



**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARIN ALDIKLARI
SOSYAL DESTEĞİN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuba ALTINKAYNAK YILMAZ

SAMSUN

Ocak-2019



**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARIN ALDIKLARI
SOSYAL DESTEĞİN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuba ALTINKAYNAK YILMAZ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA

SAMSUN

Ocak-2019

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Tuba ALTINKAYNAK YILMAZ tarafından Dr. Öğr.Üyesi Afitap ÖZDELİKARA danışmanlığında hazırlanan “**Multiple Sklerozlu Hastaların Aldıkları Sosyal Desteğin Anksiyete Düzeyine Etkisi**” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 11/01/2019 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin boyunca sabrı ve özverisiyle hep yanımda olan çalışmamın her aşamasında bilgisini ve desteğini esirgemeyen, her zaman mesleki değerleri ve örnek akademisyenliği ile kendisini örnek aldığım, bilgi ve deneyimleriyle bana yeni ufuklar açan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Afitap ÖZDELİKARA'ya, en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez verilerimin toplanması esnasında bana yardımcı olan ve hiçbir yardımını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Murat TERZİ'ye ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nın güleryüzlü çalışanlarına çok teşekkür ederim.

Hayatım boyunca her kararında bana destek olan hakları ödenmez değerli annem Fatma ALTINKAYNAK'a, babam Mustafa ALTINKAYNAK'a ve sevgili kardeşim Elif ALTINKAYNAK SARAL'a ve değerli eşi Hasan SARAL'a teşekkürü borç bilirim.

Son olarak tez çalışmam boyunca, beni hiç yalnız bırakmayan, her zaman desteğini arkamda hissettiğim değerli eşim Emrah YILMAZ'a ve varlığıyla beni motive eden, yaşam kaynağım biricik kızıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.17.012 proje numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET

MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARIN ALDIKLARI SOSYAL DESTEĞİN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ

Amaç: Bu çalışma Multiple Skleroz (MS) hastalarının aldıkları sosyal desteğin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği ve Polikliniği'nde 01.03.2017 ve 16.02.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, 18 yaş ve üzerinde olan, en az altı ay önce MS tanısı alan, psikiyatrik hastalık tanısı almayan 123 MS hastası oluşturmuştur. Veriler hastaların sosyo-demografik, hastalık ve anksiyete durumlarına ilişkin 28 soruluk anket formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların, %70,7'sinin 32 yaş ve üzeri, %65,9'unun kadın, %69,1'inin evli, %39'unun ilköğretim mezunu, %29,2'sinin hastalık nedeniyle çalışmıyor durumda olduğu, %34,1'inin 9 yıl ve daha uzun süredir MS tedavisi aldığı belirlenmiştir. Hastaların %30,1'i MS nedeniyle sosyal ilişkilerinin devamlı etkilendiğini, %87,8'i anksiyete yaşadığını, %43,1'inin hastalık süresince eşinden destek aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $57,18 \pm 18,5$, HAM-A toplam puan ortalaması $20,33 \pm 10,42$ olarak bulunmuştur. ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile EDSS arasında negatif yönlü zayıf anlamlı ilişki, HAM-A toplam puan ortalaması ile EDSS arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı ilişki elde edilmiştir. ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile HAM-A toplam puanı ve alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Sonuç: Elde edilen bulgular doğrultusunda MS hastalarının aldıkları toplam sosyal destek puanının yüksek düzeyde, toplam anksiyete puanının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Sosyal destek ile anksiyete düzeyleri arasında negatif ilişki elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Multiple skleroz; Sosyal destek; Anksiyete; Hemşirelik

Tuba ALTINKAYNAK YILMAZ, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi- Samsun, Ocak-2019

ABSTRACT

**THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT ON THE LEVEL OF ANXIETY TO
PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS**

Aim: This study was planned as a descriptive study in order to determine the effect of social support on Multiple Sclerosis (MS) patients' anxiety level.

Material and Method: This study was conducted between 01.03.2017 and 16.02.2018 at the Neurology Clinic and Polyclinic of Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Hospital. The sample of the study consisted of 123 MS patients, 18 years of age and over, who were diagnosed with MS at least six months ago and were not diagnosed with psychiatric disease. The data were collected using a 28-questioned questionnaire on socio-demographic, disease and anxiety status of the patients, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Hamilton Anxiety Rating Scale.

Results: The patients who participated in the study, 70.7% were 32 years and over, 65.9% were women, 69.1% were married, 39% were primary school graduates, 29.2% were unable to work because of illness, It was determined that 34.1% had been treated with MS for 9 years or longer. In order 30.1% of the patients had continuous social relations due to MS, 87.8% had anxiety and 43.1% had support from their spouses during the illness. The mean total score of the participants in the study was 57.18 ± 18.5 and the mean total score of HAM-A was 20.33 ± 10.42 . A significant weak negative correlation was found between the mean total score of the MSPSS and EDSS, and a significant weak positive correlation between the mean total score of the HAM-A and EDSS ($p < 0.05$). There was a weak negative correlation between the mean total score of the MSPSS and the HAM-A total score and the sub-dimensions ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the findings, it was found that the total social support score of the MS patients was high and the total anxiety score was moderate. A negative correlation was found between social support and anxiety levels.

Keywords: Multiple sclerosis; Social support; Anxiety; Nursing

Tuba ALTINKAYNAK YILMAZ, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University - Samsun, January– 2019

SİMGELER VE KISALTMALAR

BOS	: Beyin-omurilik Sıvısı
ÇBASDÖ	:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
EDSS	: Expanded Disability Status Scale
HAM-A	:Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HLA	: Histokompatibilite Antijenleri
IgG	: İmmünglobulin G
KİS	: Klinik İzole Sendrom
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MS	: Multipl Skleroz
MSS	:Merkezi Sinir Sistemi
PPMS	: Primary Progressive Multiple Sclerosis
RIS	: Radyolojik İzole Sendrom
ROM	:Range of Motion
RPMS	: Relapsing Progressive Multiple Sclerosis
RRMS	: Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis
SAPMS	: Tek Atak Progresif Multiple Skleroz
SPMS	: Secondary Progressive Multiple Sclerosis
SSS	: Santral Sinir Sistemi

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Multiple Skleroz.....	5
2.2. Epidemiyoloji.....	5
2.3. Fizyopatoloji	6
2.4. Etiyoloji.....	7
2.5. MS'in Klinik Belirti ve Bulguları	8
2.6. MS'in Klinik Tipleri	10
2.7. Tanı	11
2.8. Prognoz	11
2.9. MS Tedavisi	12
2.9.1.Akut Atak Tedavisi.....	12
2.9.2.Hastalığın Doğal Gidişini Değiştirmeye Yönelik Tedaviler.....	13
2.9.3.Semptomatik Tedaviler	14
2.10. MS'li Hastanın Hemşirelik Bakımı.....	14
2.10.1.Atak Yönetimi.....	15
2.10.2.Hastalık Modifikasyonu.....	16

2.10.3.Semptom Yönetimi	17
2.10.4.MS'li Hastanın Eğitimi	21
2.10.5.MS'li Hastalarda Psikososyal Bakım	22
2.11. MS ve Sosyal Destek	23
2.12. MS ve Anksiyete	24
2.13. MS'li Hastalarda Sosyal Destek ve Anksiyete İlişkisi.....	25
3. MATERYAL VE METOT.....	29
3.1. Araştırmanın Şekli	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.4. Verilerin Toplanma Şekli ve Süreleri	30
3.5. Veri Toplama Araçları	30
3.5.1.Tanımlayıcı Anket Formu	30
3.5.2.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	30
3.5.3.Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A).....	31
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	31
3.7. İstatistiklerin Değerlendirilmesi.....	31
3.8. Araştırmanın Etik Boyutları	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	47
5.1.ÇBASDÖ ve HAM-A Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması.....	47
5.2.Hastaların Bazı Değişkenlerine Göre ÇBASDÖ'ne İlişkin Bulguların Tartışılması	48
5.3.Hastaların Bazı Değişkenlerine Göre HAM-A Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	52

5.4. EDSS ile ÇBASDÖ ve HAM-A Arasındaki İlişkinin Tartışılması	55
5.5. ÇBASDÖ ve HAM-A Puan Ortalamalarına Ait İlişkinin Tartışılması.....	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	60
EKLER	70
ÖZGEÇMİŞ	79



1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Multiple Skleroz (MS) çok çeşitli ve değişken semptomlar gösteren, farklı düzeylerde fonksiyonel kısıtlamalar oluşturarak özürllülüğe neden olan, kişinin sosyal ve meslek hayatında ileri düzeyde engellilik yaratan ve yaşam kalitesini bozan kronik nörolojik bir hastalıktır (Taylor, 2000).

Santral sinir sisteminin (SSS) birçok bölgesini etkilediği için MS hastalığında farklı klinik tablolar ile karşılaşmaktadır. En sık olarak duyuşal, görsel, serebellar, motor, kognitif, seksüel sorunlar, beyin sapı sorunları, yorgunluk ve duygudurumuna ilişkin sorunlar görölmektedir. Hastalığın başlangıç dönemlerinde sadece ataklar sırasında görölrken giderek yerleşen ve kalıcı hale gelen bu sorunlar, bireylerin yaşamlarını her yönden zorlaştırmaktadır.

MS'de hastalık şiddeti, yıllık atak sayısı ve hastaların engellilik derecesi, Genişletilmiş özürllülük durumu ölçeği (Expanded disability status scale) (EDSS) olarak bilinen skalaya göre belirlenir. EDSS, sinir sistemi fonksiyonlarının işlevsel sistem olarak bilinen sekiz bölgesinin ölçümüne dayanır. EDSS skalasındaki değerlendirme puanları 0 ile 10 arasında değişir. Sıfır puanda fonksiyonel kayıp yoktur, on ise hastanın MS'ten öldüğü anlamına gelir. EDSS skoru beşin altında olan hasta ambulatuvar olup, altının üzerinde olan EDSS skoru, hastanın yürüyebilmek için destek cihazlara ihtiyacı olduğunu göstermektedir (Krutzke, 2000).

Kronik ve giderek ilerleyen hastalıklar bireyleri sadece fiziksel olarak etkilemekle kalmayıp aile yaşantılarında, sosyal ilişkilerinde, iş yaşamlarında önemli problemlere neden olmaktadır (Tülek, 2007; Tüzer, 2011). Yaşanan tüm bu sorunlardan başka MS hastalığında gelişen yetiyitimini bireylerin öngörememesi, hastalarda gelecek kaygısına neden olmaktadır. Bireylerin yaşamlarının genç ve üretken döneminde gelecek konusunda belirsizlik yaşamaları da ayrıca bir stres kaynağı oluşturmaktadır (Tülek, 2007).

Hastalığın ilerleme sürecini önlemek amacıyla aile üyeleri tarafından hasta bireye sağlıklı yaşam için getirilen aşırı kısıtlamalar, hastayı yaşamın olası streslerden koruma çabaları; hastanın aile içi ve toplumsal rollerinde değişikliklere, yeterli

olamama duygusu ve aileye yük olma gibi suçluluk duygularına sebep olmaktadır. Bireyin çevresine bağımlı olması, çevrenin acıma duyguları ve reddedilme korkusu, hastanın yakınlarına ve tedavi ekibine kendini serbestçe ifade etmesini de güçleştirmektedir. Ortaya çıkan bu negatif sarmal sonucu hastalığın ilerlemesi tetiklenmektedir (Özkan, 2010).

Özdemir ve Aşiret'in MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada, hastaların %47,5'inin işsiz olduğu, %12,9'unun hastalıktan dolayı işini bırakmak zorunda kaldığı ve %71,3'ünün hastalığa bağlı sosyal yaşamının kısıtlandığı belirtilmiştir (Özdemir ve Aşiret, 2011). Yapılan başka bir çalışmada hastaların %27,7'sinin çok genç yaşta MS hastalığına yakalandıkları için evlenemedikleri, %11,1'inin ise MS'e bağlı yaşadıkları sıkıntılar nedeniyle boşandıkları bildirilmiştir (Kayıhan ve ark., 2003). Üstelik yaşanan bu sorunlar sadece hastayı değil, bakım verici rolü üstlenen hasta yakınlarını da etkilemektedir. Hasta yakınının tüm yaşantısını hastanın bakımını ve onun gerçekleştiremediği rolleri üstlenecek şekilde düzenlemek zorunda kalmasına yol açmaktadır. Bütün bu sorunlar, hasta ve yakınının yaşam kalitesini etkilediği gibi, sosyal yaşamdan uzaklaşmayı da beraberinde getirmektedir (Tülek, 2007).

Sosyal destek; stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak tanımlanır (Sorias,1988; Eker ve Arkar,1995). Sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili kabul edilen bir sosyal değişkendir. Stresle baş etme, ruhsal hastalıklardan korunma, problem çözme ve sosyal destek ilişkisini konu edinen birçok araştırmacı, sorunlarla baş etmede sosyal desteğin çok önemli bir rolü olduğu konusunda fikir birliğine varmışlardır (Görgü 2005).

Geniş bir sosyal ağ içinde bulunan insan; eş, ebeveyn, komşu ya da arkadaş gibi birbirinden farklı roller sürdürür. Birey, bu farklı yaşantılar içinde değerli görülüyor, seviliyor, ihtiyaç duyduğunda yardım alıyorsa, kendini o denli mutlu ve güven içinde hisseder. Bu durumun aksine, sosyal ilişkiler yetersiz olduğunda, değersizlik duyguları ve anksiyete daha sık yaşanır (Sorias, 1988). Mohr'un MS hastalarıyla yaptığı çalışmada, MS ataklarının tetiklenmesini stresle birlikte; hayata karşı olumsuz bakış açısı, problemlerle etkisiz baş etme, anksiyete ve düşük sosyal

desteğin de etkilediği belirlenmiş ve hastalığa uyumun önemi vurgulanmıştır (Mohr, 2008).

Anksiyete, MS'de yüksek oranda görülen tablolardan biridir. Görülme sıklığı %20-40 arasındadır. Anksiyetenin nedenleri arasında, hastaların kendilerinde meydana gelen mental, bilişsel ve fonksiyonel kayıpları fark etmeleri, çevreden gelen uyarıların yeterli değerlendirilememesi, olayların üstesinden gelememe, sosyal kayıpların yaşanması, yalnız kalma, hastalığa bağlı yaşanan fiziksel zorluklar yer alabilir (İrkeç ve Işık, 1998). Yeni tanı almış MS hastalarının hastalık deneyimlerini inceleyen bir araştırmada, hastaların büyük çoğunluğunun MS hastası olduklarını öğrendikten sonra yoğun anksiyete ve stres yaşadıkları belirlenmiştir (Isaksson ve Ahlstrom, 2006).

Hastalıkla birlikte görülen anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunların belirlenmesi ve bireyin bu sorunlarla etkili baş etmesinde sosyal destek kaynaklarını kullanabilmesi önemlidir. Yeterli sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırdığı, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık sürecinin uzamasına neden olarak hastalığa uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir (Aras ve Tel 2009). Bu anlamda sosyal desteğin sağlanması en önemli görev hasta ile en çok zaman geçiren hemşirelere düşmektedir. Hemşirelerin bu görevi yerine getirebilmeleri için hastanın sosyal destek ihtiyacını ve destek çeşidinin bireysel farklılık gösterdiğini bilmeleri ve uygun yaklaşımda bulunmaları gerekmektedir (Ardahan, 2006).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma MS'li hastaların hastalık sürecinde aldıkları sosyal desteğin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. MS hastalarının sosyo-demografik, hastalık ve anksiyeteye ilişkin özellikleri nelerdir?

2. MS hastalarının sosyo-demografik, hastalık ve anksiyeteye ilişkin verilerine göre anksiyete düzeyleri değişiklik göstermekte midir?

3. MS hastalarının sosyo-demografik, hastalık ve anksiyeteye ilişkin verilerine göre algıladıkları sosyal destekleri değişiklik göstermekte midir?

4. MS hastalarının anksiyete düzeyi ile sosyal destekleri arasındaki ilişki nasıldır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multiple Skleroz

MS, genç erişkinleri etkileyen, genellikle atak ve remisyonlarla seyreden, SSS beyaz cevherini multiple lokalizasyonlarda etkileyen, çevresel ve genetik etmenlerin rol oynadığı, otoimmün, inflamatuvar, demiyelinizasyonla birlikte akson kaybının da olduğu kronik bir hastalıktır (İdiman, 2004).

MS hastalığı ilk olarak 1868 yılında Fransız Nörolog Jean Martin Charcot tarafından tanımlanmıştır. 'Sclerose en plaques' olarak isim almıştır (Kesselring ve Beer, 2005; Ciccarella ve Toosy, 2006).

Hastalığın en önemli özelliği heterojen olmasıdır. MS hastalığı, hastalığın seyri, tedavi cevabı ve patoloji yönünden hastalar arasında büyük farklılıklar gösterir. Bu farklılıklar, MS'nin tek bir hastalık olmayıp bir sendrom olarak görülmesine neden olmuştur (Trapp ve Stys, 2009).

2.2. Epidemiyoloji

Multiple skleroz hastalarının ülkemizde ortalama 35.000 kadar olduğu; dünya çapında ise 2,5 milyondan fazla olduğu bildirilmektedir (Kankaya ve ark., 2016).

MS semptomları hastaların 2/3'ünde 20-40 yaş arası başlamaktadır. Ancak hastalık başlangıcının belirtilerden önce olduğu kabul edilmektedir. Zirve insidansı 30-33 yaşları olup 12 yaş altında ve 55 yaş üzerinde hastalık nadir görülür. Diğer otoimmün hastalıklarda da olduğu gibi kadınlarda görülme sıklığı erkeklerin 2 katıdır (Mirza, 2002; Halper, 2009).

MS prevalansı bölgeler arasında ciddi farklılıklar sergiler. Hastalığın görülme sıklığı genel olarak her iki yarım kürede de ekvatorдан uzaklaştıkça artar. MS hastalığı, beyaz ırkta Afrika kökenlilere kıyasla daha sık görülür, ancak bu durumun esas nedeninin Afrika kıtasındaki tanıya dönük donanımın yetersizliğinden olduğu düşünülmektedir (WHO, 2008). Ülkemizde MS'in 2000-2500 kişide bir görüldüğü; görülme sıklığının Asya ve Orta Doğu ülkelerinden yüksek, Avrupa'dan düşük olduğu tahmin edilmektedir (Eraksoy ve ark., 2013).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ise, 2013’de mortalite nedenlerine bakıldığında sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları %4.1 ile altıncı sırada, sakat bırakan hastalıklar arasında da MS, birinci sırada yer almaktadır. MS nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısı 2004’de 106 kişi, 2010’da 120 kişi, 2012’de ise 140 kişi olarak tespit edilmiştir (TÜİK, 2013).

2.3. Fizyopatoloji

MS hastalığı nedeni tam olarak bilinmeyen ve kesin tedavisi olmayan kronik bir hastalıktır. MS’de serebellumun periventriküler beyaz maddesi, perivenöz alanlar, optik sinir çevresi, beyin sapı ve spinal kord başta olmak üzere merkezi sinir sistemi (MSS)’nin her alanında plaklar oluşabilir. Bu plaklar beynin miyelin içeren bölümlerinde oluşur ve zamanla skar dokusuna dönüşür. Beyin ve spinal kordda miyelin ve akson hasarına neden olan mekanizmanın otoimmün kaynaklı olduğu düşünülmekte ancak bu otoimmün olayları hangi sürecin başlattığı tam olarak bilinmemektedir (Tülek, 2007; Compston ve Coles, 2008; Harris ve Halper, 2008).

MS oluşumundan T hücreleri sorumlu tutulmaktadır. T lenfositlerinin bilinmeyen nedenlerle aktive olduğu ve kan beyin bariyerini aşarak merkezi sinir sistemine girdiği düşünülmektedir. Bu aşamada antikorların, makrofajların ve inflamasyona neden olan sitokinlerin salındığı ve miyelin içeren hücreleri hedef alan bir dizi immünopatojik olayın gerçekleştiği ve sonunda miyelin kılıf hasarının oluştuğu belirtilmektedir (Ciccarelli ve Toosy, 2006; Tülek, 2007; Compston ve Coles, 2008).

Demiyalizasyonun ardından remiyalizasyon (iyileşme) safhası gelişmektedir. İyileşme safhası hastadan hastaya hatta aynı hastada zaman içinde farklılık göstermektedir. Remisyon döneminde miyelin proteinlerinin zarar gören aksonları onardığı, inflamasyonun gerilediği, semptomların azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı belirtilmektedir. Ancak hastalığın ilerlemesiyle sinir hücrelerinin miyelin kılıfı tamamen zarar görmekte, yerini sert, sklerotik skar dokusu almaktadır. Buna bağlı olarak geri dönüşümsüz fonksiyon kayıpları oluşmaktadır (Marrie,2004; Compston ve Coles, 2008).

2.4. Etiyoloji

MS etiyojisinde kesin olmamakla birlikte, birçok faktörün etkili olduğuna inanılmaktadır. Viral ya da bakteriyel bir neden tarafından miyelin kaybı ya da miyelin hassasiyetine neden olan bir immünolojik olayın da MS ile ilişkili olduğu hipotezi bulunmaktadır (Buragave ark., 2010; Halper ve Holland, 2010).

Genetik Faktörler: İkizlerle yapılan araştırmalargenetik etkinin MS için risk olduğunu göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde MS görülme riski %30 iken çift yumurta ikizlerinde (ikiz olmayan kardeşlerle aynı) %5 olarak bildirilmiştir (Hauser ve ark., 2005; İdiman, 2005). Ailesinde MS hastalığı olan kişilerde MS gelişme riskinin %20 olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle genetik yatkınlık MS için önemli bir belirleyicidir (Dobson ve Giovannoni, 2013).

Çevresel Faktörler: Ekvatordan uzakta olma, düşük güneş ışığına maruz kalma, D vitaminin düşük olması MS oluşma riskini artırmaktadır. D vitaminin kaynağı kolesteroldür ancak ultraviyole ışınlarının da D vitamini sentezinde büyük bir rolü vardır. D vitamininin beyinde metabolizmasının olduğu ve major metabolitlerinin kan-beyin bariyerini aştığı tespit edilmiştir. Bu da D vitamininin nörolojik hastalıklar ile ilişkisinin olduğunu düşündürmektedir. D vitaminin immün sistem üzerine birçok etkisi vardır. Yapılan çalışmalarda D vitamini eksikliğinin MS hastalığının oluşumuna neden olduğu belirtilmiştir (Yılmaz ve Yılmaz, 2013). Yapılan bir araştırmada ek D vitamini kullanan kadınlarda MS görülme riskinin %40 daha düşük olduğu belirlenmiştir (Munger ve ark., 2004). Serbest radikallerin miyelin tabakasını etkilediği, civa içeren amalgam dolguların, hayvansal yağ, nitrat içeren et ve et ürünlerinin, selenyum, A, C, E, B12 vitamin eksikliğinin MS riski oluşturabileceği düşünülmektedir (Buragave ark., 2010; Halper ve Holland, 2010). Bu etkilerin immün sistem aracılığıyla ortaya çıktığı kesin olarak görülmektedir (Gandhi ve Weiner, 2012).

Enfeksiyonlar: Yapılan çalışmalarda erken çocukluk çağı enfeksiyonlarının bozuk otoimmüniteyi tetiklediği düşünülmüş; Herpes simpleks, Epstein Barr, Clamidya Pneumonia gibi birçok mikroorganizmanın araştırılmasına karşın, henüz kesin bir kanıt bulunamamıştır (Ascherio ve Munger, 2007).

2.5. MS'in Klinik Belirti ve Bulguları

MS hastalığının çeşitli ve çok sayıda klinik semptomları bulunmaktadır. Bunun temel nedeni, sinir hücresi harabiyetinin SSS'nin farklı noktalarında ortaya çıkmasıdır (Bilgi, 2010).

MS'in başlangıç semptomları ani veya yavaş olabilir, çok ağır ya da aylarca tıbbi yardım aramaya gerek duyulmayacak kadar hafif olabilir. MS'de görülen belirti ve bulgular lezyonların SSS'deki yerleşimine göre hastadan hastaya ve hatta aynı hastada ataktan atağa farklılıklar gösterebilir (Hauser ve ark., 2005; Tülek, 2007; Hauser ve ark.,2009; Efendi, 2012).

MS'de görülen atak, demiyelinizasyona bağlı plak oluşumuna veya eski bir plağın yeniden aktive olmasına bağlı olarak gelişir. Klinik semptomların ve bulguların bir ya da birkaçının en az 24 saat sürmesi ve bir önceki atakla arasında bir ay olması atak olarak nitelendirilir. Psödo-atak (yalancı atak), enfeksiyon veya aşırı yorgunluğa bağlı ateş veya ağrı gibi sorunlara bağlı olarak daha önce yaşanmış semptomların tekrar belirmesi veya var olan semptomların kötüye gitmesi durumu olarak tanımlanır. Yalancı atak, yeni gelişen bir lezyonla ilişkili değildir (Kalb, 2008; Siva ve ark., 2014).

MS atakları genelde spinal kordu, beyin sapını ve optik siniri etkiler. Bu atakların sıklığına ve şiddetine göre kalıcı sekeller ortaya çıkabilir (Dobson ve Giovannoni, 2013). MS hastalarında görülebilen önemli semptomlar;

Duyusal bulgular: Duyusal semptomlar MS'in başlangıç dönemlerinde görülür. Hipoestezi (hissizlik) ve parestezi (karıncalanma) birlikte görülebilir. Duyusal belirtiler bedenin herhangi bir yerinde karıncalanma, yanma, uyuşma, iğnelenme gibi rahatsız edici duyular ile başlayıp haftalar hatta aylar boyunca sürebilir. Bazen de duyu kaybı gelişebilir. Ayrıca boyun fleksiyonu sırasında tüm vücuda yayılan elektriklenme hissi (Lhermitte bulgusu) MS'e özgü olmamakla birlikte hastaların yaklaşık %30'u tarafından tanımlanmaktadır (Hauser ve ark., 2005; İdiman, 2005; Boz, 2009; Hauser ve ark., 2009; Efendi, 2012).

Motor (Piramidal) bulgular: Ekstremitelerde güçsüzlük ve spastisite görülür ve üst ekstremitelerden çok alt ekstremitelere etkilendir. Motor güçsüzlük monoparezi,

hemiparezi, paraparezi ve kuadriparezi şeklinde görülebilir (Boz, 2009; Hauser ve ark., 2009; Efendi, 2012).

Görsel bulgular: Optik nörit, diplopi, nistagmus gibi semptomlar görülür. Hastaların çoğunda matlık veya renk algısında azalma (desatürasyon) ve görme keskinliğinde azalma görülmektedir (Boz, 2009; Hauser ve ark., 2009).

Serebellar bulgular: Serebellumun etkilenmesine bağlı olarak ortaya çıkan tremor, ekstremitelerde koordinasyon bozukluğu, yürüme ataksisi ve dizartri hastalarda sık görülen bulgulardandır (İdiman, 2005; Boz, 2009).

Beyin sapı bulguları: Dizartri, kas güçsüzlüğü, vertigo, nistagmus, disfaji, işitme kaybı ve trigeminal duyuşal bozukluklar görülebilir (Efendi, 2012).

Kognitif (Bilişsel) bulgular: Bellek kaybı, bilgi işlemede yavaşlama, kognitif disfonksiyon, problem çözme ve karmaşık soyutlamada zorluklar, dikkatte bozulma gibi sorunlar görülebilir. MS'de görülen bilişsel bozuklukların subkortikal beyaz maddede oluşan demiyelinize plaklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. (Hauser ve ark., 2009; Efendi, 2012).

Mesane ve barsak bulguları: Hastalarda inkontinans, ani sıkışma ya da başlamada güçlük, konstipasyon gibi sorunlar sık görülür (Hauser ve ark.,2005; Efendi, 2012).

Duygu duruma ilişkin bulgular: MS hastalarında anksiyete, depresyon sık görülür. Bunun dışında öfori, patolojik gülme ve ağlamalar görülmektedir. Özkıyım yaşça eşit kontrol gruplarına kıyasla 7,5 kat daha fazladır (Karadakovan ve Eti Aslan; 2014).

Cinsel işlev bulguları: Cinsel disfonksiyon MS hastalarında sık görülmektedir. Kadınlarda libido azalması ve kuruluk, erkeklerde erektil disfonksiyon ve libido azalması en sık görülen semptomlardır (Boz, 2009).

Yorgunluk: Hastalarda yorgunluk primer gelişebileceği gibi semptomlara bağlı sekonder de gelişebilir. Yorgunluk günlük yaşamı etkileyecek boyutlarda olabilmektedir (Dobson ve Giovannoni, 2013).

2.6. MS'in Klinik Tipleri

MS hastalığının iki önemli ayırt edici özelliği, ataklarla seyretmesi ve SSS'yi farklı zamanlarda ve lokalizasyonlarda etkilemesidir. Bu iki özelliğe bağlı olarak ve diğer parametrelerle birlikte, MS'in dört ana klinik tipi bulunmaktadır (Malik ve ark., 2014).

Relapsing –Remitting MS (RRMS) (Yineleyici-Düzelme): En yaygın MS tipidir. Vakaların %85'inde görülür. RRMS'de inflamatuvar atakları bir düzelme evresi izler. MS hastalığı genellikle bu şekilde başlar. Bu ilk evrede ataklar arasında ilerleme genelde yoktur. Ancak, hastaların yaklaşık % 40'ı, 7-10 yıl içinde ikinci tip MS kategorisine geçmektedir (Terzi ve ark., 2007).

Primer Progresif MS (PPMS) (Birincil İlerleyici): Bu MS tipinde atak görülmez ancak hastalığın başlangıcından itibaren devamlı fonksiyonel kötüleşme vardır. MS vakalarının yaklaşık %10'unda görülür. Klinik olarak en kötü MS tipi olarak kabul edilmektedir. Diğer tiplere göre başlangıcı daha geç yaşta olur (Efendi, 2012; Çevik, 2013; Siva ve ark., 2014).

Sekonder Progresif MS (SPMS) (İkincil İlerleyici): Bu MS tipinde atakların sıklığı daha az ancak engellilik daha fazladır. Hastaların engellilik derecesi düzenli olarak artar. Bu MS tipi ilerlemeli karakterdedir. Klinik tabloda, tüm MS hastalarının yaklaşık % 25-30'u SPMS tipindedir (Terzi ve ark., 2007).

Progresif Relapsing MS (RPMS): “Nükseden-ilerlemeli” veya “ilerleyici ve ataklarla seyreden MS” de denilir. Seyrek karşılaşılan bir MS tipidir. Hastaların yaklaşık % 5'inde görülür. RPMS, hem ilerlemeli ataklar hem de düzelme evreleri içerir (Terzi ve ark., 2007).

Son yıllardaki gelişmeler bu dört ana MS tipinin yeterli olmadığını göstermiştir. Gündemde radyolojik izole sendrom (RIS), klinik izole sendrom (KİS), tek atak progresif MS (SAPMS) gibi tiplerden söz edilmektedir (Çevik,2013; Siva ve ark., 2014).

2.7. Tanı

MS klinik bir tanıdır, kesin bir tanı testi yoktur. MS tanısı için çeşitli tanı ölçütleri zaman zaman revize edilerek kullanılmaktadır. En yaygın kullanılanlar, 1983'te geliştirilen Poser kriterleri ve 2001'de ortaya konulduktan sonra 2005 ve 2010 yıllarında gözden geçirilen McDonald kriterleridir (Feinstein, 2007; Malik ve ark., 2014).

Tanı için, MS hastalığının tipik demiyelinizan lezyonlarının SSS'nin farklı noktalarında ortaya çıkması ve zaman içinde ilerleme sergilemesi beklenir. Atakların sıklığı ve diğer hastalıkların saptanamamış olması da tanı açısından önem taşır (Şenol, 2013).

Tanıda en yaygın kullanılan yöntemler manyetik rezonans görüntüleme (MRG), beyin-omirilik sıvısı (BOS) incelemesi (oligoklonal bant pozitifliği) ve görsel/beyinsapı işitsel uyandırılmış potansiyel çalışmalarıdır (Karabudak, 2002). MRG, demiyelinizan plakları kesin doğrulukla görüntüleyebilen tek tanı yöntemi olması açısından önem taşır. MRG ile, nörolojik bir soruna yol açan lezyonların yanı sıra klinik olarak sessiz kalan lezyonlar da saptanabilmektedir. MS hastalarının % 95'ten fazlasında BOS'ta oligoklonal bant gözlenmektedir (Malik ve ark., 2014).

2.8. Prognoz

MS'in prognozu kesin olarak bilinmemekle birlikte, hastalıkla ilgili iyi seyire ve kötü seyire işaret edebilen bazı faktörler bulunmaktadır. Hastanın cinsiyeti, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın klinik tipi, hastalığın başlangıç bulguları ve ataklar arasında geçen süre en belirgin olan faktörlerdir (Kesselring ve Beer, 2005; Khan ve ark., 2007). MS tanısının 40 yaş üstünde konulması, erkek olmak, hastalığın kronik progresif MS olması, hastalığın motor ve primidal bulgularla başlaması, kısa zamanda EDSS'nin 3 olması ve iki yılda yeniden ortaya çıkma (relaps) oranının yüksek olması hastalığın prognozunun kötü olabileceğine işaret eden faktörlerdir.

MS fatal bir hastalık değildir fakat yapılan çalışmalarda normal popülasyona göre ömrü 5-10 yıl kısalttığı belirlenmiştir. MS tanısı konulduktan 10 yıl sonra ev ve işle ilgili aktivitelerini sürdüren hastaların oranı %50, 25 yılın sonunda bu oranın %25'e düştüğü bildirilmiştir. 15 yılın sonunda MS hastalarının sadece %20'sinde kısıtlılığın olmadığı belirlenmiştir. Hastalık başlangıcından itibaren 10 yıl içinde RRMS'li

hastaların %50'sinin SPMS formuna dönüştüğü, bu hastaların yürümek için desteğe ihtiyaç duydukları ve 25 yıl sonra hastaların %80'inden fazlasında bu yetinin kaybedildiği bildirilmiştir (İdiman, 2005; Hauser ve ark., 2009).

Hastalığın ölüm nedenleri arasında sekonder gelişen komplikasyonlar (pulmoner emboli, pnömoni, aspirasyon vb.), enfeksiyonlar, immobilizasyona bağlı sorunlar, MS'e bağlı olmayan sorunlar (akut miyokard enfarktüsü, inme ve kazalar, malignansi) ve suisid yer almaktadır (Kesselring ve Beer, 2005; Khan ve ark., 2007).

2.9. MS Tedavisi

MS'in kesin bir tedavisi yoktur ancak MS'in akut belirtilerini ortadan kaldıran, atakların oluşmasını engelleyen, atakların sıklığını, şiddetini ve süresini azaltabilen ve atak sonrası oluşabilecek komplikasyonlara yönelik tedaviler bulunmaktadır. Bu bağlamda MS tedavisi 3 ana başlıkta incelenmektedir.

2.9.1. Akut Atak Tedavisi

Enfeksiyon ya da ateşli bir hastalık olmadan MS ile ilgili bulguların en az 24 saat sürmesi, MS semptomlarının artarak devam etmesi, iki atak arasında en az bir ay olması ve bulguların başka bir hastalıkla açıklanamaması MS atağı olarak tanımlanmaktadır (Cicarelli ve Toosy, 2006). Atak tedavisindeki temel amaç; atak şiddetini azaltmak, atak sonrası iyileşme süresini kısaltmak ve hastanın iyileşme düzeyini artırmaktır (WHO ve MS Internal Federation, 2008).

Atak dönemlerinde antiinflamatuvar etkileri nedeniyle yüksek doz steroidler (kortizon) intravenöz olarak kullanılmakta, eğer hastanın atak şikayetleri devam ediyorsa oral yolla da devam edilebilmektedir. Atak tedavi protokolü; sabahları tek doz olarak 60-90 dakika içerisinde 100-150 cc %5 Dekstroz ile 500-1000 mg metilprednizolonun IV olarak verilmesi şeklindedir. Tedavi 3-10 gün süre ile uygulanır. MS tedavisinde uygulanan steroid tedavisinin bozulankan-beyin bariyerini düzelttiği, T hücreleri ve interferonların salınımını azalttığı ve inflamasyon sürecini durdurduğu görülmüştür (Hauser ve ark., 2009; Efendi, 2012; Çevik, 2013; Siva ve ark., 2014).

2.9.2. Hastalığın Doğal Gidişini Değiştirmeye Yönelik Tedaviler

Hastalığın biyolojik aktivitesini yavaşlatma yoluyla; MRG'de saptanan hastalık yükünü, atakların sıklığını, süresini, şiddetini ve atak sonrası oluşabilecek fonksiyon kayıplarını azaltmak için kullanılırlar (Compston ve Coles, 2008).

İmmun Modulator (IMT) Tedaviler

İnterferonlar (Betaferon, Avonex, Rebif): Sitokinler grubunda yer alan doğal protein özelliği olan interferonlar; Alfa, Beta ve Gama olmak üzere üç ana sınıfta gruplandırılırlar. MS hastalığının oluşmasına neden olan gama interferon seviyesini bu doğal interferonlar düşürürler. T hücrelerinin miyelin kılıfa saldırmasını önlerler ve oluşabilecek sinir hasarını azaltarak hastalığın seyrinde yavaşlama sağlarlar. İnterferon beta 1a'nın haftada 1 kez kas içine uygulanan ve haftada 3 kez subkutan olarak yapılan iki formu bulunmaktadır. İnterferon beta 1b ise gūnaşırı subkutan olarak uygulanmaktadır (Johnson, 2007).

İnterferonların olası yan etkileri; grip benzeri semptomlar (ateş, titreme, eklem ağrısı, kırgınlık, baş ağrısı, terleme), lökopeni, nötropeni, uykusuzluk, karaciğer enzimlerinde artış, depresyon ve enjeksiyon bölgelerinde gelişebilen (inflamasyon, aşırı duyarlılık, renk değişikliği, ödem, şişlik, kitle, kızarıklık, ağrı, atrofi, nekroz ve hemoraji) reaksiyonlardır (Miller ve ark., 2005; Rovaris, 2006; Johnson, 2007).

Glatiramer Asetat (Copaxone): Sentetik bir peptid olup interferon olmayan bir ajandır. Miyelin kılıfa T hücrelerinin saldırmasına engel olur. MRG'de oluşan plakları ve atak oranını azalttığı görülmüştür. Günlük subkutan enjeksiyonla uygulanmaktadır. Olası yan etkileri; enjeksiyon yeri reaksiyonları (şişlik, kızarıklık, inflamasyon, dokuda çökme), halsizlik, ani-geçici göğüs sıkışması, lenfadenopati, ağrı hissi, nefes darlığı ve duygu durum değişiklikleridir (Munari ve ark., 2004).

Natalizumab (Tysabri): Monoklonal antikordur. T hücrelerinin kan-beyin bariyerini aşmasını ve endotel hücrelere tutunmasını engeller. Natalizumab 28 günde 1 kez infüzyon şeklinde uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda bu tedavinin diğer modifiye edici ilaçlara göre hastalığı yavaşlatmada daha etkili olduğu görülmüş ancak ciddi yan etkileri nedeniyle kullanımı sınırlandırılmıştır (Comi, 2009).

Immunsupresif Tedaviler

Mitoxantrone: Antineoplastik bir ilaçtır. DNA sarmalını kırarak, DNA tamirini inhibe eden hem immunmodulator hem de immunsupresif bir ilaçtır. Hızla kötüleşen RRMS, SPMS ve PRMS hastalarında ikinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır. Bu tedavinin MS hastalarında özürüllüğü ve relaps oranını azalttığı belirtilmektedir. İlacın 3 ayda 1 kez infüzyon şeklinde uygulanması ve 2-3 yıldan fazla kullanılmaması önerilmektedir (Efendi, 2012; Çevik,2013).

2.9.3. Semptomatik Tedaviler

Hastalık modifikasyonu için kullanılan semptomatik tedaviler, hastalığın seyrinde yavaşlamayı ve özürüllük oranında azalmayı sağlarlar ancak MS'in tamamen durmasını sağlayamazlar. MS hastalığı süresince, hastalıkla ilgili çeşitli semptomlarda da artış görülmektedir. Bu sorunlar her hastayı farklı düzeylerde etkiler. Hastalık başlangıcında ataklar sırasında gelişen bu sorunlar, hastalığın ilerlemesi ile kalıcı (sekel) hale gelir ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerler (Tülek, 2006; Akkuş, 2008).

Hastalığın ilk yıllarında günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmanın yaşandığı; tanıdan 5 yıl sonra ince ve kaba motor aktivitede bozulmanın başladığı; tanıdan 10 yıl sonra ise bilişsel, emosyonel ve duyuşsal sorunların daha çok yaşandığı bildirilmiştir (Tülek, 2007).

Bu nedenle hastalığın semptomatik tedavisinde nörolog, ürolog, psikolog, psikiyatrist, radyolog, fizyoterapist ve hemşirelerin işbirliği içinde bulunduğu multidisipliner bir yaklaşım önem kazanmaktadır (Tülek, 2007).

2.10. MS'li Hastanın Hemşirelik Bakımı

MS hastalarına bakım veren hemşirelerin amacı, hastalık sürecinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmaktır. Hemşire; hastanın, ailenin ve toplumun fiziksel, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarına yönelmeli ve hastalara bütüncül (holistik) bakım sunmalıdır (Kocaman, 2005; Kaçmaz, 2006). Hasta için yaşadığı hastalık semptomları kadar, genel hastane ortamının da başlı başına bir stres kaynağı olduğu unutulmamalı ve hastalara bu durum göz önüne alarak yaklaşılmalıdır (Kocaman, 2005).

MS hemşiresinin eğitici, bakım sağlayıcı, araştırmacı, yönetici, hasta hakları savunucusu, konsultan ve işbirliği sağlayıcı rolleri bulunmaktadır. MS hemşiresi, Uluslararası MS Hemşireleri Örgütü (IOMSN) tarafından, ‘MS’li hastayla işbirliği yapan, hastalara baş etme becerisi, otonomi, kontrol duygusu kazandıran, onunla bilgi, güç ve umudu paylaşan, pozitif düşünmeyi sağlayan uzman’ şeklinde tanımlanmaktadır (Harris ve Halper, 2008).

MS hastalarının hastalık süreleri, hastalık semptomları, hastalık seyri, atak dönemleri veya bakım ihtiyaçlarına göre değişmektedir. Bu bağlamda MS hastalarının hemşirelik bakımı; atak yönetimi, hastalık modifikasyonu, semptom yönetimi, MS’li hastanın eğitimi, psikososyal bakım olarak 5 ana başlık altında ele alınabilir.

2.10.1. Atak Yönetimi

Hastalıkla ilgili akut semptomların ortaya çıktığı atak dönemleri; atak kriterlerinin karşılanması açısından hasta ve hemşireler tarafından iyi tanımlanabilmelidir (Cicarelli ve Toosy, 2006). Hemşireler tarafından hastadan alınan bilgilerde atak semptomlarının ne zaman başladığı ve ne kadar sürdüğü, atak semptomlarının artıp artmadığı, iki atak arasında geçen sürenin ne kadar olduğu, başka bir enfeksiyon varlığına dair bulgular sorgulanmalı, hassasiyetle araştırılmalı ve sağlık ekibiyle paylaşılmalıdır (WHO ve MS Internal Federation, 2008).

Akut atak yaşayan hastalara uygulanan steroid tedavileri esnasında hastayla en yakın iletişim kuran hemşireler, hastaları steroidlerin yan etkileri açısından bilgilendirmeli, tedavi sırasında ve sonrasında gözlemlemelidir. Steroidlerin birçok yan etkisi bulunmaktadır. Bunlar; yüzde kızarıklık, iştahta artma, kilo artışı, halsizlik, uykusuzluk, ödem, osteoporoz, epigastrik ağrı, mide yakınmaları, akne, hirşutizm, enfeksiyon, diyabet, hipertansiyon, anafaksi, anksiyete, psikozlar ve öforidir (WHO ve MS Internal Federation, 2008; Burton ve ark., 2009).

Hemşireler hastalara diyetin düzenlenmesi, gelişebilecek enfeksiyonlardan korunma, oral ilaç kullanımına ait bilgiler ve tedavi sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlara yönelik alınacak önlemler hakkında eğitim vermeli ve hastaların bu değişimlere uyumlarını izlemelidir (Tülek, 2007).

Steroid tedavisi süresince tuz ve karbonhidrat alımının kısıtlanması, potasyumdan zengin besinlerin tercih edilmesi, potasyum kaybına neden olan diüretiklerin kullanılmaması ve tedavi sonlandırıldıktan sonra bir hafta içinde diyetin hafifletilerek kaldırılması gerektiği hastalara anlatılmalıdır (Tülek, 2007; Hauserve ark., 2009).

2.10.2.Hastalık Modifikasyonu

Benign tipten, progresif seyreden tipe kadar geniş bir yelpazede, farklı tablolarla karşımıza çıkabilen MS'te tedavi, geçmişte semptom yönetimine odaklanırken, günümüzde hastalık modifikasyonuna odaklanmış durumdadır. MS tedavi yaklaşımlarındaki değişiklikler, hastaya yapılan bakımın kapsamını da genişletmiş ve MS'li hastaya bakım verecek hemşirenin rolleri de değişen gereksinimi karşılayacak şekilde artmıştır (Tülek, 2007).

MS hemşireleri tarafından, hastalığı modifiye edici ilaçlar olan interferonları ve glatiramer asetatı (copaxone) kullanan hastalara kendi kendine enjeksiyon yapabilmesi ve hastanın bağımsız yapabileceği beceriler kazandırılmaktadır (Johnson, 2007; Harris ve Halper, 2008).

Bu hizmetin kapsamında; ilacın hazırlanması, saklanması, enjeksiyon tekniği, enjeksiyon bölgelerinin rotasyonu, enjeksiyon sonrası ortaya çıkabilecek yan etkilerle etkin baş etme gibi konularda verilen eğitimin yanında, tedavinin etkinliği ve hastanın tedaviye uyumu yer almaktadır (Tülek, 2007; Harris ve Halper, 2008).

Cilt reaksiyonlarını önlemek için ilacın oda ısısına geldikten sonra uygulanması, gerekirse enjeksiyon yerine soğuk uygulama ile masaj yapılması anlatılmalıdır. Grip benzeri yan etkilerin azaltılması için ilk birkaç hafta antienflamatuvar ilaçların alınabileceği önerilebilir. Ayrıca oluşabilecek etkilerin azaltılması için enjeksiyonların akşam yapılması tercih edilmelidir. Gebelik ve emzirme dönemlerinde ilacın kesilmesi gerektiği, bazı ilaçların hekimin kontrolünde alınabileceği, planlı bir hamilelik düşünülüyorsa öncesinde sağlık ekibinin bu konuda bilgilendirilmesinin önemi hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır (Tülek, 2007).

Yapılan bir çalışmada hemşire desteği olmadan MS tedavisi alan hastaların büyük bir kısmının ilk 6 ayda tedaviyi kestikleri saptanmıştır (Johnson, 2007). Hemşire

tedaviye başlamadan önce, hastayla güven ilişkisini kurmalı, hastalıkla ilgili doğru bilgilendirmeyi yapmalı, hastanın kendini ifade etmesini sağlamalı, hasta ve ailesini bakıma aktif olarak katmalı ve hastalığa uyumu kolaylaştırmalıdır. Bu rol ve sorumluluklarla hastanın en fazla iletişim kurduğu kişi olan hemşire, tedavinin etkili olup olmadığına dair bulguları da ilk gözlemleyecek kişi olacağından bu durumlarda hekimle bağlantı kurarak, tedavi planında aktif rol almalıdır (Harris ve Halper, 2008).

2.10.3. Semptom Yönetimi

MS hastalığı, sinir hücrelerinin tutulumuna bağlı olarak motor, bilişsel, duyuşsal, görsel, ruhsal, cinsel ve kas koordinasyonunu etkileyerek çeşitli klinik sorunlara ve kronik yorgunluğa sebep olabilmektedir (Tülek,2006; Akkuş,2008). Bu sorunlar hastalığın başlangıcında sadece atak dönemlerinde görülürken, hastalığın giderek ilerlemesi ile semptomlar kalıcı hale gelmekte ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir (Kumsar ve ark., 2009; Boz ve Terzi,2010).

Yorgunluk: Yorgunluk, MS hastalarının çalışma ve sosyal yaşantılarını etkileyen, günlük yaşam aktivitelerini tamamlamaya engel olan en önemli sorunlardan biridir (Demirci, 2009). Türkbay ve arkadaşlarının çalışmasında MS hastalarında yorgunluk görülme oranı %78 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %62'si ev ve işteki fonksiyonel aktiviteleri sınırlayacak biçimde her gün yorgunluk tariflemişlerdir (Türkbay ve ark., 2004). Kapucu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, hastaların %59,2'sinin yorgunluk şikayeti nedeniyle evde ve iş yerinde düzenli dinlenme periyotlarına ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir (Kapucu ve ark., 2011).

MS hastalarında görülen yorgunluğun nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Yorgunluk hastalıktan kaynaklanabileceği gibi tedavini yan etkilerinden dolayı da ortaya çıkabilmektedir. Sıcak ve nemli hava, uyku bozuklukları, ilaçlar, enfeksiyonlar, duygu durumundaki değişimler yorgunluğa neden olabilmektedir. Yorgunluğun nedenlerinin tespiti ve değerlendirilmesinde hemşirenin büyük rolü vardır. Hastalara sıcağa karşı soğuk içecekler içmeleri, gerektiğinde soğuk uygulama yapmaları, ılık/soğuk su ile banyo yapmaları, vücudu serin tutan giysileri tercih etmeleri önerilmelidir (Tülek, 2007; Demirci, 2009; Kapucu ve ark., 2011; Tuncay, 2013). Hemşireler yorgunluğu önlemek ve azaltmak için hasta ve yakınları ile işbirliği yaparak planlama yapmalıdır. Ayrıca düzenli egzersiz de yorgunlukla mücadele konusunda

etkilidir. Fizyoterapistle iş birliği içinde egzersiz programı oluşturulabilir. Egzersizin sürekli ve düzenli yapılması konusunda birey motive edilmelidir. Ağır egzersiz yapmamaları konusunda hastalar uyarılmalıdır (Kalb, 2008; Kapucu ve ark., 2011; Tan ve Dayapoğlu, 2011).

Duyusal Semptomlar: Duyusal semptomlar, MS hastalığında en sık görülen başlangıç semptomlarından. Tülek ve arkadaşlarının çalışmasında, MS hastalarında duyu semptomlarının oranı %51,2 olarak bildirilmiştir (Tülek 2006).

Duyusal semptomlar spinal kord tutulumuna bağlı olarak ortaya çıkar. Bu semptomlar pozitif (disestezi) ve negatif (hipoestezi) olarak ikiye ayrılır. Hipoestezide duyu kaybı ve azalması görülürken, disestezide iğnelenme, karıncalanma, yanma gibi rahatsız edici duylar hissedilir (Mutluay, 2006; Tülek, 2007; Boz, 2009). Hastalar duyu kaybına bağlı olarak çeşitli travmalara maruz kalabilirler. Bu nedenle, hastalar, düzenli cilt kontrolü yapma, yaralardan kaçınma, ısı kaynaklarından uzak durma konularında bilgilendirilmelidir. Özellikle yatağa bağımlı hastalarda deri bütünlüğünün sağlanması konusunda hasta yakınları eğitilmelidir (Mutluay, 2006; Kalb, 2008; Duman ve ark., 2012).

Hastaların travmalara maruz kalma nedenlerinden biri de görme sorunlarıdır. Görme ile ilgili problemler hasta bireyin çevresini düzenlemeyi gerektirir. Özellikle banyo ve tuvalet gibi ıslak zeminlerde alınacak önlemler travmalardan korunma açısından hayati önem taşır. Gerekirse hastalar yardımcı araç kullanımı konusunda desteklenmelidirler (Tülek, 2006; Boz, 2009; Kapucu ve ark., 2011).

Motor Sorunlar: Çeşitli çalışmalarda MS hastalarında görülen motor sorunların oranı %23-32 olarak bildirilmiştir (Tatora et al., 2000; Bulut ve ark., 2011). En sık görülen motor sorun spastisitedir. Spastisite, kas tonusunun artması ve gerim reflekslerinin hipereksitabilitesi anlamına gelmektedir. Özellikle alt ekstremitelerde istemsiz kas hareketleri şeklinde görülür. Ağrıdır ve günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasını olumsuz yönde etkiler. Bu sorunlar hastalarda uykusuzluğa neden olmaktadır (Onat ve ark., 2012).

Hastada spastisiteye neden olan durumlar ayrıntılı bir hasta öyküsü ve fiziksel/fonksiyonel değerlendirmeyle belirlenmelidir. Spastisiteyi önlemek için fizyoterapist ile işbirliği yapılmalı ve uygun ROM (range of motion; dengeli eklem hareketi) egzersizleri planlanmalıdır. Spazmları azaltmak için soğuk uygulama önerilebilir. Bunun yanında yüzme sporu, soluk alıp vermenin düzenlenmesine, spazmın rahatlamasına ve dayanıklılığın artmasına yardımcı olması açısından önerilebilir (Tülek, 2007; Kalb, 2008; Boz, 2009; Kapucu ve ark., 2011).

Denge ve Koordinasyon Sorunları: Serebellumdaki lezyonlar ataksi, tremor, disfaji, dizartri, nistagmus ve denge sorunlarına neden olmaktadır. Ataksi için fizyoterapi oldukça önemlidir. Denge ve koordinasyon sorunları için hastaya kas kontrolünü nasıl sağlayacağı hemşire tarafından öğretilmeli, hastanın işlevselliği artırılmalı ve travmalardan korunmak için alması gereken önlemler konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca fizyoterapist ile işbirliği yapılarak egzersiz programı oluşturulmalıdır. Tai-chi MS hastalarının yaşam kalitesini artırması bakımından önerilebilecek bir egzersizdir. Tai-chi hareketleri yavaş ve kontrollü olduğu için dengeyi korumaya yardımcı olmaktadır (Tülek, 2007; Kalb, 2008; Boz, 2009).

MS hastalığında disfaji ve dizartri birlikte gelişebilir. Konuşma iletişimi güçleştirecek kadar bozulmamış ise hasta konuşma terapistine yönlendirilmelidir (Tülek, 2007).

Üriner Eliminasyon Sorunları: Hastalarda sık idrar yapma, damla şeklinde idrar yapma, acil idrar yapma isteği, inkontinans ve idrar retansiyonu gibi üriner sorunlar görülebilir. Hastaların %80'inde nörojenik mesane geliştiği görülmüştür.

Hemşirelik bakımında mesane eğitimi, böbrek fonksiyonlarını koruma ve enfeksiyon gelişimini önleme konusunda hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir. Hastaya yatmadan 1-2 saat önce sıvı alımını kısıtlaması, kafeinli ve alkollü içecekleri tüketmemesi, gerekirse aldığı ve çıkardığı sıvıların miktarının takip edilmesi önerilmelidir. Hastanın mobilizasyonu sağlanarak mesane kasları gevşetilebilir. (Mutluay, 2006; Tülek, 2007; Demirci, 2009; Kapucu ve ark., 2011; Dobson ve Giovannoni, 2013).

Fekal Eliminasyon Sorunları: Konstipasyon, barsak işlev bozuklukları arasında en sık görülen problemidir. Duman ve arkadaşları MS hastalarıyla yaptıkları araştırmada, hastaların %66,6'sında konstipasyon, %16,6'sında diyare tespit etmişlerdir (Duman ve ark., 2012).

Konstipasyonu önlemek için, hastaya liftenve posadan zengin besinleri tüketmesi, sıvı alımını artırması, düzenli olarak egzersiz yapması ve özellikle kahvaltıdan 20-30 dakika sonra tuvalete gitmesi gibi önerilerde bulunulmalıdır. Barsak tembelliğine yol açabileceği için hekim istemi dışında laksatif kullanmaması konusunda hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir. Her gün aynı saatte tuvalete gitmek de barsak fonksiyonlarının düzene girmesine yardımcı olmaktadır (Tülek, 2007; Kalb, 2008; Kapucu ve ark., 2011).

Cinsel Sorunlar: Cinsel işlev bozuklukları MS'li kadın ve erkeklerde oldukça sık olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalarda MS'de cinsel işlev bozukluğu %50-90 arasında bildirilmiştir. Terzi ve arkadaşlarının çalışmasında cinsel işlev bozukluğunun kadın hastalarda %91,2, erkek hastalarda %86,4 olduğu belirlenmiştir (Terzi ve ark., 2009).

Bu konuda hemşirelerin hastalarla iyi bir iletişiminin olması önemlidir. Hemşireler doğru bir iletişimle hastaların cinsel sorunlarını tespit edebilir ve problemlerine yönelik cinsel işlev polikliniğine veya psikiyatriste yönlendirebilirler. Bu sorunu yaşayan hastalara verilen psikolojik destek oldukça önemlidir (Kapucu ve ark., 2011; Tülek ve ark., 2011).

Bilişsel Sorunlar: Bilişsel sorunlar hastaların %40-65'inde görülür. Yaşanan bilişsel sorunlar sadece hastayı değil toplumu da etkileyen sosyal bir problemidir. Bilişsel sorunlar arasında en çok bellek bozukluğu görülmektedir. Bunu dikkatte azalma, iletişim sorunları, bilgi işleme ve yürütücü işlevlerde bozukluk gibi sorunlar takip etmektedir (Mutluay, 2006; Kalb, 2008; Akpınar ve Gündüz, 2011).

Bilişsel işlev bozuklukları birtakım testler uygulanarak değerlendirilir. Bu testler nöropsikologlar, konuşma/dil patologları veya iş ve uğraşı terapistleri tarafından yapılır. Her birinin yaptığı test ile hayatı zorlaştıran bilişsel değişiklikler belirlenir ve çözüm için yapılması gereken rehabilitasyon stratejileri planlanır. Bu stratejiler içinde

belleği geliştirmek için bilgisayar destekli egzersizler, not defteri tutma, hatırlatıcı aletler kullanma, ilaç kullanımı için ayrıntılı tedavi şeması kullanma, ses kaydı tutma gibi birçok yöntem mevcuttur. Bununla beraber bulmaca çözmek de bilişsel fonksiyonları artırmaya yardımcı olduğu için önerilebilir. Bilişsel sorunların etkileri hakkında hasta yakınları da bilgilendirilmelidir. MS hastası hızlı sunulan bir bilgiyi anlamakta zorluk çekebilir. Bunun için hasta yakınları konuşurken acele etmemeli, sabırlı olmalı ve kişinin anladığından emin olana kadar söylediklerini gerekirse tekrar etmelidir. Anlatım hızı da düşebileceği için kişiyi sabırlı bir şekilde dinlemek ve onu konuşmaya teşvik ederek kişinin sosyalleşmesi sağlanmalıdır (Mutluay, 2006; Tülek, 2007; Kalb, 2008).

2.10.4. MS’li Hastanın Eğitimi

MS’li hastanın bakımında hastalıkla etkili baş etmeyi sağlayacak, hemşirenin önemli sorumluluklarından biri de eğitimidir. MS hastalığının kesin tedavisinin olmaması, öngörülemeyen seyri, her hastada farklı seyreden bir hastalık olması, hastalarda oluşan ‘sakat kalma korkusu’ ile oluşan anksiyete hastalığa uyumu zorlaştırmaktadır. MS hastalarıyla yapılan 106 hastanın dahil edildiği bir araştırmada, hastaların %46,2’sinin hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları bildirilmiştir (Akkuş, 2004).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi bu hastalıkta da eğitimin amacı hastaya otonomi kazandırmak, onu sağlığıyla ilgili karar verebilir duruma getirmek ve hastalığa uyumunu sağlamaktır (Tülek,2007; Harris ve Halper, 2008; Kalb, 2008). Hastalar için yapılan eğitim programları hastanın eğitim düzeyine ve hastalığın aşamasına uygun olacak şekilde planlanmalıdır. Eğitim programları bireysel yapılabileceği gibi küçük gruplar şeklinde de uygulanabilir.

Hastalara uygulanacak eğitim programı içerisinde egzersiz, diyet, sağlık kontrollerinin önemi, hastalığın aşamasına göre tedavi seçenekleri, atak belirtileri, atağı tetikleyen faktörler, çalışma yaşamındaki değişimler, erken emeklilik, rol değişimleri, sosyal destek kaynakları, ruhsal sağlık ve stres yönetimi gibi konular yer almalıdır. Eğitim hem hasta hem de hasta yakınlarına verilmelidir (Lode ve ark., 2007; Harris ve Halper, 2008).

2.10.5. MS'li Hastalarda Psikososyal Bakım

Kronik ve ilerleyici bir hastalık nedeniyle bağımlı hale gelebilen MS'li bireye hastalıktan minimal düzeyde etkilenmesini sağlamak için hemşirelerin yaşamın psikososyal boyutlarıyla da ilgili bütüncül bir yaklaşım sergilemesi gerekmektedir. MS'in psikososyal boyutu hasta ve hasta yakınlarının sosyoekonomik durumunu, ilişkilerini, yaşam ortamını ve koşullarını da kapsamaktadır (Tülek, 2007; Er ve Mollaoğlu, 2011). MS sadece hasta bireyin etkilendiği bir hastalık olmayıp, aile hastalığı olarak tanımlanmalı ve ele alınmalıdır (Paltamaa ve ark., 2006).

MS hastalarında görülen her an atak yaşama korkusu, fonksiyonel kayıplar ve hastalığın seyrinin belirsiz olması nedeniyle oluşan yaşamı kontrol edememe duygusu ve artan stres yükü hastaların aileleriyle olan ilişkilerini de etkilemektedir. Hasta birey terk edilme korkusu yaşarken, eş hastanın sağlığı için endişe etmektedir. Özellikle kadınların önceden yerine getirebildikleri rol sorumluluklarını yapamaz hale gelmesi ile ev içindeki rol dağılımının değişmesine, eşin zaman içinde rol yüklenmesinden kaynaklanan sorunlarla ilişkilerin yıpranmasına ve ayrılmalara neden olabilmektedir (Navarro ve ark, 2003). İlişkilerin sağlıklı yürümesi için bakım verenin tükenmesini engelleme, destek gruplarına ve aile terapilerine yönlendirme önemlidir.

MS'e bağlı ortaya çıkan yorgunluk, depresyon, motor sorunlar, koordinasyon sorunları, dikkat ve bellek sorunları nedeniyle hastaların çalışma yaşamları olumsuz etkilenmekte, iş kayıpları yaşamaktadırlar. Bazı hastaların da erken emeklilikle iş yaşamları son bulabilmektedir (Tülek, 2007; Harris ve Halper, 2008; Kalb, 2009). Bu durum MS hastalarında gelirin azalmasına neden olduğu gibi ev içindeki rollerin değişmesine, kariyer planlarının değişmesine ve sosyal izolasyona da yol açabilmektedir (Paltamaa ve ark., 2006). MS hastalığında yaşanan sorunlar bireyin tüm yaşamını olumsuz etkiler. Bu etkilerin bireyin ailesi ve toplum bazında da yansımaları olacağı açıktır (Holland ve Northrop, 2006).

Bireyin hastalığa bağlı fonksiyonel kayıp yaşaması, hastanın inancını sorgulamasına neden olabilir. Hastanın değerleri, öncelikler, yaşamın öngörülmezliği gibi varoluşsal konularda sorular sormasına yol açabilir. Bu nedenle hastanın spiritüel gereksinimlerinin karşılanması önemlidir (Eltink ve Duffy, 2004).

2.11. MS ve Sosyal Destek

Sosyal destek, bireyin ait olma, takdir edilme, sevgi, kendini gerçekleştirme gibi temel ihtiyaçlarının başka bireylerle (aile, arkadaşlar, akrabalar, komşu vb.) kurduğu etkileşim sonucunda karşılması anlamına gelmektedir (Öner, 2012). Genel olarak sosyal destek, stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak kabul edilmektedir (Başer, 2006).

Sosyal destek; araçsal destek (maddi destek), duygusal destek, güven desteği ve bilgilendirici destek olarak sınıflandırılmaktadır (Eylen, 2002).

Araçsal Destek: Maddi destek olarak da adlandırılmaktadır. Bireyin ihtiyaç duyduğu para, araç-gereç, eşya, mal ve hizmetlerin bağış veya ödünç olarak verilmesidir. Bu destek genellikle aile üyeleri tarafından bireye sağlanmaktadır (Nur Şahin, 2011).

Duygusal Destek: Bireyin sevgi, şefkat, güven, ilgi, anlayış, kabul görme, değer verilme, empati ve bir gruba ait olma gibi temel gereksinimlerini karşılar. Bireyin kişiler arası ilişkilerinde kabul edildiği, değer verildiğini gösteren bilgidir. Bireyin yaşamında karşılaştığı zorluklarla baş etmesinde duygusal destek oldukça önemlidir (Başer, 2006).

Güven Desteği: Bireyin çevresinde olan kişilerin olumlu duygularını ifade ederek bireyi desteklemesi, onun duygu ve düşünceleri ile aynı fikirde olduğunu bildirmesi gibi davranışları içerir (Özbek Guni, 2005).

Bilgilendirici Destek: Bireyin sorunlarını anlamasında ve bu sorunların çözümünde; öğüt, bilgi verme, tavsiye gibi yararlı bilgilerin kişiye iletilmesidir. Bilgilendirici destek, bireyin sorunları ile ilgilenmek, rehberlik yapmak ve tavsiyelerde bulunmakla sağlanır (Cohen, 2004).

Bu işlevlerin hangi türünün daha yararlı olduğu bireyin kullanım durumuna göre değişmektedir. Bireyin gereksinimi ile ona verilecek destek türünün ve destek verecek kişinin uyumlu olması gerekmektedir. Ancak bu uyum sağlandığında etkili sosyal destek varlığından söz edilebilir (Savcı, 2006).

MS hastalığında görülen semptomlar hastaların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalıkta zamanla yeti yitiminin yaşanması hastalarda psikolojik problemlere neden olabilmektedir. Bu dönemde hastaların hastalığa bağlı yaşadıkları tıbbi sorunları, sosyal destek gereksinimlerini artırabilir (Rector ve ark., 2006). Uzun bir tedavi sürecinde hastalar çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duydukları zamanda sosyal destekten yoksun kalabilmektedirler (Rector ve ark., 2006; Pattenden ve ark., 2007). Bu durumda insanlar çevresinden gerekli sosyal desteği alabildikleri zaman savunma mekanizmalarını daha iyi kullanarak olaylara pozitif bakabilirler (Aksüllü ve Doğan, 2004).

Mevcut sosyal desteğin azalması, eş, aile, arkadaş ve diğer akrabalar ile olan iletişimin azalması sosyal ilişkiyi azaltmakta ve anksiyeteyi arttırmaktadır. Yapılan araştırmalarda; aileden ve arkadaştan algılanan yeterli sosyal desteğin hastaneye tekrarlı yatışları azalttığı, etkin ilaç uyumunu sağladığı, duygusal desteği azalmış olan ve yalnız yaşayan kişilerde ise anksiyetenin görüldüğü ve uyumun zorlaştığı sonuç olarak da yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir (Murberg 2004, Luttik ve ark., 2005; Pelle ve ark., 2008). MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu ve en yüksek puan ortalamasının aileye, en düşük puan ortalamasının arkadaşına ait olduğu bildirilmiştir (Hyarat ve ark., 2018). Henry ve arkadaşlarının çalışmasında MS hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Henry ve ark., 2018).

2.12. MS ve Anksiyete

MS, psikiyatrik semptomların sık görüldüğü nörolojik bir hastalıktır. MS hastalarında psikiyatrik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %27-66 arasındadır (Aksel, 2003). Yapılan çalışmada nöroloji polikliniğine başvurdıkları sırada hastaların %40'ında duygu durum bozukluğu, %45'inde anksiyete bozukluğu görülmüştür (Barclay ve Lie, 2005).

MS'te görülen psikiyatrik belirtilerin oranı, diğer kronik ve nörolojik hastalıklardan daha yüksektir (Dahl ve ark., 2009). Anksiyetenin MS'de görülme oranı ise %20-40 arasında bulunmuştur. Sıklıkla depresyon ile birlikte görülmüştür

(Giardono, 2011). MS hastalarıyla yapılan çalışmada hastaların 37'sinde (%74) anksiyete belirtileri saptanmıştır (Şen ve ark., 2015). Kahraman ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptığı çalışmasında hastaların %44'ünde anksiyete varlığı bildirilmiştir (Kahraman ve ark., 2018).

MS hastalarıyla yapılan bir diğer çalışmada, hastaların eşleriyle birlikte anksiyete düzeyleri ölçülmüş ve 2 grubun anksiyete düzeylerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu ile anksiyete, 'hasta olmaktan' kaynaklanan psikolojik bir reaksiyon olarak tanımlanmıştır (Janssens ve ark., 2003). Bu çalışmadan da anlaşıldığı gibi hem hasta hem de hasta yakınları için hastalığın seyriyle ilgili belirsizlik ve kaygılar da anksiyeteye neden olmaktadır. Bu araştırmayla uyumlu yapılan başka bir çalışmada ise hastalara açıklanamayan belirtilerin tanıdan sonraki evrede anksiyeteyi artırdığı belirlenmiştir (Janssens ve ark., 2003).

Hyphantis ve arkadaşlarının çalışmasında MS'de ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin, kontrol grubuna göre 6,7 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında hastalığın başladığı yaş dönemi ve hastalığa bağlı ortaya çıkan özürülülüğün derecesi etkili bulunmuştur (Hyphantis ve ark., 2008).

MS hastalarında görülen psikolojik problemlerin hastalığın klinik doğası ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri vardır (Kehler ve ark., 2009). Major anksiyete ve depresyona varan durumda özkıyım riski normal popülasyona göre artmış durumdadır. Bu nedenle, gerektiğinde psikiyatrik durumların saptanması, tedavi edilmesi ve bu sürece hasta yakınlarının da dahil edilmesi büyük önem taşımaktadır (Brønnum ve ark., 2005).

2.13. MS'li Hastalarda Sosyal Destek ve Anksiyete İlişkisi

Sosyal destek ile sağlık arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Bu ilişkiyi açıklayan iki önemli görüş bulunmaktadır.

Temel Etki Modeli: Bu model sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu modele göre, sosyal destek fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumlu etkiye sahiptir. Temel etki modeli, bu durumun aksine sosyal desteğin olmamasının birey üzerinde olumsuz etki oluşturduğu görüşünü savunur.

Dolayısıyla, sosyal destekten yoksun olma, birey üzerinde kendi başına olumsuz etki yaratabilecek bir durumu oluşturmaktadır.

Tampon Modeli: Tampon modelinde sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, yaşamdaki stres verici olaylardan uzaklaşarak ya da stres verici olayların verdiği zararı azaltarak bireyin psikolojik sağlığını korumaktır. Bu model, stres olmadığı sürece, sosyal desteğin olmamasının sağlık üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığını savunur. Ancak, yüksek düzeylerde stres yaratıcı durumlarda sosyal destek bireyin uyum sağlamasını ve zor koşullarla başa çıkmasını kolaylaştırarak stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır (Cohen ve Wills, 1985).

Sosyal destek ile ilgili kapsamlı görüşler sosyal desteğin yaşam boyunca gerekli olduğunu, olumlu yönde iletişim ile kişiler arası ilişkilerde ait olma duygusu oluşturduğunu ileri sürmekte ve bu kapsamda benlik saygısını arttırdığı kabul edilmektedir. Sosyal desteğin anksiyete ile ilişkili durumlarda da fayda sağladığı düşünülmektedir; sosyal destek bireyin kendi duygularını açıklamasını, içinde bulunduğu durumu gerçekçi olarak değerlendirmesini, problem çözme becerilerini geliştirerek bireyin daha az zarar görmesini sağlamaktadır (Cohen ve Wills,1985).

Araştırmalar sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Myers ve arkadaşları sosyal desteğin anksiyeteye karşı tampon etkisi oluşturduğunu belirtmişlerdir (Myers ve ark., 2000). Yapılan bir çalışmada algılanan sosyal desteğin, öznel iyi oluş ve psikolojik sağlık ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Vega ve ark., 2018).

MS'de görülen anksiyetenin organik ve sosyal pek çok nedeni olabileceği düşünülmektedir. Hastalıkla beraber gelen sosyal stres, yetersiz sosyal destek ile beraber MSS'nin belirli alanlarına etki eden MS lezyonlarının, uygulanan tedavi için vücuda alınan ilaçların, EDSS oranının çalışmalarda öne çıktığı görülmüştür (Onat ve ark., 2015; Baklacioğlu ve ark., 2009). Yapılan görüntüleme çalışmalarında psikiyatrik semptomla rastlanılan hastaların temporal loblarında psikiyatrik semptomları olmayan MS tanılı hastalara göre daha fazla plak olduğu görülmüştür (Emre ve ark., 2013; Şen ve ark., 2015). Anksiyetenin nedenleri üzerinde fikir birliğine varılamamakla beraber hastalıkla başa çıkma becerilerinden yoksunluğa, sosyal hayattan çekilmeye ve sosyal

rollerde azalmaya verilen psikolojik bir tepki olarak ortaya çıktığı konusunda fikir birliği görülmektedir. MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada algılanan sosyal destek arttıkça anksiyetenin azaldığı belirlenmiştir (Henry ve ark., 2018).

Sonuç olarak, yapılan araştırmalar sosyal desteğin, anksiyete, olumlu duygular, uyum, benlik saygısı, stres ve psikolojik sıkıntılar ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Sosyal destek arttıkça anksiyete, stres ve psikolojik belirtilerde azalma olurken, benlik saygısı, uyum, olaylara pozitif bakma, sağlık ve toplum yanlısı davranışlarda artma olduğu görülmektedir (Doğan, 2008). Bu anlamda sosyal destek ve anksiyeteye ilişkin hemşirelik girişimleri şöyle sıralanabilir;

- Hemşireler, hastaların bakımından birinci derecede sorumlu olan, sürekli yatak başı bakım sağlayan, sağlığı geliştirme ve olası sorunları önleme kapsamında bireye gereksinimi olan destek ve yardımı verebilecek nitelikteki kişilerdir. Anksiyetesi olan hastaların yaşadıkları umutsuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, güçsüzlük, rol kaybı, uyku sürecinde bozulma, beslenmede değişim gibi sorunlar birer hemşirelik tanısı olarak ele alınmakta ve hemşirelerin müdahale edebilecekleri sorunlar arasında yer almaktadır. Hemşirenin anksiyetesi olan bireye yardım edebilmesi için bakım konusunda bilgisini ve iletişim becerilerini kullanması gerekir (Kelleci ve Doğan 2001).

- Hemşirelik bakımından; sosyal destek verme bireyin savunmalarını güçlendiren özel bir müdahale olup anksiyeteyi azaltır, bireyin benlik saygısını artırır. Bir tutum olarak destek; bireyi kabullenmeyi, aktif dinlemeyi, anlamayı, kabullenici ve paylaşımcı bir atmosfer oluşturmayı hedefler. Özel bir müdahale olarak destek ise hem kişilerarası ilişki hem de fiziksel bakım boyutunda birey ve ailenin rahatını sağlamayı içerir (Esmek, 2007; Molu, 2008).

- Hemşirenin en önemli işlevlerinden biri de bakımda sürekliliği sağlamaktır. MS'li bireyin bakımında süreklilik çok önemlidir. Bireyin hastalığına yönelik başlatılan tedavi ve rehabilitasyonun devam etmesi ve yeni gelişimlerin ışığında yeniden değerlendirilmesi gereklidir. MS'li birey, zaman zaman kısa süreli hastanede yatmak zorunda kalabilir. Bazılarında az konuşma veya hiç konuşmama, içe kapanma, gülmeme gibi davranışlar görülebilir. Bu bireylerle çalışan hemşireler, onların güçlü taraflarını çok iyi bilmelidir. Onların güçlü taraflarını iyi bilen, geliştiren ve aynı zamanda onların

bağımsızlığını destekleyen bir hemşire, bireyde güven duygusunun gelişmesine ve bireyin kendi kendine yeter duruma gelmesine yardımcı olur. MS'li bireylerde görülen yetiyitimi ve engellilik gibi durumlar, onların toplumdan soyutlanmalarına neden olur (Bilge ve ark., 2005). Bu durumda hastalar hemşire tarafından pozitif duyguları için cesaretlendirilmelidir. Hastanın baş etmeleri değerlendirilmeli ve hastaya etkin baş etme şekilleri öğretilmelidir. Hastanın sosyal ilgileri tanımlanmalı ve hasta ile birlikte aktivite programı oluşturulmalıdır (Molu 2008).

- Hemşirenin bilmesi gereken diğer önemli bir nokta da, ailenin tüm sorunlarını rahatça açıklamasına yardımcı olmaktır. Hemşire bu konuda aileye rehberlik etmelidir (Bilge ve ark., 2005).

3. MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği ve Polikliniği'nde 01.03.2017 ve 16.02.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı nöroloji kliniğinde toplamda 28 yatak, 27 hemşire ve 10 nöroloji uzmanı bulunmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırması Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde yatan ve Nöroloji Polikliniği'nde takip edilmekte olan MS hastaları oluşturmuştur. Anlaşılabilirliği arttırmak amacıyla 12 hastaya ön uygulama yapılmış tanımlayıcı anket formuna son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya katılan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir. Örneklemin GPower version 3.1 istatistik analiz programında yapılan analiz sonucunda %95 güven aralığında ve 0.95 güç oranıyla araştırmanın minimum 111 katılımcıdan oluşması gerektiği saptanmıştır. Katılımcı sayısının azalabileceği olasılığı sebebiyle güç oranında azalmanın önlenmesi için örneklemin 123 katılımcıdan oluşmasına karar verilmiştir. Araştırmanın örneklemini dahil edilme kriterlerini sağlayan araştırmaya katılmaya gönüllü 123 MS hastası oluşturmuştur. Araştırmaya katılan hastalarda,

Dahil Edilme Kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olması,
- Okur-yazar olması,
- Sözel iletişim kurulabilmesi,
- En az altı ay önce MS tanısı almış olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Psikiyatrik hastalık tanısı almaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması şeklinde belirlenmiştir.

3.4. Verilerin Toplanma Şekli ve Süresi

Veriler Tanımlayıcı anket formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) ölçekleri aracılığıyla araştırmacı tarafından toplanmıştır. Anket formu uygulanmadan önce klinik sorumlu hemşiresi ile ve poliklinik için sorumlu hekim ile görüşülmüştür. Kliniklerde toplanan veriler hasta için uygun olan saatlerde, poliklinikte ise hasta muayene sonrası toplanmıştır. Veri toplama süresi yaklaşık olarak 10-15 dk sürmüştür. Hastaların nöroloji uzmanları tarafından değerlendirilmiş olan EDSS puanları ise hastalara ilişkin kayıtlardan elde edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler tanımlayıcı anket formu (Ek 1), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 2) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Ek 3) ile toplanmıştır.

3.5.1. Tanımlayıcı Anket Formu

Tanımlayıcı anket formu, sosyo-demografik verilerin yer aldığı 10 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi vb.), hastalık ve anksiyete ile ilgili verilerin sorgulandığı 18 soru (hastalık süresi, MS tedavisi alma süresi, atak geçirme durumu, anksiyete yaşama durumu vb.) olmak üzere toplamda 28 sorudan oluşmaktadır (Ek1) (Baklacioğlu ve ark., 2009; Şen ve ark., 2015).

3.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ölçek likert tipi toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Toplam ölçek puanı; alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilmekte olup alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Ek 2) (Eker ve ark., 2001).

Araştırmacı tarafından bu örneklem için ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. Aile alt boyutu alpha değeri 0,831, arkadaş alt boyutu için 0,924, özel bir insan için 0,903 ve geneli içinde 0,896 olarak elde edilmiştir.

3.5.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

1959 yılında Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Anksiyetenin hem ruhsal (psişik), hem bedensel (somatik) belirtilerini sorgulayan toplam 14 soru içermektedir. Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Psişik ve Somatik olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Her maddeden elde edilen puanlar toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. 1,2,3,5 ve 6. maddeler psişik alt puan ve 4,7,8,9,10,11,12,13. maddeler somatik alt puanlar olarak hesaplanır. HAM-A düzeylerine göre anksiyete derecelendirildiğinde, 6-14 arası minör, 15=<majör anksiyete olarak değerlendirilir (Ek 3) (Yazıcı ve ark., 1998).

Bu araştırmada psişik alt boyutu için Cronbach Alpha değeri 0,701, somatik alt boyutu için 0,795 ve genel ölçek içinde 0,862 olarak elde edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, medeni durum, hastalık süresi) araştırmanın kontrol değişkenlerini oluştururken; ÇBASDÖ puan ortalaması bağımlı değişkeni ve HAM-A puan ortalaması araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmaktadır.

3.7. İstatistiklerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) V23 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; Kolmogrov Smimov testi, bağımsız örnekler t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Varyans analizi sonucunda grupların karşılaştırılmasında Tukey HSD ve Tamhana's T2 testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutları

Araştırmanın yapılabilmesi için, OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan OMÜ KAEK 2017/34 nolu kararı ile Etik Kurul onayı alınmıştır (Ek 4). Araştırmada kullanılan ölçekler için gerekli izin yazılı olarak alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma

Hastanesi'nden gerekli kurum izni (Ek 5) ve araştırma kapsamına alınan hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde 01.03.2017 ve 16.02.2018 tarihleri arasında Nöroloji kliniğine ve Nöroloji polikliniğine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan MS hastaları ile sınırlandırılmıştır. Diğer gruplara genellenemez.



4.BULGULAR

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=123)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-24	13	10,6
25-31	23	18,7
≥32	87	70,7
Cinsiyet		
Kadın	81	65,9
Erkek	42	34,1
Medeni durum		
Evli	85	69,1
Bekar	38	30,9
Eğitim durumu		
Okuryazar	2	1,6
İlköğretim	48	39,0
Lise	28	22,8
Lisans ve üzeri	45	36,5
Meslek		
Ev hanımı	44	35,8
Emekli	11	8,9
İşçi	10	8,1
Memur	16	13,0
Serbest meslek	6	4,9
Hastalık nedeniyle çalışmıyor	36	29,2
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	52	42,3
Geliri giderine denk	55	44,7
Geliri giderinden fazla	16	13,0
Yaşadığı yer		
İl	57	46,3
İlçe	53	43,1
Köy	13	10,6

Tablo1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=123) (devamı)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kiminle yaşadığı		
Yalnız	6	4,9
Eşim ve ben	19	15,4
Eşim ve çocuklarım	58	47,2
Anne ve babam	20	16,3
Diğer	20	16,3
Bakım vermesi istenilen kişi		
Eşim	64	52,0
Çocuklarım	17	13,8
Annem-babam	26	21,1
Kardeşim	7	5,7
Diğer	9	7,3
Toplam	123	100

Araştırmaya katılan hastaların, %70,7'sinin 32 yaş ve üzeri, %65,9'unun kadın, %69,1'inin evli, %39'unun ilköğretim mezunu, %35,8'inin ev hanımı, %44,7'sinin gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır. Hastaların %46,3'ü il merkezinde yaşadığını, %47,2'si eşi ve çocukları ile yaşadığını ve %52'si kendisine eşinin bakım vermesini istediğini bildirmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hastaların %42,3'ünün 9 yıl ve daha uzun süredir MS tanısı almış olduğu, %34,1'inin 9 yıl ve daha uzun süredir MS tedavisi aldığı, %86,2'sinin RRMS tanı tipine sahip olduğu, %85,4 'ünün EDSS skorunun 5 ve altında olduğu saptanmıştır. Hastaların %47,2'si hastalığa uyumunun orta düzeyde olduğunu, %50,4'ü MS hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak gördüğünü, %78'i MS dışında kronik hastalığı olmadığını, %88,6'sı hastalığa bağlı atak geçirdiğini bildirmiştir. Hastaların %42,3'ünün MS hakkında bilgi aldığı, %71,5'inin MS hastalığına bağlı fiziksel sorun yaşadığı, %30,1'inin MS nedeniyle sosyal ilişkilerinin devamlı etkilendiği ve %54,5'inin sosyal alanlara girmek istemediği belirlenmiştir. Hastaların %87,8'i steroid tedavisi aldığı, %87,8'i anksiyete yaşadığını, %30,6'sı

nadiren anksiyete yaşadığını, %43,1'i hastalık süresince eşinden destek aldığını ve %48'inin kendini değişken biri olarak tanımladığı belirlenmiştir (Tablo 2).



Tablo 2. Hastaların hastalık ve anksiyete durumlarına ilişkin verilerin dağılımı (n=123)

Hastalık ve anksiyete durumuna ilişkin özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalık süresi		
0-2 yıl	21	17,1
3-5 yıl	32	26,0
6-8 yıl	18	14,6
9 yıl ve üzeri	52	42,3
MS tedavisi alma süresi		
0-2 yıl	28	22,8
3-5 yıl	33	26,8
6-8 yıl	20	16,3
9 yıl ve üzeri	42	34,1
MS tanı tipi		
Yineleyici (RRMS)	106	86,2
Sekonder progresif (SPMS)	15	12,2
Primer progresif (PPMS)	2	1,6
Progresif relapsing (RPMS)	-	-
EDSS		
<5	105	85,4
≥5	18	14,6
Hastalığa uyum düzeyi		
İyi	45	36,6
Orta	58	47,2
Kötü	20	16,3
MS'i Tanımlama Biçimi		
Tedavi edilemeyen bir hastalık	52	42,3
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	62	50,4
Kolay tedavi edilen bir hastalık	9	7,3
Başka kronik hastalık varlığı		
Evet	27	22,0
Hayır	96	78,0
Atak geçirme durumu		
Evet	109	88,6
Hayır	14	11,4

Tablo 2. Hastaların hastalık ve anksiyete durumlarına ilişkin verilerin dağılımı (devamı)

Hastalık ve anksiyete durumuna ilişkin özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
MS hakkında bilgi alma durumu		
Evet	52	42,3
Hayır	71	57,7
MS hastalığına ilişkin yaşanan sorunlar		
Fiziksel sorunlar	88	71,5
Psikolojik sorunlar	81	65,9
Ekonomik sorunlar	38	30,9
Aile içi sorunlar	32	26,0
Sorun yaşamadım	15	12,2
MS hastalığının sosyal ilişkileri etkileme durumu		
Etkilemedi	23	18,7
Ataklar olduğunda etkiledi	28	22,8
Ara sıra etkiledi	35	28,5
Devamlı etkiledi	37	30,1
Sosyal alanlarda yaşanan his		
Girmek istemem	67	54,5
Dışlanmış hissedirim	20	16,3
Rahat hissedirim	63	51,2
İnsanların benden rahatsız olduğunu hissedirim	15	12,2
Steroid (kortizon) tedavisi alma durumu		
Evet	108	87,8
Hayır	15	12,2
Anksiyete yaşama durumu		
Evet	108	87,8
Hayır	15	12,2
Anksiyete yaşama sıklığı (n:108)		
Çok nadir	17	15,7
Nadiren	33	30,6
Sadece atak dönemlerinde	27	25,0
Sıklıkla	31	28,7

Tablo 2. Hastaların hastalık ve anksiyete durumlarına ilişkin verilerin dağılımı (devamı)

Hastalık ve anksiyete durumuna ilişkin özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalık süresince aileden destek alma durumu		
Annem	33	26,8
Babam	6	4,9
Eşim	53	43,1
Çocuklarım	15	12,2
Diğer	16	13,0
Kendini tanımlama durumu		
Mutlu	44	35,8
Değişken	59	48,0
Mutsuz	20	16,3
Toplam	123	100

Tablo 3. ÇBASDÖ ve HAM-A ölçeklerinin toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt Boyutları	$\bar{x} \pm S.S$	Ölçekten alınabilecek	
		Min - Max	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	Aile	23,6±4,4	4-28
	Arkadaş	18,35±5,15	4-28
	Özel Bir İnsan	14,75±8,1	4-28
	Toplam	57,18 ± 18,5	12-84
Hamilton Anksiyete Ölçeği Alt Boyutları	Psişik	7,7±3,25	6-14
	Somatik	11,75±4,3	6-14
	Toplam	20,33 ± 10,42	0-56

Araştırmaya katılan hastaların ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 57,18±18,5 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; aile alt boyut puan ortalaması 23,6±4,4, arkadaşalt boyut puan ortalaması 18,35±5,15, özel bir insanalt boyut puan ortalaması 14,75±8,1 olarak elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların HAM-A toplam puan ortalaması $20,33\pm 10,42$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; psişik alt boyut puan ortalaması $7,7\pm 3,25$, somatik alt boyut puan ortalaması $11,75\pm 4,3$ olarak elde edilmiştir (Tablo 3).



Tablo 4. Hastaların bazı değişkenlerine göre ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı

Değişkenler	ÇBASDÖ Alt Boyutları			
	Aile	Arkadaş	Özel bir insan	Toplam
Yaş				
18-24	25,85±2,8ab	23,0±6,1b	17,85±10,2	66,69±12,0b
25-31	26,65±2,8b	21,61±8,6ab	18,70±9,2	66,96±17,5b
≥32	22,54±5,9a	15,78±8,6a	14,85±8,4	53,17±18,17a
	F=6,831 p=0,002	F=7,261 p=0,001	F=2,098 p=0,127	F=7,753 p=0,001
Cinsiyet				
Kadın	23,4 ± 5,6	17,2 ± 8,7	15,6 ± 8,7	56,2 ± 18,8
Erkek	24,2 ± 5,2	18,4 ± 9,3	16,4 ± 9,3	59,0 ± 17,9
	t= -0,841 p=0,402	t= -0,714 p=0,477	t= -0,444 p=0,658	t= -0,806 p=0,422
Medeni durum				
Evli	23,1 ± 5,7	16,1 ± 8,7	16,0 ± 8,7	55,2 ± 18,6
Bekar	24,9 ± 5	21,1 ± 8,4	15,7 ± 9,5	61,7 ± 17,7
	t= -1,679 p=0,096	t= -2,946 p=0,004	t= 0,146 p=0,884	t= -1,813 p=0,072
Eğitim durumu				
İlköğretim	22,8 ± 6	15,3 ± 9,2	16,1 ± 8,3	54,1 ± 17,8
Lise	24,2 ± 5,1	20,0 ± 7,5	15,4 ± 8,3	59,6 ± 15,9
Lisans ve Üzeri	24,1 ± 5,2	18,2 ± 8,9	15,6 ± 10	57,9 ± 20,3
	F= 0,915 p=0,403	F= 2,737 p=0,069	F= 0,054 p=0,948	F=0,895 p=0,411
Gelir Durumu				
Geliri Giderinden Az	22,0 ± 6,5a	15,4 ± 8,9	15,2 ± 8,6	52,6 ± 18,6
Geliri Giderine Denk	24,7± 4,3ab	19,3 ± 8,6	16,2 ± 9	60,1±17,6
Geliri Giderinden Fazla	25,7 ± 4,3b	19,4 ± 8,4	16,9 ± 9,8	62,0 ± 19
	F=4,677 p=0,011	F= 3,048 p=0,051	F= 0,276 p=0,759	F=2,945 p=0,056

Tablo 4. Hastaların bazı değişkenlerine göre ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı (devamı)

Değişkenler	ÇBASDÖ Alt Boyutları			
	Aile	Arkadaş	Özel bir insan	Toplam
MS tedavisi alma süresi				
0-2 yıl	23,9 ± 5,2	18,3 ± 8,5	15,4 ± 9,5	57,5 ± 18,5
3-5 yıl	23,6 ± 5,7	18,2 ± 9,2	16,9 ± 9	58,8 ± 19,3
6-8 yıl	26,1 ± 3,2	17,3 ± 9,2	15,6 ± 7,8	59 ± 14,8
9 yıl ve üzeri	22,4 ± 6,1	16,9 ± 8,9	15,5 ± 9,1	54,8±19,7
	F= 2,111 p=0,102	F= 0,220 p=0,882	F= 0,211 p=0,889	F= 0,376 p=0,771
Hastalığa uyum düzeyi				
İyi	24,1 ± 5,0	20,1 ± 8,5a	17,9 ± 9,6a	62,1 ± 19,5a
Orta	23,0 ± 5,9	17,9 ± 8,6a	16,3 ± 8,1a	57,2 ± 17,5a
Kötü	24,7 ± 5,3	11,5 ± 7,8b	10,1 ± 6,9b	46,2±14,3b
	F= 0,863 p=0,425	F= 7,283 p=0,001	F= 6,047 p=0,003	F= 5,528 p=0,005
MS'i tanımlama biçimi				
Tedavi edilemeyen	3,7 ± 5,3	18,0± 8,6	15,9 ± 8,9	57,5 ± 18,5
Uzun süre tedavi gerektiren	23,4 ± 6,0	16,7 ± 9	15,4 ± 8,9	55,5 ± 18,6
Kolay tedavi edilen	25,7 ± 2,3	21,9 ± 8,7	19,1 ± 9,1	66,7±16,8
	F= 0,681 p=0,508	F= 1,41 p=0,248	F= 0,67 p=0,513	F=1,449 p=0,239
Atak geçirme durumu				
Evet	23,4 ± 5,7	17,1 ± 9	15,7 ± 8,7	56,2 ± 18,6
Hayır	24,9 ± 4,4	20 ± 7,9	16,6 ± 10	61,5±17,9
	t= -1,179 p=0,241	t= -1,359 p=0,177	t= -0,41 p=0,683	t= -1,199 p=0,233
MS hakkında bilgi durumu				
Evet	23,7 ± 5,6	18,7 ± 9	16,8 ± 8,6	59,1 ± 18,9
Hayır	23,6 ± 5,5	16,9 ± 8,8	15,3 ± 9,0	55,8±18,2
	t= 0,025 p=0,980	t= 1,113 p=0,268	t= 0,923 p=0,358	t= 0,984 p=0,327

a-c : Aynı harflerle gösterilen gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4’de hastaların bazı değişkenlerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutlarına ait ortalama puan dağılımları verilmiştir. Buna göre, yaş grubu 25-31 olan hastaların arkadaş alt boyutu dışında diğer alt boyutlardan ve ölçek toplamından yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturdıkları, aile alt boyutu ve ölçek puan ortalaması ile yaş arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4).

ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları cinsiyet değişkeninden etkilenmezken, medeni durum değişkeninden arkadaş alt boyutu ortalama puan değerinin etkilendiği, medeni durum ile arkadaş alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu ve bekar hastaların ortalama puan değerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4).

Eğitim durumu değişkeni ile ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Gelir durumu değişkeni ile aile alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiş ve gelirinin giderinden fazla olduğunu bildirenlerin puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4).

MS tedavisi alma süresi ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarını etkilemezken, hastalığa uyum değişkeninin ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının tamamını etkilediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4). Hastalığa uyumunu iyi olarak bildiren hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplamından yüksek puan alan grubu oluşturduğu saptanmıştır.

MS’i tanımlama biçimine ve atak geçirme durumuna bakıldığında; kolay tedavi edilen bir hastalık olarak tanımlayan ve hastalığa bağlı atak geçirmediğini bildiren hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo4).

MS hakkında bilgi aldığını bildiren hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplamından yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturdıkları ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların bazı değişkenlerine göre HAM-A toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı

Değişkenler	HAM-A Alt Boyutları		
	Psşik	Somatik	Toplam
Yaş			
18-24	7,31±3,4	9,92±7,5	18,23±10,8
25-31	6,78±4,5	8,78±6,9	16,57±11,5
≥32	7,63±3,9	12,66±6,0	21,64±9,8
	F=0,414 p=0,662	F=3,887 p=0,023	F=2,519 p=0,085
Cinsiyet			
Kadın	7,5 ± 4	11,4 ± 6,5	20,1 ± 10,2
Erkek	7,4 ± 4,1	12,1 ± 6,7	20,8 ± 10,9
	t= 0,163 p=0,871	t= -0,524 p=0,601	t= -0,346 p=0,730
Medeni durum			
Evli	7,6 ± 4,1	12,3 ± 6,3	21,2 ± 10,4
Bekar	7,1 ± 3,8	10,2 ± 6,8	18,4 ± 10,4
	t= 0,568 p=0,571	t= 1,670 p=0,098	t= 1,404 p=0,163
Eğitim durumu			
İlköğretim	7,8 ± 3,9	13,7 ± 5,9a	23,1 ± 9,7
Lise	7,7 ± 3,9	10,7 ± 6,2ab	19,5 ± 9,9
Lisans ve Üzeri	6,9 ± 4,3	10,0 ± 6,9b	17,8 ± 11,2
	F= 0,729 p=0,484	F= 4,470 p=0,013	F= 3,179 p=0,050
Gelir Durumu			
Geliri Giderinden Az	8,5 ± 4,1a	14,2 ± 6a	24,2 ± 9,8a
Geliri Giderine Denk	6,9 ± 3,9ab	9,9 ± 5,9b	17,9 ± 9,6b
Geliri Giderinden Fazla	5,9 ± 3,5b	9,2 ± 7,8b	16,1±11,6b
	F= 3,437 p=0,035	F= 7,738 p=0,001	F= 7,057 p=0,001
MS tedavisi alma süresi			
0-2 yıl	8,2 ± 3,4	11,6 ± 5,1	21,4 ± 8,8
3-5 yıl	7 ± 4,2	9,8 ± 6,8	17,9 ± 10,3
6-8 yıl	7,9 ± 5,1	13,7 ± 8,5	22,5 ± 14
9 yıl ve üzeri	7 ± 3,6	12,1 ± 5,9	20,5 ± 9,5
	F= 0,650 p=0,584	F= 1,598 p=0,194	F= 0,974 p=0,408

Tablo 5. Hastaların bazı değişkenlerine göre HAM-A toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı (devamı)

Değişkenler	HAM-A Alt Boyutları		
	Psişik	Somatik	Toplam
Hastalığa uyum düzeyi			
İyi	5,4 ± 3,6a	9,3 ± 5,9a	15,7 ± 9a
Orta	8,1 ± 3,6b	12,1 ± 6,4a	21,4 ± 10c
Kötü	10,1 ± 3,9b	15,8 ± 6,2b	27,8 ± 9,7b
	F= 13,108 p<0,001	F= 7,982 p=0,001	F= 11,685 p<0,001
MS'i Tanımlama Biçimi			
Tedavi edilemeyen	7,8 ± 3,8	11,9 ± 6,9	20,9 ± 10,5
Uzun süre tedavi gerektiren	7,5 ± 4,2	11,4 ± 6,3	20,3 ± 10,7
Kolay tedavi edilen	5,4 ± 3,1	11,7 ± 5,9	17,8 ± 8
	F= 1,282 p=0,281	F= 0,089 p=0,915	F= 0,337 p=0,715
Atak geçirme durumu			
Evet	7,8 ± 4	12,3 ± 6,4	21,3 ± 10,4
Hayır	6 ± 3,8	8,6 ± 6,2	15,9 ± 9,7
	t= 1,88 p=0,062	t= 2,433 p=0,016	t= 2,258 p=0,026
MS hakkında bilgi alma durumu			
Evet	7,2 ± 4,6	10,7 ± 6,3	18,9 ± 10,9
Hayır	7,6 ± 3,5	12,3 ± 6,7	21,4 ± 10
	t= -0,675 p=0,501	t= -1,388 p=0,168	t= -1,27 p=0,206

Hastaların bazı değişkenlerine göre HAM-A toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı tablo 5'te verilmiştir. Buna göre yaş grubu 32 yaş ve üzeri olan hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplamından yüksek puan aldıkları ve somatik alt boyutu ile yaş arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 5).

HAM-A toplam ve alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinden etkilenmediği belirlenirken, eğitim durumuna bakıldığında, ilköğretim

mezunu olan hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplamından yüksek puan aldıkları ve somatik alt boyutu ile eğitim durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 5).

Geliri giderinden az olan hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplamından yüksek puan alan grubu oluşturdukları ve HAM-A ve alt boyutlarının gelir durumundan etkilendikleri belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 5).

MS tedavisi alma süresi HAM-A ve alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Hastalığa uyum değişkenine bakıldığında ise, hastalığa uyumunu kötü olarak bildiren hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplamından yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturdukları ve HAM-A ve alt boyutları ile hastalığa uyum düzeyi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 5).

MS'yi tanımlama biçimi ile HAM-A ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastalığa bağlı atak geçirdiğini bildiren hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplamından yüksek puan ortalaması aldıkları, somatik alt boyut ve ölçek toplam puan ortalaması ile atak geçirme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 5).

HAM-A ve alt boyutları MS hakkında bilgi alma durumundan etkilenmezken, bilgi almayan hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplamından yüksek puan ortalaması aldıkları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 6. EDSS ile ÇBASDÖ ve HAM-A arasındaki ilişki

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutları				Hamilton Anksiyete Alt Boyutları			
	Aile	Arkadaş	Özel bir insan	Toplam	Psşik	Somatik	Toplam
EDSS	r -0,041	-0,215	-0,229	-0,223	0,084	0,323	0,245
	p 0,655	0,017	0,011	0,013	0,357	0,000	0,006

r: Spearman sıra korelasyon katsayısı

Tablo 6’da hastalara ait EDSS ile ÇBASDÖ ve HAM-A arasındaki ilişki verilmiştir. Buna göre arkadaş, özel bir insan alt boyutu, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile EDSS arasında negatif yönlü zayıf anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). EDSS ile Hamilton anksiyete ölçeği somatik alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ölçek toplam puan ortalaması arasında ise pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. ÇBASDÖ ve HAM-A ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki

ÇBASDÖ Alt Boyutları	Test değeri	HAM-A Alt Boyutları		
		Psişik	Somatik	HAM-A Toplam
Aile	r	-0,252	-0,159	-0,221
	p	0,005	0,079	0,014
Arkadaş	r	-0,243	-0,156	-0,200
	p	0,007	0,085	0,027
Özel bir insan	r	-0,174	-0,127	-0,157
	p	0,054	0,163	0,082
Ölçek toplamı	r	-0,275	-0,183	-0,237
	p	0,002	0,043	0,008

Tablo 7’de ÇBASDÖ ve HAM-A ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Buna göre, ÇBASDÖ aile alt boyutu ile HAM-A toplam puanı ve psişik alt boyut puanı arasında negatif yönlü zayıf anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu ile HAM-A psişik alt boyutu ve ölçek toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu ile HAM-A ve alt boyutları arasında ilişki saptanmazken, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile HAM-A toplam puanı ve alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde Multiple sklerozlu hastaların aldıkları sosyal desteğin anksiyete düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır.

5.1. ÇBASDÖ ve HAM-A Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması

Hastaların Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması $57,18 \pm 18,5$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek toplam puan aralığının 12-84 puan olduğu düşünüldüğünde hastaların algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması aile alt boyutuna aittir (Tablo 3). Suudi Arabistan'da MS hastaları ile yapılan bir çalışmada bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde hastaların sosyal desteklerinin yüksek olduğu ve en yüksek puan ortalamasının aile alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir (Hyarat ve ark., 2018). Henry ve arkadaşlarının çalışmasında MS hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu ve en yüksek puan ortalamasının özel bir insanalt boyutuna ait olduğu bildirilmiştir (Henry ve ark., 2018). Vega ve arkadaşlarının fiziksel engelli olan bireylerle yürüttükleri çalışmalarında MS hastalarının sosyal destek düzeyi yüksek bulunmuş ve en yüksek puan ortalamasının özel bir insan alt boyutuna ait olduğu bildirilmiştir (Vega ve ark., 2018). Zengin ve arkadaşlarının çalışmasında da hastaların %81.8'i sosyal destek aldıklarını ve % 78.5'i ailelerinden sosyal destek aldığını bildirmiştir (Zengin ve ark., 2017). Literatürde bu araştırmanın sonuçlarına paralel biçimde MS hastalarının sosyal destek düzeyinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalara sıkça rastlanmaktadır (Baylor ve ark., 2010; Henry ve ark., 2018; Hernandez- Ledesma ve ark., 2018; Vega ve ark., 2018). Ancak algılanan sosyal desteğin alt boyutlarına bakıldığında bu alanda farklılıklar göze çarpmaktadır. Doğu kültürüne yakın Türk toplumunda, Avrupa toplumlarının bireysel yaşam biçiminin aksine, sosyal destek alanının en önemli bileşeni ailedir. Dolayısıyla kültürel farklılıkların bireyin sosyal destek unsurlarını etkilediği düşünülmüştür.

Hastaların HAM-A ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $20,33 \pm 10,42$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puan aralığının 0-56 puan olduğu düşünüldüğünde hastaların anksiyete düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması somatik alt boyutuna aittir (Tablo 3). Kahraman ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların %44'ünde anksiyete varlığı bildirilmiştir (Kahraman ve ark., 2018). Karadayı'nın MS'li hastaların psikiyatrik değişkenlerini incelediği araştırmasında, bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde hastaların orta düzeyde anksiyete yaşadığı, en yüksek puan ortalamasının somatik alt boyutuna ait olduğu bildirilmiştir (Karadayı, 2011). Meksika'da MS hastalarıyla yapılan çalışmada hastaların %42.8'inin orta düzeyde anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (Hernandez- Ledesma ve ark., 2018). Literatürde MS hastalarının orta düzeyde anksiyete yaşadığını bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Şen ve ark., 2015; Henry ve ark., 2018). Araştırmanın bu sonucu literatür ile paralellik göstermektedir.

5.2. Hastaların Bazı Değişkenlerine Göre ÇBASDÖ'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların bazı değişkenlerine göre çok boyutlu algılanan sosyal desteğin yaş değişkeninden etkilendiği, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4). Yaş grubu 25-31 olan hastaların arkadaş alt boyutu dışında diğer gruplardan yüksek puan ortalaması aldığı ve yaş değişkeni ile aile ve ölçek toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4). Zengin ve arkadaşlarının çalışmasında bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde 25-35 yaş grubunda olan MS hastalarının algıladıkları sosyal desteğin diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Zengin ve ark., 2017). MS hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada algılanan sosyal desteğin yaş değişkeninden etkilendiği belirlenmiş ve yaş grubu büyük olan hastaların sosyal desteğinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Hyarat ve ark., 2018). Literatürde yaş değişkeninin sosyal destek düzeyini etkilediğini bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Aras ve Tel, 2009; Dayapoğlu ve Tan, 2009). Araştırma sonucu literatür ile paralellik göstermektedir. MS hastalığının daha çok genç erişkin hastalarda görüldüğü bilinmektedir. Dolayısıyla bireylerin en aktif ve üretken oldukları dönemde sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duydukları ve sosyal destek mekanizmalarını harekete geçirdikleri düşünülmektedir.

Erkeklerin algıladıkları sosyal destek puanı yüksek bulunmuş ancak algılanan sosyal desteğin cinsiyet değişkeninden etkilenmediği belirlenmiştir (Tablo 4). Hyarat ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde erkeklerin algıladıkları sosyal destek puanı yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (Hyarat ve ark., 2018). Baylor ve arkadaşları cinsiyetin algılanan sosyal destek üzerine etkisi olmadığını bildirmiştir (Baylor ve ark., 2010). Literatürde benzer şekilde sosyal desteğin cinsiyet değişkeninden etkilenmediğini bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Tan ve ark., 2005; Aras ve Tel, 2009; Bursa, 2010; Vega ve ark.,2018). Araştırmanın bu sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada algılanan sosyal destek ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark olmamasına karşın erkeklerin sosyal destek puanı yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla bu durumun erkeklerin duygusal odaklı baş etme yöntemlerini kadınlara oranla daha az kullanmaları ve kadınlara kıyasla sosyal yaşamın içerisinde daha aktif yer almaları ile ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür.

Hastaların medeni durumunun sadece arkadaş alt boyutunu etkilediği ve bekar hastaların algıladıkları arkadaş desteğinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4).Yapılan çalışmalarda bu araştırma sonuçlarına paralel biçimde algılanan arkadaş desteği bekarlarda daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (Aras ve Tel, 2009; Korkmaz ve Tel, 2010). Buna karşın, bu araştırma sonuçları ile farklılık gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır. Zengin ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada evli olan bireylerin algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Zengin ve ark., 2017). Bir diğer çalışmada evli olan hastaların algıladıkları sosyal destek puanı yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (Dayapoğlu ve Tan, 2009). Literatürde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bu çalışmada bekar hastaların evdeki sosyal destek kaynaklarının daha sınırlı olması nedeniyle gereksinim duyduğunda sosyal destek için arkadaş çevresine yöneldikleri ve sonucun bu yönde etkilendiği düşünülmüştür.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin eğitim durumundan etkilenmediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4). İlköğretim mezunu olan hastaların puan ortalamaları diğer gruplardan düşük bulunmuştur. MS hastalarıyla yapılan çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu

bildirilmiştir (Zengin ve ark., 2017). Literatürde lise mezunu ya da üniversite mezunu olan hastaların sosyal destek puanları yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Tan ve ark., 2005; Ayaz ve ark., 2008; Dayapoğlu ve Tan, 2009). Literatürde eğitim durumu yüksek olan hastaların algılanan sosyal desteğinin yüksek olduğunu bildiren araştırmalara sıkça rastlanmaktadır (Tan ve Karabulutlu, 2005; Aras ve Tel, 2009; Bursa, 2010). Araştırmanın bu sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal desteğin yüksek bulunması, hastaların daha iyi sosyal ilişkiler kurmaları ve farklı sosyal çevrelerde bulunmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Hastaların gelir durumuna göre, geliri giderinden fazla olan MS hastalarının ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplamından yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturdukları ancak sadece aile alt boyutu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 4). MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada gelir durumu yüksek olan hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu bildirilmiştir (Hyarat ve ark., 2018). Yapılan araştırmalarda ekonomik durumu iyi olan hastaların ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplamından yüksek puan aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir (Kahraman ve ark., 2006; Ayaz ve ark., 2008). Fiziksel engelli hastalarla yapılan araştırmada bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde ölçeğin sadece aile alt boyutu ile gelir durumu arasında anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir (Bursa, 2010). Gelir durumunun iyi olmasının bireylerin yaşam güçlükleri ile başa çıkmasında önemli bir destekleyici etken olduğu bilinmektedir. Gelir durumu iyi düzeyde olan hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olması, ekonomik refahın sağladığı sosyal yaşama katılabilme olanakları, aile üyelerinin ilgi ve desteklerini daha fazla görebilmekle ilgili olabilir.

MS tedavi süresi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4). Henry ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde tedavi süresi ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bildirilmiştir (Henry ve ark., 2018). Zengin ve arkadaşlarının çalışmasında tedavi sürecinde aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanının yüksek olduğu belirlenmiştir (Zengin ve ark., 2017). Literatürde tedavi süresinin sosyal destek algısını etkilemediği

bildirilmektedir (Tan ve ark., 2005; Dayapoğlu ve Tan, 2009). Araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hastalığa uyumunu iyi olarak bildiren hastaların arkadaş, özel bir insan alt boyutu ve ölçek toplamından yüksek puan ortalaması aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4). MS' i kolay tedavi edilen bir hastalık olarak gören hastaların ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplamından yüksek puan alan grubu oluşturdukları ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4). MS hastalarıyla yapılan araştırmada hastalığa uyumu iyi olan hastaların algıladıkları sosyal desteğin de yüksek olduğu bildirilmiştir (Ploughman ve ark., 2017). MS hastalarıyla yapılan bir başka araştırmada daha çok iyimser yaklaşımı kullanan hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu bildirilmiştir (Seki Öz, 2013). Hastalığa uyum ya da hastalığı tanımlama biçimi, hastanın bireysel ve sosyal gereksinimlerini belirleyebilir. Dolayısıyla hastalığa uyumu iyi olan ve hastalığın tedavisine yönelik olumlu düşünce yapısı geliştiren hastaların sosyal destek algılarının daha iyi düzeyde olduğu düşünülmüştür.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek puan ortalamasının atak geçirme durumundan etkilenmediği ancak atak geçirmediğini bildiren hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4). Hyarat ve arkadaşlarının araştırmasında bu araştırma sonucuna benzer şekilde atak geçirmeyen hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu bildirilmiştir (Hyarat ve ark., 2018). MS hastalığı hakkında bilgi aldığını söyleyen hastaların ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplamından yüksek puan alan grubu oluşturdukları ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4). Zengin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada MS hakkında eğitim alan hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu bildirilmiştir (Zengin ve ark., 2017). Hastaların atak geçirme sayısı arttıkça genellikle yetiyitimi ve sekellerin varlığı da artmaktadır, atak geçirmeyen hastaların daha fonksiyonel olduğu söylenebilir. Hastalığa ilişkin bilgi alma durumu ise mevcut ve olası semptomlarla başetme sürecini kolaylaştırmaktadır. Baylor ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada sosyal ilişkileri hastalıktan etkilenmeyen, iletişimsel katılımı iyi olan hastaların algıladıkları sosyal desteğin anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (Baylor ve

ark., 2010). Dolayısıyla atak geçirmeyen ve hastalığa ilişkin bilgi alan hastaların sosyal destek kaynaklarına ulaşmada ve harekete geçirmede daha az zorluk yaşadıkları, sosyal katılımının daha iyi olmasının sonucu bu yönde etkilediği düşünülmüştür.

5.3. Hastaların Bazı Değişkenlerine Göre HAM-A Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların bazı değişkenlerine göre HAM-A ve alt boyutlarına bakıldığında; hastaların yaşlarına göre, yaş grubu 32 yaş ve üzeri olan hastaların psişik ve somatik alt boyutu ve ölçek toplamından yüksek puan alan grubu oluşturdukları ve somatik alt boyutu ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5). Literatürde anksiyetenin yaş değişkeninden etkilenmediğini ancak yaş arttıkça anksiyete düzeyinin arttığını bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Seki Öz, 2013; Korkmaz ve Tel, 2010). Aydemir ve arkadaşlarının araştırmalarında anksiyete ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve yaş arttıkça anksiyetenin de arttığı bildirilmiştir (Aydemir ve ark.,2015). MS hastalarıyla yapılan bir araştırmada anksiyetenin yaş değişkeninden etkilenmediği bildirilmiştir (Baklacioğlu ve ark., 2009). Araştırma sonucu literatür ile paralellik göstermektedir. Yaş, anksiyete düzeyini tek başına etkilememesine karşın yaşla birlikte bireyin hayatında daha uzun ve köklü yer bulan iş, aile, gelecek kaygısı gibi unsurların ve hastalığa ilişkin özellikle fonksiyon kaybı gibi somatik bulguların sonucu bu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Cinsiyet değişkeni incelendiğinde, erkeklerin somatik alt boyutu ve ölçek toplamından aldıkları anksiyete puan değeri yüksek bulunmuş ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 5). Norveç'te MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada bu araştırma sonucuna benzer şekilde erkek hastaların anksiyete düzeylerinin kadın hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (Dahl ve ark., 2009). Korkmaz ve Tel (2010) ve Seki Öz'ün (2013) araştırmalarında erkeklerin anksiyete puanının kadınlardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (Korkmaz ve Tel, 2010; Seki Öz, 2013). Araştırma sonucunun aksine kadın hastaların anksiyete puanının erkeklerden yüksek olduğunu bildiren araştırmalar da bulunmaktadır (Sarı ve ark., 2011; Seki Öz, 2013; Aydemir ve ark, 2015; Şen ve ark., 2015). Ploughman ve arkadaşlarının MS hastalarıyla

yaptıkları çalışmada kadınların ortalama anksiyete puanının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Ploughman ve ark., 2017). Literatürde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonucun toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Erkeğe yüklenen güç, otorite unsurlarını içeren rollerin, hastalık sürecinden etkilenmesinin bireyin anksiyete düzeyini olumsuz yönde etkilediği düşünülmüştür.

Medeni duruma göre evli olan hastaların psişik ve somatik alt boyutu ve ölçek toplamından yüksek puan alan grubu oluşturdukları ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 5). Seki Öz'ün MS hastalarıyla yaptığı çalışmada evli olan hastaların anksiyete puanının yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Seki Öz, 2013). MS hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada evli olan hastaların anksiyete puanı daha yüksek bulunmuş, evli olanların 27'sinde (%73), bekar olanların 10'unda (%27) anksiyete saptanmıştır. (Şen ve ark., 2015). Başka bir çalışmada anksiyetenin medeni durum değişkeninden etkilenmediği bildirilmiştir (Baklacioğlu ve ark., 2009). Aydemir ve arkadaşlarının araştırmasında bu araştırma sonucuna benzer şekilde evli olan hastaların anksiyete puan ortalamasının yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Aydemir ve ark., 2015). Literatürde evli bireylerin anksiyete düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Evlilik, bireyin kendinden başka eş ve çocuk sorumluluğunu da üstlenmesi anlamına gelmektedir. Dolayısıyla hastalığa bağlı ev içindeki rollerinin değişmesi, aileye, eşe ilişkin sorumlulukların yeterince yerine getirilememesi riskinin sonucu bu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Eğitim durumuna göre incelendiğinde, ilköğretim mezunu olan MS hastalarının ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplamından yüksek puan aldıkları ve somatik alt boyutu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 5). MS hastalarıyla yapılan çalışmada ilköğretim mezunu olan hastaların anksiyete puanının yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Seki Öz, 2013). Şen ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada ortaokul mezunu hastaların anksiyete puanı diğer gruplardan daha yüksek bulunmuş ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (Şen ve ark., 2015). Eğitim düzeyi düşük olan hastaların anksiyete puanının yüksek olduğu bildirilmektedir (Baklacioğlu ve ark., 2009; Aydemir ve ark., 2015). Eğitim

seviyesi azaldıkça anksiyetenin artmasının hastalıkla ilgili daha az bilgiye sahip olma ve hastalıkla ilgili problemlerle etkin baş etmede zorluk yaşanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Gelir durumuna göre geliri giderinden az olan hastaların ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplamından yüksek puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5). Yapılan bir araştırmada geliri giderinden az olan hastaların anksiyete puanının daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı bildirilmiştir (Seki Öz, 2013). Gelir düzeyi düşük olan hastaların anksiyete puanının yüksek olduğu bildirilmektedir (Akçalı ve ark., 2009; Aydemir ve ark., 2015). Gelir durumu azaldıkça anksiyete puanının arttığı görülmektedir. Ekonomiye ilişkin unsurlar anksiyetenin belirleyicileri arasındadır. Dolayısıyla maddi olanakların yetersiz oluşu, geleceğe ilişkin kaygıyı arttırabileceği gibi konforun azalmasına ve anksiyetenin oluşmasına neden olabilir.

MS tedavi süresi değişkeninden hastaların anksiyete puanının etkilenmediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 5). MS hastalarıyla yapılan araştırmalarda bu araştırma sonucuna benzer şekilde tedavi süresinin anksiyete üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir (Baklacioğlu ve ark., 2009; Seki Öz, 2013; Şen ve ark., 2015; Henry ve ark., 2018). Farklı örneklem grubunda yapılan araştırmalarda tedavi süresi ile anksiyete arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı belirlenmiştir (Tan ve ark., 2005; Korkmaz ve Tel, 2010; Aydemir ve ark., 2015). Araştırmanın bu sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Bu sonuç, hastaların uzun süren tedavi sürecinde hastalık ve tedavi metodları ile başa çıkma yollarını öğrenmiş olabileceklerini ve bu nedenle sonucun bu yönde etkilendiğini düşündürmüştür.

Hastalığa uyumu kötü olan hastaların ölçeğin tüm alt boyut ve ölçek toplamından yüksek puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5). MS hastalarının sağlık deneyimleri, yaşam tarzları ile ilgili yapılan çalışmada hastalığa uyumu kötü olan hastaların anksiyetesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Ploughman ve ark., 2017). Bir başka araştırmada hastalığa kötü uyumun anksiyete puanını artırdığı bildirilmiştir (Korkmaz ve Tel, 2010). Hastalığı tedavi edilemeyen bir hastalık olarak tanımlayan hastaların da tüm alt boyut ve ölçek toplamından yüksek puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı

belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 5). Olumsuz benliğe sahip olan hastaların anksiyete düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (Seki Öz, 2013). Hastalığa kötü uyum ve hastalığa yüklenen olumsuz algı bireyin hastalık ile başatme sürecini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla kötü uyum ve olumsuz hastalık algısının bireyde endişe, umutsuzluk ve gerginlik unsuru olduğu söylenebilir.

Hastalığa bağılı atak geçiren hastaların HAM-A alt boyutları ve ölçek toplamından yüksek puan alan grubu oluşturdukları ve atak geçirme durumu ile somatik alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5). Şen ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada bu araştırma sonucundan farklı olarak atak geçirme durumu ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bildirilmiştir (Şen ve ark., 2015). MS hakkında bilgi almayan hastaların ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplamından yüksek puan aldıkları ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 5). MS hastalarıyla yapılan çalışmada, hastalıkla ilgili eğitimin baş etmeyi olumlu etkilediği, anksiyete ve duygusal sorunların yarattığı problemlerin azaldığı saptanmıştır (McCabe ve ark., 2004). Atak geçirme ve hastalığa ilişkin bilginin olmaması ya da yetersizliği, hastalığın doğasında olan belirsizliğin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca atak geçiren hastaların her an yeni atak yaşama kaygısı ve fonksiyon kaybı korkusunun hastalarda anksiyeteye neden olduğu söylenebilir.

5.4. EDSS ile ÇBASDÖ ve HAM-A Arasındaki İlişkinin Tartışılması

EDSS ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğine ait arkadaş, özel bir insan alt boyutu ve toplam puan ortalama değerleri arasında negatif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6). Özürlülük arttıkça özellikle arkadaş ve özel bir insan alt boyutuna ait algılanan sosyal desteğin azaldığı görülmüştür. Aileden algılanan sosyal desteğin özürlülük düzeyinden etkilenmemesi çarpıcı sonuçlardandır. Baylor ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada bu araştırma sonucuna benzer şekilde özürlülük arttıkça sosyal desteğin azaldığı bildirilmiştir (Baylor ve ark., 2010). Henry ve arkadaşlarının çalışmasında bu araştırma sonucundan farklı olarak EDSS ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (Henry ve ark., 2018). Özürlülük arttıkça algılanan sosyal desteğin azalmasının,

bağımlılığın artması ve buna bağlı olarak sosyal çevrenin, sosyal aktivitenin sınırlanması nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

EDSS ile HAM-A somatik alt boyut ve toplam puan ortalama değerleri arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı ilişki elde edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6). Özürlülük arttıkça somatik ve toplam anksiyete düzeyinin arttığı görülmüştür. Şen ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada bu araştırma sonuçlarına paralel biçimde EDSS puanları ile anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı ilişkinin olduğu bildirilmiştir (Şen ve ark., 2015). MS hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada EDSS puanları ile belirsizliğe tahammülsüzlük puanları arasında pozitif yönde ve orta derecede önemli bir ilişki bulunmuştur (Gümüş ve Sezgin, 2016). Bazı çalışmalarda da EDSS skorlarının artmasının anksiyete belirtilerini ortaya çıkarabileceği bildirilmiştir (Kaya ve ark., 2003; Tsivgoulis ve ark., 2007; Ytterberg, 2008; Baklacioğlu ve ark., 2009; Onat ve ark., 2015). Baklacioğlu ve ark. (2009) ve Henry ve ark. (2018) çalışmalarında EDSS ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir (Baklacioğlu ve ark., 2009; Henry ve ark., 2018). Kahraman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada EDSS düzeyleri yüksek olan hastaların anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğunu bildirmiştir (Kahraman ve ark., 2018). Literatürde farklı sonuçlar olmakla birlikte özürlülük arttıkça anksiyetenin arttığını birdiren çalışmalar bulunmaktadır (Kaya ve ark., 2003; Tsivgoulis ve ark., 2007; Ytterberg, 2008; Baklacioğlu ve ark., 2009, Onat ve ark., 2015). Özürlülüğün artması bireyin bedensel/somatik anksiyetesinin artmasını tetikleyen unsurlardan biridir. Ayrıca özürlülük arttıkça bağımlılığın artması da söz konusu olabileceği için sonucun bu yönde etkilendiği düşünülmüştür.

5.5. ÇBASDÖ ve HAM-A Ölçeği Puan Ortalamalarına Ait İlişkinin Tartışılması

ÇBASDÖ aile ve arkadaş alt boyutu ile HAM-A psişik alt boyutu ve ölçek toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu ile HAM-A ve alt boyutları arasında ilişki saptanmazken, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile HAM-A toplam puanı ve alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 7). Buna göre, algılanan sosyal destek arttıkça anksiyetenin azaldığı söylenebilir. Literatürde algılanan sosyal destek arttıkça anksiyetenin azaldığı ve sosyal ilişkilerin

etkilenmesine bağlı daha çok anksiyete yaşandığı bildirilmektedir (Tan ve ark., 2005; Akçalı ve ark., 2009; Korkmaz ve Tel, 2010; Seki z, 2013). Henry ve arkadaşlarının araştırmasında bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde algılanan sosyal destek ile anksiyete arasında negatif ilişkinin olduğu bildirilmiştir (Henry ve ark., 2018). Literatürde sıklıkla sosyal desteğin anksiyete düzeyini azalttığı bildirilmesine karşın farklı sonuçlar da bildirilmiştir. Sarı ve arkadaşlarının araştırmasında bu araştırma sonucundan farklı olarak algılanan sosyal destek ile anksiyete arasında anlamlı ilişkinin olmadığı bildirilmiştir (Sarı ve ark., 2011). Hernandez- Ledesma ve ark. (2018) araştırmasında algılanan sosyal destek ile anksiyete arasında anlamlı ilişkinin olmadığı bildirilmiştir (Hernandez- Ledesma ve ark., 2018). Bu durumun sosyal destek kaynakları ile ilişkili olduğu dūřünölmüřtür. Bu araştırma sonucunda aile ve arkadaştan alınan sosyal destek ile anksiyete arasında anlamlı ilişki belirlenirken, özel bir insandan alınan sosyal desteğin anksiyete ile anlamlı bir ilişki oluşturmaması bu dūřünceyi doğrular niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

MS hastalarının aldıkları sosyal desteğin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi yüksek bulunurken, anksiyete düzeylerinin orta olduğu belirlenmiştir.

- Hastaların en çok ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu ve somatik anksiyete puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Algılanan sosyal desteğin yaş, hastalığa uyum durumundan etkilendiği belirlenirken, yaş, gelir durumunun aileden algılanan sosyal desteği etkilediği, yaş, medeni durum, hastalığa uyum durumunun arkadaştan algılanan sosyal desteği etkilediği belirlenmiştir. Özel bir insandan algılanan sosyal destek ise sadece hastalığa uyum düzeyinden etkilenmektedir.

- Anksiyetenin gelir durumu, hastalığa uyum, atak geçirme durumundan etkilendiği belirlenirken, gelir durumu, hastalığa uyum düzeyinin psikik boyuttaki anksiyeteyi etkilediği, eğitim durumu, gelir durumu, hastalığa uyum, atak geçirme durumunun somatik boyuttaki anksiyeteyi etkilediği belirlenmiştir.

- Algılanan sosyal destek ile EDSS arasında negatif yönlü zayıf anlamlı ilişki belirlenmiştir. Özürlülük arttıkça arkadaş ve özel bir insan alt boyutuna ait algılanan sosyal desteğin azaldığı belirlenmiştir.

- Anksiyete düzeyi ile EDSS arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı ilişki elde edilmiştir. Özürlülük arttıkça somatik boyuttaki anksiyetenin ve toplam anksiyete düzeyinin arttığı belirlenmiştir.

- ÇBASDÖ aile ve arkadaş alt boyutu ile HAM-A psikik alt boyutu ve ölçek toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf anlamlı ilişki belirlenmiştir. ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu ile HAM-A ve alt boyutları arasında ilişki saptanmazken, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması ile HAM-A toplam puanı ve alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- MS hastaları için en önemli sosyal destek mekanizması aile olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla hastanın bakım sürecinde mutlaka ailenin bakım süreci içerisinde aktif olarak yer almasına olanak sağlanması ve ikincil sosyal destek mekanizması olarak karşımıza çıkan arkadaş ve özel insan desteğinin de harekete geçirilmesi önerilmektedir.

- Hastaların somatik anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle, somatik boyuttaki anksiyeteyi en aza indirebilmek için,hasta ve yakınlarının semptom ve atak yönetimi konusunda bilgilendirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.

- Hastalığa uyumun sosyal destek ve anksiyete düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle, hastaların tanı sürecinden başlayarak tedavinin tüm basamaklarında hastalığa uyumun değerlendirilmesi ve uyumu bozacak risklerin tanımlanması önerilmektedir.

- Hastaların gelir durumunun anksiyete düzeyini olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu nedenle hastaların özellikle yeti yitimi, engellilik gibi durumlar nedeniyle yaşanan iş gücü kayıpları ve ekonomik sınırlılıklar için başvurabilecekleri resmi destek sistemleri hakkında bilgilendirilmeleri ve ihtiyaç halinde yönlendirilmeleri önerilmektedir.

- Algılanan sosyal destek ile anksiyetenin negatif yönlü ilişkisi belirlenmiştir. Sosyal destek mekanizmalarının harekete geçirilmesi oldukça önemlidir. Dolayısıyla sosyal destek sistemlerinin de hemşire tarafından desteklenmesi oldukça önemlidir. Bu bağlamda en önemli sosyal destek kaynağı olan ailenin bakım verici rolü düşünülünerek bu kapsamda desteklenmesi önerilmektedir.

- Hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin belli aralıklarla irdelenmesi ve hastaların tedavi, semptom ve atak yönetimi oldukça önemlidir. Bu bireysel bakımı gerektirdiği gibi hemşirenin bu alana ilişkin uzmanlaşmasını da gerektirmektedir. Bu nedenle MS hemşireliğinin yapılandırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akçalı A, Altındağ A, Geyik S, Cansel N. Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve çok boyutlu algılanan sosyal destek. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi* 2009;46:91-97.
- Akkuş Y. Multiple sklerozlu hastalarda ev ziyareti yoluyla verilen bakım hizmetinin yaşam kalitesine etkisi. Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Doktora tezi, 2008.
- Akkuş Y. Multiple Skleroz hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgileri, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Uzmanlık tezi, 2004.
- Akpınar Z, Gündüz Z.B. Multipl skleroz ve kognitif bozulması. *Selçuk Tıp Dergisi* 2011; 28(1):75-79.
- Aksel Siva ve TurkMultipl Skleroz Çalışma Grubu. Edirne şehir merkezinde MS prevelans çalışması. 39. Ulusal Nöroloji Kongresi program ve bildiri özet kitabı, 2003;248.
- Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 76-85.
- Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi* 2009;10:63-68.
- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9 (2): 68-75.
- Ascherio A, Munger K.L. Environmental risk factors for multiple sclerosis. Part II: Noninfectious factors. *Annals of Neurology* 2007; 61 (6): 504-513.
- Ayaz S, Efe Ş Y, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28:880-885.
- Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Ölmez Gazioğlu E, Gündüz H. Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Medj* 2015;5(4):199-203.
- Baklacioğlu H, İçağasioğlu A, Haliloğlu S, Çoban R, Demir Y, Öcal Eriman Arıcı Düz Ö, Aydın Cantürk İ. Multiple skleroz hastalarında genişletilmiş durum özürülük skalası ile anksiyete depresyon ilişkisi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2009;24(4):178-182.
- Barclay L, Lie D. International panel revises McDonald diagnostic criteria for multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2005; 58:840-846.

- Başer Z. Aileden algılanan sosyal destek ile kendini kabul düzeyi arasındaki ilişki, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Baylor C, Yorkston K, Bamer A, Britton D, Amtmann D. Variables associated with communicative participation in people with multiple sclerosis: A regression analysis. Department of Rehabilitation Medicine, University of Washington. *Journal of Speech-Language Pathology*.2010;19 (2):143-153.
- Bilge A, Ekti E, Nişli İ. Toplumsal bir sorun olan engellilik ve hemşirelik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005;21;2:181-190.
- Bilgi E. Multipl sklerozlu hastalarda depresyon ve nörodejenerasyonun kognitif bozulma üzerine etkileri. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Uzmanlık Tezi, 2010.
- Boz C. Multipl sklerozda klinik bulgular ve semptomlar. *Türkiye klinikleri J Neurol-Special Topics*2009; 2(2):9-14.
- Boz C, Terzi M. Soru ve yanıtlarla multiple skleroz. Trabzon, İber Matbaacılık.2010.
- Brønnum H, Stenager E, Stenager EN, Koch-Henriksen N. Suicide among Danes with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:1457-9.
- Bulut S, Kılıç H, Demir C.F. Yukarı Fırat Bölgesinde multipl skleroz tanısı ile izlenen hastaların klinik ve demografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2011;16(2):84-90.
- Buraga I, Davidescu I, Nica S, Mihailescu G. Physical rehabilitation and quality of life in multiple sclerosis, *Romanian Journal of Neurology* 2010;8(3):157-160.
- Bursa D. Fiziksel engelli bireylerde depresyon ve çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya, Yüksek lisans Tezi, 2010.
- Burton J.M, O'Connor P.W, Hohol M, Beyene J. Oral versus intravenous steroids for treatment of relapses in multiple sclerosis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*.2009; (3): CD006921.
- Cicarelli O, Toosy A. Mechanisms of disability and potential for recovery in multiple sclerosis. Ed. Thompson, A.J. *Neurological rehabilitation of multiple sclerosis*. Chapter 1. 1-29. Queen Square Neurological Rehabilitation Series Informa UK Ltd.2006.
- Cohen S, Wills T.A. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*.1985;98 (2), 310-357.
- Cohen S. Social relationships and health. *American psychologist*.2004; 59 (8), 676-684.
- Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *Lancet*.2008; 372 (9648): 1502-1517.
- Comi G. Treatment of multiple sclerosis: role of natalizumab. *Neurological Sciences*2009; 30 (2): 155-158.

- Çevik İ. Multipl skleroz tanı ve tedavi kılavuzu. İstanbul, Galenos Yayınevi.2013.
- Dahl O.P, Stordal E, Lydersen S, Midgard R. Anxiety and depression in multiple sclerosis. A comparative population based study in Nord, Trøndelag County, Norway. Multiple sclerosis2009;15 (12): 14951501.
- Dayapoğlu N, Tan M. İnmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12:4.
- Demirci S. Multipl sklerozda semptomatik tedaviler. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics2009; 2(2):91-96.
- Dobson R, Giovannoni G. Multiple Sclerosis: Visual Guide for Clinicians. Efendi H. Multipl skleroz ve demiyelinizan hastalıklar. İç Hastalıkları. 3. Baskı. Eds: İliçin G, Biberoglu K, Süleymenler G, Ünal S, İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri. 2013; 3329- 3340.
- Doğan T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2008;3(30):30-44.
- Duman A, Alp R, Yavuzer D, Börü Ü.T, Bayramıçlı O.U, Dabak R. Multipl sklerozda barsak hareket bozuklukları ve amiloidozile ilişkisi. Genel Tıp Dergisi 2012; 22(1):6-10
- Efendi H. Multipl skleroz ve demiyelinizan hastalıklar. İçinde: İç Hastalıkları. 3. Baskı. Eds: İliçin G, Biberoglu K, Süleymenler G, Ünal S, İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri.2012;3329- 3340.
- Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995;10:45-55.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12 (1): 17-25.
- Eltink C, Duff y M. Restorying the Illness Experience in Multiple Sclerosis. The Family Journal: Counseling And Therapy For Couples And Families, July.2004 ;12;3:282-286.
- Emre U, Ergün U, Yıldız H, Coşkun Ö, İnan LE. Multipl skleroz ve psikiyatrik hastalıklar. Düşünen Adam Dergisi 2013; 16(1), 46-49.
- Er F, Mollaoğlu M. Multiple sklerozlu hastalarda yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas, Nöroloji Klinik Dergisi 2011;28:(2):190-203.
- Eraksoy M, Bulut S, Alp R. Multipl Skleroz. İçinde: Nöroloji Temel Kitabı, Ed: Emre M, Birinci Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri. 2013; s.1112-36.
- Esmek M. Şizofren hastaların bakımından sorumlu yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2007.

- Eylen B. Kanser hastası sosyal destek ölçeğinin geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2002; 109-117.
- Feinstein A. *The clinical neuropsychiatry of multiple sclerosis*. New York, Cambridge University Press. 2007.
- Gandhi R, Weiner HL. Disease pathogenesis. In: Weiner HL, Stankiewicz JM, editors. *Multiple sclerosis: diagnosis and therapy*. Wiley-Blackwell. 2012; 3-25.
- Giardano A. Anxiety and depression in Multiple sclerosis patients around diagnosis. *Journal of the Neurological Sciences* 2011; 307:86-91.
- Görgü E. 3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilimdalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Gümüş K, Sezgin S. Multiple skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesine etkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2016; 47(9):475-486.
- Halper J. The evolving role of the nurse in the treatment of multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing* 2009, 41: 1-13.
- Halper J, Holland NJ. *Comprehensive nursing care in multiple sclerosis*, 2nd edition, Demos Medical Publishing, New York.2010.
- Harris J.H, Halper J. *Multiple Sclerosis; Best practices in Nursing care*, New York, Bioscience Communications.2008.
- Hauser SL, Goodin DS. Multiple sclerosis and other demyelinating diseases. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Eds. Dl Kasper, E Braunwald, As Fauci, Sl Hauser, Dl Longo, JI Jameson. 16th Ed. Mcgraw -Hill Comp. New York: 2005.p.24612470.
- Hauser SL, Josephson SA, English JD, Engstrom JW. *Harrison Neurology in Clinic Medicine*. Çevirenler: Çelik M., Kurşun O., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.2009;s: 405-422.
- Henry A, Tourbah A, Camus G, Deschamps R, Mailhan L, Castex C, Gout O, Montreuil M. Anxiety and depression in patients with multiple sclerosis: The mediating effects of perceived social support. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2018; (25):122-127.
- Hernandez-Ledesma A.L, Rodriquez-Mendez A.J., Gallardo-Vidal L.S., Trejo-Cruz G, Garcia-Solis P, Davila-Esquivel F. Coping strategies and quality of life in Mexican Multiple sclerosis patients: Physical, psychological and social factors relationship. *Multiple sclerosis and related disorders* 2018; (25):122-127.
- Holland N.J, Northrop D. E. Young adults with multiple sclerosis: management in the home. *home health care management practice*. 2006;18: 186.

- Hyarat S, Gamal E, Rama E. Depression and perceived social support among Saudi patients with multiple sclerosis. *Journal of Wiley. Perspect Psychiatr Care*. 2018;1–8.
- Hyphantis N.T, Christou K, Kontoudoki S, Mantas C, Papamicheal G, Goulia P. at all. Disability status, disease parameters, defense styles and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. *Internal Journal Psychiatry in Medicine* 2008; 38(3):307-327.
- Isaksson A.K, Ahlstrom G. From symptom to diagnosis; illness experiences of multiple sclerosis patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 2006; 38 (4):229-37.
- İdiman E. Multipl Skleroz'un İmmunopatogenezi. *Türkiye Klinikleri* 2004; 2, 171-176.
- İdiman E. Demiyelinizan hastalıklar. içinde: iç hastalıkları. İliçin G, Biberoglu K, Süleymenler G, Ünal S. Editörler, 2. Baskı, İstanbul, Güneş Kitabevi. 2005; s: 3650-3657.
- İrkeç C, Işık E. Multiple skleroz ve organik psikiyatri. Işık E. Editör, Ankara, 1998; 219-248.
- Janssens A.C.J.W, Doom P.A, Boer J.B. et al. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression, and distress of patient and partners. *Acta Neurology Scandinavica*. 2003; 108; 389-395.
- Johnson K.P. Control of multiple sclerosis relapses with immunomodulating agents. *Journal of the Neurological Sciences* 2007; 256 (1): 23-28.
- Kaçmaz N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği; tarihsel bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2006;9 (1); 75-85.
- Kahraman T, Savcı S, Özdoğan A, Gedik Z, İdiman E. Multiple skleroz hastalarında anksiyetenin motor imgeleme becerisine etkisi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2018; 29(1):19-26.
- Kalb RC. Multiple sclerosis: the questions you have-the answers you need. Eraksoy M., Demir G.A. Editör, İstanbul, Logos Yayıncılık. 2008.
- Kankaya H, Doğru Vural B, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Multipl skleroz'lu hastaların günlük yaşam aktivite düzeyleri ile bakım verenlerin gösterdiği tepkiler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;5(1): 33- 49.
- Kapucu S, Akkuş Y, Akdemir N. Knowledge of patients with multiple sclerosis about their disease and prevention of complications, *Journal of Neurological Sciences (Turkish)* 2011; 28(3):362-365.
- Karabudak R. Multipl skleroz tanı ve tedavisi. *AEOB İlaç Forumu*. 2002;2:52-55.
- Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı. Adana, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014: 1157-1161.

- Karadayı H. Multiple sklerozu olan hastalarda bilişsel işlevlerin nörolojik ve psikiyatrik değişkenlerle ilişkisi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Uzmanlık Tezi, 2011.
- Kaya N. Multiple skleroz ile anksiyete ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2003; 4: 220-225.
- Kayıhan H, Soyuer F, Armutlu K, Uyanık M, Bumin G, Düger T. Multiple sklerozlu hastalarda fonksiyonel değerlendirme. *Erciyes Tıp Dergisi* 2003; 25 (1): 28-37.
- Kehler MD, Hadjistavropoulos HD. Is health anxiety a significant problem for individuals with Multiple sclerosis *Behav Med* 2009;32(2):150-61.
- Kelleci M, Doğan S. Bedensel hastalıkla birlikte depresyonu olan hastalara hemşirelerin yaklaşımlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2;3:161-168.
- Kesselring, J. ve Beer, S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. *The Lancet Neurology* 2005; 4 (10): 643-652.
- Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database Systematic Review* (2).2007.
- Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;9(1); 49-54.
- Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13: 2.
- Krutzke, F. John "Natural history and clinical outcome measures for multiple sclerosis studies. Why at the present time does EDSS scale remain a preferred outcome measure to evaluate disease evolution". *Neurol Sci* 2000; S21, s. 334-339.
- Kumsar A.K, Olgun N, Korel Ö.K. Multiple Sklerozlu hastalarda yorgunluğun değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 009;2(2);100-103.
- Lode K, Larsen J.P, Bru E, Klevan G, Myhr K.M. et al.. Patient information and coping styles in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* July 2007;13(6): 792-799.
- Luttik ML, Jaarsma T, Moser D, Sanderman R, Van Veldhuisen DJ. The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: An Overview of The Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 20(3): 162-169.
- Malik O, Donnelly A, Barnett M. Fast facts: multiple sclerosis. 3. baskı. Oxford, Health Press. 2014.
- Marrie R.A. Environmental risk factors in Multiple sclerosis etiology. *The Lancet Neurology*.2004;3(12):709-718.

- McCabe M.P, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*.2004; 56:355-361.
- Miller JR. Multiple Sclerosis; Merrit's Neurology (Rowland LP, ed) Philadelphia, Lippincott Williams-Wilkins Yayın. 2000; 773-792.
- Miller D, Barkhof F, Montalban X, Thompson A, Filippi M. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I:natural history, pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *The Lancet Neurology* 4. 2005; (5): 281- 288.
- Mirza M. Multiple Sklerozun etyolojisi ve epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2002, 24: 40- 47.
- Mohr D.C.Stress and multiple sclerosis. *Journal of Neurology* 2008; 225(2):309-310.
- Molu N. Psikiyatri servisinde duygulanım bozukluğu tanısı ile yatan hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2008.
- Munari L, Lovati R, Boiko A. Therapy with glatiramer acetate for multiple sclerosis". *Cochrane database of systematic reviews (Online)*.2004; (1): CD004678.
- Munger KL, Zhang SM, O'Reilly E, Hernán MA, Olek MJ, Willett WC, Ascherio A. Vitamin D intake and incidence of multiple sclerosis. *Neurology*.2004;62:60-65
- Murberg T.A. Long-Term Effect of Social Relationships On Mortality İn Patients With Congestive Heart Failure. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2004; 34(3):207- 217
- Mutluay FK. Multipl skleroz rehabilitasyonu. *Türk Nöroloji Dergisi* 2006;1(2):134.
- Myers J.E, Sweeney T.J, Witmer J.M. The wheel of wellness counseling for wellness: a holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and Development* 2000;78(3), 251-266.
- Navarro J.V, Molares J.M, Leon J.B. (Informal caregiving in multiple sclerosis patients: data from the Madrid demyelinating disease group study. *Disability and rehabilitation*2003; 25:18;1057-1064.
- Nur Şahin G. Üniversite öğrencilerinin kendini açma öznel iyi oluş ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- Onat Ş.Ş. Multipl sklerozda görülen uyku bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Neur*.2012; 7(1):8-16.
- Onat Ş.Ş, Delialioğlu SÜ, Özel S. Multipl sklerozda depresyon, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ilişkisi: bir rehabilitasyon merkezi deneyimi. *FTR Bilim Dergisi* 2015;18: 139-145.

- Öner Ö.İ. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- Özbek Guni. Ö. Kanserli birey ve ailelerinin sosyal destek algılarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet AnaBilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Özdemir L, Aşiret G.D. A holistic at patients with multiple sclerosis: focusing on social life, household and employment issues. Turk J Phys Med. Rehab 2011;57:19-24.
- Özkan S. Nörolojik hastalıkların psikiyatri yönleri, <http://www.beyinfelci.org/tr/uzmangor-usuroportaj/norolojikhpy>, 2017.
- Paltamaa J, Sarasoja T, Wilkström J, Malkia E. Physical functioning in multiple sclerosis: A population-based study in Central Finland. Journal of Rehabilitation Medicine 2006; 38:339-345.
- Pattenden JF, Roberts H, Lewin RJP. Living with health failure; patient and carer perspectives. European Journal of Cardiovascular Nursing 2007; 6: 273-279.
- Pelle A, Gidron Y, Szabo B, Denollet J. Psychological Predictors Of Prognosis in Chronic Heart Failure. Journal of Cardiac Failure 2008; 14(4): 341-350.
- Ploughman M, Collins K, Wallack E, Monks M, Mayo N. Women's and Men's Differing Experiences of Health, Lifestyle and Aging with Multiple Sclerosis. International Journal of MS Care 2017;19:165-171.
- Rector TS, Anald IS, Cohn JN. Relationships Between Clinical Assessments And Patients Perceptions Of The Effects Of Heart Failure On Their Quality of Life. Journal of Cardiac Failure 2006; 12 (2): 87-92.
- Sarı D, Khorshid L, Eşer İ. Hastaneye yeni yatan hastaların algıladığı sosyal destek ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2011; 27 (2) : 1-9.
- Savcı A, Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Seki Öz H. Multiple sklerozlu hastaların stresle baş etme tarzlarının ve psikiyatrik belirtilerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- Siva A, Uygunoğlu U, Tütüncü M. Kapımda 100 Hasta Beklerken Multipl Skleroz. 1. Baskı, İstanbul, Sigma Yayınları. 2014.
- Sorias O. Sosyal desteklerin ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin depresyonlu ve sağlıklı kontrollerde araştırılması. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 7, İzmir, 1988.

- Şen N, Gürbüz Genç Ş, Kılıç Aydın N, Kılınçel O, Altınışik İ, Kılınçel Ş, Köle İ, Eker S. Multiple sklerozda depresyon ve anksiyete. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015;41(2):73-77.
- Şenol U. Multipl skleroz: tanı ölçütleri. <http://www.tmr.org.tr/2013mr/CONTENT/utku-senol-multipl-sclerosis-taniolcutleri.pdf>, 2015.
- Tan M, Dayapoğlu N. Multipl sklerozlu hastalarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2011; 19(2):105-108.
- Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Journal of Cancer Nursing* 2005 ;28(3):236-240.
- Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkisinin değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8:32-39.
- Taylor RS. Rehabilitation of persons with multiple sclerosis; physical medicine and rehabilitation (Braddom RL, ed). 2. baskı, Philadelphia, WB Saunders Company Yayın 2000: 1177-1190.
- Terzi M, Birinci A, Çetinkaya E, Onar MK. Cerebrospinal fluid total tau protein levels in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2007;115:325-330.
- Terzi M, Kocamanoğlu B, Güz H, Onar M, Şahin A.R. Multipl skleroz hastalarında cinsel fonksiyon bozukluğu. *Journal of Experimental and Clinical (Medicine) Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi* 2009; 26:81-85.
- T.C. İstatistik Kurumu. Sağlık Harcamaları. 2013. <http://www.tuik.gov.tr/>, 2018.
- Totaro R, Marini C, Giunta M, Carolie A. Prevalence of multiple sclerosis in the L'Aquila District, Central Italy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;68:349-352
- Trapp B.D, Stys P.K. Virtual hypoxia and chronic necrosis of demyelinated axons in multiple sclerosis. *Lancet Neurol*. 2009; 8, 280-91.
- Tsivgoulis G, Triantafyllou N, Papageorgiou C, et al. Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. *Acta Neurologica Scandinavica* 2007;115:67-72.
- Tuncay F.Ö. Multipl sklerozlu bireylere uygulanan soğutucu giysi (cooling suit) yönteminin yorgunluk ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi, Sivas, Doktora Tezi, 2013.
- Tülek Z. Multipl sklerozlu hastanın hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;11(2):1-6;25-32.
- Tülek Z. Düzenli sağlık kontrolüne alınan MS hastalarında yaşam kalitesinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Doktora tezi, 2006.
- Tülek Z, Durna Z, Eraksoy M. Exploring sexual problems among patients with multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica* 2011;124:68-69

- Türkbay T.G, Yıldırım Y, Özakbaş S, Uzunel F, İdiman E. Multipl sklerozlu hastalarda yorgunluk ve yorgunluğun etkisinin değerlendirilmesi. Türk Nöroloji Dergisi 2004;10(6):515-520
- Tüzer V. Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımları. Klinik Psikiyatri. 2011;4:193-201.
- Vega R, Molton I, Miro J, Smith A, Jensen M. Changes in perceived social support predict changes in depressive symptoms in adults with physical disability. Disability and Health Journal 2018.
- WHO. Atlas multiple sclerosis resources in the world 2008. World Health Organization. 2008.
- WHO and MS International Federation, Atlas; Multiple sclerosis resources in the world..http://www.who.int/mental_health/neurology/Atlas/pdf./,2018 .
- Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N: Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 9: 114-117.
- Yılmaz M, Yılmaz N. D vitaminin beyindeki rolü ve ilişkili nörolojik hastalıklar. Journal of Clinical and Experimental Investigations 2013; 4(3):411-415.
- Ytterberg C. A two-year study of people with multiple sclerosis. Karolinska İnstütitet. Stockholm, Doktora tezi, 2008.
- Zengin O, Erbay E, Yıldırım B, Altındağ Ö. Quality of life, coping, and social support in patients with multiple sclerosis: a pilot study. Turkish Journal of Neurology 2017;23:211-218.

EKLER

Ek 1: TANIMLAYICI ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Multiple skleroz (MS) lu hastaların hastalık sürecinde aldıkları sosyal desteğin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sizden gönüllülük esasına dayalı olarak kendinizi tanıttığı bir form, hastalığınız ve anksiyete düzeyiniz ile ilgili anket formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeğini doldurarak bu çalışmaya katılımınız rica edilmektedir. Bu çalışma amacıyla elde edilen bilgilerin gizliliği tarafımızdan korunacaktır. Herhangi bir şekilde, herhangi kurum veya kişiye başka bir amaçla verilmeyecektir.

HASTA TANITIM FORMU

1.Yaşınız:

- a.18-24
- b.25-31
- c.32 yaş ve üzeri

- c.İşçi
- d.Memur
- e.Serbest meslek

2.Cinsiyetiniz:

- a. Kadın
- b.Erkek

f. Hastalığım nedeniyle çalışmıyorum

3.Medeni Durumunuz:

- a.Evli
- b.Bekar

6. Aylık gelir durumunuz?

- a. Gelir giderden az
- b. Gelir gidere denk
- c. Gelir giderden fazla

4.Eğitim Durumunuz:

- a.Okur-yazar
- b.İlköğretim
- c.Lise
- d.Üniversite
- e.Diğer

7.Sağlık güvenceniz var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

5.İşiniz/mesleğiniz nedir?

- a.Ev hanımı
- b.Emekli

8. Yaşadığınız yer neresidir?

- a.İl
- b.İlçe
- c.Köy-kasaba

9.Kiminle yaşıyorsunuz?

- a.Yalnız
- b.Eşim ve ben
- c.Eşim ve çocuklarımla beraber
- d.Anne-babamla beraber
- e.Diğer

10.Size kimin bakım vermesini istersiniz?

- a.Eşim
- b.Çocuklarım
- c.Annem-babam
- d.Kardeşim
- e.Diğer

Hastalık ve Anksiyete Durumu ile ilgili Anket Formu

11.Hastalık süreniz?

- a. 0-2 yıl
- b. 3-5 yıl
- c.6-8 yıl
- d.9 yıl ve üzeri

12.Kaç yıldır MS tedavisi görüyorsunuz?

- a. 0-2 yıl
- b. 3-5 yıl
- c.6-8 yıl
- d.9 yıl ve üzeri

13. MS tanısı tipiniz nedir?

- a. Yineleyici (RRMS)
- b. Sekonder progresif (SPMS)
- c. Primer progresif (PPMS)
- d.Progresif relapsing (RPMS)

14.Hastalığa uyumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a. iyi

b. orta

c. kötü

15.Size göre aşağıdaki ifadelerden hangisi hastalığınızı tanımlıyor?

- a. Tedavi edilemeyen bir hastalık
- b. Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
- c. Kolay tedavi edilen bir hastalık

16.MS hastalığı dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

17.Hastalığa bağlı atak geçiriyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

18.Atak geçiriyorsanız ne sıklıkta oluyor?

- a.Çok nadir
- b.2-3 yılda bir
- c. Yılda bir
- d. Yılda birden fazla
- e. .Sık sık

19.MS hastalığı hakkında eğitim aldınız mı?

- a.Evet
- b.Hayır

20.MS hastalığına ilişkin hangi alanda sorunlar yaşadınız? **(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- a. Aile içi sorunlar
- b.Fiziksel sorunlar
- c.Psikolojik sorunlar
- d.Ekonomik sorunlar
- e. Sorun yaşamadım

21. Sosyal alanlardakendinizi nasıl hissedersiniz? **(Birden fazla sık ifadeleyebilirsiniz)**

- a. Girmek istemem.
- b. Kendimi dışlanmış hissediyorum
- c. Kendimi rahat hissediyorum.
- d. İnsanların benden rahatsız olduğunu hissediyorum.

22.MS hastalığınız süresince steroid (kortizon) tedavisi aldınız mı?

- a.Evet
- b.Hayır

23.MS hastalığınıza bağlı gelişen sorunlar sosyal ilişkilerinizi ne düzeyde etkiledi?

- a. Etkilemedi
- b.Ataklar olduğunda etkiledi
- c.Ara sıra etkiledi
- d.Devamlı etkiledi

24.MS hastalığınız boyunca anksiyete (kaygı) yaşadınız mı?

- a.Evet
- b.Hayır

25.Yaşadıysanız hangi düzeyde anksiyete (kaygı) yaşadınız?

- a.Çok nadir
- b. Ara sıra
- c. Sadece atak dönemlerinde
- d.Sık sık

26.Anksiyete (kaygı) yaşadıysanız profesyonel yardım aldınız mı?

- a.Evet
- b.Hayır

27.Hastalığınız süresince ailenizden en çok kimin desteğini gördünüz?

- a.Annem
- b.Babam

- c.Eşim
- d.Çocuklarım
- e.Diğer

28. Kendinizi nasıl bir insan olarak tanımlarsınız?

- a.Mutlu
- b.Değişken
- c.Mutsuz

Ek 2: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’de 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. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

Birini İşaretleyin

	Kesinlikle hayır						Kesinlikle evet
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşle)	1	2	3	4	5	6	7

erimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 3:HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-A)

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki anksiyete (kaygı) düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Sizden ölçekteki 14 maddenin her birini değerlendirirken aşağıda A başlığı altında verilen puanlama ilkelerine (0-4) uymanız ve size en uygun olan numarayı işaretlemeniz rica edilmektedir.

A. Şiddeti Derecelendirme

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

Birini İşaretleyin

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3.KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4.UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güclüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4

6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgü yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4
8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu	0	1	2	3	4
9.KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistolle	0	1	2	3	4
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

Ek 4:



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/686

13.01.2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. Afetap Özdelekara

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Multiple Sklerozlu Hastaların Aldıkları Sosyal Desteğin Anksiyete Düzeyine Etkisi** başlıklı OMÜ KAİK 2017/34 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekeç, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergelerine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışmaya tamamlandıktan sonra sonuçların tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 12.01.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

AN OTURU
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
13.01.2017

Ek 5:



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-929-E.16180 - 2017
Konu : Anket Çalışma İzinlik

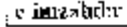
10/02/2017

SN TUBA AL.TINKAYNAK, YILMAZ
Hengire

İlgi : 09/02/2017 tarihli yazınız.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkeziniz Nöroloji Servisi ve Nöroloji Polikliniğinde, multiple sklerozlu hastaların yaşadıkları sosyal yaşamın anksiyete düzeyine etkisi isimli tez çalışmanız için anket yapabilmeye isteğiniz uygun görülmüştür.

Gerçekten bilgilerinize rica ederim.


Doç.Dr. İker ŞİMŞEK
Merkez Müdürü V.

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurumcağız SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (0362) 312 00 29
Elektronik Adresi: www.omu.edu.tr/

Birgün YILMAZ
birgun.yilmaz@omu.edu.tr
Tarih: 29/01/2017

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güçsüz Elektronik İmza ile oluşturulmuştur.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Tuba ALTINKAYNAK YILMAZ

Doğum Yeri: Terme

Doğum Tarihi: 12.09.1986

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 2010

Giresun Üniversitesi Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon, 2012-2013

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Yüksek Lisans, 2018

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Servisi-Yoğun Bakım (2010- halen)

Samsun Medikalpark Hastanesi KVC Servisi (07.2010-09.2010)

E-posta: yilmaztuba5557@g-mail.com

