının sebebi iki grubunda sosyal destek puan ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Hastaların hastalık süreleri, MSPSS puanları açısından anlamlı bir farklılığa sebep olmamıştır. Yapılan bir çalışmada da paralel sonuçlar bulunmuş olup, hastalık süresi ile sosyal destek arasında bir ilişkisi saptanmamıştır (2). Hastalık süresinin artması sosyal destek seviyesinde bir değişime sebep olmamıştır ancak bu durum hastalık süresi gruplarının her birisinin sosyal desteklerinin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Hastalık süresi bir yıldan az olan katılımcı bireylerin sayısı 2-5 yıl ve 6-10 yıl olan katılımcıların sayısından daha azdır ve tüm gruplar yüksek sosyal desteğe sahip olsalarda tanı alalı bir yıldan daha az süre olmuş olan MS hastalarının sosyal destek puan ortalamaları 2-5 ve 6-10 yıl olan gruplara göre anlamlı olmasada daha düşük bulunmuştur. Bu düşüklük hastaların yeni tanı almış olması ve adaptasyon sürecinde olmaları ve çevrelerindeki farkındalığın az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Koruyucu tedaviyi bir yıldan az kullanan hastalar ile 2-5 yıl kullanan hastalar arasında MSPSS puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 5). İki grup arasında anlamlı bir fark olmasa da sosyal destek puan ortalamalarına bakıldığında 2-5 yıl arası koruyucu tedavi kullanan hastaların puan ortalamaları bir yıldan az koruyucu tedavi kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bu sonuç

hastalık süresinin uzun olmasının bireylerin bu durumu kabullendikleri ve sürece daha uyumlu olduklarını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan MS hastalarının %28.5'i **tedaviye yüksek derecede uyum** gösteriyorken; %56' sı orta derecede uyum göstermekte olup düşük uyum gösterenlerin sayısı daha azdır (Tablo 3). Köşkdereioğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada MS hastalarında tedaviye uyum oranı %17-46 oranında bulunmuştur (53). Klauer ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı bir çalışmaya göre tedaviye uyumsuzluk morbidite, mortalite ve sağlık bakım kaynaklarının gereksiz kullanımına neden olmaktadır. MS hastalarının yarısı ilk altı yılda kullandığı tedaviyi bırakmaktadır (33,83). Tedaviye uyum seviyesinin düşük olması atakları daha şiddetli geçirilmesine ve hastane yatış oranlarının artmasına sebep olmaktadır. Hastaların temelde uyumsuzluğuna sebep olan en büyük faktör ilacın vücutlarında yaptığı olumlu etkiyi (hastalığı baskılamak, atak sayısını azaltmak) çok farketmeyip, yan etkileri fazla düzeyde hissetmeleridir. Bu yan etkiler ve tedavi etkinliğinin azlığı hastalar tarafından en sık dile getirilen tedaviyi bırakma sebebi olmaktadır (51). Hasta ve iletişimde olduğu kişi arasında güven bağı kurulup hastaların ilacı bırakma eğilimleri pozitif yönde düzeltilebilir. İlaç uyum davranışlarını analiz edip iyileştirmek sağlık bakım maliyetlerini önemli ölçüde azaltacaktır (82). MS tedavi seçenekleri çeşitli olmasına rağmen güvenilirlik açısından birinci basamak tedaviler tercih edilmektedir. Birinci basamak tedavilerin enjeksiyon tedavisi olması tedaviye bağlılığı azaltmakta ve ilk aylarda bırakma ile sonuçlanmaktadır (38). Tedavilerin belirsiz olması ve ne kadar süre ile kullanacağını tam net bilinmemesi hastada belirsizliğin çoğalmasına ve endişeye yol açabilir. Bu süreçte varsa olan bilgi eksikliği giderilmeli ve hastayı tatmin edici net ifadeler kullanılmalıdır.

Bu çalışmada **cinsiyete göre** tedaviye uyum oranları arasında bir fark saptanmamıştır. (Tablo 4). Kırk dört merkezin bulunduğu MSbasis çalışmasında ise erkeklere göre kadınlarda tedaviye uyum daha düşük olarak

bulunmuştur (59). Yapılan GAP çalışmasında ise kadınların tedaviye daha yüksek oranda uyum sağladığı gözlenmiştir (9).

Bu çalışmada farklı **yaş gruplarında** tedaviye uyum oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olmakla beraber, köşkdereioğlu ve arkadaşlarının da 2015 yılında yapmış olduğu bir çalışmada yaş ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (53). Yaş grupları arasında tedaviye uyum farklılığı olmaması katılımcı grubumuz ağırlıklı olarak 20-40 yaş aralığından oluşması ve verilen tedavi eğitimini kavrayabilecek aktif bir yaşta olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada **medeni durumun** tedaviye Uyum seviyesini değiştirmedeği saptanmasına rağmen yüksek uyum gösterenlerin %18.5'i evli iken %10' u bekar ve orta uyum gösteren hastalara bakıldığında %35.5'i evli iken %21'i bekar olanlardan oluşmakta olduğu gözlenmektedir. Medeni durum algılanan sosyal destek düzeylerinde anlamlı bir farklılığa sebep olarak tedaviye uyum seviyelerinde de artışa neden olmuş olabilir.

Çalışma durumunun tedaviye Uyum seviyesini değiştirmedeği saptanmıştır. Çalışan ve çalışmayan hasta grupları arasında anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen yüksek uyum gösteren hastaların %18'ini çalışmayan %10'unu ise çalışan hastalar oluşturmaktadır. Çalışmamanın uyum seviyesinin yüksekliğine katkı sağladığı söylenebilir. MS hastalarının çalışma şartları hastalıklarından dolayı düzenlenebilmektedir. MS hastaları hasta olmayan insanlara göre daha rahatlatılmış şartlarda çalışabilmekte(vardiyasız ve daha kısa saatler) ve engellilik seviyelerine göre engelli kadrosundan iş sahibi olabilmektedirler. Bu durumda çalışan ve çalışmayan hasta grubu arasında anlamlı bir farklılık olmamasının sebebi olarak çalışma şartlarının hastalık süreçlerine zorlaştırıcı bir faktör olmadığı düşünülebilir.

İlaç kullanım yolunun tedaviye uyum seviyesini değiştirmedeği saptanmıştır. Popova ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış olduğu bir

araştırmada enjekte edilebilir ilaçların daha uygun formlarının geliştirilmesinin düşük tedavi uyumunu yükselteceği belirtilmiştir (77). Tedaviye uyum seviyesinde ilaç formunun bir değişikliğe sebep olmaması hastaların enjeksiyon tedavisi ile yaşayacağı sorunlarla baş edebildiğini ve hızlı adapte olabildiğini düşündürmektedir.

Hastalık süresinin tedaviye uyum seviyelerinde anlamlı bir değişikliğe yol amadığı saptanmasına rağmen yüksek uyum gösterenlerin çoğunluğunu 2-5 yıl tedavi kullanan hastalar oluşturmaktadır (Tablo 4). Kşkderelioğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise buna paralel sonuçlar bulunarak hastalık süresinin tedaviye uyum ile anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır (53). Bunun aksine, yapılan GAP çalışmasında hastalık süresi uzun olan hastalarda tedaviye uyum seviyesi daha düşük olarak saptanmıştır (9). Hastalık sürelerinin tedaviye uyumu etkilememesinin sebebi olarak hastaların hastalığı tanıyı aldıktan kısa bir süre sonra kabullenmeleri ve hayatlarının bir parçası olarak görmeleri düşünülebilir.

Koruyucu tedavi kullanım süresi ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4). Bu sonuç, hastaların tedavi başlandıktan itibaren düzenli olarak tedavilerini kullandığını ve tedaviye sadık kaldıklarını düşündürmektedir.

Bu çalışmada kullandığı tedaviye yüksek seviyede uyum, orta uyum ve düşük uyum gösteren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin benzer olduğu saptanmıştır. Tedaviye uyum açısından yüksek, orta ve düşük olarak kategorize edilen hastaların aile, arkadaş ve özel bir insan, sosyal destek alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde puan ortalamalarının benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 6). Çalışmamızda algılanan sosyal destek düzeyleri yüksek olduğundan Tedaviye uyum üzerinden anlamlı bir fark yaratmamış olabilir.

Zamanzadeh ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sosyal desteğin kronik hastalıklarda yan etkileri azalttığı ve hastanın tedaviye uyumunu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (2). Yapılan bir başka çalışmada da algılanan sosyal destek arttıkça depresyon ile baş etme öz yeterliliğinin arttığı saptanmıştır (4). Costa ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir çalışmada yüksek sosyal desteğe sahip olan hastaların tedaviye uyum seviyeleri anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur (19). Bu araştırmalar yüksek sosyal desteğin MS tedavisinde uyumu pozitif yönde etkilediğini düşündürmektedir. Sosyal destek kişinin subjektif algısı olduğundan iyi değerlendirilmeli; kişiye göre sosyal destek kaynakları belirlenmeli ve tedaviye uyuma engel olabilecek diğer etmenler belirlenerek destek üzerine yoğunlaşılmalı ve hasta bu alanda motive edilmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bazı sosyo-demografik özelliklerin ve algılanan sosyal desteğin tedaviye uyum üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapılan bu araştırmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

- Katılımcıların sosyal destek puan ortalamaları ve aile, arkadaş, özel bir insan alt boyut ortalamaları yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan MS hastalarının çoğunluğu (%56) orta uyum seviyesinde bulunmuştur.
- Cinsiyete göre tedaviye uyum seviyeleri değerlendirildiğinde bir farklılık bulunmamıştır.
- Farklı yaş grupları tedaviye uyum seviyeleri açısından değerlendirildiğinde bir farklılık bulunmamıştır.
- Medeni durumun tedaviye uyum seviyesini değiştirmedeği saptanmıştır.
- Çalışma durumu, ilaç kullanım yolu, hastalık süresi ve Koruyucu Tedavi kullanım süresinin tedaviye uyum seviyelerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır.

- Çalışmaya katılan bireylerin yaş grupları ve cinsiyetlerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS) toplam Puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamaları benzer bulunmuştur.
- Medeni durumun MSPSS total puan ortalamaları evli olan hastalarda boşanmış olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Özel bir insan alt boyut puan ortalamaları evli olan hastalarda boşanmış olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışan ve çalışmayan hastaların MSPSS puan ortalamaları benzer bulunmuştur.
- İlaç formu MSPSS puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı bir oranda değiştirmemektedir. Oral ve enjeksiyon yolu ile kullanan hastaların MSPSS puan ortalamaları benzerlik göstermektedir. Hastaların hastalık süreleri, MSPSS puanları açısından anlamlı bir farklılığa sebep olmamıştır.
- Koruyucu tedaviyi bir yıldan az kullanan hastalar ile 2-5 yıl kullanan hastaların MSPSS puan ortalamaları açısından benzer özellikte olduğu bulunmuştur.
- Sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu) tedaviye uyum seviyesinde anlamlı değişiklik yaratmamıştır.
- Tanı süresi, tedavi kullanım süresi ve tedavi formunun ilaç uyumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı gözlenmiştir.
- Kullandığı tedaviye yüksek seviyede uyum, orta uyum ve düşük uyum gösteren hastaların MSPSS puan ortalamaları benzer ve yüksek bulunmuştur.

Bazı sosyo-demografik özelliklerin ve algılanan sosyal desteğin tedaviye uyum üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu

çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Kronik ve uzun tedavi gerektiren hastalıkların tedavi süreçlerini iyi yönetebilmek için öncelikle hastaların tedaviye uyum durumunu etkileyen etmenler belirlenmelidir. Bu sebeplerin net ortaya koyulabilmesi için kalitatif çalışmalar yapılmalıdır.
- MS hastasının algıladığı sosyal destek tanıyı aldığı andan itibaren düzenli aralıklar ile değerlendirilmeli, hasta ve yakınında bulunan kişiler ile sosyal destek farkındalığı için görüşmeler yapılmalıdır.
- Sosyal aktivite ve yaşam kalitesinin de algılanan sosyal destekten etkilendiği unutulmamalı; kişinin psikolojik sağlığının bütünlüğü açısından bütüncül bakış açısı ile iletişim kurulmalıdır.

7.KAYNAKLAR

1. A.D. (2017). *Multipl skleroz hastalarında periferik kanda b lenfosit sitokin ekspresyon değişikliklerinin prognostik biyobelirteç olarak önemleri*. Tıpta uzmanlık tezi. Haydarpaşa Numune Hastanesi, İstanbul.
2. Aghaei, N., Karbandi, S., Gorji, M. A. H., Golkhatmi, M. B., & Alizadeh, B. (2016). Social support in relation to fatigue symptoms among patients with multiple sclerosis. *Indian journal of palliative care, 22(2)*, 163
3. Akçali, A., Altındağ, A., Geyik, S., & Cansel, N. (2009). Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 46(3)*.
4. Albal, E. (2009). Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik İle Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul, Türkiye.
5. Alp, R., İLHAN ALP, S., PLANCI, Y., Yapici, Z., & TURK BORU, U. (2012). The Prevalence of Multiple Sclerosis in the North Caucasus Region of Turkey: Door-to-Door Epidemiological Field Study. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 49(4)*.
6. Alshubaili AF, Alramzy K, Ayyad YM, Gerish Y. Epidemiology of multiple sclerosis in Kuwait: new trends in incidence and prevalence *Eur Neurol* 2005;53(3):125-31.
7. Al-Tawfiq, J. A., Banda, R. W., Daabil, R. A., & Dawamneh, M. F. (2015). Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML) in a patient with lymphoma treated with rituximab: a case report and literature review. *Journal of infection and public health, 8(5)*, 493-497.
8. Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 9(2)*.
9. Arroyo, E., Grau, C., Ramo-Tello, C., Parra, J., Sanchez-Solino, O., & GAP Study Group. (2011). Adherence to disease-modifying therapies in Spanish patients with relapsing multiple sclerosis: two-year interim results of the Global Adherence Project. *European neurology, 65(2)*, 59-67.

10. Azzimondi, G., et al., Multiple sclerosis with very late onset: report of six cases and review of the literature. *European neurology*, 1994. 34(6): p. 332-336.
11. Bahar, G., Savaş, H. A., Ünal, A., Savaş, E., Kaya, H., & Bahar, A. (2014). Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 15, 141-9.
12. Baruch-Feldman, C., Brondolo, E., Ben-Dayana, D., & Schwartz, J. (2002). Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. *Journal of occupational health psychology*, 7(1), 84.
13. Bašić-Kes, V., Bošnjak-Pašić, M., & Demarin, V. (2007). Pain syndromes in patients with multiple sclerosis. *Acta Clin Croat*, 46(4), 331-333.
14. Bergvall, N., Petrilla, A. A., Karkare, S. U., Lahoz, R., Agashivala, N., Pradhan, A., & Korn, J. R. (2014). Persistence with and adherence to fingolimod compared with other disease-modifying therapies for the treatment of multiple sclerosis: a retrospective US claims database analysis. *Journal of medical economics*, 17(10), 696-707.
15. Bilge, E. (2010). Multipl Sklerozlu Hastalarda Depresyon Ve Nörodejenerasyonun Kognitif Bozulma Üzerine Etkileri. Uzmanlık tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
16. Bradley, W., Daroff, R., Fenichel, G., Jankovic, J. (2012) Neurology in clinical practice, 4. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, s: 558-560
17. Browne P., Chandraratna D., Angood C., Tremlett H., Baker C., Taylor BV., Thompson AJ. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity. *Neurology*. 2014 Sep 9;83(11):1022-4.
18. Chwastiak, L., Ehde, D. M., Gibbons, L. E., Sullivan, M., Bowen, J. D., & Kraft, G. H. (2002). Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1862-1868

19. Costa, D. C., Sá, M. J., & Calheiros, J. M. (2012). The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 70(2), 108-113.
20. Coyle, P. K. (2016). Symptom management and lifestyle modifications in multiple sclerosis. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(3, Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases), 815-836.
21. Çakır, F., İlhem, C., & Yener, F. (2010). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 50-9.
22. Çobanoğlu, Z. S. Ü., Aker, T., & Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*, 16, 211-18.
23. Demir, C., & Umay, M. (2017). *Tedavi gören Multipl Skleroz tanılı hastalarda bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
24. Demir, G. (2010). Multipl Skleroz Tedavisi. <http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/10.pdf> (5 Ocak 2018)
25. Dikeç, G., & Kutlu, Y. (2014). Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(3).
26. Dobson, R., Ramagopalan, S., Davis, A., & Giovannoni, G. (2013). Cerebrospinal fluid oligoclonal bands in multiple sclerosis and clinically isolated syndromes: a meta-analysis of prevalence, prognosis and effect of latitude. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, jnnp-2012.
27. Efendi H. (2012). Multipl Skleroz ve Demyelinizan Hastalıklar. İçinde: İç Hastalıkları. 3. Baskı. Eds: İliçin G, Biberöglü K, Süleymanler G, Ünal S, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul,s:3329- 3340
28. Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği [Factorial Structure, Validity,

and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support].
Türk Psikoloji Dergisi, 34, 17-25

29. Emre M. ed, Nöroloji Temel Kitabı ,1. Baskı Güneş Tıp kitabevi 2013 ve 1112-1135.

30. Er, Z. (2016). Akciğer kanseri tanısı alan hastalarda web destekli hasta eğitiminin semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans tezi. Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye.

31. Erdem, H. (1998). MULTİPL SKLEROZDA SEMPTOMATİK TEDAVİ. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 51(04).

32. Eren, A. (2017). Multipl Sklerozlu hastalarda beyin atrofisi ve bilişsel işlevlerle ilişkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Ankara, Türkiye.

33. Evans, C., Tam, J., Kingwell, E., Oger, J., & Tremlett, H. (2012). Long-term persistence with the immunomodulatory drugs for multiple sclerosis: a retrospective database study. *Clinical therapeutics*, 34(2), 341-350.

34. Fernández, O., Agüera, J., Izquierdo, G., Millán-Pascual, J., i Torrentà, L. R., Oliva, P., ... & Errea, J. M. (2012). Adherence to interferon β -1b treatment in patients with multiple sclerosis in Spain. *PloS one*, 7(5), e35600.

35. Foley PL, Vesterinen HM, Laird BJ, Sena ES, Colvin LA, Chandran S, et al. Prevalence and natural history of pain in adults with multiple sclerosis: systematic review and metaanalysis. *Pain* 2013;154:632-42.

36. Freedman, M. S., & Rush, C. A. (2016). Severe, highly active, or aggressive multiple sclerosis. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(3, Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases), 761-784.

37. Gilroy J. Basic Neurology Çeviri ed: Rana Karabudak, 3.baskı, Güneş Yayınevi. Ankara 2002:199-219

38. Gitto, L. (2016). Multiple Sclerosis patients' awareness of disease and compliance to pharmacological treatment with Disease Modifying Drugs (DMDs). *European Journal for Person Centered Healthcare*, 4(4), 599-608.
39. Göynüner, F. G., Guzin, K., Güran, G., Karageyim, Y., & Süer, N. (2001). Multipl Skleroz ve Gebelik. *Perinatoloji Dergisi*, 9(1), 37-40.
40. Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(2)
41. Hafler, D., Science in Medicine. Multiple Sclerosis. *J Clin Invest*, 2004. 113: p. 788794.
42. Hauser SL, Goodin DS. Multiple Sclerosis And Other Demyelinating Diseases. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. Eds. DI Kasper, E Braunwald, As Fauci, SI Hauser, DI Longo, JI Jameson. 16th Ed. Mcgraw -Hill Comp. New York: 2005.p.2461- 2470.
43. Hauser, S., Josephson, S., English, J., Engstrom, J. (2009). Harrison Nöroloji, 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, s:405-410.
44. HÜR, S., & SEZGİN, S. (2017). Multipl Skleroz Hastalarında Yorgunluk ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri*, 9(2).
45. Jones, D. E. (2016). Early relapsing multiple sclerosis. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(3, Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases), 744-760.
46. Jongen, P. J., Heerings, M., Ruimschotel, R., Hussaarts, A., Duyverman, L., Zande, A., ... & Visser, L. H. (2016). Intensive social cognitive treatment (can do treatment) with participation of support partners in persons with relapsing remitting multiple sclerosis: observation of improved self-efficacy, quality of life, anxiety and depression 1 year later. *BMC Research Notes*, 9(1), 375.
47. Kankaya, H., doğru, B. V., Yıldırım, Y., & Fadiloğlu, ç. Multipl Skleroz'lu hastaların günlük yaşam aktivite düzeyleri ile bakım verenlerin gösterdiği tepkiler arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi. İzmir, Türkiye.

48. Karabudak, R.(2014). Multipl Sklerozu Anlamak.
<<http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/tnd-ms-k%C5%BElavuzu.pdf>> (3 Ocak 2018)
49. Karataş, T. (2014). Koroner kalp hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikososyal uyum. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye.
50. Kasser, S. L., & Kosma, M. (2017). Social Cognitive Factors, Physical Activity, and Mobility Impairment in Adults with Multiple Sclerosis. *Behavioral Medicine*, 1-8.
51. Klauer, T., & Zettl, U. K. (2008). Compliance, adherence, and the treatment of multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 255(6), 87-92.
52. Korkmaz, D. (2011). *Classification of clinically different subtypes of multiple sclerosis* (Doctoral dissertation).
53. Köşkdereioğlu, A., gedizlioğlu, M., ortan, P., & öcek, Ö. (2015). Multipl Skleroz Hastalarında İmmunmodulator Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. İzmir, Türkiye.
54. Kremenchutzky M, Cottrell D, Rice G, Hader W, Baskerville J, Koopman W, et al. The natural history of multiple sclerosis: A geographically based study. 7. progressive relapsing and relapsing-progressive multiple sclerosis: A reevaluation. *Brain* 1999; 122: 1941-1950.
55. Krokavcova, M., van Dijk, J. P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Gavelova, M., Middel, B., ... & Groothoff, J. W. (2008). Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 159-165.
56. Lilympaki, I., Makri, A., Vlantousi, K., Koutelekos, I., Babatsikou, F., & Polikandrioti, M. (2016). Effect of Perceived Social Support on the Levels of Anxiety and Depression of Hemodialysis Patients. *Materia Socio-Medica*, 28(5), 361.

57. Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. *Neurology* 1996;46:907-11.
58. McDonald IR: The symptoms and signs of multiple sclerosis (2006). Compston A (Ed). *Multiple Sclerosis*. Churchill Livingstone Elsevier, S:287-346.
59. Meyniel, C., Spelman, T., Jokubaitis, V. G., Trojano, M., Izquierdo, G., Grand'Maison, F., ... & Grammond, P. (2012). Country, sex, EDSS change and therapy choice independently predict treatment discontinuation in multiple sclerosis and clinically isolated syndrome. *PLoS one*, 7(6), e38661.
60. Miller AE, Lublin FD, Coyle PK (editors). *Epidemiology and genetics. Multiple Sclerosis in Clinical Practice*. 2 ed. London: Martin Dunitz 2003; 31-33.
61. Miller, A. E. (2016). Switching or discontinuing disease-modifying therapies for multiple sclerosis. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(3, Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases), 851-863.
62. Miller, C. M. (1997). The lived experience of relapsing multiple sclerosis: A phenomenological study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 29(5), 294-305.
63. Moccia, M., Palladino, R., Russo, C., Massarelli, M., Nardone, A., Triassi, M., ... & Brescia Morra, V. (2015). How many injections did you miss last month? A simple question to predict interferon β -1a adherence in multiple sclerosis. *Expert opinion on drug delivery*, 12(12), 1829-1835.
64. Mohr, D. C., Classen, C., & Barrera, M. (2004). The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis. *Psychological Medicine*, 34(3), 533-541.

65. Morisky, D. E., & DiMatteo, M. R. (2011). Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: response to authors. *Journal of clinical epidemiology*, 64(3), 255.
66. Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
67. Motl, R. W., McAuley, E., Snook, E. M., & Gliottoni, R. C. (2009). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychology, health & medicine*, 14(1), 111-124.
68. Mozo-Dutton, L., Simpson, J., & Boot, J. (2012). MS and me: exploring the impact of multiple sclerosis on perceptions of self. *Disability and rehabilitation*, 34(14), 1208-1217.
69. Munger KL., Zhang SM., O'Reilly E., Hernán MA., Olek MJ., Willett WC., Ascherio A. (2004) Vitamin D intake and incidence of multiple sclerosis. *Neurology*, 62:60-65
70. Murphy, N., Confavreux, C., Haas, J., König, N., Roullet, E., Sailer, M., ... & Cost of Multiple Sclerosis Study Group. (1998). Quality of life in multiple sclerosis in France, Germany, and the United Kingdom. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 65(4), 460-466.
71. Mutluay, F. K. (2006). Multipl skleroz rehabilitasyonu. *Türk Nöroloji Dergisi*, 12(2), 134-143
72. Orton SM1, Herrera BM, Yee IM ve ark.(2006) Sex ratio of multiple sclerosis in Canada: a longitudinal study. *Lancet Neurol*. Nov;5(11):932-6.
73. Ozdemir, L., & Aşiret, G. D. (2011). A Holistic Look at Patients With Multiple Sclerosis: Focusing on Social Life, Household and Employment Issues. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 57(1)
74. Öge, E. (2004). İstanbul Tıp Fakültesi Temel Ve Klinik Biimler Nöroloji Ders Kitabı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, s: 508-514

75. ÖZAKBAŞ, S. (2011). Multipl Sklerozda Semptomatik Tedavi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 48.
76. Paty DW, Noseworthy JH, Ebers GC. Diagnosis of multiple sclerosis. In: Pathy DW, Ebers GC, eds. Multiple sclerosis. Philadelphia: FA Davis. 1997: 48–134.
77. Popova, E. V., Novikova, K. V., Khachanova, N. V., Konovalova, O. E., Kozhieva, M. K., Davydovskaya, M. V., & Boyko, A. N. (2017). The search for optimal decision in the treatment of multiple sclerosis: to improve adherence not reducing the efficacy. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni SS Korsakova*, 117(10. Vyp. 2), 48-52.
78. Reynolds, N. R., Testa, M. A., Marc, L. G., Chesney, M. A., Neidig, J. L., Smith, S. R., ... & Robbins, G. K. (2004). Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. *AIDS and Behavior*, 8(2), 141-150.
79. Rosiak, K., & Zagożdżon, P. (2017). Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis. *Psychiatria polska*, 51(5), 923-935.
80. Schwartz, C., & Frohner, R. (2005). Contribution of demographic, medical, and social support variables in predicting the mental health dimension of quality of life among people with multiple sclerosis. *Health & Social Work*, 30(3), 203-212.
81. Simpson, J., Haines, K., Lekwuwa, G., Wardle, J., & Crawford, T. (2006). Social support and psychological outcome in people with Parkinson's disease: Evidence for a specific pattern of associations. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 585-590.
82. Steinberg, S. C., Faris, R. J., Chang, C. F., Chan, A., & Tankersley, M. A. (2010). Impact of adherence to interferons in the treatment of multiple sclerosis. *Clinical drug investigation*, 30(2), 89-100.
83. Tan, H., Cai, Q., Agarwal, S., Stephenson, J. J., & Kamat, S. (2011). Impact of adherence to disease-modifying therapies on clinical and economic

outcomes among patients with multiple sclerosis. *Advances in therapy*, 28(1), 51-61.

84. Taşkaya, S. (2014). Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri İle Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.

85. Taşkın, M. (2006). Diyabet hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.

86. Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Mengue, S. S., Arrais, P. S. D., Luiza, V. L., Oliveira, M. A., ... & Pizzol, T. D. S. D. (2016). Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 50.

87. Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of health and social behavior*, 53-79.

88. Toy, Z. (2016). *Multipl Sklerozun Psikososyal Etkilerinin Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

89. Tutuncu M1, Tang J, Zeid NA, ve ark. (2013) Onset of progressive phase is an agedependent clinical milestone in multiple sclerosis Mult Scler. 19:188-98.

90. Voumvourakis, K. I., Kitsos, D. K., Tsiodras, S., Petrikos, G., & Stamboulis, E. (2010, November). Human herpesvirus 6 infection as a trigger of multiple sclerosis. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 85, No. 11, pp. 1023-1030). Elsevier.

91. Vural, B., Teberru Acar, Ö., Topsever, P., Filiz, M.(2012). Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması.The Journal of Turkish Family Physician 1999;3(4):17-20

92. Yılmaz, S. (2004). Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. In İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul, Türkiye.

93. Yılmaz, V., Ulusoy, C., Mercan, Ö., Adın Çınar, S., & Türkoğlu, R. (2017). Remisyondaki Multipl Skleroz Hastalarında Periferik Kan Hücre İmmünofenotipleri. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 57(2), 101-103.
94. Yuvakgil, Z. (2017). Yaşlılarda algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal ağ büyüklükleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, Türkiye.
95. Zhou, K., Li, H., Wei, X., Yin, J., Liang, P., Zhang, H., ... & Zhuang, G. (2015). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support in Chinese mainland patients with methadone maintenance treatment. *Comprehensive psychiatry*, 60, 182-188.
96. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
97. Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 610-617.
98. (2015). Case Management Adherence Guidelines for COPD. <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/CMAG_COPD.pdf> (11 Ocak 2017).
99. (2017). Ms progression types. <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ms_progression_types.svg> (15 Aralık 2017)

8.Ekler

EK 1 Sosyo-demografik Soru Formu

MULTİPL SKLEROZ HASTALARININ BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN VE ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN TEDAVİYE UYUMA ETKİSİ

1. Cinsiyet: KADIN ERKEK
|_|

2. Yaşınız: _____
|_|_|

3. Medeni durumunuz nedir? |_|_|

- a) Bekâr (1)
- b) Evli (2)
- c) Dul (3)
- d) Boşanmış (4)

4. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? |_|_|

Evet (1) / Hayır (0)

5. İlaçlarınızı ağız yolu ile mi alıyorsunuz? |_|_|

Evet (1) / Hayır (0)

6. İlaçlarınızı enjeksiyon (iğne) yolu ile mi alıyorsunuz? |_|_|

Evet (1) / Hayır (0)

7. MS tanısını aldıktan itibaren kaç yıl geçti ?

8. Ne kadar süredir hastalığa özgü bir tedavi kullanıyorsunuz?

EK 2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK 3 Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

Aşağıda doktorunuz tarafından önerilen ilacı kullanma durumunuza ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.

| MORISKY TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİ | | |
|---|-------------|--------------|
| SORULARI | EVET | HAYIR |
| 1. Hiç ilacınızı almayı unuttuğunuz oluyor mu? | | |
| 2. İlacı zamanında alma konusunda dikkatsiz misiniz? | | |
| 3. Kendinizi iyi hissettiğiniz zaman ilacı almayı bıraktığınız oluyor mu? | | |
| 4. İlacı aldığınız zaman kendinizi kötü hissettiğinizde ilacı bıraktığınız oluyor mu? | | |

EK 4 Koç Üniversitesi Etik Kurul Onayı

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

| | |
|----------------------------|--|
| Toplantı Tarihi: | 25.01.2017 |
| Karar No: | 2016.289.IRB2.146 |
| Sorumlu Araştırmacı: | Gizem Yağmur Vizviz |
| Araştırma Başlığı: | Multipl Skleroz Hastalarında Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Ve Algılanan Sosyal Desteğin Tedaviye Uyuma Etkisi |
| Başlangıç tarihi: | 10.03.2017 |
| Etik Kurul izninin süresi: | 1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak) |

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda könyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "**Biyomedikal Araştırmalar Etik Kurulu**" tarafından araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin geçmesi durumunda Etik Kurula başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.




Saygılarımla,

Hakan S. Orer
Başkan

Koç Üniversitesi Etik Kurulun Sekreteryanı T: 0212 338 11 54 etik@ku.edu.tr

EK 5 KURUM İZİNİ

Tarih ve Sayı: 08/12/2017-303791



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı**

Sayı :89969066-044-
Konu :Gizem Yağmur VIZVIZ'ın
Araştırma Projesi

KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
34450 SARIYER/İSTANBUL

İlgi :12/10/2017 tarihli, 105 sayılı yazı


Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda öğrenim gören Gizem Yağmur VIZVIZ'ın "Multipl Skleroz Hastalarında Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin ve Algılanan Sosyal Desteğin Tedaviye Uyma Etkisi" başlıklı araştırma projesini Fakültemizde uygulamasına 29.11.2017 tarihinde toplanan Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Mustafa Oral ÖNCÜL
Dekan Yardımcısı

EK :
Yönetim Kurulu Kararı

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/evet/tem Sorgule/belgedogrulama.aspx?v=8E04APSP8>
Ayrıntılı bilgi için iletişim: Casus BAYRAMOĞULLI Dehşet: 31187
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93
e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://istanbulip.istanbul.edu.tr/>



EK 6 SÖZLÜ ONAM

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans programının tez çalışmasının uygulamasına ilişkin olarak düzenlenmiştir.

Çalışmanın amacı, MS hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeylerinin ve bir takım diğer etmenlerin (yaş, cinsiyet, medeni durum vs.) tedaviye uyumlarına etkisini belirlemektir. Araştırmada önemli olan kişilerin bireysel cevapları değil, örneklemden eldeedilecek toplu sonuçlardır. Bu doğrultuda soru formuna adınızı ve kimliğinizi ifade eden herhangi bir şey yazmanıza gerek yoktur ve çalışmaya katılım isteğe dayalıdır. Araştırmaya katılmanız tedaviniz ile ilgili herhangi bir süreci etkilemeyecektir. **Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak, araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve sadece bu araştırma için kullanılacaktır.**

Çalışmaya katılmaya istekli iseniz, anket formundaki soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlamaya çalışınız. Çalışmaya getirdiğiniz değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

EK 7 Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği Kullanım İzni

The screenshot shows an email interface with the following content:

Posta | **E-POSTA YAZ** | **Morisky tedaviye uyum ölçeği hk** | **Gelen Kutusu** | **4 ileti dizisinden 3**

GIZEM YAGMUR VIZVIZ <gvizviz@ku.edu.tr> | 17.01.2017

Alıcı: sevilyilmaz72

Merhaba Sevil Hanım,

Koç Üniversitesi İç Hastalıkları bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Tezimde tedaviye uyumu ölçmek amacı ile sizin türkçe geçerliliğini yapmış olduğunuz Morisky tedaviye uyum ölçeğini kullanmak istiyorum. Konu ile ilgili izninizi belirten bir mail ile geri dönüşünüzü bekliyorum.

Teşekkürler
İyi Çalışmalar dilerim

sevil yyffffdilmaz <sevilyilmaz72@yahoo.com> | 19.01.2017

Alıcı: bana

Merhabalar Gizem Hanım,
Ölçeği kullanabilirsiniz. Yüksek lisans Tezimde ölçeğin soruları bulunmakta. aynı zamanda tezimin çalışması **şu dergide yayınlanmıştır: "Yılmaz, S., Buzlu, S. (2012). Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumunu. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(2): 93-103."** Bilginize İyi çalışmalar dilerim

*Yrd. Doç. Dr. Sevil YILMAZ
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi*

EK 8 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

Posta

Yaklaşık 62 ileti dizisinden 10.

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (10.388)

Yıldızlı

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaklar (63)

Follow up

Misc

Priority

Diğer

haluk arkar

haluk arkar

PDF çok-boyutlu-algil...

haluk arkar 15.12.2016 ☆

Alıcı: bana

Sayın Gizem Yağmur Vızvız,
Çokboyutlu **Algılanan Sosyal Destek** ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu **algılanan sosyal destek** ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "GIZEM YAGMUR VIZVIZ" <gvizviz@ku.edu.tr>
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 13 Aralık Salı 2016 13:36:19
Konu: Çok boyutlu **algılanan sosyal destek ölçeği türkçe formu** hk.

EK 9 ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

| | |
|------------------------------|----------------------|
| Adı Soyadı: | Gizem Yağmur VIZVIZ |
| Akademik Unvanı/Pozisyonu: | HEMŞİRE |
| Fakülte/Bölüm: | HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ |
| Departman/Ünite: | Koç Üniversitesi |
| Ev telefonu: | - |
| İş telefonu ve Cep telefonu: | 05075219495 |
| E-posta adresi: | gvizviz@ku.edu.tr |

2. EĞİTİM (Mezun olduğu üniversite ve sonrası)

| YIL | BÖLÜM | KURUM | DERECE (Doktora, Uzmanlık, vb) |
|------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------|
| 2015 | Hemşirelik | Koç Üniversitesi | Lisans |
| 2017- haziran | Hemşirelik/ İç Hastalıkları | Koç Üniversitesi | Yüksek Lisans |
| | | | |

3. AKADEMİK DENEYİM

| GÖREV DÖNEMİ | ÜNVAN | BÖLÜM | KURUM |
|--------------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |

4. VARSA İNSAN ARAŞTIRMALARI KONUSUNDA ALDIĞI EĞİTİM VE SERTİFİKALAR

| TARİH | TAMAMLANAN EĞİTİM RPOGRAMI |
|-------|----------------------------|
| | |
| | |

Aldığınız eğitime dair bir sertifika varsa lütfen bir kopyasını ekleyiniz.

5. VARSA ARAŞTIRMACI OLARAK KATILDIĞI İNSAN ARAŞTIRMALARI (Klinik, Sosyal, vb)

| TARİH | ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI |
|-------|---|
| 2015 | Hemşirelik Öğrencilerinde Reflü sıklığı- pilot proje |
| 2018 | MS hasta ve Hasta yakınlarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi |

6. VARSA SON 5 YIL İÇİNDE HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

| TARİH | MAKALENİN BAŞLIĞI |
|-------|-------------------|
| | |
| | |

Yukarıda sunduğum bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu taahhüt ederim.

İmza _____

Tarih : 08.05.2018