



**MS'Lİ BİREYLERDE  
TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Derya GİRĞİN  
1168207105**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN**

**Tez No: 2019/58  
2019-TEKİRDAĞ**



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MS'Lİ BİREYLERDE**  
**TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Derya GİRGIN**  
**1168207105**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN**

**Tez No:**  
**2019-TEKİRDAĞ**

**KABUL ve ONAY**

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksel Lisans Programı çerçevesinde Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN danışmanlığında yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında kıymetli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, sadece akademik anlamda değil, mesleki duruşu ve hayat görüşleri ile de ufkumu açan ve bu süreçte en büyük şansım olduğuna inandığım değerli hocam, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN'a

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve emeklerinden dolayı sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR'a

Tez çalışmamı yapmama yardımcı olan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Nilda TURGUT, Prof. Dr. Aysun ÜNAL'a ve Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi tüm nöroloji ekibine,

Tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan aileme, anlayışı ve sabrı için sevgili eşime, varlığından güç aldığım biricik kızım Melis GİRGİN'e ve başaracağıma her zaman inanan, hayatımın her evresinde olduğu gibi bu süreçte de en büyük destekçim annem Şehriban GÜNEY'e

Çalışmam boyunca gösterdikleri destek ve yardımları için kıymetli hemşire arkadaşlarıma, araştırmaya katılan ve sabırla soruları cevaplayan tüm MS hastalarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Derya GİRGİN

## ÖZET

**Girgin, D, MS’li Bireylerde Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler; Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2019.** MS hastalarında parenteral tedaviyi de içeren uzun süreli tedavi uygulanmakta, hastalarda çeşitli nedenler ile tedavi uyumunda sorun yaşamaktadır. Bu çalışma MS hastalarının tedavi uyumunu etkileyen faktörleri saptamak ve tedavi uyumlarını arttırmaya yönelik öneriler geliştirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma verileri Nisan-Ekim 2018 tarihlerinde, Tekirdağ ve Edirne illerindeki üniversite hastanelerinin nöroloji polikliniğinde MS tanısı ile takip edilen 211 hasta ile yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Araştırmada “Hasta Tanılama Formu”, “Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği”, “Beck Depresyon Ölçeği”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ve “Hastalık Algısı Ölçeği” kullanılmıştır. Çalışmada yer alan hastaların yaş ortalaması  $40,03 \pm 10,82$  olup, hastaların %70,1’i kadındır. Hastaların Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği’nden aldıkları puan ortalama  $0,78 \pm 0,90$  olarak hesaplanmış ve hastaların %48’inin tedaviye uyumunun iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. MS hastalarında Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nden ortalama  $64,79 \pm 16,53$  puan alınmış olup, sosyal destek algısı daha iyi olanlarda tedavi uyumu da daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,01$ ). Hastaların %35,5’inde depresif semptomatoloji saptanmıştır. En düşük Beck Depresyon Ölçeği puanı, tedaviye uyum düzeyi yüksek olanlardan elde edilmiştir ( $p < 0,01$ ). MS hastalarında hastalık algısının tedavi uyumuna etkisi gösterilememiştir ( $p > 0,05$ ). Tedavi uyumları kötü olan hastaların tedavi uyumu iyi olan hastalara oranla poliklinik kontrollerini daha fazla aksattığı ( $p < 0,01$ ) ve MS nedeniyle daha fazla hastanede yattığı saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Sonuç olarak MS hastalarının yarısında tedavi uyumu yetersizdir. Tedavi sürecinde hasta ailesi ile daha fazla işbirliği sağlanması, poliklinik kontrollerinin aksatılmaması için hatırlatma gibi önlemler alınması, hastaların depresif semptomatoloji yönünden taranması tedavi uyumunun artmasında etkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Multipl Skleroz, Tedavi Uyumu, Sosyal Destek, Depresyon, Hastalık Algısı

## ABSTRACT

**Girgin, D, Factors that affect medication adherence in individuals with MS, Tekirdağ Namık Kemal University Health Sciences Institute Department of Internal Diseases Nursing Master's Thesis, Tekirdağ, 2019.** Long term treatments including parenteral medications are applied in MS patients, and patients may experience problems with medication adherence for various reasons. This descriptive study was planned to determine the factors affecting the medication adherence of MS patients and to develop suggestions towards increasing the medication adherence of MS patients. Study data was obtained between April and October 2018 through face to face interviews with 211 patients diagnosed with MS and monitored in the neurology polyclinics of the university hospitals in the cities of Tekirdağ and Edirne. A "Patient Identification Form", the "Morisky Medication Adherence Scale", the "Beck Depression Inventory", the "Multidimensional Perceived Social Support Scale", and the "Illness Perception Scale" were used for data collection. The mean age of the patients included in the study was  $40.03 \pm 10.82$ , and 70.1% were female. The mean score attained by the patients from the Morisky Medication Adherence Scale was calculated to be  $0.78 \pm 0.90$ , and the medication adherences of 48% of the patients were found to be on a good level. The MS patients took a mean score of  $64.79 \pm 16.53$  from the Multidimensional Perceived Social Support Scale, and medication adherence was found to be better among those with better perceived social support ( $p < 0.01$ ). Depressive symptomatology was detected in 35.5% of the patients. The lowest Beck Depression Inventory scores belonged to those with highest medication adherence rates ( $p < 0.01$ ). The effect of illness perception on medication adherence for MS patients could not be exhibited ( $p > 0.05$ ). Patients with poor medication adherence were found to skip polyclinic check ups more compared to those with better medication adherence ( $p < 0.01$ ) and be hospitalized more for reasons related to MS ( $p < 0.05$ ). As a result, medication adherence was found to be insufficient in half of the MS patients. More cooperation with patient relatives during the treatment process, precautions against patients skipping check ups such as a system for reminders, and scanning the patients for depressive symptomatology may be effective in increasing medication adherence.

**Key words:** Multiple Sclerosis, Medication Adherence, Social Support, Depression, Illness Perception





**İÇİNDEKİLER**

KABUL ve ONAY	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Multipl Skleroz	4
2.1.1. Etiyoloji	4
2.1.2. Epidemiyoloji	6
2.1.3. Belirti ve Bulgular	6
2.1.4. Klinik Tipleri	7
2.1.5. Tanılama	8
2.1.6. Tedavi ve Yaklaşım	10
2.2. Tedaviye Uyumun Önemi	14
2.3. Uyumu Etkileyen Faktörler	15
2.4. Uyum Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	17
2.5. MS'te Tedavi Uyumunu Arttırmaya Yönelik Öneriler	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	19
3.2. Araştırmanın Soruları	19
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.4. Araştırmanın Örneklemi	19
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci	23
3.7. Etik Uygulamalar	23
3.8. Verilerin Analizi	23
4. BULGULAR	24

4.1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri	24
4.2. Hastaların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin özellikleri	25
4.3. Hastaların tedaviye uyum düzeyleri	26
4.4. Tedaviye uyumsuzluk nedenlerine ilişkin hasta görüşleri	26
4.5. Hastaların hastalık algıları	27
4.6. Hastaların sosyal destek algıları	28
4.7. Hastalarda depresif semptomatoloji	28
4.8. Hastaların hastalık hakkındaki görüşlerinin tedaviye uyuma etkisi	28
4.9. Hastalarda algılanan sosyal desteğin tedaviye uyuma etkisi	29
4.10a. Hastalarda depresif semptomatolojinin tedaviye uyuma etkisi	30
4.10b. Hastalarda depresif semptomatoloji varlığının tedaviye uyuma etkisi	31
4.11. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin tedaviye uyuma etkisi	32
4.12. Hastalık sürecine ilişkin özelliklerin tedaviye uyuma etkisi	34
4.13. Tedavi özelliklerinin tedaviye uyuma etkisi	35
5. TARTIŞMA	36
5.1 Tedaviye uyum	36
5.2. Uyumsuzluk nedenleri	37
5.3. Hastalık algısının tedaviye uyuma etkisi	38
5.4. Algılanan sosyal desteğin tedaviye uyuma etkisi	41
5.5. Depresyonun tedaviye uyuma etkisi	43
5.6. Sosyodemografik özelliklerin tedaviye uyuma etkisi	44
5.7. Hastalık özelliklerinin tedaviye uyuma etkisi	45
5.8. Tedavi özelliklerinin tedaviye uyuma etkisi	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR	51
EKLER	59

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HT	Hipertansiyon
KIS	Klinik izole sendrom
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MR	Manyetik Rezonans
MS	Multipl Skleroz
PPMS	Primer progresif MS
RIS	Radyolojik izole sendrom
RRMS	Relapsing remitting MS
SPMS	Sekonder progresif MS
SSS	Santral Sinir Sistemi
TDK	Türk Dil Kurumu
WHO	World Health Organization

## TABLOLAR

Tablo 2.1 Hastalık başlangıcındaki belirtiler ve sıklıkları	7
Tablo 2.2 2017 Revize Mcdonald kriterleri	9
Tablo 4.1 Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 4.2 Hastaların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı	25
Tablo 4.3 Hastaların tedaviye uyum düzeyleri	26
Tablo 4.4 Hastaların tedaviye uyumsuzluk nedenlerine ilişkin görüşleri	26
Tablo 4.5. Hastaların hastalık algıları dağılımı	27
Tablo 4.6. Hastaların sosyal destek algıları dağılımı	28
Tablo 4.7 Hastalarda depresif semptomatoloji dağılımı	28
Tablo 4.8 Hastaların tedaviye uyum ve hastalık hakkındaki görüşleri	29
Tablo 4.9 Hastaların tedaviye uyumları ile sosyal destek algılarının karşılaştırılması	30
Tablo 4.10a. Hastaların tedaviye uyum ile depresif semptomatolojinin karşılaştırılması	30
Tablo 4.10b Depresif semptomatoloji varlığına göre tedavi uyum puanının karşılaştırılması	31
Tablo 4.11. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile tedaviye uyum arasında karşılaştırma	32
Tablo4.12 Hastalık sürecine ilişkin özellikler ile tedaviye uyum arasındaki ilişki	34
Tablo 4.13. Tedaviye ilişkin özelliklerin tedaviye uyuma etkisi	35

## 1.GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Multipl Skleroz (MS), merkezi sinir sisteminde tekrarlayan ataklarla seyreden, ilerleyici nörolojik engelliliğe neden olan kronik, otoimmün bir hastalıktır (Gerber ve diğ. 2017).

MS semptomları hastaların 2/3'ünde 20-40 yaş arasında başlar. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklerin hemen hemen iki katıdır. MS coğrafik varyasyon gösteren bir hastalık olup, dünyanın her bölgesinde eşit sıklıkta görülmez. MS sıklıkla kuzey Avrupa ülkeleri, kuzey Amerika ve Kanada'da görülmektedir.(Mirza 2002) Ülkemizde MS epidemiyolojisi ile ilgili ulusal bir çalışma bulunmamakla birlikte tek merkezli, bölgesel ve sınırlı sayıda çalışmalara ulaşılmıştır. Edirne'de yürütülen bir çalışmada MS prevalansı yüzbinde 30 (Çelik ve diğ 2011), İstanbul Maltepe ilçesinde yüzbinde 101 (Börü ve diğ. 2006), Kars'ta yüzbinde 69 olarak saptanmıştır (Alp ve diğ. 2012).

MS hastalığında mevcut tedaviler, atakları önlemeyi hastalığın ilerlemesini yavaşlatmayı ve uzun vadeli engelliliği ertelemeyi amaçlamaktadır. Glatiramer asetat (GA) ve interferonlar (IFN), MS için birinci basamak hastalık modifiye edici tedaviler (DMT) olarak önerilmektedir. (Gerber ve diğ. 2017). İmmün sistemi baskılayan mitoxantrone ve natalizumab 2011 yılından itibaren infüzyon şeklinde uygulanmaktadır. MS tedavisinde ilk oral ilaç olan fingolimod, sonrasında teriflunomide ve dimethyl fumarate oral ajan olarak uygulanmaktadır. Son yıllarda ocrelizumab ve alemtuzumabda IV infüzyon şeklinde MS tedavisinde kullanılan ilaçlardandır (Efendi ve Kuşçu 2018). Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi MS'te de ilaç tedavisi uzun süreli ve düzenli kullanım gerektirmektedir.

Kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç kullanımını düzenli bir şekilde sürdürmek, diğer bir deyişle "tedavi uyumu" tedavi başarısında son derece önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tedaviye uyumu "bir sağlık bakım çalışanının öneri ve tavsiyelerine göre; bireyin ilaç kullanımına, diyetine uyma ve yaşam tarzında değişiklik yapma davranışlarını sağlaması" şeklinde tanımlamaktadır (WHO 2003). Tedaviye uyumda kronik hastalıklara sahip bireyler için izlem ve ölçümü belirlemek oldukça zordur. Özellikle MS hastalarında hem tedaviye uyumu belirlemek hem de

hastadan beklenen sonuçları ölçmek hipertansiyon (HT) ve diğer kronik hastalıklara göre daha zordur. Örneğin; HT’da oral ilaç tedavisi verilen bir hasta bireyin tedaviye uyumu ve tedavinin etkinliğini belirlemek kan basıncının ölçümü veya diğer objektif testler ile değerlendirilebilir. Ancak MS hastalarında benzeri objektif testler nerdeyse yok gibidir ve uyumu ölçen objektif bir tanılama aracı yoktur. Çünkü uyum çok boyutlu bir kavramdır ve ölçümü oldukça zordur (Hao ve diğ. 2017)

MS’li bireylerde tedaviye uyumda amaç; akut nörolojik atak oranını, relaps şiddetini, hastaneye yatış oranını azaltmak ve hastalığın ilerlemesini yavaşlatmaktır. Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi MS hastalığında da tedaviye uyumsuzluk sıklıkla görülmektedir. Devonshire ve diğ. (2011) tarafından Relapsing-remitting MS hastası olan 2.648 hastada yapılan bir çalışmada, hastaların %25’inin tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir (Devonshire ve diğ. 2011).

MS tedavisinde; birçok faktör tedavi uyumu etkileyebilir, enjeksiyon korkusu dahil olmak üzere ilaç uygulama sıklığı, algılanan etkinlik eksikliği, mental hastalıklar, depresyon ve enjeksiyon yeri reaksiyonu, enfeksiyon, grip benzeri semptomlar gibi yan etkiler bu faktörlerden birkaçıdır (Hao ve diğ. 2017). Köşkderehoğlu ve diğ. (2014) tarafından MS hastaları ile yürütülen araştırmada tedaviye uyumsuzluk nedenleri sırası ile tedavi reddi (%26), yan etkilerin varlığı (%18) ve unutkanlık (%17) olarak belirtilmiştir.

MS tedavisine uyum, hastaların tedaviden maksimum yararı görebilmeleri için oldukça önemlidir. Tedaviye uyum, hastaya bir destek ağı sağlayarak artırılabilir. MS hemşiresi, destek ağını koordine edip, tedavi başlatıldıktan sonra hasta ile merkezi temas noktasıdır. Hastaya semptomların, yan etkilerin ve eşlik eden hastalıkların yönetimi hakkında tavsiyelerde bulunabilmelidir (Patti 2010). Çoğu kronik hastalıktan farklı olarak MS tedavisinde zaman zaman parenteral tedavi uygulanmakta, parenteral tedavi uygulama sorumluluğunu bazen hastanın üstlenmesi gerekmekte, hastadan yıllarca kendi kendine enjeksiyon uygulaması beklenebilmektedir. Üstelik MS tedavisinde, parenteral tedavi gerektiren hastalıklarda örneğin insülin uygulamasında olduğu gibi akut bir etkiden sözedilememekte, tedaviyi sürdürmek ve hasta motivasyonunu sağlamak daha da zorlaşmaktadır. Çoğunlukla genç orta yaşta görülen MS’te süren iş yaşamı ilaç

uygulanmasında aksaklığa neden olabilmekte ya da depresif semptomların, bilişsel bozulmanın ve sosyal destek algısı gibi çeşitli faktörlerin de tedaviye uyumu değiştirdiği düşünülmektedir. Tedaviye uyumu artırmak için, tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin tam olarak belirlenmesine gereksinim vardır. Sürekli değişen ve gelişen tedavi seçenekleri ile birlikte yan etkiler, ilaç uygulama şekli gibi ilaç uyumunu etkileyebilen durumlar da değişmekte, tedavi uyumunun değerlendirilmesine gereksinim oluşturmaktadır.

Bu bilgiler ışığında; bu tez çalışması ile, MS hastalarının ilaç uyumu ile ilgili tutumları ve buna etki eden bazı faktörler standart değerlendirme araçları ile araştırılarak, uyumu artırmak amacıyla yapılması gerekenlerin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Multipl Skleroz

Multipl Skleroz (MS) merkezi sinir sisteminin kronik otoimmün bir hastalığıdır. Hastalık miyelin kılıf etrafındaki sinirlerde inflamasyon, miyelin kaybı ve aksonal hasara neden olmaktadır (Higuera ve diğ. 2016). MS hastalığının özellikleri ilk olarak 1868'de Hôpital de Salpêtrièr'de nörolog olan Jean-Martin Charcot tarafından 'la sclérose en plaques' olarak tanımlanmıştır (Orrell 2005).

#### 2.1.1. Etiyoloji

MS henüz kesinleşmemiş birçok faktörün rol oynadığı çevresel, genetik, immünolojik etkenlerin ve bu etkenlerin birbiri ile etkileşiminin sorumlu tutulduğu bir hastalıktır (Mirza 2002, Tülek 2016).

##### *Genetik faktörler*

MS duyarlılığını arttıran en önemli faktör HLA-DRB1\*1501 haplotipidir. Bu haplotip MS riskini 2-4 kat arttırmakta fakat bu haplotipin bulunması MS gelişiminden kesin sorumlu tutulmamaktadır. MS'li hastaların birinci derece akrabalarında risk 20-40 kat artmaktadır. Monozigot ikizlerde risk %25- %30, dizigotik ikizlerde ise %5 artmaktadır. Tek yumurta ikizlerinin %70'inin bu riski taşımadığı için, çevresel ve diğer faktörlerinde MS gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (Tullman 2013).

##### *Çevresel riskler*

MS oluşumunda birçok çevresel etkenden söz edilmektedir. Epstein-Barr virüsü enfeksiyonu, düşük D vitamini düzeyleri ve sigara kullanımı dahil olmak üzere çeşitli çevresel riskler MS için en iyi bilinen risk faktörleridir (Gustavsen ve diğ. 2014, Hedström ve diğ. 2009).

##### *Enfeksiyonlar*

Çevresel faktörlere özellikle yaşamın ilk 15 yılındaki maruziyet önemlidir (Tülek 2016). Kişisel hijyen, aşılama programları gibi nedenlerle bakteri, virüs, helmintler gibi çeşitli mikroorganizmalarla ileri yaşta karşılaşılması anormal immun



yanıt oluşturmakta, MS etyolojisinde önemli olabilmektedir. Epstein Barr virüsü, human herpes virüsü 6, kızamık virüsü gibi çeşitli enfeksiyonların ileri yaşlarda geçirilmiş olmasının hastalığa yatkınlığı arttırdığı düşünölmektedir. Epstein Barr virüsü ile geğ maruziyetin MS riskini yaklaşık 2 kat arttırdığı, 756 MS hastasının incelendiği bir ęalıřmada gösterilmiştir (Gustavsen ve diğ. 2014). MS gelişim riski, ęocukluk döneminde Epstein Barr virüs enfeksiyonu öyküsü olan kişiler arasında yaklaşık 15 kat, ergenlikte veya daha sonraki yaşamında enfekte olanlarda yaklaşık 30 kat daha yüksektir (Garg ve Smith 2015).

#### *D vitamini eksikliği*

Çeşitli hastalıklar ile D vitamini eksikliği ilişkisi yoğun şekilde araştırılmış ve MS ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir. MS'in ekvatorndan uzakta bulunan coğrafi bölgelerde yaygın olması bu ilişkiyi kuvvetlendiren iyi bir göstergedir. D vitamini eksikliği yetersiz güneş işığının yanı sıra, ilaçlar, D vitamini metabolizması ve D vitamini içeren besinlerin yetersiz alınması ile de ilişkilidir. D vitamininin immunmodulatör etki yolu ile MS oluşumunu azalttığı düşünölmekte, bununla birlikte eksikliğinin hastalığın ortaya ęıkmasındaki etkisi tam olarak bilinmemektedir. (Bardak 2018).

#### *Sigara kullanımı*

Sigara iğiciliği ile MS riski ve hastalık aktivitesi arasında bir ilişki olduğunu bildiren birkağ ęalıřma bulunmaktadır . Sigara iğenlerde sigara iğmeyenlere göre MS riski %50 daha fazladır (Hedström ve diğ. 2009, Hedström ve diğ. 2013). Diğer risk faktörlerinde olduğu gibi, sigaranın MS duyarlılığını genetik ve diğer çevresel faktörlerle birlikte etkilediği belirtilmektedir (Garg ve Smith 2015).

İsveç'te yapılan vaka-kontrol grubu alınarak yürütölen geniş örneklemlili bir ęalıřmada hem sigara içme süresi, hem de yoğunluğunun, MS riskinin artmasına bağımsız olarak katkıda bulunduğu gösterilmiştir (Hedström ve diğ. 2013). Yakın zamanda sigaranın MS gelişiminde daha güçlü olmakla birlikte MS seyrinde de etkili olduğuna dair kanıtlar içeren sistematik gözden geçirme ve meta-analiz ęalıřması yayınlanmıştır (Degelman ve Herman 2017).

### 2.1.2. Epidemiyoloji

MS, görülme sıklığı diğer kronik hastalıklar kadar yaygın olmasa da, genç erişkinlerde nörolojik engelliliğin en sık nedenidir. Özellikle kadınlarda olmak üzere MS prevalansı giderek artmaktadır. Bu artışta yaşam tarzı değişikliklerinin etkili olabileceği belirtilmektedir (Koch-Henriksen ve Soransen 2010).

Başlangıç yaşı ortalama 33 olup, en fazla beyaz ırkta görülmektedir. 2016 yılı rakamlarına göre tüm dünyada 2 221 188 MS hastası bulunmaktadır. Hastalık Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve Avustralya'da en yaygın, sahra altı Afrika ülkelerinde en az görülme sıklığına sahiptir (GBD 2016).

Ortadoğu ve kuzey Afrika ülkelerinde yapılan çalışmaların incelendiği bir sistematik gözden geçirme ve metaanaliz çalışmasında ortalama MS prevalansı 51,52/100,000 olarak hesaplanmıştır (Heydarpour ve diğ. 2015).

Ülke içinde farklı coğrafi bölgelerde de görülme sıklığında büyük farklılıklar olabilmektedir. 2015 yılında yapılan epidemiyolojik çalışmada yüz binde 299 ile en fazla Sardunya adasında olmak üzere tüm İtalya'da 109000 MS hastası olduğu saptanmıştır (Battaglia ve Bezzini\_2017).

Ülkemizde MS prevalansı ile ilgili geniş örneklemli ulusal çalışma bulunmayıp, sınırlı sayıda ve tek merkezli çalışmalara ulaşılmıştır. Örneğin Edirne'de yürütülen bir çalışmada MS prevalansı yüzbinde 30 (Çelik ve diğ 2011), İstanbul Maltepe ilçesinde yüzbinde 101 (Börü ve diğ. 2006), Kars'ta yüzbinde 69 olarak saptanmıştır (Alp ve diğ. 2012). Gen-çevre ve gen-gen etkileşimleri demografik epidemiyolojinin yorumlanmasını zorlaştırmaktadır (Koch-Henriksen ve Soransen 2010).

### 2.1.3. Belirti ve Bulgular

MS hastalarında santral sinir sistemi (SSS) lezyonlarına ve bu lezyonların yarattığı hasara bağlı olarak tüm belirti ve bulgular görülebilmekle birlikte; bazı belirtiler çok sık bazı belirtiler ise çok nadir olarak görülebilmektedir. Sık görülen belirtiler arasında; ekstremitelerde güçsüzlük, diplopi, bulanık görme, ataksi, duyuşal belirtiler, mesane problemleri, bellek sorunları, dikkat bozukluğu gibi kognitif

belirtiler bulunmaktadır. Epileptik nöbet, işitme kaybı, baş ağrısı, amyotrofi MS'te daha seyrek görülen belirti bulgular arasındadır (Tülek 2016, Efendi ve Kuşçu 2018).

**Tablo 2.1** Hastalık başlangıcındaki belirtiler ve sıklıkları (Efendi ve Kuşçu 2018)

<b>Belirti</b>	<b>Görülme sıklığı</b>
Bir ya da fazla ekstremitede güçsüzlük	%35
Optik nörit	%20
Parestezi	%20
Diplopi	%10
Vertigo	%5
Mesane problemleri	%5
Diğer	<%5

Yaşanan belirti ve bulgular birincil, ikincil ve üçüncül semptomlar olarak da ele alınabilmektedir. Demiyelinizasyonun direkt etkisi ile oluşan görme sorunları, denge bozukluğu, yorgunluk, mesane problemleri, parezi, seksüel sorunlar, spastisite birincil semptomlar olarak değerlendirilmektedir. Birincil semptomlarla ilişkili olarak ortaya çıkan komplikasyonlar bası yaraları, üriner enfeksiyonlar, kontraktürler, aspirasyon pnömonisi ikincil semptomlar olarak değerlendirilmekte; hastalığın kronikleşmesi ile gelişen duygudurum dalgalanmaları, sosyal izolasyon, bağımlılık gibi problemler üçüncül semptomlar olarak ele alınmaktadır (Topçuoğlu ve diğ. 2014, Tülek 2016).

#### **2.1.4. Klinik Tipleri**

MS sınıflandırılması 1996 yılından beri relapsing remitting, primer progresif, sekonder progresif ve progresif relapsing olarak yapılmaktayken, 2013 yılında bu sınıflandırma aşağıdaki şekilde değişikliğe uğramıştır (Lublin ve diğ. 2014).

**Radyolojik izole sendrom (RIS):** Tesadüfi ulaşılan görüntüleme bulgularının klinik belirti ve bulgular olmaksızın inflamatuvar demiyelinizasyona işaret eden radyolojik olarak izole edilmiş sendromdur. RIS, saptanan MR lezyonlarının konumuna bağlı olarak MS şüphesini arttırabilir. Klinik olarak belirgin bir belirti bulgusu olmayan bir RIS hastası prospektif olarak izlenmelidir (Lublin ve diğ. 2014)

**Klinik izole sendrom (KIS):** Optik nöropati, medulla spinalis ve beyin sapı tutulumu bulgusu ile ortaya çıkan, MR’de MS’i düşündüren lezyonların gözleendiği, SSS demiyelinizasyonunun olduğu ilk nörolojik tablo KİS olarak adlandırılmaktadır. Bu tablonun ilerleyen zaman içinde MS’e dönüştüğü saptanmış olup, ilk klinik atak olarak değerlendirilmektedir ve erken dönemde tedavi önerilmektedir (Efendi ve Kuşçu 2018, Tülek 2016).

**Relapsing remitting MS (RRMS):** Akut atakların ardından tam ya da tama yakın iyileşme ile sonlanıp, ataklar arasında hastalıkta ilerleme durumunun gözlenmediği MS formudur. Hastaların %80-85’inde hastalık RRMS olarak başlamaktadır (Efendi ve Kuşçu 2018).

**Primer progresif MS (PPMS):** Hastaların yaklaşık %15’inde görülmekte olan PPMS, tanıdan itibaren sürekli progresyon gösteren ve hızlı yeti yitiminin görüldüğü akut atakların olmadığı MS tipidir (Topçuoğlu ve diğ. 2014).

**Sekonder progresif MS (SPMS):** Ataklar ile seyreden hastalık başlangıcından sonra, yeti yitiminin sürekli progresyonu ile karakterize MS tipidir. RRMS tanısı olan hastaların bir kısmı zaman içinde SPMS’e dönüşebilmektedir (Topçuoğlu ve diğ. 2014).

### 2.1.5. Tanılama

MS tanısındaki temel prensip farklı nörolojik sistemlerin farklı zaman dilimlerinde etkilendiğinin belirlenmesi, benzer özelliklere sahip diğer alternatif hastalıkların bu bulguları oluşturmadığının gösterilmesidir. Kesin MS tanısı koymayı sağlayabilecek klinik belirti, bulgular ve laboratuvar incelemeleri olmadığından uzun yıllardır tanı kriterleri oluşturulmaya yönelik çalışmalar yapılmış olup ilk kez 1965 yılında Schumacher paneliyle MS tanı kriterleri belirlenmiştir. 1983 yılında MS tanısında klinik kanıtlara ek olarak laboratuvar verileri de tanıda kullanılmaya başlanıp beyin omurilik sıvısında (BOS) oligoklonal band varlığı, MR görüntüleme ve uyandırılmış potansiyeller gibi paraklinik bulgular eklenmesiyle Poser tanı kriterleri olarak yerini almıştır (Efendi ve Kuşçu 2018). 2000 yılında modern görüntüleme tekniklerini kapsayan McDonald kriterleri adında tanısal bir şema

oluşturulmuş, bu şema en son 2017 yılında güncellenerek yayınlanmıştır (Thompson ve diğ. 2018).

**Tablo 2.2** 2017 Revize Mcdonald kriterleri\*

<b>Atak sayısı</b>	<b>Objektif klinik bulgulu lezyon</b>	<b>MS tanısı için gerekli ilave veri</b>
≥2 atak	≥2 atak	Yok
≥2 atak	1+öyküde başka bir alandaki lezyona ait atak	Yok
≥2 atak	1	MR ile mekanda yayılımın gösterilmesi veya SSS'de farklı bir alandaki lezyona bağlı yeni atak
1 atak	≥2	Ek bir klinik atak veya BOS-spesifik oligoklonal bant olması veya MR ile zaman içinde yayılımın gösterilmesi
1 atak	1 lezyona ait objektif klinik bulgu	SSS'de farklı bir alandaki lezyona ait yeni bir atak veya MR ile mekanda yayılımın gösterilmesi ve ek bir klinik atak veya MR ile zamanda yayılımın gösterilmesi veya BOS-spesifik oligoklonal bant varlığı
Sinsi progresyon	1 yıl klinik progresyon	Aşağıdakilerden 2'si <ul style="list-style-type: none"> <li>• MS tipik alanlarda ≥1 lezyon</li> <li>• Spinal kordda ≥2 lezyon</li> <li>• BOS'ta oligoklonal bant varlığı</li> </ul>

\*Thompson ve diğ. 2018

MS atağı tanısını alması için belirti bulguların 24 saatten uzun sürmesi gerekmektedir. Ayrıca iki ayrı atak olarak değerlendirebilmek için aradaki süre bir aydan fazla olmalıdır (Tülek 2016).

### 2.1.6. Tedavi ve Yaklaşım

MS hastalığının tedavisinde hedef; hastalık sürecini modifiye edici ajanlar ile baskılamak veya modüle etmek, gelişen atakları uygun şekilde yönetmek ve semptomları gidermektir (Patti 2010).

#### MS'te Atak Tedavisi

MS hastalığında, özellikle hastalığın başlangıcında ataklar ile sık sık karşılaşmaktadır. Atak, SSS'den kaynaklanan yeni bulguların ortaya çıktığı ya da daha önce var olan bulguların arttığı, 24 saatten uzun süren nörolojik kötüleşme dönemi olarak tanımlanabilir. Atak değerlendirilirken psödoatak (yalancı atak) dışlanmalıdır. Psödoatak var olan semptomların, genellikle enfeksiyon, herhangi bir hastalık, yoğun stres, uykusuzluk, menstürasyon ve benzeri durumlarda görülen geçici kötüleşme durumudur. Fiziksel, biyolojik ve psikolojik her türlü etken psödoatağa yol açabilmekte, tetikleyen faktörün ortadan kalkması durumunda steroid kullanılmasına gerek duyulmadan semptomlar düzelebilmektedir. Bu sebeple psödoatağın gerçek ataktan ayrılması büyük önem taşımaktadır (Efendi ve Kuşçu 2018, Topçuoğlu ve diğ. 2014, Tülek 2016).

Atak tedavisinde, yüksek doz metilprednizolon (500-1000mg/gün) 3-10 gün aralığında intravenöz olarak uygulanmaktadır. Türk Nöroloji Derneği Multipl Skleroz Çalışma Grubu tarafından 2018 yılında güncellenerek yayınlanan MS Tanı ve Tedavi Kılavuzuna göre yüksek doz metilprednizolon tedavisi tek doz halinde, adrenokortikotropik hormon (ACTH) sentezini en az inhibe edebilmek amacıyla sabah erken saatlerde, 60-120 dakikada uygulanması en uygun yöntem olarak kabul edilmektedir (Efendi ve Kuşçu 2018).

Tedavi sırasında yan etkilere yönelik önlemler uygulanmalıdır. İmmün sistem baskılanıp enfeksiyon riski artacağından hasta enfeksiyonlara yönelik korunmalı, enfeksiyon belirti bulguları açısından izlenmeli, kan şekeri ve kan basıncı sıkı takip edilmeli, osteoporoz riski açısından uyanık olunmalı, hastanın sodyumdan fakir, potasyumdan zengin diyet ile beslenmesi sağlanmalı, ağızda metalik tat, yüzde kızarma, uyku bozukluğu, huzursuzluk, duygu-durum değişiklikleri oluşabileceği konusunda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir. Hasta her atağında fiziksel

kötüleşme ile beraber tanıda yaşadığı olumsuz duyguları tekrar yaşayabileceğinden, bu aşamada hastaya psikolojik destek sağlamak yaşamsal öneme sahiptir (Tülek 2016)

### **MS'te Koruyucu Tedaviler**

MS tedavinde, atak sıklığını azaltmak ve hastalık seyrini olumlu yönde değiştirebilmek amacı ile immünmodülatör ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ilaçlar; interferon-beta 1a (Avonex), interferon-beta 1a (Rebif), interferon-beta 1b (Betaferon) ve glatiramer acetate'tır (Copaxone). İmmünmodülatör tedavi kullanılan ilaca göre haftada 1-7 defa subkutan veya intramüsküler şeklindedir (Tülek 2016) MS tedavisine uyum, hastaların tedaviden maksimum yararı görebilmeleri için oldukça önemlidir. MS hemşiresi, tedavi yönetimini desteklemede önemli rol oynamaktadır. Enjeksiyon şeklinde olan ilaçların, tedaviye uyum üzerine olumsuz etkisi oluşabilecek etkenler arasında; enjeksiyon/iğne fobisi, enjeksiyon yorgunluğu, yaşam tarzı bozulması, enjeksiyon bölgesi reaksiyonları, ağrı ve grip benzeri semptomlar olabilmektedir. Bu oluşabilecek olumsuz etkenleri ortadan kaldırabilmek ve tedaviye uyumu arttırabilmek amacıyla MS hemşiresi uygun enjeksiyon tekniği hakkında hastayı eğitmelidir. Buzdolabından alınan ilacın oda sıcaklığına getirilmiş olması, enjeksiyon reaksiyonunu en aza indirmek için enjeksiyon bölgelerinin rotasyonu, enjeksiyon yerinin temizlenmiş ve kuru olmasının sağlanması konusunda hastaya bilgi verilmelidir (Burke ve diğ. 2011).

MS tedavisinde ülkemizde 2010 yılında fingolimod ile birlikte diğer oral ilaçlar da (teriflunamide, dimetril fumarat) kullanılmaya başlanmıştır. Fingolimod tedavisinde en önemli yan etki hastada ilacın alınmasından itibaren ilk 6 saat içinde gelişebilecek bradikardi riskidir. Buna duruma istinaden hastanın ilk uygulamada 6 saat boyunca gözlem altında tutulması önemlidir (Efendi ve Kuşçu 2018).

### **MS'te Semptomatik Tedavi**

MS hastalığında etkilenen bölgeye bağlı olarak çok sayıda farklı semptom görülebilmektedir. Bu semptomlar tek başına veya birbirine bağlantılı olarak bir arada tedavi sekeli olarak olabilmektedir.

Hastalığın seyrine bağılı olarak MS hastalarının yaşam kalitesi farklı semptomlardan etkilenebilmektedir. Yapılan bir çalışmada RRMS hastalarında en çok yürüme bozukluğunun, depresyon ve yorgunluğun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanırken, PPMS hastalarında spastisite ve ağrının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Barin ve diğ. 2018)

**Yorgunluk:** Günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesinde hissedilen, hasta veya hasta yakını tarafından ifade edilen enerji eksikliği halidir. MS hastalığında yorgunluğun anlamlı kabul edilebilmesi için, günün yarısından fazla izlenip, altı haftadan daha uzun süredir yaşanıyor olması gerekmektedir. 412 MS hastasında yapılan yorgunluk değerlendirmesinde hastaların %68,7'sinin yorgunluk yaşadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada progresif MS hastalarında bu sorunun daha fazla olduğu belirtilmiştir (Rooney ve diğ. 2019). Yorgunluk şikayeti olan hastanın yorgunluğunun niteliği ve neden olacak faktörler (enfeksiyon, uyku sorunları vb.) değerlendirilmelidir. Yorgunluğun başlangıcı, süresi, durumu kötüleştiren faktörler, günlük yaşam tarzı, psikososyal durumlar araştırılmalıdır. Hastaya günlük aktivitelerini planlama, öncelik sırasını belirleme, yorgunluğu kötüleştirdiğinden sıcak banyodan ve güneşlenmekten kaçınma, yürüyüş gibi ılımlı aerobik egzersizler yapması önerilmelidir (Topçuoğlu ve diğ.2014)

**Ağrı:** Ağrı MS hastalarında sıklıkla karşılaşılan problemlerden biridir. 2008 yılında yayınlanan bir metaanaliz çalışmasında MS hastalarında görülen ağrılar; aralıklı santral nöropatik ağrı, sürekli santral nöropatik ağrı, nöropatik ve nöropatik olmayan ağrı, kas-iskelet sistemi ağrısı olmak üzere dört kategoride ele alınmıştır (O'Connor ve diğ. 2008). Hastalar genellikle hastalığın ilk evrelerinde akut, sonraki dönemlerde nöropatik ağrı, spastisiye bağılı ağrı, bölgesel ağrı gibi kronikleşen ağrılar yaşayabilir. Semptomun giderilmesine yönelik antikonvulsif ve antidepresan ilaçlar faydalı olabilmektedir. Ayrıca egzersiz, düzenli/sağlıklı beslenme, sosyal aktivitelerde bulunma, ağrı yönetiminde olumlu etkiler yaratabilmektedir (Topçuoğlu ve diğ 2014).

**Spastisite:** Hastaların kas sertliği ve spazmı olarak algıladığı spastisite, multipl sklerozda (MS) yaygın bir semptomdur. Üst motor nöron hasarı ile oluşmakta ve MS'te karşılaşılan motor sorunların en başında gelmektedir. Diğer MS



semptomlarını şiddetlendirebilecek ve yaşam kalitesini azaltabilecek fonksiyonel bozukluklarla ilişkilidir. MS'te spastisite hastanın mobilizasyonunu sınırlandırıp ağrıya neden olabilmekte ve bası yarası gibi ikincil komplikasyon riskini arttırabilmektedir. Farmakolojik tedavi seçenekleri sınırlıdır ve sıklıkla etkisizdir. Tedavi uyumu bu hastalarda ele alınması gereken önemli bir konudur (Izquierdo 2017).

**Yürüme Bozuklukları:** MS'te nörolojik hasara bağlı; güçsüzlük, denge problemleri oluşabilmekte bu durum yürüme bozukluklarına yol açabilmektedir. Hastalığın her döneminde oluşan bu yürüme bozukluğu hastaların günlük aktivitelerini yerine getirmesini önemli bir şekilde etkileyebilmekte ve travmalara yatkınlıklarını arttırmaktadır. Hastaları travmalardan korumak amacı ile güvenli bir yaşam ortamı sağlanması konusunda önerilerde bulunulmalıdır (Topçuoğlu ve diğ. 2014). Yapılan bir çalışmada hastaların en fazla mutfak ve banyo olmak üzere çoğunlukla iç mekanda ve genellikle günlük aktivitelerini yerine getirirken düştükleri saptanmıştır (Carling ve diğ. 2018).

**Üriner Disfonksiyon:** MS'te üriner sistem bozuklukları, depolama bozukluğu ve işeme bozukluğu şeklinde görülmektedir. Depolama bozuklukları; sık idrara çıkma, inkontinans, idrara sıkışma hissi ve noktüri şeklinde görülürken, işeme bozuklukları; idrara başlamada güçlük, zayıf-kesintili akım, idrar kaçırma ve idrar yaptıktan sonra mesanenin tam boşalmaması hissi şeklinde belirti verebilmektedir. Hastanın sıvı yönetimi sağlanmalı, kafeinli ve alkollü içeceklerden uzak durması önerilmeli, pelvik taban egzersizleri öğretilmeli ve önemi vurgulanmalıdır. Mesanesini tam boşaltamayan hastalarda ise hekim önerisine göre kateterizasyon gerekebilmektedir. Kateter kullanan hastalar enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden değerlendirilmelidir (Tülek 2016; Topçuoğlu 2014). Akut atak nedeni ile hastaneye başvuran 87 MS hastasının değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların %56,3'ünde üriner sistem sorunları saptanmış olup; bu sorunların genellikle idrar yolu enfeksiyonları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Nikseresht ve diğ. 2016)

**Bağırsak Disfonksiyonu:** Hastalarda bağırsak fonksiyon bozukluğu oldukça yaygındır. Konstipasyon ve fekal inkontinans birlikte de görülebilir. Bağırsak disfonksiyonu hastanın yaşam kalitesini ve sosyal etkileşimlerini, ayrıca bakım yükünü oldukça fazla etkileyebilmektedir. Multifaktöriyel bir sorundur. Nörolojik

yolakların değişimi, polifarmasi, davranışsal unsurlar ve tuvaleti kullanma yeterliliği gibi birçok soruna bağlı olabilir. MS'li her hasta bağırsak fonksiyonu hakkında dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır. Hastaya yeterli sıvı tüketmesi, beslenmesinde lifli gıdalara ağırlık vermesi, günlük hareket aktivitesini arttırması önerilebilir. Gerekli durumlarda transanal irrigasyon kullanılabilir.

Bağırsak fonksiyon bozukluğunun etkili tedavisi yaşam kalitesini iyileştirir, idrar yolu enfeksiyonu insidansını azaltır ve sağlık bakım maliyetlerini azaltır (Tülek 2016, Preziosi ve diğ. 2018).

**Cinsel İşlev Bozukluğu:** Cinsel aktif dönemde görülen MS; oldukça sık olarak cinsel işlev bozukluğuna neden olmakta, hastaların sosyal yaşamını etkilemekte ve yaşam kalitesini kötüleştirmektedir. MS'li kadın ve erkeklerde cinsel işlev bozukluğu sık olmasına rağmen genellikle gözden kaçmaktadır. Multipl Sklerozda cinsel işlev bozukluğu; hastalığın genital sinirleri etkileyen hasar, psikolojik faktörler, hastalık süreci ve kullanılan ilaçların yan etkisi gibi birçok nedene bağlı olarak oluşabilir, primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç Şekilde görülebilir. Primer bozukluklar sinir sistemindeki değişiklik nedeni ile, sekonder bozukluklar MS'e bağlı fiziksel değişiklikler ile, tersiyer ise psikolojik ve kültürel konular nedeni ile oluşan cinsel işlev bozukluklarıdır (Tülek 2016, Topçuoğlu ve diğ 2014).

## 2.2. Tedaviye Uyumun nemi

Dünya Sağlık rgt (DSÖ) tedaviye uyumu "bir sağlık bakım çalışanının öneri ve tavsiyelerine göre; bireyin ilaç kullanımına, diyetine uyma ve yaşam tarzında değişiklik yapma davranışlarını sağlaması" Şeklinde tanımlamaktadır (WHO 2003).

Tedaviye uyumun azalması; hastalıkların kötü progresyonuna, tedavi başarisının azalmasına ve önlenebilir sağlık maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır (Patti 2010). Hastanın nerilen tedaviden maksimum yarar görebilmesi için tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin saptanıp tedavi rejimine uyumunu arttırmak gerekmektedir. Bu durum aynı zamanda tedavinin düşük maliyetli olmasını sağlamaktadır. ABD'de tedavi uyumsuzluğu nedeniyle meydana gelen hastane

yatışlarının maliyetinin yıllık 100 milyar dolardan daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Osterberg ve Blaschke 2005).

Ülkemizde kronik hastalığı olan 747 hasta ile yapılan bir çalışmada; hastaların %27,4'ünün ilaçlarını düzenli ve önerildiği gibi kullandığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada farklı kronik hastalıklar arasındaki ilaç uyumu karşılaştırılmış, en yüksek ilaç uyumu DM hastalarında (%73,2) olmak üzere, astım/KOAH hastalarında ilaç uyumu %69,8, HT hastalarında %62,7 olarak bulunmuştur (Kul ve Öksüz 2018).

MS hastalığında da yaşam boyu tedavi gerektiren birçok kronik hastalıkta olduğu gibi tedavinin başarılı olabilmesi için hastanın tedaviye uyumu büyük önem teşkil etmektedir. MS hastalarında tedaviye uyum; kullanılan tedavinin etkinliğinin artırılması, yeti yitiminin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması ve MS ataklarının önlenmesinde önemli etkiye sahiptir (Erbay ve diğ. 2018).

MS hastasının, hastalığın karmaşık yapısı ve karşılaşılan farklı semptom ve sorunlardan dolayı, etkili bir hastalık yönetimi ve ihtiyaç duyulan desteği sağlayabilmek için multidisipliner bir bakım ekibine ihtiyaç vardır (Burke 2011).

İsveç'te 259 MS hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların %15'inin zamanla tedaviyi bıraktığı, %31'inin tedaviye devam ettiği, %54'ünde ise tedavi değişikliğine gidildiği saptanmıştır (Cunningham ve diğ. 2010). Erbay ve diğ. (2018)198 MS hastasının tedaviye uyumunu değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların %59,6'sını ilaç tedavisine uyumlu, %40,4'ü ilaç tedavisine uyumsuz olarak değerlendirilmiştir.

### **2.3. Uyumu Etkileyen Faktörler**

Tedaviye uyumu olumsuz etkileyen faktörler arasında; tedavi etkinliğinin yetersiz algılanması, hastalığın reddedilmesi, unutkanlık, gerçekçi olmayan tedavi beklentileri, depresyon ve diğer psikolojik bozukluklar, bilişsel bozukluk, enjeksiyon/iğne fobisi, enjeksiyon yorgunluğu, enjeksiyon bölgesi reaksiyonları, ağrı ve grip benzeri semptomlar sayılabilir (Burke ve diğ. 2011). Erbay ve diğ. (2018) çalışmalarında MS hastalarının en çok ilaç atlama nedeninin "hafıza sorunları" olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada diğer ilaç atlama nedenleri olarak "ilaç yan etkileri", "evden uzak olmak ve ilaçlara erişememek", "çok meşgul olmak",

“aktivitelere engel olduğu için ilacını almak istememek” ve “enjeksiyon yan etkileri” sıralanmaktadır.

MS hastalığında, hastalık tipi de tedavi uyumunu etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada RRMS grubunda en sık tedaviyi bırakma sebebi “tedavi reddi” iken, SPMS grubunda hastalık progresyonu olarak saptanmıştır. Hastalık progresyonu ve özürlülük oranındaki artışın tedaviye uyumu olumsuz etkilediği gözlenmiştir (Köşkdereioğlu 2015). Başka bir çalışmada SPMS hastalarının tedavi uyumsuzluk oranı %30 iken, RRMS hastalarında oran %13,5 olarak saptanmıştır (Rio ve diğ. 2005).

MS hastalarında tedavi etkinliğinin algılanışı da tedaviye uyumu etkileyen faktörler arasında görülmektedir . Gerçekçi olmayan tedavi beklentileri hastada tedavi uyumu azaltabilmektedir. Hastanın diyabet hastalığındaki insülin tedavisine alınan yanıt gibi kısa sürede tedavi yanıtı beklentisi, MS tedavisini olumsuz etkilemektedir. MS hastaları ile yürütülen bir araştırmada MS hastalarının yaklaşık %50’sinin tedaviyi ilk 6 ay içerisinde bıraktıkları bulunmuştur (Tremlett ve Oger 2003). Hastanın kullandığı ilaçtan uzun süreli kullanımda fayda göreceği belirtilmesi ve bu süreçte hastaların tedavi uyumu açısından takip edilmesi gerekmektedir. Hemşire genellikle hastanın en yakın iletişime geçtiği ve hasta tarafından en kolay ulaşılan sağlık çalışanı olduğundan, tedaviye uyumu/uyumsuzluğu ilk gözlemleyip değerlendirebilecek olan kişidir (Burke ve diğ. 2011)

Depresyon MS’te sık görülebilmekte ve motivasyon kaybı ile beraber tedavi uyumunu kötü etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada depresif semptomatolojileri olan hastaların, olmayanlara göre tedavi uyum oranı daha düşük bulunmuştur (Higuera ve diğ. 2016). Hasta tanıdan itibaren psikososyal yönden desteklenmeli ve gözlemlenmelidir. Hastalık algısı olumlu bir şekilde yapılandırılmalı ve hastanın pozitif bir bakış açısı geliştirmesi konusunda yardımcı olunmalıdır. Hasta ile güvene dayalı etkili bir iletişim kurmak, hastanın sorunlarını daha iyi ifade etmesi için önemlidir. Güveni sağlanan hasta kendini daha rahat hissedeceğinden, yaşanan problemleri paylaşması ve sorunların çözülmesi daha kolay olacaktır (Tülek 2016).

MS tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri de tedaviye uyumu olumsuz etkileyen faktörlerden bir diğeridir. Tedaviye uyumun sürekliliğinin sağlanmasında, tedavi yönetim metodları ile görülen yan etkilerin minimize edilmesi büyük önem taşımaktadır. Yan etki yönetiminde; hastanın tedavinin pozitif yönlerine odaklanmasını sağlamak, tedavinin hastalık semptomlarını giderme, atakları önleyebilme konusundaki faydasına ilişkin hastada tedaviye yönelik olumlu algı geliştirebilmek önemlidir. Enjeksiyon ile ilgili yan etkilerin önlenmesinde enjeksiyon tekniği konusunda hastanın eğitilmesi, el becerisinin kazandırılması önemlidir. Enjeksiyon yeri rotasyonunun önemi, ilacın oda ısısına geldikten sonra uygulanması, enjeksiyon öncesi ve sonrası buz uygulaması önerilir (Burke ve diğ. 2011).

Ayrıca eğitim ve gelir düzeyi, dini-kültürel inançlar, sosyal destek gibi hastaya özgü faktörlerinde tedavi uyumunda etkisi olabilmektedir (Burke ve diğ. 2011).

MS hemşireleri genellikle hastanın en etkili iletişim kurabildiği, hasta tarafından kolayca ulaşılan sağlık ekibi üyesidir. Bu nedenle tedaviye uyumu teşvik etmede ve sürdürmede önemli bir role sahiptir (Burke ve diğ. 2011). MS hastalarını etkin bir şekilde yönetmek için multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerekmektedir ve bu ekip içerisinde hemşire, koordineli bakım ve desteğin merkezi bileşenidir (Winslow 2016). Aynı zamanda MS hemşiresi, tedavi rejimi ve hastalık seyri boyunca etkin izleme yoluyla MS hastalarının yönetiminde aktif rol oynamaktadır (Roman ve Menning 2017).

#### **2.4. Uyum Değerlendirmede Kullanılan Araçlar**

Tedaviye uyumun değerlendirilmesi ilaç sayımı, hasta veya yakınlarından bilgi alınması veya uyum değerlendirmesini sağlayan ölçekler ile yapılabilmektedir. İlaç sayımı hasta ile olan iletişimi olumsuz etkileyebileceğinden ve tam bir sonuç elde edilemeyeceğinden tercih edilmemektedir. Uyumun değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler ise maliyeti az ve kolay uygulanabilir olduğundan sıklıkla tercih edilmektedir (Thompson ve diğ. 2000).

MS'li bireylerde hem uyumun hem de sonuçlarının değerlendirilmesi, çoğu ilacın oral yoldan alındığı ve kan basıncı, kan şekeri gibi sonuçların rutin olarak

ölçülüp değerlendirildiği hipertansiyon veya diyabet gibi hastalıklardan daha zordur (Hao ve diğ. 2017).

Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve Morisky, Green ve Levine tarafından 1986 yılında geçerlilik çalışması yapılan Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, uyum değerlendirmede sık kullanılan ölçeklerden biridir. Thompson ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği (MARS) psikiyatri hastalarında tedaviye katılımı ölçmek için kullanılmaktadır.

## **2.5. MS'te Tedavi Uyumu Arttırmaya Yönelik Öneriler**

MS hastalarının uygulanan tedaviden tam fayda görmesini sağlamak, tedaviye uyumu arttırmada en önemli hedeflerden biridir.

Hastalara tedaviye başlamadan önce ilaç tedavi seçenekleri belirtilmeli, kullanılacak ilacın yararları, yan etkileri açıklanmalıdır. Hastaya başlanabilecek en erken dönemde tedaviye başlamanın önemi ve uzun süreli kullanım sonrası fayda görebileceği belirtilmelidir. Tedaviden gerçekçi beklentiler edinmesine yardım edilmeli, tedavisini düzenli kullanımın önemi anlatılmalıdır. Uyum ile ilgili sorun oluşturabilecek durumların önceden tespit edilip önleminin alınması, tedaviye uyumun arttırılmasında büyük önem taşımaktadır (Erbay ve diğ 2018).

Uyum, uzun süreli tedavinin etkin olabilmesi için en önemli unsur olarak değerlendirilmelidir. Hasta beklentilerinin yönetimi MS'li bireylerin tedavi sürecinde temel oluşturmalıdır. Hastalar rotasyon, kendi kendine enjeksiyon gibi uygun enjeksiyon tekniği konusunda eğitilmeli, olası yan etkiler hakkında bilgilendirilmelidir. Tedaviye uyumsuz olan hastalarla özel çalışmalar yapılmalı ve uygunsa farklı bir tedaviye geçiş tartışılmalıdır (Patti 2010).

MS hemşiresi, hastanın iyi bir eğitim programı ile tedavisinde pasif bir izleyici olarak kalmasından ziyade, hastalığını kontrol duygusu oluşturulması sağlanarak, aktif katılmaya teşvik edilerek uyumu kolaylaştırılmalıdır (Tülek 2016)

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu çalışma; MS hastalarının tedavi uyumu ve uyumu etkileyen faktörleri belirlemek, sonuçlar doğrultusunda hastaların tedavi uyumunu artırmaya yönelik öneriler geliştirmek amacıyla, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Soruları**

MS hastalarında tedavi uyumu nasıldır?

MS hastalarında tedavi uyumu hastalık algısından etkilenir mi?

MS hastalarında tedavi uyumu depresif semptomatoloji varlığından etkilenir mi?

MS hastalarında tedavi uyumu algılanan sosyal destek düzeyine göre değişir mi?

#### **3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma verileri 01.04.2018 ile 01.10.2018 tarihleri arasında elde edilmiştir. Çalışma için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Polikliniği ve Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Polikliniğinde MS tanısı ile izlenmekte olan hastalar ile görüşülmüştür.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

##### **3.4.1. Örneklem Ölçütleri**

##### **Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- 18 yaş ve üzeri olması
- Kesin MS tanısı olması
- En az altı ay süre ile MS'e spesifik ilaç kullanıyor olması
- Herhangi bir iletişim probleminin bulunmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

##### **3.4.2. Örneklem Büyüklüğü**

Araştırmanın yürütüldüğü dönemde, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji polikliniği ve Trakya Üniversitesi

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji polikliniğinde MS tanısı ile kayıtlı yaklaşık 500 hasta takip edilmektedir. Araştırmanın örneklem grubunu, MS tanılı bu hastalar arasından 01.04.2018 ile 01.10.2018 tarihleri arasında polikliniğe başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 222 hasta oluşturmuştur. Bu hastalardan 11 tanesi araştırmaya katılmaya kabul etmelerine rağmen, anketlerin uygulanma aşamasında araştırmadan çekilmek istediğini belirttiklerinden araştırma 211 hasta ile tamamlanmıştır.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1. Hasta Tanılama Formu (Ek 1)**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Hasta Tanılama Formu”, hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerini belirleyen 9 adet soru ile hastalık süresi, MS tipi, atak sayısı, tedavi süresi, tedavi şekli gibi hastalık ve tedaviye özgü özelliklerini belirleyen 16 adet soru olmak üzere toplam 25 sorudan oluşturulmuştur.

#### **3.5.2. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (Morisky Adherence Scale) (Ek 2)**

Ölçek, Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve Morisky, Green ve Levine tarafından 1986 yılında geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek iki seçenekli dört kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Sorular ‘evet/hayır’ şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne ‘hayır’ denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya ‘evet’ denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya ‘evet’ denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir (Morisky ve diğ. 1986). Ülkemizde diyabet (Demirtaş ve Akbayrak 2017), iki uçlu duygu durum bozukluğu (Bahar ve diğ. 2014) gibi bazı hastalıklar için geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış olan ölçek, pek çok hastanın tedaviye uyumunun değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçeğin çalışmamızda kullanılabilmesi için yazardan izin alınmıştır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0,829 olarak hesaplanmıştır.

#### **3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (Ek 3)**

Ölçek depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmek amacıyla Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir (Beck 1961). Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini



objektif olarak belirlemektir. Her maddenin 0 ile 3 arasında puanlandığı 21 belirti kategorisi vardır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Toplam puanın yüksek oluşu depresif semptomatolojinin şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ülkemizde Hisli (1989) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Yazarın poliklinik hastalarıyla yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında 17 puanı BDÖ için kesim noktası olarak belirlemiştir (Hisli 1989). Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlık analizi yapılmış, Cronbach's Alpha değeri 0,919 olarak hesaplanmıştır.

#### **3.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 4)**

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır (Zimet ve diğ. 1988, Eker ve Arkar 1995). Ölçek kültürel olarak daha uygun hale gelmesi için 2001 yılında tekrar gözden geçirilmiştir (Eker ve diğ. 2001). Ölçek aile, arkadaş ve özel insan destek kaynaklarına ilişkin 4'er maddeden toplam 12 maddeden oluşur. Her madde kesinlikle hayır ile kesinlikle evet arasında değişen 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Üç alt ölçeğin toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt boyutların puanı 4 ile 28 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,897 olarak hesaplanmıştır.

#### **3.5.5. Hastalık Algısı Ölçeği (Ek 5)**

1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş (Weinman ve diğ. 1996) ve 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yenilenmiştir (Moss-Morris ve diğ. 2002). Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Kocaman ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır (Kocaman ve diğ. 2007). HAÖ hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri boyutlarını içermektedir.

*1) Hastalık Tipi Boyutu:* Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın

başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı’, daha sonra ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. Hastalık tipi boyutunda puan yüksekse hastanın hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancı olduğu ortaya çıkar.

2) *Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu*: Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar: süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Süre (akut/kronik) alt boyutunda yüksek puan, durumun kronik olduğunu gösterir. Süre (döngüsel) alt boyutunda yüksek puan durumun sıklık-döngüsel doğası olduğunu gösterir. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Sonuçlar alt boyutunda yüksek puan, hastalığın negatif sonuçları olduğunu gösterir. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Kişisel ve tedavi kontrol alt boyutlarında yüksek puan, kişinin hastalığı ve tedaviyi kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu gösterir. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Hastalığı anlayabilme alt boyutunda yüksek puan durumun kişisel anlaşılabilirliğini gösterir. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili endişelerini araştırır. Duygusal temsiller alt boyutunda yüksek puan, hastalıkla provoke olan negatif duyguların arttığını gösterir. Çalışmamızda ölçeğin bu boyutunun Cronbach’s Alpha değeri 0,672 olarak hesaplanmıştır.

3) *Hastalık Nedenleri Boyutu*: Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırmakta ve dört alt ölçek içermektedir. Bunlar, psikolojik atıflar (örneğin stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (örneğin kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (örneğin mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (örneğin kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında hastanın hastalığı hakkında görüşlerini

içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.69- 0.77 arasında ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.25-0.72 arasında değiştiği saptanmıştır. Çalışmamızda ölçeğin bu boyutunun Cronbach's Alpha değeri 0,821 olarak hesaplanmıştır.

### **3.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci**

Araştırma için etik kurul onayı ve kurum izinlerinin alınmasını takiben, Nöroloji polikliniğine başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden MS hastalarına veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile poliklinik odasında uygulanmıştır. Hasta görüşmeleri hastaların rutin poliklinik kontrolleri tamamlandıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Anketlerin uygulanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

### **3.7. Etik Uygulamalar**

Araştırmanın yapılabilmesi için, çalışmaya başlamadan önce her iki kurumdan da gerekli izinler (EK. 7) ve etik kurul onayı (EK. 6) alınmıştır. Çalışmaya katılan gönüllülere, araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanmış ve onamları alınmıştır. Çalışma süresince Helsinki deklarasyonu ilkelerine uyulmuştur.

### **3.8. Verilerin Analizi**

İstatistiksel analizler için SPSS istatistik paket program kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı-yüzde, ortalama, en az-en çok değerleri) uygulanmıştır. Normal dağılıma uyan değişkenler arasındaki farkın tanımlanmasında t testi ile tek yönlü varyans (oneway ANOVA ) analizi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan değişkenler arasındaki farkın tanımlanmasında Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Nominal değişkenler arasındaki farklılık ki-kare testi ile analiz edildi. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

### 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalaması  $40,03 \pm 10,82$  olup, hastaların %70,1 kadındır. Çalışmamızda yer alan 221 hastanın diğer sosyo demografik özellikleri Tablo 4.1 de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1** Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

<b>Değişken</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	-	148	70,1
Erkek	-	63	29,9
<b>Yaş (yıl)</b>	40,03±10,82	211	-
<b>Medeni durum</b>			
Evli		155	73,5
Bekar		56	26,5
<b>Meslek</b>			
Ev hanımı		35	16,6
Memur		93	44,1
İşçi		35	16,6
Diğer		48	22,7
<b>Çalışma durumu</b>			
Evet		76	36
Hayır		135	64
<b>Eğitim durumu</b>			
İlkokul ve altı		73	24,6
Ortaokul		27	12,8
Lise		46	21,8
Üniversite ve üzeri		65	30,8
<b>Eğitim süresi (yıl)</b>	9,87±4,57	211	-
<b>Gelir durumu</b>			
İyi		105	49,8
Orta		80	37,9
Kötü		26	12,3
<b>Yalnız yaşama</b>			
Evet		7	3,3
Hayır		204	96,7

#### 4.2. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine İlişkin Özellikleri

Hastaların %88,2'si (n=186) RRMS olup, tanıdan itibaren geçen ortalama hastalık süresi  $8,05 \pm 6,29$  yıl olarak saptanmıştır. Büyük oranda (%94,8) düzenli olarak kontrole gelen hastalar, yılda ortalama  $5,37 \pm 3,32$  kez poliklinik kontrolüne gelmektedir. Hastalık süresi boyunca hastaların büyük çoğunluğu (%91,5) MS nedeni ile hastanede yatarak tedavi görmüştür. Sadece 7 hasta hastalığa ilişkin aile ve arkadaş desteği göremediklerini belirtmiştir. Hastaların yarısından fazlasının tedavisi (%54,3) subkutan yol ile uygulanmakta, hastaların çoğu (%68,7) tedavilerinin kolay olduğunu düşünmektedir. Araştırmamıza katılan hastaların  $3,79 \pm 3,76$  yıldır MS'e yönelik aynı koruyucu tedaviyi sürdürdükleri saptanmıştır (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2** Hastaların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin özelliklerinin dağılımı

Değişken	Ort±SS	n	%
<b>MS tipi</b>			
RRMS		186	88,2
SPMS		25	11,8
<b>Hastalık süresi (yıl)</b>	8,05±6,29	211	-
<b>Son bir yıldaki atak sayısı MS atak sayısı</b>	0,89±0,93	211	-
<b>MS nedenli düzenli poliklinik kontrolü</b>			
Evet		200	94,8
Hayır		11	5,2
<b>MS nedenli yıllık poliklinik kontrol sayısı</b>	5,37±3,32	211	-
<b>MS nedenli hastane yatışı</b>			
Evet		193	91,5
Hayır		18	8,5
<b>Hastalığa ilişkin aile/arkadaş desteği</b>			
Var		204	96,7
Yok		7	3,3
<b>MS tedavi şekli</b>			
Oral		87	41,2
Subkutan		114	54,3
IV		10	4,7
<b>Tedavi programı zorluk algısı</b>			
Karmaşık/zor		66	31,3
Kolay		145	68,7
<b>Koruyucu tedavi protokolü süresi (yıl)</b>	3,79±3,76	211	

### 4.3. Hastaların Tedaviye Uyum Düzeyleri

Hastaların Morisky Ölçeği toplam puanı ortalama  $0,78\pm 0,90$  olarak hesaplanmış, yaklaşık yarısının (%48) tedavi uyumu yüksek düzeyde bulunmuştur. GAÖ ile yapılan tedavi uyumu değerlendirmesinde ise uyum puanı ortalama  $8,23\pm 2,10$  olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.). Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile GAÖ arasında negatif zayıf korelasyon saptanmıştır ( $r:-0,215$ ,  $p:0,002$ ). Sonuç tabloda gösterilmemiştir.

**Tablo 4.3** Hastaların tedaviye uyum düzeyleri

Uyum derecesi	n (%)	Ort±SS
Yüksek düzey uyum (Morisky toplam puan=0)	102 (%48)	-
Orta düzey uyum (Morisky toplam puan=1-2)	101 (%47,9)	-
Düşük düzey uyum (Morisky toplam puan=3-4)	8 (%3,7)	-
Morisky Ölçeği toplam puan	211(%100)	0,78±0,90
Görsel Analog Ölçeği (GAÖ)	211(%100)	8,23±2,10

### 4.4. Tedaviye Uyumsuzluk Nedenlerine İlişkin Hasta Görüşleri

Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği değerlendirmesi dışında anket formunda yer alan “TEDAVİYE UYUMUNUZUN KÖTÜ OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?” sorusuna hastaların 58’i (%27,5) “EVET” cevabını vermişler, uyumsuzluğun ilk sıradaki nedenini de (%46) unutkanlık olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.4)

**Tablo 4.4** Hastaların tedaviye uyumsuzluk nedenlerine ilişkin görüşleri (n=58)

Uyumsuzluk nedeni#	n	%
Unutkanlık	30	46
Tedavi yan etkileri	18	28
Sosyal zorluk	6	9
Enjeksiyon korkusu	11	17

#Birden fazla neden belirtilmiştir.

#### 4.5. Hastaların Hastalık Algıları

Araştırmamıza katılan MS hastaları en fazla yorgunluktan şikayet etmekte (%87,2), hastaların %74,9'u yorgunluğu hastalık ile ilişkilendirmektedir. Hastalık hakkındaki görüşler ve hastalığın olası nedenleri tabloda ortalama ve standart sapmaları ile verilmiştir. Hastalık hakkındaki görüşler bölümü süre başlığında 22,56±4,75, sonuçlar başlığında 19,06±5,26, kişisel kontrol başlığında 20,19±3,82, tedavi kontrolü başlığında 17,82±3,89, hastalığı anlayabilme başlığında 17,31±4,07, süre (döngüsel) başlığında 13,78±3,46, duygusal temsiller başlığında 18,91±5,71 puan alınmıştır. Hastalığın olası nedenlerinde psikolojik nedenler ortalama (16,89±5,17) ilk sırada yer almaktadır (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5.** Hastaların hastalık algıları dağılımı

HAÖ	n (%)	
<i>Hastalık tipi alt boyutu</i>	<i>Belirtiyi yaşama</i>	<i>Hastalıkla ilişkili bulma</i>
Ağrı	114 (%54,0)	101 (47,9)
Boğazda yanma	27 (%12,8)	9 (%4,3)
Bulantı	62 (%29,4)	35 (%16,6)
Soluk almada güçlük	41 (%19,4)	20 (%9,5)
Kilo kaybı	48 (%22,7)	25 (%11,8)
Yorgunluk	184 (%87,2)	158 (%74,9)
Eklem sertliği	99 (%46,9)	85 (%40,3)
Gözlerde yanma	71 (%33,6)	47 (%22,3)
Hırıltılı soluma	29 (%13,7)	12 (%5,7)
Başağrıları	127 (%60,2)	90 (%42,7)
Mide yakınmaları	59 (%28,0)	27 (%12,8)
Uyku güçlükleri	106 (%50,3)	82 (%38,9)
Sersemlik hissi	123 (%58,3)	108 (%51,2)
Güç kaybı	154 (%73)	154 (%73)
<i>Hastalık hakkındaki görüşler</i>	<i>Ort±SS</i>	
Süre	22,56±4,75	
Sonuçlar	19,06±5,26	
Kişisel kontrol	20,19±3,82	
Tedavi kontrolü	17,82±3,89	
Hastalığı anlayabilme	17,31±4,07	
Süre (döngüsel)	13,78±3,46	
Duygusal temsiller	18,91±5,71	
<i>Hastalığın olası nedenleri</i>	<i>Ort±SS</i>	
Psikolojik	16,89±5,17	
Risk etmenleri	15,27±4,94	
Bağışıklık	8,09±2,59	
Kaza veya şans	4,54±1,82	

#### 4.6. Hastaların Sosyal Destek Algıları

Araştırmamızda ÇBASD ölçeği toplam puanı  $64,79 \pm 16,53$  olup, hastaların en güçlü sosyal destek alanı aile olarak görülmektedir (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6.** Hastaların sosyal destek algıları dağılımı

Sosyal destek algısı	Ort. $\pm$	SS
Aile desteği	24,87 $\pm$	4,77
Arkadaş desteği	20,65 $\pm$	7,28
Özel biri desteği	19,20 $\pm$	8,13
ÇBASD toplam puan	64,79 $\pm$	16,53

#### 4.7. Hastalarda Depresif Semptomatoloji

Araştırmamızda yer alan MS hastalarının BDÖ toplam puan ortalaması  $13,10 \pm 10,28$  olarak hesaplanmıştır. Hastaların %35,5'inde depresif semptomatoloji saptanmıştır (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7** Hastalarda depresif semptomatoloji dağılımı

Depresif semptomatoloji	n (%)	Ort $\pm$ SS
BDÖ toplam puan	211 (%100)	13,10 $\pm$ 10,28
Var (BDÖ >17)	75 (%35,5)	24,12 $\pm$ 7,83
Yok (BDÖ $\leq$ 17)	136 (%64,5)	7,02 $\pm$ 5,13

#### 4.8. Hastaların Hastalık Hakkındaki Görüşlerinin Tedaviye Uyuma Etkisi

Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) başlıklarında tedaviye uyum ile anlamlı bir korelasyon elde edilmemiştir ( $p > 0,05$ ).

Tedaviye uyum düzeyi kategorize edilerek hastalık hakkındaki görüşler tekrar değerlendirildiğinde de anlamlı bir fark elde edilememiştir ( $p > 0,05$ ), (Tablo 4.8).



**Tablo 4.8** Hastaların tedaviye uyum ve hastalık hakkındaki görüşleri

Hastalık hakkındaki görüşler	Tedavi uyum puanı	Tedaviye uyum düzeyi		
		Yüksek düzey uyum	Orta düzey uyum	Düşük düzey uyum
Süre		22,45±4,55	22,89±4,76	19,87±7,03
<b>Analiz</b>	r=0,010 p=0,886	F=1,552 p=0,214		
Sonuçlar		18,49±5,11	19,73±5,22	18,00±7,19
<b>Analiz</b>	r=0,120 p=0,820	F=1,592 p=0,206		
Kişisel kontrol		19,84±3,76	20,56±3,96	20,12±3,44
<b>Analiz</b>	r=0,034 p=0,620	F=0,890 p=0,412		
Tedavi kontrolü		17,96±3,88	17,85±3,75	15,87±5,51
<b>Analiz</b>	r=-0,085 p=0,219	F=1,069 p=0,345		
Hastalığı anlayabilme		17,45±4,09	17,11±4	18,00±4,95
<b>Analiz</b>	r=-0,041 p=0,555	F=0,285 p=0,752		
Süre (döngüsel)		13,59±3,67	13,93±3,29	14,25±3,05
<b>Analiz</b>	r=-0,082 p=0,236	F=0,308 p=0,736		
Duygusal temsiller		19,05±5,73	18,90±5,68	17,37±6,30
<b>Analiz</b>	r=-0,035 p=0,616	F=0,321 p=0,725		

r:pearson korelasyon testi F:one way ANOVA

#### 4.9. Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Tedaviye Uyuma Etkisi

Hastalarımızın tedaviye uyum puanına göre ÇBASD toplam puanı (r=-0,284) ile arkadaş desteği (r=-0,271) ve özel biri desteği (r=-0,273) ve aile desteği (r=-0,204) alt boyutları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki tespit edilmiştir (p< 0,01). Tedavi uyum puanı kategorize edilerek tedaviye uyum düzeylerinin ÇBASD'den etkilenip etkilenmediği değerlendirildiğinde de en yüksek sosyal destek puanları tedavi uyumu yüksek olanlardan elde edilmiştir (p<0,01) (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9** Hastaların tedaviye uyumları ile sosyal destek algılarının karşılaştırılması (N=211)

Sosyal destek algısı	Tedavi uyum puanı	Tedaviye uyum düzeyi		
		Yüksek düzey	Orta düzey	Düşük düzey
Aile desteği		25,68±4,16	24,01±5,12	25,25±6,25
<b>Analiz</b>	r= -0,204# p= 0,003*	KW=10,006 p=0,007*¥		
Arkadaş desteği		22,40±6,36	19,15±7,61	17,37±9,41
<b>Analiz</b>	r =-0,271# p= 0,000**	KW=11,990 p=0,002*		
Özel biri desteği		21,37±7,23	17,25±8,42	16,25±8,90
<b>Analiz</b>	r= -0,273# p= 0,000**	KW=14,207 p=0,001**		
ÇBASD Toplam puan		69,52±14,20	60,48±17,33	58,87±19,18
<b>Analiz</b>	r= -0,284 p= 0,000**	F=8,719 p=0,000**		

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

KW:Kruskal-wallis tek yönlü varyans analizi

F:one way ANOVA

r:pearson korelasyon testi # Spearman korelasyon testi

¥ Post hoc Tukey analizi sonucu farkın yüksek düzey uyum ve orta düzey uyum gösteren hastalar arasında olduğu saptanmıştır.

#### 4.10a. Hastalarda Depresif Semptomatolojinin Tedaviye Uyuma Etkisi

Hastaların BDÖ puanı ortalama 13,10±10,28 olup, tedaviye uyum puanı ile pozitif korelasyon göstermektedir (r= 0,383;  $p < 0,01$ ). BDÖ puanı tedaviye uyum düzeyi yüksek olanlarda en düşüktür ( $p < 0,01$ ), (Tablo 4.10a).

Tablo 4.10a. Hastaların tedaviye uyum ile depresif semptomatolojinin karşılaştırılması

Tedavi uyum puanı	Tedaviye uyum düzeyi		
	Yüksek düzey	Orta düzey	Düşük düzey
BDÖ puanı Ort±SS	9,00±8,74	16,73±10,40	20,33±3,77
<b>Analiz</b>	r= 0,383 p= 0,000**	F=18,677 p=0,000**	

\*\* $p < 0,01$

r:pearson korelasyon testi F:one way ANOVA

#### 4.10b. Hastalarda Depresif Semptomatoloji Varlığının Tedaviye Uyuma Etkisi

Depresif semptomoloji olanlarda uyum puanı ortalaması daha yüksektir ( $p<0,01$ ), (Tablo 4.10b)

**Tablo 4.10b** Depresif semptomatoloji varlığına göre tedavi uyum puanının karşılaştırılması

Depresif semptomatoloji	Morisky puanı	Analiz
Var	1,33±0,85	t=8,03
Yok	0,45±0,69	p=0,000**

\*\* $p<0,01$ ; t:student t testi

#### 4.11. Hastaların Sosyo demografik Özelliklerinin Tedaviye Uyuma Etkisi

Morisky ölçeğinden alınan ortalama puanı erkeklerde, bekarlarda, mesleğini işçi olarak tanımlayanlarda, çalışmayanlarda, ortaokul mezunlarında, gelir durumunu “orta düzey” olarak tanımlayanlarda, yalnız yaşayanlarda daha yüksek olmakla birlikte, tüm bu değişkenlerdeki puan farkı istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Tedavi uyum puanı yaş, eğitim süresi ile de anlamlı korelasyon göstermemiştir (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11.** Hastaların sosyodemografik özellikleri ile tedaviye uyum arasında karşılaştırma

Hasta ve hastalığa ilişkin özellikler	Tedavi uyum puanı	Tedaviye uyum düzeyi		
		Yüksek düzey	Orta düzey	Düşük düzey
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	0,75±0,87	73	70	5
Erkek	0,85±0,96	29	31	3
<b>Analiz</b>	t= 0,786 p=0,433	$\chi^2= 0,356$ p=0,837		
<b>Yaş (yıl)</b>				
<b>Analiz</b>	r= -0,043; p= 0,546			
<b>Medeni durum</b>				
Evli	0,74±0,88	77	74	4
Bekar	0,89±0,96	25	27	4
<b>Analiz</b>	t= 1,070 p= 0,286	$\chi^2= 2,476$ p= 0,290		
<b>Meslek</b>				
Ev hanımı	0,54±0,98	24	9	2
Memur	0,87±0,89	39	51	3
İşçi	0,91±0,85	13	21	1
Diğer	0,72±0,90	23	18	2
<b>Analiz</b>	F=1,412 p=0,240	$\chi^2= 11,753$ p= 0,068		
<b>Çalışma durumu</b>				
Evet	0,72±0,96	42	30	4
Hayır	0,81±0,87	60	71	4
<b>Analiz</b>	t=0,701 p=0,484	$\chi^2= 3,604$ p= 0,165		

Tablo 4.11. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile tedaviye uyum arasında karşılaştırma (devam)

Hasta ve hastalığa ilişkin özellikler	Tedavi uyum puanı	Tedaviye uyum düzeyi		
		Yüksek düzey	Orta düzey	Düşük düzey
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul ve altı	0,68±0,87	39	32	2
Ortaokul	1,03±0,89	9	17	1
Lise	0,69±0,96	26	18	2
Üniversite ve üzeri	0,84±0,88	28	34	3
<b>Analiz</b>	F=1,248 P=0,293	$\chi^2=5,560$ p=0,474		
<b>Eğitim süresi (yıl)</b>				
<b>Analiz</b>	r= 0,040; p=0,568			
<b>Gelir durumu</b>				
İyi	0,73±0,91	54	48	3
Orta	0,92±0,92	33	43	4
Kötü	0,53±0,76	15	10	1
<b>Analiz</b>	F=2,114 p=0,123	$\chi^2=3,220$ p= 0,522		
<b>Yalnız yaşama</b>				
Evet	1,16±1,32	3	2	1
Hayır	0,76±0,88	99	98	7
<b>Analiz</b>	Z=0,701 p=0,483	$\chi^2=4,053$ p=0,399		

\*p<0,05

$\chi^2$ :ki-kare testi F:one way ANOVA r:pearson korelasyon testi  
t: student t test Z: Mann-Whitney U

#### 4.12. Hastalık Sürecine İlişkin Özelliklerin Tedaviye Uyuma Etkisi

Araştırmada yer alan hastalar arasında düzenli poliklinik kontrolüne gitmeyen ( $p<0,01$ ) ve MS nedeniyle hastanede yatanlarda ( $p<0,05$ ) tedavi uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

Tablo4.12 Hastalık sürecine ilişkin özellikler ile tedaviye uyum arasındaki ilişki

Değişken	Tedavi uyum puanı	Tedaviye uyum düzeyi		
		Yüksek düzey	Orta düzey	Düşük düzey
<b>MS tipi</b>				
RRMS	0,77±0,91	91	87	8
SPMS	0,80±0,81	11	14	0
<b>Analiz</b>	t = 0,106 p= 0,916	$\chi^2= 1,57$ p= 0,454		
<b>Hastalık süresi</b>				
<b>Analiz</b>	r=0,123; p=0,076			
<b>MS atak sayısı (n =158)</b>				
<b>Analiz</b>	r =0,162; p= 0,042			
<b>Düzenli poliklinik kontrolü</b>				
Evet	0,73±0,86	100	94	6
Hayır	1,63±1,20	2	7	2
<b>Analiz</b>	t= 3,29 p=0,001**	$\chi^2= 9,12$ p= 0,10		
<b>MS nedenli poliklinik kontrol sayısı (yıllık)</b>				
<b>Analiz</b>	r = 0,035; p=0,611			
<b>MS nedenli yatarak tedavi</b>				
Evet	0,82±0,91	88	97	8
Hayır	0,25±0,57	13	3	0
<b>Analiz</b>	Z= 2,649 p=0,008*	$\chi^2= 7,69$ p= 0,10		
<b>Hastalığa ilişkin aile/arkadaş desteği</b>				
Var	0,76±0,90	100	96	8
Yok	1,14±0,89	2	5	0
<b>Analiz</b>	t= 1,07 p=0,284	$\chi^2= 1,70$ p:=0,428		

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

$\chi^2$ :ki-kare testi, t: student t test Z: Mann-Whitney U r:pearson korelasyon testi

#### 4.13. Tedavi Özelliklerinin Tedaviye Uyuma Etkisi

Hastaların tedavi şekli, sc enjeksiyonu uygulayan kişi, IV infüzyon sayısı, hastanın tedaviyi karmaşık olarak değerlendirip değerlendirmemesi tedavi uyumunu etkilemezken, sc enjeksiyon uygulama sıklığı tedavi uyumunu etkilemiştir ( $p<0,05$ ). Haftada bir kez sc tedavi uygulananlarda tedavi uyumu daha iyidir. Ayrıca koruyucu tedavinin uygulanma süresi ile tedavi uyumu pozitif zayıf ilişki göstermiştir ( $r=0,171$ ;  $p= 0<0,05$ ), (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Tedaviye ilişkin özelliklerin tedaviye uyuma etkisi

Tedavi özellikleri	Tedavi uyum puanı	Tedaviye uyum düzeyi		
		Yüksek düzey	Orta düzey	Düşük düzey
<b>Tedavi şekli</b>				
Oral	78±0,89	43	41	3
Subkutan	0,82±0,92	51	57	5
IV infüzyon	0,40±0,69	7	3	-
<b>Analiz</b>	F: 1,004 p: 0,368	$\chi^2=2,586$ p= 0,629		
<b>SC enjeksiyon uygulama sıklığı</b>				
Haftada 3 kez	0,90±0,97	27	32	4
Günaşırı	0,93±0,87	10	21	1
Haftada 1 kez	0,45±0,75	14	6	-
<b>Analiz</b>	F= 2,143 p= 0,122	$\chi^2= 9,562$ p=0,048*		
<b>SC enjeksiyonu uygulayan kişi</b>				
Kendisi	0,84±0,95	39	44	5
Başkası	0,84±0,89	9	10	-
Değişken	0,57±0,53	3	4	-
<b>Analiz</b>	F=0,276 p= 0,759	$\chi^2=1,594$ p=0,810		
<b>IV infüzyon sayısı (yıllık)</b>				
<b>Analiz</b>	r=0,296; p= 0,439			
<b>Tedavi uygulama algısı</b>				
Karmaşık/zor	0,92±0,91	26	38	2
Kolay	0,71±0,89	76	63	6
<b>Analiz</b>	t= 1,546 p=0,124	$\chi^2=3,628$ p=0,163		
<b>Mevcut koruyucu tedavi protokolü süresi (yıl)</b>				
<b>Analiz</b>	r= 0,171; p= 0,014*			

\* $p<0,05$

$\chi^2$ :ki-kare testi, t: student t test F:one way ANOVA r:pearson korelasyon analizi

## 5. TARTIŞMA

211 hasta ile yürütülen bu çalışma aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- Uyumsuzluk Nedenleri
- Hastalık Algısının Tedaviye Uyuma Etkisi
- Algılanan Sosyal Destegın Tedaviye Uyuma Etkisi
- Depresyonun Tedaviye Uyuma Etkisi
- Sosyodemografik Özelliklerin Tedaviye Uyuma Etkisi
- Hastalık Özelliklerinin Tedaviye Uyuma Etkisi
- Tedavi Özelliklerinin Tedaviye Uyuma Etkisi

### 5.1. Tedaviye Uyum

Çalışmamızda Morisky Ölçeği toplam puanından ortalama  $0,782 \pm 0,904$  puan alan hastaların tedavi uyumlarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların sadece %3,7'sinde tedavi uyumu düşüktü (Tablo 3.3).

Çok merkezli ve çok uluslu olarak yürütülen ve en az 6 aydır SC interferon, glatiramer astat, IM interferon tedavisi alan 2648 MS hastası ile yapılan bir çalışmada tedavi uyum oranı %75 olarak bulunmuştur (Devonshire ve diğ. 2011)

İspanya'da yürütülen ve en az 1 yıldır tedavi alan 157 MS hastasının tedavi uyumlarının değerlendirildiği benzer bir çalışmada hastaların % 71'i tedaviye uyumlu bulunmuştur (Verdugo ve diğ. 2019).

Erbay ve diğ. (2018) tarafından MS hastalarının modifiye edici ilaç tedavisine uyumunu etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla Multipl Skleroz Tedaviye Uyum Anketi kullanarak 198 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında hastaların %59,6'sı ilaç tedavisine uyumlu bulunmuştur. Çalışmada oral tedavi uyumları değerlendirilmemiştir (Erbay ve diğ. 2018).

Ülkemizde yürütülen bir diğer çalışmada immunmodulatör tedavi alan 219 MS hastasında tedavi uyum kriterleri araştırmacılar tarafından belirlenmiş olup; SC interferon tedavisinin ayda dört kez, glatiramer astat ayda altı kez, IM interferon tedavisinin ayda bir kez yapılmamış olması tedavi uyumsuzluğu olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada relapsing remitting grubunun %53'ünün, SPMS



grubunun %52'sinin tedaviye uyumlu olduğu, ancak hastaların %24,9'unun da tedaviyi tamamen bıraktığı sonucuna ulaşılmıştır (Köşkdereioğlu ve diğ. 2014).

VIZVIZ ve Beşer (2018) tarafından yakın zamanda tamamlanan tez çalışmasında 200 MS hastasında tedavi uyumları, çalışmamızda olduğu gibi 4 maddeli Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği ile değerlendirilmiş, hastaların %28,5'inde yüksek uyum, %56,0'sında orta düzeyde, %15,5'inde de düşük düzeyde uyum elde edilmiştir. Çalışmada oral tedavi uyumu ve SC ve IM enjeksiyon tedavi uyumları birlikte değerlendirilmiştir (VIZVIZ ve Beşer 2018).

Ülkemizde yürütülen az sayıda benzer çalışmada hastalık uyumlarının Türkiye dışında yürütülen çalışmalara göre daha düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

MS için kullanılan tedavinin etkinliği hipertansiyon, diyabet gibi diğer kronik hastalıklara göre daha uzun sürede sağlanmakta, etkinliği hastadan hastaya değişmekte, hasta memnuniyeti daha düşük olabilmektedir. Bu durum diğer kronik hastalık çalışmalarındaki tedavi uyum düzeylerinin daha yüksek oranlarda olması ile de ortaya konulmaktadır. Örneğin HT hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların tedavi uyumu % 72,2 olarak bulunmuştur (Turan ve diğ. 2019). Tedavinin kısa sürede etkin olması nedeniyle tedavi uyumunun yüksek olması beklenen bir diğer kronik hastalık olan diyabet hastaları ile yürütülen bir çalışmada da hastaların %28,3'ü tedaviye uyumsuz olarak bulunmuştur (Fedrick ve Temu 2012).

Çalışmamızda tedavi uyumu Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nin yanısıra GAÖ ile de değerlendirilmiş, mükemmel uyumun 10 üzerinden değerlendirildiği GAÖ'ne göre ortalama  $8,23 \pm 2,10$  puan alan hastaların tedavi uyumlarını iyi algıladıkları saptanmıştır.

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile GAÖ arasındaki uyum pearson korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde ise her iki değerlendirme aracının negatif zayıf korelasyon gösterdiği saptanmıştır ( $r:-0,215$ ,  $p:0.002$ ).

## 5.2. Uyumsuzluk Nedenleri

Araştırmamızda Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği'ne göre hastaların %3,7'si tedaviye uyumsuz olarak değerlendirilse de, hastaların 58'i (%27,48) "TEDAVİYE

UYUMUNUZUN KÖTÜ OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ?” sorusuna “EVET” cevabını vermişler, uyumsuzluğun ilk sıradaki nedenini de (%46) unutkanlık olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.4).

MS hastalarında tedaviye uyumsuzluğun en önemli nedeni çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarda da unutkanlık olarak gösterilmiştir (Erbay ve diğ. 2018; Verdugo ve diğ. 2019).

Brezilya’da immünomodülatör kullanan MS hastalarının tedavi uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %46’sının tedaviye uyumlu olduğu saptanmış, tedavi uyumunun düşük olmasında ilaç yan etkilerinin önemli olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada immünomodülatör kullanan hastaların %61’inin ilaca bağlı çeşitli yan etkiler yaşadığı ifade edilmiştir. Bu yan etkiler arasında en yaygın olanları: miyalji %50, halsizlik %48, başağrısı %40, yorgunluk %34, ateş %25 olarak sıralanmıştır (Camara ve Gondim 2017).

MS hastalarında tedavi uyumunun değerlendirildiği benzer bir diğer çalışmada %50 ile unutkanlık, takiben %32 ile enjeksiyonlarla ilgili problemler tedavi uyumsuzluğunun en yaygın nedenleri olarak gösterilmiştir. Enjeksiyon ile ilgili problemler ise ilk sırada enjeksiyon işlemi yorgunluğu olmak üzere, sırasıyla enjeksiyon yerinde ağrı, enjeksiyona ilişkin kaygı, cilt reaksiyonları olarak saptanmıştır (Devonshire ve diğ. 2011).

Yine MS hastalarında tedavi uyumsuzluğunun nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada 293 MS hastası değerlendirilmiş ve tedaviye uyumu etkileyen en önemli faktör ‘çok meşgul olmak’ olarak saptanmış olup, sonrasında ‘günlük aktivitelere engel olmasından dolayı ilaç kullanmayı istememek’ ve unutkanlık olarak sıralanmıştır (Ozura ve diğ. 2013).

### **5.3. Hastalık Algısının Tedaviye Uyuma Etkisi**

Hastalık algısı hastalık süreci, baş etme mekanizmaları, psikopatoloji ile etkileşerek oluşur. Son zamanlarda, MS’li bireylerde olmasa da, diğer kronik hastalıklar ile ilgili yürütülen çalışmalarda hastalık algısı sıkça değerlendirilmeye başlanmıştır. Kişinin hastalığı algılayışı tedavi uyumunu etkileyebilir

Araştırmamıza katılan MS hastaları en fazla yorgunluktan şikayet etmekte (%87,2), ancak yorgunluk şikayeti olanların daha azı (%74,9) yorgunluğu hastalık ile ilişkilendirmektedir.

Araştırmada sorgulanan belirtilerden en az boğazda yanma sorununun yaşandığı (%12,8) ve daha az oranda hasta tarafından da (%4,3) hastalık ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Literatürde yorgunluğun MS'li bireylerde en yaygın görülen ve en fazla şikayet edilen sorunlardan biri olduğu belirtilmektedir (Tuncay 2018). Yorgunluk subjektif bir yakınma olup, diyabet gibi diğer kronik hastalıklarda da en fazla (%75,2) şikayetçi olunan semptom olarak değerlendirilmektedir (Yorulmaz ve diğ. 2013).

Hastalık hakkındaki görüşleri sorgulandığında hastalığın akut ya da kronik olduğunu düşünme "süre" başlığında ele alınmış ve bu başlıkta hastalardan alınan puan  $22,56 \pm 4,75$  ile bu boyuttaki en yüksek ortalama olarak hesaplanmıştır. Özen ve Bostanoğlu (2013) tarafından yürütülen çalışmada 70 MS hastasının hastalık algısı değerlendirilmiş ve hastaların süre puan ortalaması  $18,1 \pm 3,1$  olarak saptanmıştır. Çalışmamızda yer alan hastaların, MS'i daha kronik bir sorun olarak gördükleri, süre konusundaki algılarının daha doğru olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmamızda süre başlığını takiben kişisel kontrol başlığından  $20,19 \pm 3,82$ , sonuçlar başlığından  $19,06 \pm 5,26$ , duygusal temsiller başlığından  $18,91 \pm 5,71$ , tedavi kontrolü başlığından  $17,82 \pm 3,89$ , hastalığı anlayabilme başlığından  $17,31 \pm 4,07$ , son olarak süre (döngüsel) başlığından  $13,78 \pm 3,46$  puan elde edilmiştir.

Özen ve Bostanoğlu (2013) çalışmasında da alınan puanlar ve sıralama çalışmamıza oldukça yakındır. Kişisel kontrol puan ortalaması  $19,8 \pm 4,0$ , sonuçlar puan ortalaması  $19,2 \pm 4,0$ , duygusal temsiller puan ortalaması ise  $18,5 \pm 4,8$  tedavi kontrolü puan ortalamasının  $17,1 \pm 3,6$ , hastalığı anlayabilme puan ortalaması  $16,4 \pm 3,7$ , süre (döngüsel) puan ortalamasının  $13,0 \pm 3,1$  olarak hesaplanmıştır.

Sonuçlar ve sonucumuz paralelinde hastaların hastalığı anlayabildiği, hastalığı kontrol edebilme konusunda pozitif inançlara, hastalığın seyri ve doğası ile

ilgili negatif inançlara sahip oldukları, hastalıkla beraber olumsuz emosyonel duyguların arttığını düşündüğü söylenebilir.

Hastalığın olası nedenlerinde psikolojik nedenler (stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri gibi)  $16,89 \pm 5,17$  puan ile ilk sırada yer almaktadır (Tablo 4.5). Bu algı MS hastaları ile yürütülen benzer bir çalışmada da desteklenmektedir (Özen ve Bostanoğlu 2013). Sözkonusu çalışmada hastalığın oluşumunda araştırmamızda olduğu gibi ikinci sırada risk faktörleri (genetik, diyet-yemek alışkanlıkları, kendi davranışım), takiben bağışıklık (vücut direncinin azalması, bir mikrop ya da virüs, çevre kirliliği) ve son olarak da kaza/şansın (kaza ya da yaralanma, şans ya da kötü talih) hastalığa neden olduğu düşünülmektedir. Hastalar bağışıklığı hastalığın olası nedenleri arasında çok fazla görmese de, literatürde MS hijyen teori gibi pekçok immun sorunla ilişkilendirilmiştir (Gustavsen ve diğ. 2014)

Hastalık algısının tedavi uyumunu etkileyebileceği düşünülmele birlikte, literatürde bu konunun araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda da hastaların hastalık hakkındaki görüş boyutu süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) başlıklarında tedaviye uyum ile korelasyon göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

Tedaviye uyum düzeyi kategorize edilerek hastalık hakkındaki görüşler tekrar değerlendirildiğinde de anlamlı bir sonuç elde edilememiştir (Tablo 4.8). Tedavi kontrolü başlığında düşük düzey uyum gösterenlerde daha düşük puan alınmakla birlikte, istatistiksel olarak bu fark anlamlı değildi (Tablo 4.8). Tedavi kontrolü puan ortalamasının tedavi uyumu düşük olanlarda daha düşük olması, bu gruptaki hastaların hastalığını kontrol edebileceklerine daha az inandıklarını göstermektedir. Özen ve Bostanoğlu'nun (2013) çalışmasında da, tedavi kontrolü puan ortalaması çalışmamızda alınan ortalama puana çok yakın olarak ( $17,1 \pm 3,69$ ) hesaplanmış, bu ortalama hastaların hastalığını kontrol edebileceklerine inandıkları şeklinde yorumlanmıştır.

#### 5.4. Algılanan Sosyal Desteğin Tedaviye Uyuma Etkisi

Sosyal destek özellikle kronik hastalıklarda, hastalıkla başetmede, tedaviye uyum sağlamada oldukça önemlidir. Hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklarda sosyal desteğin tedaviye uyumu artırdığı gösterilmiştir (Turan ve diğ. 2019, Gomes-Villas Boas ve diğ. 2012). Hipertansiyon hastalarında hastaların aileden alınan sosyal destek düzeyinin arkadaş ve arkadaş dışındaki bireylerden alınan sosyal destek düzeyine göre daha yüksek olduğu, hastaların sosyal desteği arttıkça tedavi uyumun da arttığı tespit edilmiştir (Turan ve diğ. 2019).

Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi MS'li bireylerde de tedavi uyumunun artırılmasında sosyal desteğin önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Sosyal destek bireyin hastalığı ve beraberinde getirdiği sorunlar ile başetmesini kolaylaştırmaktadır (Zengin ve diğ. 2017).

MS hastalarında sosyal desteğinin değerlendirildiği bir çalışmada, 214 hasta ile görüşülmüş ve en iyi sosyal destek kaynağının aile olduğu saptanmıştır. Çalışmada hastaların % 81,8'inin ailelerinden, %38,8'inin arkadaşlarından, %17,8'inin akrabalarından ve %26,6'sının diğer hastalardan destek aldığı belirtilmiştir (Zengin ve diğ. 2017).

Türkiye dışında yürütülen bir diğer çalışmada ise 319 MS hastası ile görüşülmüş ve çalışmada arkadaş desteğinin aile desteğinden daha önemli olduğu saptanmıştır (Kasser ve Kosma 2018).

MS hastaları ile yapılan bir tez çalışmasında evlilerin bekârlara göre algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Hastaların eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça hem algılanan sosyal desteğin hem de yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (Tek ve Yıldız 2019).

Yapılan başka bir araştırmada MS'li erkek hastaların kadın hastalara oranla dört kat daha az sosyal destek aldıkları bulunmuştur. Hem desteğe duyulan ihtiyacı kabul etmeleri hem de gerçekten ihtiyaç duydukları desteğin kullanılabilirliğini fark etmeleri daha düşük olasılıkta olduğu düşünülmektedir (Rosiak ve Zagozdzon 2017).

Çalışmamızda hastaların sosyal destek algıları ÇBASDÖ kullanılarak değerlendirilmiş ve ölçekten alınan toplam puan  $64,79 \pm 16,53$  olup, en yüksek sosyal

destek algısı  $24,87 \pm 4,77$  puan ile “aile” alt boyutunda, en düşük sosyal destek algısı  $19,20 \pm 8,13$  puan ile “özel biri” alt boyutunda elde edilmiştir (Tablo 4.6).

VıZVıZ ve Beşer’in yürüttükleri tez çalışmasında da hastaların sosyal destek algıları çalışmamızda olduğu gibi ÇBASDÖ kullanılarak değerlendirilmiş olup, katılımcıların ÇBASDÖ toplam puanı  $62,28 \pm 18,75$  ile çalışma sonucumuza çok yakındı. Sırası ile aile alt boyutunda  $22,41 \pm 6,74$ , arkadaş alt boyutunda  $19,31 \pm 8,72$ , “özel bir insan” alt boyutunda  $20,57 \pm 7,44$  olarak tespit edilmiştir (VıZVıZ ve Beşer 2018). Çalışmada yer alan hastaların sosyal destek algıları toplam puan ve alt boyutlar puan ortalamalarında, çalışma sonucumuz ile neredeyse aynı olduğu söylenebilir. Aynı değerlendirme aracının kullanıldığı diğer bir tez çalışmasında da ölçeğin toplam puanı 61,8 olarak bulunmuştur (Tek ve Yıldız 2019).

MS hastaları ile son zamanlarda yürütülen benzer konulu bir tez çalışmasında da, araştırmaya katılan hastalar ÇBASDÖ ile değerlendirilmiş ve ölçeğin toplam puanı  $57,18 \pm 18,5$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin “aile” alt boyut puanı  $23,6 \pm 4,4$ , “arkadaş” alt boyut puanı  $18,35 \pm 5,15$ , “özel bir insan” alt boyut puanı  $14,75 \pm 8,1$  olarak elde edilmiştir (Yılmaz ve Özdelikara 2019).

Yukarıda söz edilen her üç çalışmada da, çalışmamızda olduğu gibi en iyi sosyal desteğin aile tarafından sağlandığı, ÇBASDÖ toplam puanlarının  $57,18 \pm 18,5$  ve  $64,79 \pm 16,53$  arasında değiştiği, en yüksek sosyal destek algısının  $64,79 \pm 16,53$  puan ile araştırmamızda incelenen hastalardan elde edildiği saptanmıştır.

MS’te sosyal destek ya da tedavi uyumlarını ayrı ayrı değerlendiren çalışmalar yürütülmüş olmakla birlikte, tedavi uyumunda sosyal desteğin rolünü araştıran az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır.

Hastalarımızın tedaviye uyum puanına göre ÇBASDÖ toplam puanı ( $r = -0,284$ ) ile arkadaş desteği ( $r = -0,271$ ) ve özel biri desteği ( $r = -0,273$ ) alt boyutları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Tedavi uyum puanı kategorize edilerek tedaviye uyum düzeylerinin ÇBASDÖ’den etkilenip etkilenmediği değerlendirildiğinde de en yüksek sosyal destek puanları tedavi uyumu yüksek olanlardan elde edilmiştir ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4.9).

MS hastalarında tedavi uyumu ve sosyal destek ilişkisini araştıran ve erişilen

tek çalışmada hastalar yüksek, orta ve düşük düzey tedavi uyumu olarak üç kategoride incelenmiş ve hastaların ÇBASDÖ ile değerlendirilen sosyal destek algısının tedavi uyum düzeyine göre değişmediği belirtilmiştir (Vızvız ve Beşer 2018).

### 5.5. Depresyonun Tedaviye Uyuma Etkisi

MS hastalarında tedavi uyumu multifaktöriyeldir. Depresyon gibi komorbid durumlar MS hastalarında genel popülasyona göre daha fazla olup, hastalığın doğası ve/veya modifiye edici tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkabilir (Higuera ve diğ. 2016).

Araştırmamızda yer alan MS hastalarının BDÖ toplam puan ortalaması  $13,10 \pm 10,28$  olarak hesaplanmıştır. BDÖ toplam puanına göre 17 ve üzeri depresif semptomatoloji olarak değerlendirildiğinden (Hisli 1989), çalışmamızda yer alan hastaların %35,5'inde depresif semptomatoloji olduğu bulgulanmıştır (Tablo 7).

MS hastalarında depresif semptomatolojinin BDÖ ile değerlendirildiği benzer çalışmalarda hastaların depresyon oranı %21,4 ve %19,5 olarak birbirine yakın, ancak çalışmamızda olduğundan daha düşük oranda saptanmıştır ((Soyuer ve diğ. 2010, Bilgi ve diğ. 2013) . İsveç'te 149 MS hastası ile yapılan benzer bir çalışmada da depresif semptomatolojileri olan hasta oranı %19 olarak saptanmıştır (Gottberg ve diğ. 2007).

MS'te depresyonun tedaviye uyumu etkileyen temel faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda BDÖ puanı ve Morisky tedavi uyum puanı arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki saptanmış olup ( $r=0,383$ ), (Tablo 10a), en yüksek BDÖ puanı tedavi uyum düzeyi düşük olan hastalarda elde edilmiştir ( $p<0,01$ ). Çalışmamızda depresif semptomatoloji saptanan hastaların tedavi uyum puanının daha yüksek olması da sonucu destekleyen bir diğer bulgudur ( $p<0,01$ ), (Tablo 10b).

Çalışma bulgumuz literatür ile de desteklenmektedir. Higuera ve diğ. (2016) tarafından 698 MS hastasında tedavi uyumu değerlendirilmiş ve depresyon tanısı olan MS hastalarının tedavi uyumu daha düşük bulunmuştur.

Depresyonun tedavi uyumunu etkilemediğini gösteren araştırmalara da ulaşılmıştır (Köşkereliolu 2014; McKay ve diğ. 2017). Depresyon ve tedavi

uyumu arasındaki ilişkide depresyonun şiddeti de etkili olabileceğinden, çelişkili sonuçlara rastlanması beklenebilir. Depresyon tanısında olan hastanın düzenli antidepresan kullanımını da tedavi uyumu olumlu yönde etkileyebilir.

### **5.6. Sosyo-demografik Özelliklerin Tedaviye Uyuma Etkisi**

Çalışmamızda tedavi uyum puanı kadın hastalarda daha düşük olmakla birlikte, istatistiksel olarak bu fark anlamlı değildi. (Tablo 4.11).

Literatürde MS hastalarında cinsiyet ve tedavi uyumu arasındaki ilişki çelişkilidir. Bazı çalışmalarda MS'te kadın hastaların tedavi uyumunun daha yüksek olduğu (Devonshire ve diğ. 2011; McKay ve diğ. 2017), çalışmamızda olduğu gibi bazı çalışmalarda cinsiyete göre tedavi uyumunun değişmediği (Vızvız ve Beşer 2018, Ozura ve diğ. 2013, Verdugo ve diğ. 2019), bazen de erkek hastaların tedavi uyumunun daha iyi olduğu belirtilmiştir (Higuera ve diğ.2016). Cinsiyetin tedavi uyumuna etkisi çalışmanın yürütüldüğü toplumdaki kültürel farklılıklara göre değişebilirse de, çalışmamız ve diğer literatür paralelinde cinsiyetin tedavi uyumunda etken olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda tedavi uyumu ile yaş arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.11).

Çalışmamızda olduğu gibi yaşın MS'te tedavi uyumunu etkilemediğini belirten çalışmaların yanısıra (Köşkerelioğlu ve diğ. 2014, Erbay ve diğ. 2018, Vızvız ve Beşer 2018, Ozura ve diğ. 2013), 45 yaş üstü hastaların, genç hastalara oranla tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu belirten çalışmaya da rastlanılmıştır (Higuera ve diğ.2016). Verdugo ve diğ. (2019) de çalışmalarında yaş ilerledikçe tedavi uyumunun arttığını bulgulamışlardır. Yaş ilerledikçe hastanın hastalığını kabullenmesi ve yeni durumuna uyum sağlaması tedavi uyumunda da etkili olabilir.

Çalışmamızda medeni durum ve tedavi uyumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Tablo 4.11). MS hastalarında medeni durumun ilaç uyumuna etkisi az sayıdaki çalışmada gösterilmiş olmakla birlikte, bazı çalışmalarda evli olanların (Verdugo ve diğ. 2019), bazı çalışmalarda bekar olanların tedavi uyumunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Erbay ve diğ. 2018). Bazı çalışmalarda da çalışma sonucumuzu destekler şekilde medeni durum tedavi uyumunu etkilemediği ortaya



konmuştur (Vızvız ve Beşer 2018, Treadaway ve diğ. 2009). Düzenli ilaç kullanımı gerektiren bir başka kronik hastalık olan hipertansiyon hastaları ile yapılan tedavi uyum çalışmasında da, evli olan hastaların tedavi uyumunun bekar olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Gün ve Korkmaz 2014). Medeni durumun tedavi uyumuna etkisinin olup olmadığı, etkisi var ise de evli olmanın mı bekar olmanın mı tedavi uyumunu olumlu etkilediği tartışmalıdır.

Çalışmamızda eğitim durumu ile tedavi uyum arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Eğitim durumunun yüksek olmasının tedavi uyumunu artıracığı düşünülse de, araştırmamızda olduğu gibi diğer MS hastaları ile yapılan benzer çalışmalarda da eğitim durumu ve tedavi uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Camara ve Gondim 2017, Erbay ve diğ. 2018). Beklenenin aksine, 2648 MS hastası ile yapılan çok merkezli ve çok uluslu bir çalışmada ise eğitim durumu arttıkça tedavi uyumunun azaldığı tespit edilmiştir (Devonshire ve diğ. 2011). Ülkemizde MS hastalarının tedavi uyumunun değerlendirildiği bir diğer çalışmada da eğitim durumu yüksek olan grupta tedavi uyumu düşük saptanmıştır (Köşkdereioğlu ve diğ. 2014).

### **5.7. Hastalık Özelliklerinin Tedaviye Uyuma Etkisi**

Araştırmamızda hastalık süresi ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Ozura (2013) ve Erbay (2018) MS hastaları ile yapmış oldukları tedavi uyum çalışmalarında hastalık süresi ve tedavi uyum arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. 2017 yılında Kanada’da yürütülen ve immünomodülatör tedavi kullanan 485 MS hastası ile yapılan çalışmada, tedaviye uyumlu hastaların, uyumsuz hastalara göre daha kısa hastalık süresine sahip olduğu tespit edilmiştir (Mc Kay ve diğ. 2017). Literatürde hastalık süresi uzadıkça tedavi uyum düzeyinin azaldığını gösteren benzer çalışmalar da mevcuttur (Devonshire ve diğ. 2011, Camara ve Gondim 2017, Köşkdereioğlu ve diğ. 2014).

Tedavi uyumunun zamanla azalmasında en önemli faktör tedavi memnuniyetinin azalması, tedavi etkinliğine ilişkin beklentilerinin karşılanamaması olabilir.

MS dışındaki diğer kronik hastalıklarda tedavi uyumlarının hastalık süresi ile ilişkisini değerlendiren çalışmalardan birinde hipertansiyon hastaları incelenmiş ve çalışmada hipertansiyon tanısı 20 yıl üzerinde olan hastalarda tedavi uyumu en yüksek bulunmuştur (Gün ve Korkmaz 2014). Hipertansiyon gibi tedavi etkinliğinin yüksek algılandığı hastalıklarda, tedavi uyumunun hastalık süresi arttıkça daha iyi olması, yıllar içinde bilişsel durumun iyileşmesi ve başa çıkma mekanizmaları geliştirmesi ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmamızda yer alan hastalar arasında düzenli poliklinik kontrolüne gitmeyen ( $p<0,01$ ) ve MS nedeniyle hastanede yatanlarda ( $p<0,05$ ) tedavi uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

Kontrolleri aksatmamanın ve doktoru ile telefon ile görüşebilmenin tedavi uyumunu olumlu etkilediği, MS hastalarında tedavi uyumunu değerlendirmek üzere Camara ve Gondim (2017) tarafından yürütülen benzer bir çalışmada da gösterilmiştir. Çalışmamızda hastanede yatanlarda tedavi uyumlarının daha kötü olduğu gösterilmiş, bu bulgu tedavi uyumsuzluğunun atak sıklığını arttırdığı şeklinde yorumlanmıştır. Tedavi uyumsuzluğu akut nörolojik atakların artması nedeni ile hastaneye yatış oranlarını artırabilmektedir.

MS tipinin de tedavi uyumunu etkilediği düşünülmektedir. Rio ve diğ. (2005) tarafından yürütülen bir araştırmada SPMS hastalarının tedavi uyumsuzluk oranı %30 iken, RRMS hastalarının uyumsuzluk oranı %13,5 olarak bulunmuştur (Rio ve diğ. 2005). Aynı konunun incelendiği benzer araştırmalarda MS tipi ve tedavi uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Verdugo ve diğ. 2019; Köşkdereioğlu ve diğ. 2014; Erbay ve diğ. 2018).

### **5.8. Tedavi Özelliklerinin Tedaviye Uyuma Etkisi**

Hastaların tedavi şeklinin tedavi uyumunu etkileyebileceği düşünülse de, araştırmamızda etkisi gösterilememiştir. Ayrıca sc enjeksiyonun kim tarafından uygulandığı, IV infüzyon sıklığı, hastanın tedavi programını karmaşık olarak değerlendirip değerlendirmemesi de tedavi uyumunu etkilemezken, sc enjeksiyon uygulama sıklığı tedavi uyumunu etkilemiştir ( $p<0,05$ ). Haftada bir kez sc tedavi uygulayanlarda, haftada 3 kez ve günaşırı sc uygulamaya göre daha iyi tedavi uyumu saptanmıştır. Ayrıca koruyucu tedavinin uygulanma süresi ile tedavi uyumu pozitif

çok zayıf ilişki göstermiştir ( $r= 0,171$ ;  $p= 0<0,05$ ), (Tablo 4.13).

ABD’de MS hastaları ile yapılan bir araştırmada subkutan uygulanan ilaçlardaki tedavi uyumunun, oral ve IV infüzyon yolu ile uygulanan ilaçlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Higuera ve diğ. 2016).

MS hastalarında yakın zamanda yürütülen ve güncel tedavileri kapsayan bir diğer çalışmada, oral tedavilere ilişkin memnuniyetin, diğer tedavi yöntemlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tedavi memnuniyeti oral ilaçlarda yüksek olmasına rağmen, aynı araştırmada tedavi uyumu oral ve parenteral uygulama şekline göre değişmemektedir. Ancak parenteral uygulamalar arasında tedavi uyumunun farklı olduğu belirtilmiş, IV uygulamadaki tedavi uyumunun (%100), SC uygulamadaki tedavi uyumuna göre (%68) daha yüksek olduğu gösterilmiştir. IV uygulama şeklindeki tedavi uyum başarısının yüksek olması tedavinin hastanede hemşire tarafından uygulanmasına atfedilmiştir (Verdugo ve diğ. 2019).

Hem kronik hastalık olması, hem de oral hem parenteral tedavilerin kullanılması yönüyle MS ile ilişkilendirilebilen, ancak tedavi etkinliğinin kısa sürede alındığı diyabet hastalarında yürütülen bir çalışmada, insülin tedavisi OAD tedavi ile karşılaştırılmış ve enjeksiyon korkusuna rağmen, insülin kullanan hastaların tedavi uyumunun daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Boas ve diğ. 2014)

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Multipl Skleroz hastalarında tedavi uyumu etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla 211 MS hastası ile yapılan bu araştırmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $40,03 \pm 10,82$  olup, %70,1'i kadındır.
- Hastaların %88,2'si RRMS, %11,8'i SPMS hastalık tipine sahip olduğu ve %94,8'inin düzenli poliklinik kontrolüne gittikleri saptanmıştır.
- Araştırmamıza katılan hastalar ortalama  $3,79 \pm 3,76$  yıldır MS'e yönelik aynı koruyucu tedavi protokolünü sürdürmektedir.
- Çalışmaya katılan hastaların yaklaşık yarısının (%48) tedaviye uyum oranının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların %27,5'i tedavi uyumlarının kötü olduğunu, bunun da önemli oranda (%46) unutkanlıktan kaynaklandığını belirtmişlerdir.
- Hastaların %87,2'sinin en fazla yorgunluktan şikayet ettikleri ve %74,9'unun yorgunluğu hastalık ile ilişkilendirdiği saptanmıştır.
- Hastalık hakkındaki görüşler süre başlığında  $22,56 \pm 4,75$ , sonuçlar başlığında  $19,06 \pm 5,26$ , kişisel kontrol başlığında  $20,19 \pm 3,82$ , tedavi kontrolü başlığında  $17,82 \pm 3,89$ , hastalığı anlayabilme başlığında  $17,31 \pm 4,07$ , süre (döngüsel) başlığında  $13,78 \pm 3,46$ , duygusal temsiller başlığında  $18,91 \pm 5,71$  puan alınmıştır. Hastalığın olası nedenlerinde psikolojik nedenler ortalama ( $16,89 \pm 5,17$ ) ilk sırada yer almaktadır.
- Hastaların hastalık hakkındaki görüş boyutu süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) başlıklarında tedaviye uyum ile anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p > 0,05$ ).
- Çalışmaya katılan hastaların sosyal destek algıları iyi düzeyde olup (ÇBASD toplam puanı  $64,79 \pm 16,53$ ), hastalarda aile desteği arkadaş ve özel biri desteğine göre daha iyi algılanmıştır.
- Hastalarımızın tedaviye uyum puanına göre ÇBASD toplam puanı ( $r = -0,284$ ) ile arkadaş desteği ( $r = -0,248$ ) ve özel biri desteği ( $r = -0,251$ ) alt boyutları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Tedavi uyum puanı kategorize edilerek tedaviye uyum düzeylerinin ÇBASD'den

etkilenip etkilenmediği değerlendirildiğinde de en iyi sosyal destek puanları tedavi uyumu yüksek olan hastalardan elde edilmiştir ( $p<0,01$ ).

- Araştırmamızda yer alan MS hastalarının BDÖ toplam puan ortalaması  $13,10\pm 10,28$  olarak hesaplanmıştır. Hastaların %35,5'inde depresif semptomatoloji saptanmıştır.
- Hastaların BDÖ puanı tedaviye uyum puanı ile pozitif korelasyon göstermektedir ( $r= 0,383$ ;  $p<0,01$ ). BDÖ puanı, tedaviye uyum düzeyi düşük olanlarda en yüksektir ( $p<0,01$ ).
- Araştırmada yer alan hastalar arasında düzenli poliklinik kontrolüne gitmeyen ( $p<0,01$ ), MS nedeniyle hastanede yatan, ( $p<0,05$ ) ve enjeksiyon uygulama sıklığı haftada birin üzerinde olan hastaların ( $p<0,05$ ) tedavi uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.
- Hastaların tedavi şekli, enjeksiyonu uygulayan kişinin kim olduğu, IV infüzyon sayısı, hastanın tedaviyi karmaşık olarak değerlendirip değerlendirmemesi tedavi uyumunu etkilemezken, enjeksiyon uygulama sıklığı tedavi uyumunu etkilemiştir ( $p<0,05$ ). Haftada bir kez enjeksiyon uygulananlarda tedavi uyumu daha iyidir. Ayrıca koruyucu tedavinin uygulanma süresi ile tedavi uyumu ile pozitif zayıf ilişki göstermiştir ( $r= 0,171$ ;  $p<0,05$ ).

## ÖNERİLER

- Hastaların yarısında (%52) tedavi uyumu iyi düzeyde olmadığından, tedavi uyumunu artırmaya yönelik ailelerini de kapsayacak şekilde hasta eğitimleri planlanması
- Tedavi uyumsuzluğunda ilk sıradaki neden unutkanlık olduğundan, telefon ve saat alarmı kurulması gibi öneriler sunulması,
- MS nedeni ile bilişsel fonksiyonlarda etkilenebileceğinden, MS'li bireylerde bilişsel fonksiyonlar göz önünde bulundurarak, tedavi saatlerinin unutulmaması için farklı çalışmalar planlanması

- Hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve hasta yakınlarının da tedavi sürecine katılması konusunda desteklenmesi,
- MS hastalarında tedaviye uyumda depresyonun hastalığın yönetiminde önemli bir faktör olduğu görülüp, depresif semptomları olan hastaların tedavi uyum düzeylerinin daha kötü olduğunun saptanması sebebi ile hemşirelerin hastaları değerlendirirken depresif semptomları yakında takip etmesi,
- MS tedavisinde hastanın tedaviden en yüksek faydayı görmesi ve tedavi uyumu arttırmak amacıyla düzenli poliklinik kontrolüne gelmenin önemini belirtilmesi,
- Tekrarlı yatışlarda hastaların tedavi uyumunun daha kapsamlı değerlendirilmesi, tedavi uyumsuzluğu nedenlerinin ortaya konulması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- ALP, R., ALP, S. I., PLANCI, Y., YAPICI, Z., BORU, U. T. 2012. The Prevalence of Multiple Sclerosis in the North Caucasus Region of Turkey: Door-to-Door Epidemiological Field Study/Multipl Skleroz Prevelansi: Turkiye'nin Kuzey Dogusunda Epidemiyolojik Saha Calismasi. *Archives of Neuropsychiatry*, 49(4); 272-276.
- BAHAR, G., SAVAŞ, H. A., ÜNAL, A., SAVAŞ, E., KAYA, H., BAHAR, A. 2014. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu İçin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(2).
- BARDAK, N. 2018. D Vitamini ve Multipl Skleroz İlişkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 3(1); 66-70.
- BARİN, L., SALMEN, A., DİSANTO, G., BABAČIĆ, H., CALABRESE, P., CHAN, A., KAMM, C.P., KESSELRING, J., KUHLE, J., GOBBI C., POT C., PUHAN M.A., VON WYL V.. 2018. The Disease Burden of Multiple Sclerosis from the Individual and Population Perspective: Which Symptoms Matter Most?. *Multiple sclerosis and related disorders*, 25; 112-121.
- BATTAGLIA, M. A., BEZZİNİ, D. 2017. Estimated Prevalence of Multiple Sclerosis in Italy in 2015. *Neurological Sciences*, 38(3); 473-479.
- BECK, A.T. 1961. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1:561-571.
- BİLGİ, E., ÖZDEMİR, H. H., BULUT, S. 2013. Multipl Sklerozlu Hastalarda Depresyon ve Kognitif Fonksiyon Bozukluğu Sıklığının Belirlenmesi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 19(1), 11-14. [<http://tjn.org.tr/tr/jvi.aspx?pdire=tjn&plng=tur&un=TJN-15045>] (Erişim Tarihi: 05.03.2019)
- BOAS, L. C. G. V., LİMA, M. L. S. A. P., PACE, A. E. 2014. Adherence to Treatment for Diabetes Mellitus: Validation Of Instruments For Oral Antidiabetics And İnsulin. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(1): 11-18.
- BÖRÜ, Ü. T., ALP, R., SUR, H., GÜL, L. 2006. Prevalence of Multiple Sclerosis Door-to-Door Survey İn Maltepe, İstanbul, Turkey. *Neuroepidemiology*, 27(1): 17-21.
- BURKE, T., DİSHON, S., MCEWAN, L., SMRTKA, J. 2011. The Evolving Role of the Multiple Sclerosis Nurse: An International Perspective. *International journal of MS care*, 13(3), 105-112.
- CÂMARA, N. A. A. C., GONDİM, A. P. S. 2017. Factors Associated with Adherence to İmmunomodulator Treatment in People with Multiple Sclerosis. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 53(1).

- CARLİNG, A., FORSBERG, A., NİLSAGÅRD, Y. 2018. Falls in People with Multiple Sclerosis: Experiences of 115 Fall Situations. *Clinical Rehabilitation*, 32(4), 526-535.
- CUNNINGHAM, A., GOTTBORG, K., VON KOCH, L., HİLLERT, J. 2010. Non-Adherence to İnterferon-Beta Therapy in Swedish Patients with Multiple Sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 121(3), 154-160.
- ÇELİK, Y., BİRGİLİ, Ö., YILMAZ, H., KİYATI A., SAİP, S., ŞİVA, A., GÜLDİKEN, B., ÖZKAN, H., KUŞÇU, D., SÜTLAS, N., AĞAOĞLU, J., UTKU, U. 2011. Prevalence of Multiple Sclerosis in the Metropolitan Area of Edirne City, Turkey. *Balkan Medical Journal*, 28(2).
- DEGELMAN, M. L., HERMAN, K. M. 2017. Smoking and Multiple Sclerosis: a Systematic Review and Meta-Analysis Using the Bradford Hill Criteria for Causation. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 17, 207-216.
- DEMİRTAŞ, A., AKBAYRAK, N. 2017. Development of an assessment Scale for Treatment Compliance in Type 2 Diabetes Mellitus in Turkish Population: Psychometric Evaluation. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(3): 244-251.
- DEVONSHİRE, V., LAPIERRE, Y., MACDONELL, R., RAMO-TELLO, C., PATTİ, F., FONTOURA, P., SUCHET, L., HYDE, R., BALLA, I., FROHMAN, E.M., KİESEİER, B. C. 2011. The Global Adherence Project (GAP): A Multicenter Observational Study on Adherence to Disease-Modifying Therapies in Patients with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *European Journal of Neurology*, 18(1): 69-77.
- EFENDİ, H., KUŞÇU, Y.D. 2018. Türk Nöroloji Derneği Multipl Skleroz Çalışma Grubu. Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Galenos Yayınevi ([https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/MS\\_tan%C4%B1%20ve%20tedavi%202018.pdf](https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/MS_tan%C4%B1%20ve%20tedavi%202018.pdf)) (Erişim Tarihi: 12.10.2018)
- EKER D. ARKAR H. 1995. Perceived Social Support: Psychometric Properties of the MSPSS in Normal and Pathological Groups in a Developing Country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 30; 121-126.
- EKER D., ARKAR H. YALDIZ H. 2001. Factorial Structure, Validity, and Reliability of Revised
- ERBAY, Ö., YEŞİLBALKAN, Ö. U., YÜCEYAR, A. 2018. Multiple Sklerozlu Hastalarda Hastalık Modifiye Edici İlaç Tedavisine Uyumu Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2).  
[<http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/496>]  
(Erişim Tarihi: 03.01.2019)



- FEDRICK, F., TEMU, M. J. 2012. Factors Contributing to Non-Adherence to Diabetes Treatment Among Diabetic Patients Attending Clinic in Mwanza City. *East African Journal of Public Health*, 9(3), 90-95.
- GARG, N., SMITH, T. W. 2015. An Update on Immunopathogenesis, Diagnosis, and Treatment of Multiple Sclerosis. *Brain and Behavior*, 5(9), e00362.
- GBD 2016 Multiple Sclerosis Collaborators. Global, Regional, and National Burden of Multiple Sclerosis 1990-2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019 Mar;18(3):269-285. ([https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(18\)30443-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(18)30443-5/fulltext)) (Erişim Tarihi:12.04.2019)
- GERBER, B., COWLING, T., CHEN, G., YEUNG, M., DUQUETTE, P., HADDAD, P. 2017. The Impact of Treatment Adherence on Clinical and Economic Outcomes in Multiple Sclerosis: Real World Evidence from Alberta, Canada. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 18; 218-224.
- GOMES-VILLAS BOAS, L. C., FOSS, M. C., FREITAS, M. C. F. D., PACE, A. E. 2012. Relationship Among Social Support, Treatment Adherence and Metabolic Control of Diabetes Mellitus Patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 52-58.
- GOTTBERG, K., EINARSSON, U., FREDRIKSON, S., VON KOCH, L., HOLMQVIST, L. W. 2007. A Population-Based Study of Depressive Symptoms in Multiple Sclerosis in Stockholm County: Association with Functioning and Sense of Coherence. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78(1), 60-65.
- GUSTAVSEN, M. W., PAGE, C. M., MOEN, S. M., BJØLGERUDL, A., BERGHANSEN, P., NYGAARD, G. O., SANDVİK L., LIE, B.A., CELIUS, E.G., HARBO, H. F. 2014. Environmental Exposures and the Risk of Multiple Sclerosis Investigated in a Norwegian Case-Control Study. *BMC Neurology*, 14(1), 196.
- GÜN, Y., KORKMAZ, M. 2014. Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2).  
[(<http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/84>)]  
(Erişim Tarihi: 04.04.2019)
- HAO, J., PITCAVAGE, J., JONES, J. B., HOEGERL, C., GRAHAM, J. 2017. Measuring Adherence and Outcomes in the Treatment of Patients With Multiple Sclerosis. *J Am Osteopath Assoc*, 117(12), 737-747.
- HEDSTRÖM, A. K., BÄÄRNHJELM, M., OLSSON, T., ALFREDSSON, L. 2009. Tobacco Smoking, but Not Swedish Snuff Use, Increases the Risk of Multiple Sclerosis. *Neurology*, 73(9): 696-701.

- HEDSTRÖM, A. K., HILLERT, J., OLSSON, T., ALFREDSSON, L. 2013. Smoking and Multiple Sclerosis Susceptibility. *European Journal of Epidemiology*, 28(11), 867-874.
- HEYDARPOUR, P., KHOSHKISH, S., ABTAHI, S., MORADI-LAKEH, M., SAHRAIAN, M. A. 2015. Multiple Sclerosis Epidemiology in Middle East and North Africa: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology*, 44(4): 232-244.
- HIGUERA, L., CARLIN, C. S., ANDERSON, S. 2016. Adherence to Disease-Modifying Therapies for Multiple Sclerosis. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 22(12): 1394-1401.
- HINCAPIE, A. L., PENN, J., BURNS, C. F. 2017. Factors Associated With Patient Preferences For Disease-Modifying Therapies In Multiple Sclerosis. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 23(8); 822-830
- HISLI N. 1989. The Validity and Reliability of Beck Depression Inventory For College Students. *the Journal of Psychology*;2(7):3-13.
- IZQUIERDO, G. 2017. Multiple Sclerosis Symptoms and Spasticity Management: New Data. *Neurodegenerative Disease Management*, 7(6s), 7-11.
- KASSER, S. L., KOSMA, M. 2018. Social Cognitive Factors, Physical Activity, and Mobility Impairment in Adults with Multiple Sclerosis. *Behavioral Medicine*, 44(4): 306-313.
- KOCAMAN, N., ÖZKAN, M., ARMAZ, Z., ÖZKAN, S. 2007. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 271-280
- KOCH-HENRIKSEN, N., SØRENSEN, P. S. 2010. The Changing Demographic Pattern of Multiple Sclerosis Epidemiology. *The Lancet Neurology*, 9(5): 520-532.
- KÖŞKDERELİOĞLU, A., GEDİZLİOĞLU, M., ORTAN, P., ÖCEK, Ö. 2015. Multipl Skleroz Hastalarında Immunmodulator Tedaviye Uyumu Değerlendirilmesi. *Archives of Neuropsychiatry*. 52; 376-379.
- KUL, Ö. E., ÖKSÜZ, E.M. 2018. Kronik Hastalıklarda İlaç Tedavisi Uyumu ve Etkili Faktörler. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara
- LUBLIN, F. D., REINGOLD, S. C., COHEN, J. A., KESICI, G. R., SØRENSEN, P. S., THOMPSON, A. J., WOLINSKY, J.S., BALCER, L.J., BANWELL, B., BARKHOF, F. , BEBO, B J.R , CALABRESI, P.A., KLANET, M., COMI, G., FOX, R.J. , FREEDMAN, M.S., GOODMAN, A.D., INGLESE, M., KAPPOS, L., KIESEIER BC , LINCOLN JA , LUBETZKI C , MILLER AE , MONTALBAN X O'CONNOR, P.W. , PETKAU, J., POZZILLI, C., RUDICK, R.A., SORMANI, M.P., STÜVE, O., WAUBANT, E. ,

- POLMAN, C.H. 2014. Defining the Clinical Course of Multiple Sclerosis: the 2013 Revisions. *Neurology*, 83(3): 278-286.
- MCKAY, K. A., TREMLETT, H., PATTEN, S. B., FISK, J. D., EVANS, C., FIEST, K., CAMPBELL, T., MARRIE, R.A. 2017. CIHR Team in the Epidemiology and Impact of Comorbidity on Multiple Sclerosis (Ecoms). Determinants of Non-Adherence to Disease-Modifying Therapies in Multiple Sclerosis: A Cross-Canada Prospective Study. *Multiple Sclerosis Journal*, 23(4): 588-596.
- MİRZA, M. 2002. Multipl Sklerozun Etyolojisi ve Epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 24(1); 40-47.
- MORISKY, D. E., GREEN, L. W., LEVINE, D. M. 1986. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical care*, 67-74.
- MOSS-MORRIS, R., WEINMAN, J., PETRIE, K. HORNE R., CAMERON L., BUICK D. 2002. The Revised Illness Perception Questionnaire(IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1, 1-16. (<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870440290001494>) (Erişim Tarihi: 15.03.2019)
- NİKSERESHT, A., SALEHİ, H., FOROUGHİ, A. A., NAZERİ, M. 2016. Association Between Urinary Symptoms and Urinary Tract İnfection in Patients with Multiple Sclerosis. *Global Journal of Health Science*, 8(4): 253.
- O'CONNOR, A. B., SCHWİD, S. R., HERRMANN, D. N., MARKMAN, J. D., DWORKİN, R. H. 2008. Pain Associated with Multiple Sclerosis: Systematic Review and Proposed Classification. *PAIN®*, 137(1): 96-111.
- ORRELL, R. W. 2005. Multiple Sclerosis: The History of a Disease.
- OSTERBERG L., BLASCHKE T. 2005. Adherence to Medication. *N Engl J Med*;353:487-97.
- OŽURA, A., KOVAČ, L., ŠEGA, S. 2013. Adherence to Disease-Modifying Therapies and Attitudes Regarding Disease in Patients with Multiple Sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 115, S6-S11.
- ÖZEN, Ş., BOSTANOĞLU H. 2013. Multipl Sklerozlu Hastalarda Hastalık Algısı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- PATTİ, F. 2010. Optimizing The Benefit of Multiple Sclerosis Therapy: The Importance of Treatment Adherence. *Patient Preference and Adherence*, 4, 1.
- PREZİOSİ, G., GORDON-DIXON, A., EMMANUEL, A. 2018. Neurogenic Bowel Dysfunction in Patients with Multiple Sclerosis: Prevalence, Impact, and

Management Strategies. *Degenerative Neurological and Neuromuscular Disease*, 8, 79.

- RÍO, J., PORCEL, J., TÉLLEZ, N., SÁNCHEZ-BETANCOURT, A., TINTORÉ, M., ARÉVALO, M. J., NO, C.I., MONTALBAN, X. 2005. Factors Related with Treatment Adherence to Interferon b and Glatiramer Acetate Therapy in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 11(3), 306-309.
- ROMAN, C., MENNING, K. 2017. Treatment and Disease Management of Multiple Sclerosis Patients: a Review for Nurse Practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(10), 629-638.
- ROONEY, S., WOOD, L., MOFFAT, F., PAUL, L. 2019. Prevalence of Fatigue and Its Association with Clinical Features in Progressive and Non-Progressive Forms of Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 28, 276-282.
- ROŚIAK, K., ZAGOŹDŹON, P. 2017. Quality of Life and Social Support in Patients with Multiple Sclerosis.. *Psychiatria polska* , 51 (5), 923-935
- SOYUER, F., ÜNALAN, D., MİRZA, M. 2010. Multipl Sklerozda Depresif Semptomlar; Sosyodemografik Faktörler ve İşlevsellik ile İlişkisi. *Türk Nöroloji Dergisi* 16:31-35
- TEK Ş., YILDIZ M. 2019. Multipl Skleroz Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- THOMPSON, A. J., BANWELL, B. L., BARKHOF, F., CARROLL, W. M., COETZEE, T., COMÍ, G., CORREALE, J., FAZEKAS, F., FİLİPPİ, M., FREEDMAN, M.S., FUJİHARA, K., GALETTA, S.L., HARTUNG, H.P., KAPPOS, L., LUBLİN, F.D., MARRİE, R.A., MİLLER, A.E., MİLLER, D.H., MONTALBAN, X., MOWRY, E.M., SORENSEN, P.S., TINTORÉ, M., TRABOULSEE, A.L., TROJANO, M., UİTDEHAAG, B.M.J., VUKUSİĆ, S., WAUBANT, E., WEİNSHENKER, B.G., REİNGOLD, S.C., COHEN, J.A. 2018. Diagnosis of Multiple Sclerosis: 2017 Revisions of the McDonald Criteria. *The Lancet Neurology*, 17(2), 162-173.
- THOMPSON, K., KULKARNİ, J., SERGEJEW, A. A. 2000. Reliability and Validity of a New Medication Adherence Factors Related with Treatment Adherence to Interferon b and Glatiramer Acetate Therapy in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 11(3), 306-309.
- TOPÇUOĞLU, M. A., DURNA, Z., KARADAKOVAN, A. 2014. Nörolojik Bilimler Hemşireliği. . *İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri*, sy. 472-[487].
- TREADAWAY, K., KESİCİ, G., SALTER, A., LYNCH, S., SİMSARİAN, J., CORBOY, J., JEFFERY, D., COHEN, B., MANKOWSKİ, K., GUARNACCİA, J., SCHAEFFER, L., KANTER, R., BRANDES, D.,

- KAUFMAN, C.I., DUNCAN, D., MARDER, E., ALLEN, A., HARNEY, J., COOPER, J., WOO, D., STÜVE, O., RACKE, M., FROHMAN, E.M. 2009. Factors That Influence Adherence with Disease-Modifying Therapy in MS. *Journal of neurology*, 256(4), 568.
- TREMLETT, H. L., OGER, J. 2003. Interrupted Therapy: Stopping and Switching of the B-İnterferons Prescribed for MS. *Neurology*, 61(4), 551-554.
- TULLMAN, M. J. 2013. Overview of the Epidemiology, Diagnosis, and Disease Progression Associated with Multiple Sclerosis. *Am J Manag Care*, 19(2 Suppl), S15-20.
- TUNCAY, F. Ö. 2018 Multipl Sklerozda Yorgunluk Yönetiminde Farklı Bir Girişim: Soğutucu Giysi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 32(1), 41-46. [<https://dergipark.org.tr/deutip/issue/37044/536988>] (Erişim Tarihi: 04.04.2019)
- TURAN, G. B., AKSOY, M., ÇİFTÇİ, B. 2019. Effect of Social Support on the Treatment Adherence of Hypertension Patients. *Journal of Vascular Nursing*, 37(1), 46-51.
- TÜLEK, Z. (2016). Multipl Skleroz ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 2(2); 26-36.
- VERDUGO, R. M., HERRÁIZ, E. R., FERNÁNDEZ-DEL OLMO, R., BONET, M. R., GARCÍA, M. V. 2019. Adherence to Disease-Modifying Treatments in Patients With Multiple Sclerosis in Spain. *Patient Preference and Adherence*, 13, 261.
- VIZVİZ, G. Y., BEŞER A. 2018. Multipl Skleroz Hastalarında Sosyo-Demografik Özelliklerin ve Algılanan Sosyal Desteğin Tedaviye Uyuma Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Koç Üniversitesi, İstanbul.
- WEINMAN J., PETRIE K., MOSS-MORRIS R., HORNE R. 1996. The İllness Perception Questionnaire: A New Method For Assessing the Cognitive Representation of İllness. *Psychol Health*, 11:431-445.
- WHO (World Health Organization) Chronic Diseases and Health Promotion. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action [[https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)] Erişim tarihi:18.04.2019
- WINSLOW, A. 2016. An update on MS Nurse PRO Fessional, an Ongoing Project of the European Multiple Sclerosis Platform. *Neurodegenerative Disease Management*, 6(6s), 37-40.
- YILMAZ, A.T., ÖZDELİKARA A. 2019. Multiple Sklerozlu Hastaların Aldıkları Sosyal Desteğin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

YORULMAZ, H., TATAR, A., SALTUKOĞLU, G., SOYLU, G. 2013. Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, (2), 367-387. [(<https://dergipark.org.tr/download/article-file/73036>) (Erişim Tarihi: 18.04.2019)]

ZENGİN, O., ERBAY, E., YILDIRIM, B., ALTINDAĞ, Ö. 2017. Multipl Skleroz Hastalarında Yaşam Kalitesi, Baş Etme ve Sosyal Destek: Pilot Çalışma. *Türk Nöroloji Dergisi*, 23(4), 211-218.

ZİMET G.D., DAHLEM N.W., ZİMET S.G. FARLEY G.K. 1988 The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* 52:30-41.



**EKLER****EK 1. HASTA TANILAMA FORMU**

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Multipl Skleroz hastalarında tedaviye uyumu değerlendirmek amacıyla yüksek lisans tez projesi olarak planlanmıştır. Soruları cevaplamanız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Verilecek yanıtlar, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.

NKU SBE İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Yüksek Lisans Öğrencisi

Derya GİRĞİN

1. Cinsiyetiniz? a. Kadın b. Erkek
2. Yaşınız?: .....
3. Medeni durumunuz?
  - a) Evli b) Bekar c. Boşanmış /ayrı yaşıyor d. Eşi vefat etmiş
4. Mesleğiniz?.....
5. Çalışma durumunuz? a. Tam zamanlı b. Yarı zamanlı c. Çalışmıyor
6. Sosyal güvenceniz:
  - a) Var b) Yok
7. a) Eğitim durumunuz?
  - a. Okur-yazar değil b. Okur yazar c. İlkokul
  - d. Ortaokul e. Lise f. Üniversite ve üzeri
- b) Eğitim süreniz? .....yıl
8. Gelir durumunuz?
  - a. Gelirim giderime eşit b. Gelirim giderimden az c. Gelirim giderimden fazla
9. Evde kiminle /kimlerle yaşıyorsunuz?
  - a. Eş b. Çocuk c. Anne-baba d. Yalnız e. Kardeş f. Arkadaş
  - Diğer.....





b) Kas içine/ doku altına iğne şeklinde

c) Damar yolu ile

d) Diğer .....

21. Eğer tedaviniz evde iğne şeklinde uygulanıyor ise uygulama sıklığı nasıldır?

a) Haftada 3 gün

b) Gün aşırı

c) Haftada bir gün

d)

Diğer.....

22. Eğer tedaviniz evde iğne şeklinde ise uygulamayı kim yapıyor?

a) Kendim

b) Eşim

c) Kızım/oğlum

d) Annem-babam

e) Sağlık personeli

f) Diğer

23. Eğer tedaviniz damar yolu ile ise uygulama sıklığı nasıldır?

a) ....

24. İlaç tedavi düzeninizin karmaşık/zor olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

c) Bazen

25. Ne kadar süredir şu anki tedavi düzeninde devam ediyorsunuz?

.....yıl ..... ay

## EK 2. MORİSKY İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ

SIRA NO	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

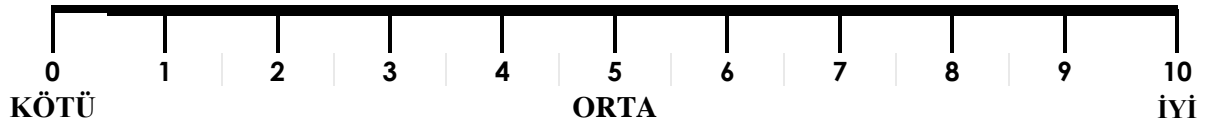
-----

----

Şu an ki tedavi uyumunuzu değerlendiriniz.



Eğer daha önce başka bir tedavi yöntemi kullandıysanız tedavi uyumunuzu değerlendiriniz.



Tedavi uyumunuzun kötü olduğunu düşünüyorsanız uyumsuzluk nedenlerinizi belirtiniz.

- Unutkanlık
- Yan etki
- Sosyal zorluk
- Enjeksiyon korkusu
- Diğer (belirtiniz) .....

### EK 3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek için karamsarım.

(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alıyorum. 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.alamıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Herşeyden sıkılıyorum

5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6 (0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum

12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş

buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum

14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum

15 (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor



**EK 4.****ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

**Yönerge:** Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da 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 birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

**1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan ( örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan ( örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) 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 ( örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) alırım**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) 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 arkadaşşıma güvenebilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**8. Sorunlarımı ailemle ( örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) 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. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

**11. Kararlarımı vermemde ailem (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) 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 5.HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

İsim:

Tarih:

### HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜLERİNİZ

	Hastalığının başlangıcından itibaren bu belirtiyi yaşadım	Bu belirti hastalığınızla ilgili
Ağrı-----	Evet----Hayır	Evet ----Hayır
Boğazda yanma-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Bulantı-----	Evet---- Hayır	Evet----Hayır
Soluk almada güçlük-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Kilo kaybı-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Yorgunluk-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Eklem sertliği-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Gözlerde yanma-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Hırıltılı soluma-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Baş ağrıları-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Mide yakınmaları-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Uyku güçlükleri-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Sersemlik hissi-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Güç kaybı-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp

katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4: Böyle düşünüyorum

2: Böyle düşünmüyorum

5: Kesinlikle böyle düşünüyorum

3: Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					

17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

## HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizece hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı

yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni

okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X)

işareti koyarak belirtiniz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4: Böyle düşünüyorum

2: Böyle düşünmüyorum  
düşünüyorum

5: Kesinlikle böyle

3: Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					

Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre

yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

## EK. 6 NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



T.C.  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı: 2018/

29/03/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz "MS'li Bireylerde Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler" başlıklı ve 2018/31/03/24 nolu prospektif araştırmanız incelenmiş olup, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oybirliği/oyçokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evet	Hayır	
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza KIZILIR	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nilzel TAŞDEMİR	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gürdüz YÜMÜK	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL YILDIRIM	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Bırol TOPÇU	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet ÖZKARAMANLI GÖR	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk COŞKUNKAN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	V <input checked="" type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Başkanın Unvanı /Adı/ Soyadı /İmza: Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030  
Telefon: (0 382) 250 59 14 - Faks: (0 382) 250 99 28  
Elektronik Adı: <http://tp.nku.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Prof. Dr. Deniz BENCİBER  
e-posta: [edrenben@nku.edu.tr](mailto:edrenben@nku.edu.tr)

**EK. 7 KURUM İZİNLERİ**

2

**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ  
NÖROLOJİ AD BAŞKANLIĞI'NA**

Sorumlu yürütücüsü olduğum "MS'li Bireylerde Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın nöroloji polikliniğinde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

21.03.2018

Yrd. Doç. Dr.Zeynep Kurtuluş Tosun  
Sorumlu Yürütücü  
İç Hastalıklar Hemşireliği AD



UYGUNDUR

.....

T.C.  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Prof. Dr. Ali İzzet ÖRGÜT  
Nöroloji Anabilim Dalı

**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE  
UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum “MS’li Bireylerde Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler” isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

21.03.2018

Yrd. Doç. Dr.Zeynep KURTULUŞ TOSUN  
Sorumlu Yürütücü  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



UYGUNDUR  
.....

Adı Soyadı  
Merkez Müdürü  
C.  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Doç.Dr. Falih HOROZOĞLU  
Merkez Müdürü







T.C.  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı  
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 46959894-600  
Konu : Çalışma hk.

-E.204867

13/02/2018

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 12/02/2018 tarihli ve 204074 sayılı yazı,

Yrd. Doç. Dr. Zeynep KURTULUŞ TOSUN'un "MS"li Bireylerde Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler isimli çalışması Nöroloji Anabilim Dalında yapılması uygun görülmüştür. Bilgileriniz rica olunur.

**e-İmzalıdır**

Prof. Dr. Babürhan F. GÜLDİKEN  
Anabilim Dalı Başkanı

Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne

Telefon:2842357653 Faks:2842357652

E-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://tipfak.trakya.edu.tr/

Bilgi için: Gamze ERCEYLAN

Unvanı: Sekreter



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

**EK 8. ÖZGEÇMİŞ****ÖZGEÇMİŞ****Kişisel Bilgiler**

Adı-Soyadı	Derya GİRGIN
Doğum Tarihi	02.08.1985
Doğum Yeri	Uzunköprü/Edirne
Telefon	05383370187
e-mail	deryagirgin22@outlook.com

**Eğitim Düzeyi**

Öğrenim	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Namık Kemal Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Gaziantep Üniversitesi Kilis Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu	2004-2008
Lise	Edirne Lisesi	1999-2003

**İş Deneyimi**

Kurum	Görevi	Süre
Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	Hemşire	2013-halen
Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi	Hemşire	2010-2013
Özel Edirne Ekol Hastanesi	Hemşire	2008-2010

**Yabancı Dil Bilgisi**

Yabancı Dil	Seviye
İngilizce	Orta

**Bilgisayar Bilgisi**

Program	Seviye
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi