

**T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
SİNİR BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI**



**MULTİPL SKLEROZ HASTA YAKINLARININ EMPATİK  
DAVRANIŞLARININ HASTALARIN MUTLULUK DÜZEYİ  
İLE OLAN İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Mahri ANNAGURBANOVA**

Danışman

**Prof. Dr. Murat TERZİ**

SAMSUN  
2021

## TEZ KABUL VE ONAYI

**Mahri ANNAGURBANOVA** tarafından, **Prof. Dr. Murat TERZİ** danışmanlığında hazırlanan “**Multipl Skleroz Hasta Yakınlarının Empatik Davranışlarının Hastaların Mutluluk Düzeyi İle Olan İlişkisi**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 26.7.2021 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

|                             | <b>Unvanı Adı Soyadı</b><br><b>Üniversitesi</b><br><b>Ana Bilim/Ana Sanat Dalı</b> | <b>İmza</b> | <b>Sonuç</b>                             |
|-----------------------------|--|-------------|--|
| <b>Başkan</b><br>(Danışman) | Prof. Dr. MURAT TERZİ  |             | <input checked="" type="checkbox"/>      |
|                             | Ondokuz Mayıs Üniversitesi<br>Sinir Bilimler Anabilim Dalı                         |             | Kabul<br><input type="checkbox"/><br>Ret |
| <b>Üye</b>                  | Doç. Dr. ERSOY KOCABIÇAK   |             | <input checked="" type="checkbox"/>      |
|                             | Ondokuz Mayıs Üniversitesi<br>Cerrahi Tıp Bilimleri                                |             | Kabul<br><input type="checkbox"/><br>Ret |
| <b>Üye</b>                  | Doç. Dr. ÇETİN KÜRŞAT AKPINAR  |             | <input checked="" type="checkbox"/>      |
|                             | Samsun Üniversitesi<br>Nöroloji Anabilim Dalı                                      |             | Kabul<br><input type="checkbox"/><br>Ret |

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

ONAY  
... / ... / ...  
Prof. Dr. Ali BOLAT  
Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım yüksek lisans/doktora/sanatta yeterlik tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

İmza

22 /07 / 2021

Öğrenci Adı SOYADI

Mahri ANNAGURBANOVA

## TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez başlığı :Multipl skleroz hasta yakınlarının empatik davranışlarının hastaların mutluluk düzeyi ile olan ilişkisi

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 22/07/2021 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 24

Tek kaynak oranı : % 4 çıkmıştır.

İmza

22 /07/ 2021

Danışman Adı SOYADI

**Prof. Dr. Murat TERZİ**

## ÖZET

### MULTİPL SKLEROZ HASTA YAKINLARININ EMPATİK DAVRANIŞLARININ HASTALARIN MUTLULUK DÜZEYİ İLE OLAN İLİŞKİSİ

Mahri ANNAGURBANOVA  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Sinir Bilimleri Ana Bilim Dalı  
Yüksek Lisans, Temmuz/2021  
Danışman: Prof. Dr. Murat TERZİ

**Amaç:** Multipl skleroz hasta yakınlarının empatik davranışlarının hastaların mutluluk düzeyi ile olan ilişkisini tespit etmektir.

**Material ve Metod:** Bu çalışma 2020 yılının Kasım ayı ile 2021 yılının Nisan ayı arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda MS tanısı alan hasta ve hasta yakınıyla beraber 400 katılımcı ile yapılmıştır. Verileri toplamak için Demografik Bilgiler Formu, Toronto Empati Ölçeği ve Oxford Mutluluk Ölçeği – Kısa Formu kullanılmıştır. Veriler IBM SPSS 20.0 programında analiz edildi. İki bağımsız grup ortalamaları normal dağılım gösteren gruplar t-testi, normal dağılım göstermeyen gruplar Mann-Whitney U testi ile, ikiden çok bağımsız grup ortalamaları normal dağılımlı-varyanslar homojen olan gruplar Anova, normal dağılım göstermeyen gruplar ise Kruskal-Wallis testi ile test edildi. Çoklu karşılaştırmalar için Tukey ve Dunn testi kullanıldı. Nitel değişkenler arasındaki ilişki Pearson Ki-kare testi ile test edildi. İki ölçek arasındaki ilişkiye veriler normal dağılım göstermediği için Spearman sıra korelasyon katsayısı ile bakıldı.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Hasta ve hasta yakınları gruplarına göre cinsiyet ( $p = 0,000 < 0,05$ ), yaş ( $p = 0,006 < 0,05$ ), kronik hastalığı olanlarla beraber yaşayanlar ( $p = 0,002 < 0,05$ ) arasında farklılık bulunmuştur. Hastalarda cinsiyete ( $p = 0,000$ ); hastalığı haricen ekstra rahatsızlığı olanlar ve ( $p = 0,000$ ) o rahatsızlığının süresine ( $p = 0,000$ ) göre empati düzeylerinde farklılık bulunmuştur. Hasta yakınlarında ise eğitim ( $p = 0,033$ ), gelir ( $p = 0,020$ ) düzeyleri ve yaşadığı evin aidiyet durumuna ( $p = 0,000$ ) göre farklılık bulunmuştur. Mutluluk seviyesine bakıldığında hastalar arasında yaşadığı ev kendininin olup-olmamasına dair değişkenlerine ( $p = 0,010$ ) göre, hasta yakınlarında kronik hastalığı olanlarla yaşayıp-yaşamamasına dair değişkenlerine göre kişiler arasında ( $p = 0,020$ ) farklılık bulunmuştur.

**Sonuç:** MS hastalarının içinde kadın, MS haricinde ekstra rahatsızlığı olan ve bu rahatsızlığın süresi 0-2 yıl arasında devam edenler daha empatiktir. Hasta yakınlarında ise önlisans mezunu, 3001-5000 Türk lirası geliri olup oturduğu eve sahip olan bireylerin daha empatik davrandığı tespit edilmiştir. Hastalarda ev sahibi olanlar ve hasta yakınlarında kronik hastalığı olan bireylerle yaşamayanların mutluluk düzeyleri daha yüksektir. Multipl skleroz hasta yakınlarının empatik davranışlarının hastaların mutluluk düzeyi ile ilişkisi yoktur.

**Anahtar Sözcükler:** Multipl Skleroz, Empati, Mutluluk

## ABSTRACT

### RELATIONSHIP OF EMPATHIC BEHAVIOR OF MULTIPLE SCLEROSIS PATIENT RELATIVES WITH HAPPINESS LEVEL OF PATIENTS

Mahri Annagurbanova  
Ondokuz Mayıs University  
Institute of Graduate Studies  
Department of Neuroscience  
Master, July/2021  
Supervisor: Prof. Dr. Murat TERZİ

**Aim:** To determine the relationship between the empathetic behavior of the relatives of multiple sclerosis patients and the happiness level of the patients.

**Material and Method:** This study was conducted with 400 participants, including the patient diagnosed with MS and their relatives, starting from November 2020 to April 2021, in Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Neurology. Demographic Information Form, Toronto Empathy Scale and Oxford Happiness Scale – Short Form were used to collect data. Data were analyzed in IBM SPSS 20.0 program. Two independent group means with normal distribution were tested with the t-test, non-normally distributed groups were tested with the Mann-Whitney U test, groups with more than two independent group means with normal distribution-homogeneous variances were tested with Anova, and groups without normal distribution were tested with the Kruskal-Wallis test. Tukey and Dunn test was used for multiple comparisons. The relationship between qualitative variables was tested with the Pearson Chi-square test. The relationship between the two scales was analyzed using the Spearman rank correlation coefficient as the data did not show normal distribution.  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** Differences were found between gender ( $p = 0.000 < 0.05$ ), age ( $p = 0.006 < 0.05$ ), and those living with a chronic disease ( $p = 0.002 < 0.05$ ) according to patient and patient relatives' groups. There was a difference in the empathy levels of the patients according to gender ( $p = 0.000$ ); disease to extra discomfort ( $p = 0.000$ ); and the duration of the illness ( $p = 0.000$ ). A difference was found in the relatives of the patients according to their education ( $p = 0.033$ ), income ( $p = 0.020$ ), and accommodation status ( $p = 0.000$ ). When the level of happiness was examined, it was found that there was a difference according to the accommodation status of the patients ( $p = 0.010$ ) and between the relatives of the patient and those living with chronic diseases ( $p = 0.020$ ).

**Conclusion:** Among the MS patients, women and those with extra disease and the duration of this disease persisting between 0-2 years were more empathetic. The relatives of the patients are individuals who have an associate degree, have an income of 3001-5000 Turkish liras, and own the house they live in. While the happiness levels of the patients who own a home are higher, those who do not live with a chronic disease in their relatives are higher. The empathetic behavior of the relatives of multiple sclerosis patients is not related to the happiness level of the patients.

**Keywords:** Multiple sclerosis, Empathy, Happiness

## TEŞEKKÜR

Çalıőmamda her zaman maddi ve manevi yanımda olan hocalarım, Prof.Dr. Murat TERZİ'ye, Doktor Öğretim Üyesi Sedat ŐEN'e

OMÜ Tıp Fakóltesi Nöroloji Bölümü'nün hemőire ve sağlık görevlilerine tecrübe paylaőımları için;

İlham kaynağım olan annem ve babama; bana daima destek olan Tuba AYDIN'a, Fatma Nur KÖMÜR'e, Patimat BAGOMEDOVA'ya, Sümeyya DURGUN'a, Ammar Al-ZOBEDY'ye, Selma BAYRAM'a, Yasaman GONOGOVA'ya, Nurdan GÜL'e sınıf arkadaşlarıma ve yardımlarını esirgemeyen tüm komőularıma, kalben teşekkür ederim.

Mahri ANNAGURBANOVA

## İÇİNDEKİLER

|  |           |
|--|-----------|
| ÖZET.....  | iii       |
| ABSTRACT .....                                   | iv        |
| TEŞEKKÜR .....                                   | v         |
| İÇİNDEKİLER .....                                | vi        |
| KISALTMALAR .....                                | viii      |
| ŞEKİLLER DİZİNİ .....                            | ix        |
| TABLolar DİZİNİ .....                            | x         |
| <b>1.GİRİŞ .....</b>                             | <b>1</b>  |
| <b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>                     | <b>3</b>  |
| 2.1.Mutiple Skleroz (MS) .....                   | 3         |
| 2.1.1.Etiyolojisi .....                          | 3         |
| 2.1.2.Epidemiyoloji.....                         | 4         |
| 2.1.3.Patogenezi .....                           | 6         |
| 2.1.4.Tehşisi Ve Prognoz .....                   | 8         |
| 2.1.5.Tedavi Metodu .....                        | 10        |
| 2.2.Empati .....                                 | 13        |
| 2.2.2.Empatinin Doğası.....                      | 13        |
| 2.2.3.Empatinin Türleri .....                    | 15        |
| 2.2.4.Nörobilimde Empatinin Rolü.....            | 21        |
| 2.3.Mutluluk.....                                | 25        |
| 2.3.1.Mutluluk Anlayışı. ....                    | 25        |
| 2.3.2.Mutlulukla Benzeşen Kavramlar. ....        | 28        |
| 2.3.3.Mutluluk Ve Kültür.....                    | 31        |
| 2.3.4.Mutluluk Ve Ekonomi. ....                  | 36        |
| <b>3.MATERYAL VE METOD.....</b>                  | <b>38</b> |
| 3.1.Araştırma Türü .....                         | 38        |
| 3.2.Araştırma Yeri Ve Zamanı.....                | 38        |
| 3.3.Araştırma Evreni Ve Örneklemi .....          | 38        |
| 3.3.1.Aramaya Dahil Edilme Kriterleri.....       | 39        |
| 3.3.2.Aramaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....     | 39        |
| 3.4.Verii Toplama Araçları .....                 | 39        |
| 3.4.1.Demografik Bilgi Formu.....                | 39        |
| 3.4.2.Toronto Empati Ölçeği.....                 | 39        |
| 3.4.3. Oxford Mutluluk Ölçeği - Kısa Formu ..... | 40        |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.5. Araştırma Değişkenleri .....   | 40        |
| 3.4.1.Bağımsız Değişkenleri .....   | 40        |
| 3.4.2. Bağımlı Değişkenleri .....   | 40        |
| 3.6. Veri Toplanması.....   | 40        |
| 3.7. İstatiksel Değerlendirmeler .....                                    | 40        |
| 3.8.Etik İlkesi .....   | 41        |
| <b>4.BULGULAR .....</b>   | <b>41</b> |
| 4.1. Betimsel İstatistikler.....  | 41        |
| 4.2.Demografik Bilgilerin Gruplara Göre İncelenmesi .....                 | 43        |
| 4.3. Empati Açısında Bilgilerin İncelenme .....                           | 48        |
| 4.4.Mutluluk Yönünden Bilgilerin İncelenmesi.....                         | 51        |
| 4.5. Empati ve Mutluluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....            | 54        |
| <b>5.TARTIşMA .....</b>   | <b>55</b> |
| 5.1. Demografik Bilgilerin Değerlendirilmesi .....                        | 55        |
| 5.2. Demografik Bilgiler İle Empati Düzeyinin Değerlendirilmesi.....      | 56        |
| 5.3.Demografik Bilgiler İle Mutluluk Seviyyesinin Değerlendirilmesi ..... | 57        |
| 5.4.Empati Ve Mutluluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....        | 57        |
| <b>6.SONUÇ VE ÖNERİ .....</b>   | <b>58</b> |
| <b>KAYNAKLAR .....</b>  | <b>59</b> |
| <b>EKLER.....</b>   | <b>63</b> |
| Ek 1: Demografik Bilgiler Formu .....                                     | 63        |
| Ek 2: Toronto Empati leği .....   | 65        |
| Ek 3: Oxford Mutluluk leği Kısa Formu .....                             | 66        |
| Ek 4: Etik Onay Formu .....   | 67        |
| <b>ZGEMİş.....</b>  | <b>68</b> |

## KISALTMALAR

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>ANA</b>            | :Amerikan Nöroloji Akademisi               |
| <b>ACC</b>            | :Anterior Singulat Korteks                 |
| <b>AI</b>             | :Anterior İnsula                           |
| <b>APD</b>            | :Amerikan Psikolojik Derneği               |
| <b>DDA</b>            | :Dünya Değerler Araştırması                |
| <b>DMR</b>            | :Dünya Mutluluk Raporu                     |
| <b>DOE</b>            | :Deneysel Otoimmün Ensefalomyelit          |
| <b>ER</b>             | :Ekstra Rahatsızlık                        |
| <b>EQ</b>             | :Empathy Quotient (Empati Teklifi)         |
| <b>HMET</b>           | :Hastalık Modifiye Edici Tedaviler         |
| <b>İPL</b>            | :İnferior Parietal Lob                     |
| <b>KH</b>             | :Kronik Hastalığı                          |
| <b>KLvDO</b>          | :Küresel Liderlik Ve Davranış Organizasyon |
| <b>MPFC</b>           | :MedialPrefrontal Korteks                  |
| <b>MS</b>             | :Multipl Skleroz                           |
| <b>OMÖ-Kısa Formu</b> | :Kısa Oxford Mutluluk Ölçeği               |
| <b>Öio</b>            | :Öznel İyi Oluş                            |
| <b>PCC</b>            | :PosteriorSingulat Korteks;                |
| <b>PMC</b>            | :Premotor Korteks;                         |
| <b>PP</b>             | :Pozitif Psikoloji                         |
| <b>PPMS</b>           | :Primer Prograsif Multipl Skleroz          |
| <b>pSTS</b>           | :PosteriorSuperiorTemporalSulkus;          |
| <b>SB</b>             | :Sosyal Bilişlilik                         |
| <b>SPMS</b>           | :Sekonder Progresif Multipl Skleroz        |
| <b>UMSF</b>           | :Uluslar Arası Multipl Skleroz Federasyon  |
| <b>TBR</b>            | :Toll Benzeri Reseptörleri                 |
| <b>TEÖ</b>            | :Toronto Empati Ölçeği                     |
| <b>TL</b>             | :Türk Lirası                               |
| <b>TPJ</b>            | :Temporoparietal Kavşağı                   |
| <b>TP</b>             | :Temporal Lob                              |
| <b>ZK</b>             | :Zihin Kuramı                              |
| <b>WHO</b>            | :World Health Organization                 |

## ŞEKİLLER DİZİNİ

|   |    |
|---|----|
| Şekil 2.1. 100,000 kişi arasında MS'li kişi sayısı yaygınlığı .....       | 5  |
| Şekil 2.2.HMET tedavisini sürdürmeye karşı çıkan engellerin yüzdesi ..... | 12 |
| Şekil 2.3.İki sistem hikayesi: Nöral Rezonans .....                       | 23 |

## TABLolar DİZİNİ

|   |    |
|---|----|
| Tablo 2.1. WHO'a göre MS'li kadınların yüzdellik oranı .....                          | 6  |
| Tablo 2.2. Türkiye'de MS tedavisinde kullanılan ilaçların etkinliği .....             | 13 |
| Tablo 4.1. Hasta ve hasta yakınların frekanssı .....                                  | 42 |
| Tablo 4.2. Gruplar ve cinsiyet arasındaki ilişki .....                                | 43 |
| Tablo 4.3. Gruplar ve yaş arasındaki ilişki .....                                     | 43 |
| Tablo 4.4. Gruplar ve eğitim düzeyi arasındaki ilişki .....                           | 44 |
| Tablo 4.5. Gruplar ve gelir düzeyi arasındaki ilişki .....                            | 44 |
| Tablo 4.6. Gruplar ve çocuk sayısı arasındaki ilişki .....                            | 44 |
| Tablo 4.7. Gruplar ve kronik hastaları ile yaşayanlar arasındaki ilişki .....         | 45 |
| Tablo 4.8. Gruplar ve konaklamanın durumu arasındaki ilişki .....                     | 45 |
| Tablo 4.9. Gruplar ve konak durumu arasındaki ilişki .....                            | 46 |
| Tablo 4.10. Gruplar ve dominant el arasındaki ilişki .....                            | 46 |
| Tablo 4.11. Gruplar ve ekstra rahatsızlığı olanlar arasındaki ilişki .....            | 47 |
| Tablo 4.12. Gruplar ve ekstra rahatsızlığın süresi arasındaki ilişki .....            | 47 |
| Tablo 4.13. Gruplara göre empati ve mutluluk ölçeği arasındaki ilişki .....           | 47 |
| Tablo 4.14. MS hastalarının bilgileriyle empatik düzeylerinin incelenmesi .....       | 49 |
| Tablo 4.15. Hasta yakınlarının bilgileriyle empatik düzeylerinin incelenmesi .....    | 50 |
| Tablo 4.16. MS hastalarının bilgileri ile mutluluk seviyelerinin incelenmesi .....    | 52 |
| Tablo 4.17. Hasta yakınlarının bilgileri ile mutluluk seviyelerinin incelenmesi ..... | 53 |
| Tablo 4.18. Empati ve mutluluk ölçeği arasındaki ilişki .....                         | 54 |
| Tablo 4.19. Gruplara göre empati ve mutluluk ölçeği arasındaki ilişki .....           | 55 |

# 1. GİRİŞ

Multipl Skleroz (MS), genç ve yetişkinler için en yaygın, travmatik olmayan, engel durumu ortaya çıkaran nörolojik bir hastalıktır. Multipl Skleroz vakası, hastalığın sosyo-ekonomik etkisi ile birlikte dünya çapında artmaktadır (Kobalt et al.,2017). MS mekanizmasının oluşmasında gen-çevre etkileşimleri önemli bir rol oynamasına rağmen, bu artışın arkasındaki asıl neden gizli kalmaktadır (Brown P, 2014). MS'in epidemik olgusunun gelişiminde rol oynayan etkenler; düşük serum D vitamini düzeyi, sigara içmek, çocukluk çağı obezitesi ve Epstein-Barr virüsüdür (Ascherio, 2013). MS hastalığının erken teşhis yöntemlerinde ve kriterlerinde giderek değişiklik artıyor. Bununla birlikte, MS için tedavi sayısı, etkinliği ve riski katlanarak artmıştır ( Montalbanet al., 2017). MS erkeklerden daha çok kadınlarda görülmekle beraber 20-40 yaş arasında ortaya çıkar.

Bilişsel bozukluk, MS'de yaygın bir belirti olarak algılanır ve tahmini sıklığı %40-65'dir (Benedict et al., 2006). Genellikle etkilenen bilişsel alanlar arasında; yönetici işlevi, bilgi işleme hızı, dikkat, bellek ve sosyal bilişsel alanlar sayılabilir (Sanfilipoet al., 2006). Kişinin diğer kişiler ve kendi ile ilgili bilgileri algılayıp kodlamak, depolamak, elde etmek ve düzenlemek için temel bir araç olan sosyal bilişimin kişiler arası iletişim ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi vardır (Chalah and Ayache, 2017). Sosyal bilişlilik (SB), temel olarak dört boyutu içeren çok boyutlu bir yapıdır: empati, zihin teorisi, sosyal algı, sosyal bilgi ve atıf yanılığısı (Greenet al., 2015).

Sosyal bilişliliğin temel yönlerinden biri yani empati, hem başkalarının zihinsel durumlarını anlama ve tanımlama becerisini hem de başkalarının duygularını paylaşma becerisini ifade eder (Henry et al., 2016). Genellikle duygusal ve bilişsel etki alanları da dahil olmak üzere birden çok bileşenle birlikte karmaşık bir yapıdadır (Wondra et al., 2015). Duygusal empati "duygularınızı hissediyorum" olarak tanımlanır ve temel empati olarak kabul edilebilir. Bilişsel empati ise "duygularınızı anlıyorum" anlamına gelir ve gelişmiş empati olarak kabul edilebilir (Chenet al., 2018). Bilişsel veya duygusal empatideki herhangi bir açık, atipik duygusal tepkilere yol açabileceği için klinik uygulamada önemlidir ancak klinik tedavi sonuçları farklılık gösterebilir (Bartochowski et al., 2018).

Psikolojik rahatsızlıklara karşı mutluluğun koruyucu etkisinin olduğu saptanmıştır (Özdemir ve Koruklu, 2011). Mutluluk insan hayatını tüm yönüyle

etkileyen bir kavramdır. Yaygın anlamıyla kişinin hissettiği olumlu duyguların olumsuz duygulardan daha fazla olması ve yaşamdan doyum alması olarak ifade edilir (Özdemir ve Koruklu, 2011).

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Multipl Skleroz (MS)

Multipl Skleroz, nöronların dışını saran miyelin kılıfların hasar görmesi ile oluşan, ataklar ve remisyonlarla seyredilebilen, Santral Sinir Sisteminin (SSS) kronik, otoimmün, inflamatuvar bir hastalığı olarak karaktize edilmektedir. MS hastalığına yakalanan kişinin yaşam kalitesini etkileyecek olan faktörler: yürüme problemleri, sık sık yorgun hissetme, görme güçlüğü, ağrı, parestezi, disestezi, mesane ve bağırsak sorunları rölaps dönemde ortaya çıkarken; hastalığın ilerlemesiyle kognitif disfonksiyon, depresyon, tremor ve spastisite gibi semptomlara daha çok rastlanmaktadır. Dünyada, 2008 yılında 2.1 milyon MS hastası varken, 2013 yılında bu rakam 2.3 milyona kadar ulaşmıştır. Türkiye’de ise; MS prevalansı toplam nüfus içinde 101.4/100.000 (kadınlarda 118.7/100.00, erkek popülasyonda 76.0/100.000) olarak bildirilmiştir (MMSATW, 2014).

#### 2.1.1. Etiyoloji

Bugüne kadar araştırılan bu hastalığın tam olarak etiyolojisi aydınlığa kavuşmamış olsa da MS’e yakalanmanın ana 3 etmene atıfta bulunulmuştur (McAlpine, 2005).

Çevresel etmenler: ekvatorundan uzakta yaşama, güneşi az gören soğuk ülkelerde olma, D vitamini eksikliği, toksin ortamlarda yaşam sürdürme, diyet değişikliği, iklim koşulları, sosyoekonomik düzeyleri ve sigara kullanımı gibi faktörler belirlenmiştir (Alp, 2005).

Genetik açıdan yapılan araştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar çıkmıştır. Yani çekirdek ailede MS’li kişi varsa çocukların MS hastası olma olasılığı sadece çevresel faktörlere maruz kalanlardan 2-3 kat daha fazladır. Aynı zamanda tek yumurta ikizi olanların, çift yumurta ikizi olanlara göre MS’e yakalanma oranı %25 daha yüksekken, aile içersinde MS’li olanlar için oran %20’dir (Krupp, 2007).

Birçok virüs ve bakteri MS ile olası bir nedensel ilişkilendirme için değerlendirilmiştir. Bu virüsler: Hibe, Epstein-Barr, Varicella ve Hayvanat Bahçesi virüsleridir. MS ile ilişkili bakteriyel patojenler ise Chlamydia pneumoniae, Helicobacter pylori ve Borrelia burgdorferi’dir (Saber et al., 2018).

### 2.1.2. Epidemiyolojisi

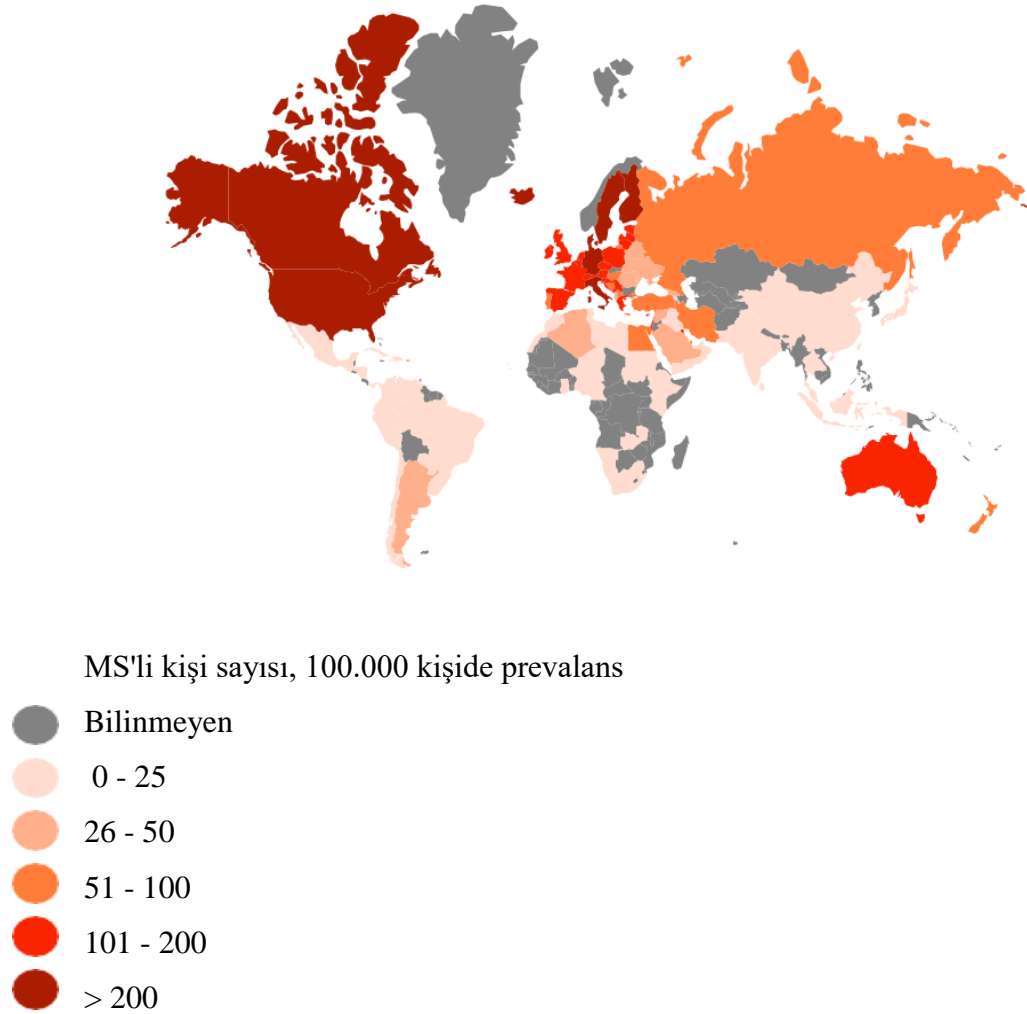
MS; Avrupa, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya'nın bazı bölgelerinde nispeten yaygın bir hastalıktır. İnsidans oranı çocuklukta düşüktür, 18 yaşından sonra hızla artar, 25 ila 35 yaş arasında zirveye ulaşır (kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2 yıl önce) ve daha sonra yavaş-yavaş düşer. 50 yaş ve üzerinde ise nadir görülür. Risk kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Kadın-erkek oranları çoğu popülasyonda 1,5 ile 2,5 arasındadır ve yapılan son çalışmalarda daha yüksek değerlere doğru bir eğilim vardır. Ilıman iklim bölgelerinde MS insidansı ve prevalansı ekvatorun hem kuzeyinde hem de güneyinde paralel olarak artar.

Genetik yatkınlık büyük olasılıkla MS insidansındaki coğrafi farklılıklara katkıda bulunur. Ama MS prevalansının yüksek veya düşük olduğu bölgelere göç eden ve ortak atadan gelen insanlar arasındaki dikkate değer risk farklılıklarını açıklayamaz (Compston, 2002; Koch-Henriksen, 1988). Bu farklılıkları yorumlarken dikkatli olunması gerekir, çünkü bu farklılıklarla belirli bir bölgeye göçenler sosyoekonomik statü, sağlık ve genetik yapı bakımından göçmen olmayanlardan veya diğer göçmenlerden farklı olabilir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine farklı erişim ve payda hakkındaki belirsizlik (yasadışı göçmenleri içermeyebilir) uluslararası göç çalışmalarında potansiyel önyargı kaynaklarıdır (Gale, 1995). Bununla birlikte, bu endişelerin bazıları Amerika Birleşik Devletleri'ndeki göç çalışmaları için geçerli değildir ve verilerin genel bir eleştirel incelemesi, oldukça zorlayıcı bir model gösterir. Göçmenlerde MS insidansı, doğdukları yer ile nihai ikamet ettikleri yer arasında orta düzeyde olma eğilimindedir ve göç çocuklukta meydana geldiğinde ikincisine yakındır. Bununla birlikte, göçün yönüne göre bir fark kaydedilmiştir. MS riski, yüksek riskli bölgelerden düşük riskli bölgelere göç eden bireyler arasında azalmaktadır (Dean, 1967), ancak göç ile ters yönde tutarlı bir şekilde artmamaktadır (Kurtzke,1995). Örnek vermek gerekirse, genetik yatkınlıkları Karayipler ve Asya olan ve Birleşik Krallığa göç eden göçmen çocuklarıyla Birleşik Krallık doğumlu çocuklar arasında MS riskinde artış olmamıştır. Bu verileri düşük riskli bölgelerden gelen göçmenlerin çoğunun 5 yıldan daha kısa bir süredir Birleşik Krallıkta bulunduğu ve göçün etkisinin ortaya çıkması için yeterli bir süre olmadığı gerekçesiyle sorgulanmıştır (Kurtzke, 1976). Bu itiraza rağmen, düşük riskli bölgelerden yüksek riskli bölgelere göçle ilgili veriler, düşük riskli bölgelerde doğan

bireylerin çocuklarına aktarılmayan uzun süreli korumadan yararlandıkları hipotezini desteklemektedir (Alberto et al., 2007).

2013 yılında Uluslararası Multipl Skleroz Federasyonu (UMSF) tarafından yapılan araştırmasında dünyada MS hastası olan 2,3 milyon insan var iken 2020 yılında yapılan araştırmaya göre bu sayının 2,8 milyona ulaştığı ortaya çıkmıştır.

Şekil 2.1.100.000 kişi arasında MS'li kişi sayısı yaygınlığı



Bölgeler içinde cinsiyet oranı açısından farklılıklar vardır. Çoğunlukla MS'li kadın sayısı (%69) MS'li erkeklerin (%31) sayısının en az iki katıdır. Cinsiyetler arasındaki bu oranın Batı Pasifik ve Güney - Doğu Asya bölgelerinde kadınlarda erkeklerden üç kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. MS'li kadın sayısının erkeklere göre 3 hatta 4 kat fazla olduğu bazı ülkeler vardır: Mısır, İran, Filistin ve Sudan.

Tablo 2.1. WHO'a göre MS'li kadınların yüzdelik oranı

|                |            |
|----------------|------------|
| Batı Pasifik   | <b>78%</b> |
| Güney-DoğuAsya | <b>76%</b> |
| Amerika        | <b>71%</b> |
| Avrupa         | <b>69%</b> |
| Afrika         | <b>67%</b> |
| DoğuAkdeniz    | <b>66%</b> |

Dünya çapında MS'lilerin %85'ine RRMS tipiyle teşhis konmuştur. %12'si ise progresif MS'lidir. Tüm ülkelerden rapor alınamasa da 75 ülkenin yıllık raporuna göre 107,000 kişiye MS tanısı koyulmuştur. Bu oranda günde 300 kişiye denk gelmektedir. Yani her 5 dakikada dünyanın bir yerinde bir kişiye MS tanısı koyuluyor (UMSF, 2020).

### 2.1.3. Patogenezi

Merkezi sinir sisteminin enflamasyonu MS'deki hasarın birincil nedenidir. Bu enflamasyonu başlatıcı belirli etkenler hala bilinmemektedir. Araştırmalar, genetik, çevresel ve bulaşıcı ajanların MS'in gelişimini etkileyen faktörler arasında olabileceğini öne sürmektedir. MS'in deneysel otoimmün ensefalomyelit (DOE) olarak bilinen hayvan modeli üzerinde birçok immünolojik çalışma yapılmıştır. Bu modele ve MS hastalarının gözlem sonuçlarına dayanarak, MS'de yer alan çeşitli immünolojik etkiler araştırılmaktadır. Buna neden olan etkileri anlayabilmek için öncelikle MS'deki bağışıklık sisteminin bazı temel noktalarını anlamak gereklidir. DOE' nin çalışmaları sayesinde bağışıklık sistemi hakkında çok şey öğrenmiş olsak da, deneysel ve immünolojik verileri incelerken DOE ile MS arasındaki farklılıkları, MS' in karmaşıklığını ve muhtemelen farklı immünolojik alt tiplerini göz önünde bulundurmanız gerekir (Codarri, 2010).

İki genel bağışıklık tepkisi türü vardır. Bunlar doğuştan gelen ve adaptif bağışıklık tepkileridir. Doğuştan gelen bağışıklık tepkisi, mikrobiyal ürünler tarafından spesifik reseptörleri aktive eden, özellikle de toll benzeri reseptörleri (TBR) spesifik antijen olmayan bir şekilde aktive etmesiyle başlar. TBR'nin belirli

alt kümelerinin aktivasyonu, farklı patojen grupları için benzersiz olan patojenle ilişkili moleküller tarafından yapılır. Bu moleküllerin TBR'lere bağlanması, adaptif bağışıklık yanıtı modüle eden sitokinlerin üretimi ile sonuçlanır. Doğuştan gelen sistem, T ve B hücrelerinin efektör fonksiyonunu etkileyerek MS'in hem başlamasında hem de ilerlemesinde rol alır (Gandhi ve et al., 2006). Örneğin, TBR'ler aracılığıyla etkinleştirildiğinde, dendritik hücreler yarı olgunlaşır ve IL-10 veya TGF- $\beta$  gibi inhibitör sitokinler üretmek için düzenleyici T hücrelerini tetikler (Kasper ve Shoemaker, 2010). Dendritik hücreler olgunlaşmaya devam ettikçe, Th1, TH2 fenotipler veya Th17 fenotipler arasında ayırım yapmak için CD4+T hücrelerini polarize etmeye başlarlar. T hücreleri Th1 fenotipi ile ayrıldığında, enflamasyon tespit olur. DOE modelindeki son çalışmalar, glatiramer asetat türünün TH2 hücre üretimini ve düzenleyici T hücrelerinin gelişimini destekleyen ve ardından enflamasyonu azaltan II tipi monositler oluşturabileceğini göstermektedir (Weber et al., 2007). Adaptif yanıt, antijen sunan hücreler tarafından spesifik bir antijenin T lenfositlerine sunulmasıyla başlar. Bu antijen sunan hücreler arasında B hücreleri, dendritik hücreler, mikrogliya ve makrofajlar bulunur. Antijen sunan hücreler ve T hücresi arasındaki etkileşim, adaptif immün yanıtı başlatmak için ana bileşendir. CD4+ ve CD8+ fenotipidahi olmak üzere çeşitli T hücresi türleri antijen sunan hücreler tarafından aktive edilebilir. Th1, Th2 hücreleri ve Th17, spesifik interlökinlere maruz kalmaya karşı olarak polarize olan CD4+ efektör hücrelerdir. Th1, Th2 veya Th17'ye polarize edildikten sonra, bu efektör T hücreleri spesifik sitokinleri salgılar. Th1 hücreleri tarafından üretilen sitokinler, interferon gama gibi proinflamatuvar sitokinler salgılar iken Th2 hücreleri, IL-4 ve IL-13 gibi anti-inflamatuvar sitokinleri salgılar. Th17; IL-17, IL-21, IL-22 ve IL-26 üreten yeni tanınan bir CD4+ T hücrenin alt kümesidir. Th1 hücreleri gibi, Th17 hücreleri de MS'de enflamasyonu teşvik eder. IL-17 eksikliği olan farelerde yapılan çalışmalar, klinik şiddetin azaldığını göstermektedir (Komyama et al., 2006). Th1 hücreleri ve Th17 hücreleri, periferde hazırlandıktan sonra merkezi sinir sistemine göç eder. Daha sonra demiyelinizasyon ve aksonal kayıp görülür (Weber et al., 2007).

CD4+T hücrelerinin MS patogeneğinde yer alması yanı sıra, çalışmalar CD8+T hücrelerinin MS lezyonlarında bulunduğunu ve hastalığın ilerlemesinde düzenleyici işleve sahip olabileceğini göstermiştir. CD8+ hücreleri, CD4+ T hücreleri üzerinde sitotoksik etkisi olan ve inaktivasyonlarına yol açan perforin salgılayarak CD4+ T hücre proliferasyonunun baskılanmasına aracılık eder. Ayrıca, CD8+ hücreler glial

hücreleri öldürüp aksonların açığa çıkmasını sağlar. Bundan başka, CD8+T hücreleri aksonların enlenmesine neden olur, vasküller geçirgenliğini destekler ve oligodendrositlerin ölümünü etkinleştirir. Tüm bu olaylar MS lezyonlarında görülür (Kasper and Shoemaker, 2010). Genetik faktörler MS patogenezi duyarlılığını etkiler. Aileler ve ikizler üzerinde yapılan araştırmalar, MS hastalarının birinci derece akrabaları arasında genetik bir temele işaret ettiğini göstermiştir (Barcellos, 2003).

15 yaşından önce Enfeksiyöz ajanlara maruz kalma ve D vitamini eksikliği gibi çevresel faktörlerin, kişinin MS'li olma riskini artırdığı ya da azalttığı gözlemlenmiştir. (Milo and Kahana, 2010). 2010 yılında MS'li çocuklar ve ergenlerde bulaşıcı bir hastalığın görüldüğünü öne süren pek çok çalışma yapıldı. Olası patojenler arasında Herpes-6, Epstein-Barr ve Mycoplasma Pneumoniae yer alıyor (Pappas and Oksenberg, 2010). Üst solunum yolu ve bakteriyel idrar yolu enfeksiyonları gibi yaygın viral enfeksiyonların MS'in yeniden başlamasını tetikleyebilme riski bulunmaktadır. Buna neden olan mekanizma hala bilinmemektedir. Güneş ışığına maruz kalma ve D vitamini seviyeleri ile ilgili birden fazla çalışma, gelişme çağında yeterli güneş ışığı alınması ve D vitamini tüketiminin koruyucu bir etkisinin olduğu gözlemlenmiştir (Pierrot-Deseilligny, 2009).

#### **2.1.4. Teşhis ve prognoz**

Tanı kriterleri, bir hastalığın doğru ve erken teşhisini sağlamak için klinisyenler tarafından kullanılan kılavuzlardır. Bazı belirtiler ve test sonuçlarını kapsarlar. MS için tanı kriterleri, hastalığın nasıl ilerlediğini anlaşılmasıyla zaman içinde gelişmiştir. McDonald kriterleri gelişmiş tekniklerdeki görüntüleme yararlanır ve ilk olarak 2001 yılında Poser kriterleri (1983) ve Schumacher kriterlerinin (1965) yerini almak üzere yayınlanmıştır. 2001'den beri McDonald kriterleri, en son 2017'de olmak üzere birkaç kez güncellenmiştir (UMSF).

McDonald 2017 kriterleri kullanımının, hastalık seyrinde daha erken teşhis koyma, daha erken tedavi ve destek için imkanı sunduğu tespit edilmiştir (Schwenkenbecher et al., 2019; Thompson et al., 2017). Erken tanı, gelecekteki sakatlığı en aza indirmekte, hastalığı modifiye edici terapileriyle (HMET) erken tedavi sağlamak için çok önemlidir. Hastalığı modifiye edici terapiler mevcut olmasa bile, hastalığın yönetilmesi, hastanın yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olmak ve yaşam tarzının değişikliklerine olanak tanıdığı için, erken teşhis çok önemlidir.

Dünya çapında ülkelerin %79'u bu kriterleri kullanmaktadır. Bu kriterlerin kullanımları ülke geliri ile ilişkilidir. McDonald 2017 kriterlerini yüksek gelirli ülkelerin %98'i; düşük gelirli ülkelerin ise %40'ı kullanır iken %30'u da eski McDonald's tanı kriterlerini kullanıyor. Düşük gelirli ülkelerin %20'si Poser/Schumacher veya başka kriterleri kullanmakta ayrıca uzmanların %10'unun hangi kriterleri yaygın olarak kullandığı da net değildir (UMSF).

MS'in doğal seyri her kişi için farklı olması, hastalığı tahmin etmeyi zorlaştırır. MS belirtilerinin başlangıcı ve süresi genellikle MS'in türüne bağlıdır birkaç gün içinde başlayıp hızlı ilerleyebilir veya zamanla daha yavaş ve kademeli bir şekilde gelişebilir. Belirtilerin ilerlemesine göre adlandırılan dört ana MS tipi vardır:

- **Relapsing-Remitting MS (RRMS).** Bu türdeki semptomlar ataklar halinde ortaya çıkar ve ataklar arasında insanlar iyileşir veya normal engellilik seviyelerine dönerler. RRMS semptomlarının ortaya çıkması, bir saldırı veya tıbbi terimlerle, bir nüksetme ya da alevlenme olarak adlandırılır. MS atakları arasındaki hastalık hareketsizliği veya durgunluk dönemlerine remisyon denir. Başka bir atak meydana gelmeden önce haftalar, aylar hatta yıllar geçebilir ve ardından tekrar bir hareketsizlik dönemi gelebilir. MS hastalarının çoğu (yaklaşık %80) başlangıçta RRMS ile teşhis edilir (Shimy et al., 2021)
- **Sekonder Progresif MS (SPMS).** SPMS olan kişiler genellikle daha önce MS atakları öyküsüne sahiptir, ancak daha sonra kademeli ve sabit semptomlar geliştirir ve zaman içinde işlevlerinde bozulma başlar. Şiddetli RRMS'li çoğu kişi, tedavi edilmezse SPMS ortaya çıkar.
- **Primer Progresif MS (PPMS).** Bu MS tipi daha azdır ve semptomlarda geçici veya küçük bir rahatlama olmasına rağmen, hastalığın belirgin bir nüksetmesi veya alevlenmesi olmaksızın, başlangıçtan itibaren giderek kötüleşen semptomlarla karakterize edilir. PPMS'nin ilerleyici nörolojik dejenerasyonu bilişsel işlevi etkileyebilir ve RRMS'den daha sık ve şiddetli bir bozulma belirgindir (Jonkman vd, 2015; Planchevd, 2016). PPMS hastalarında bilişsel performans; beyin hacimleri, beyaz/gri madde hacimleri, hastalık lezyonları ve belirli beyin yapıları ile ilişkili görünmektedir (Jonkman ve vd, 2015; Tur, Penny ve vd, 2011). T2 lezyonlarının birikmesi ve bunun sonucunda frontal lob plastisitesinin tükenmesi de bu hastalarda

bilişsel bozulmaya neden olabilir (Rocca et al., 2010). Bazı beyin bölgeleri özellikle nöropsikolojik test performansına dahil olsa da, belirli bir bölge açıkça bilişsel bozulma öngörücüsü olarak tanımlanmamıştır (Francisco et al, 2020).

- **Relapsing Progresif MS (RPMS).** MS'nin bu nadir biçimi, hastalığın seyrinde zaman içinde meydana gelebilecek akut gevşeme ile başından beri semptomların sürekli olarak kötüleşmesiyle karakterize edilir (Timothy et al., 2021).

Bilişsel işlev bozukluğu, Multipl Sklerozlu hastaların %70'inde mevcuttur. Hastalığın tüm evrelerinde ve tüm alt tiplerinde tespit edilmiştir (Langdon, 2011). Yaygın olarak dikkat, işlem hızı, bellek ve yürütücü işlevlerinde öne çıkar (Isernia et al, 2020 ). Bununla birlikte, MS'in sosyal biliş, “sosyal etkileşimlerin altında yatan zihinsel işlemler” üzerindeki etkisi hakkında daha az şey bilinmektedir (Chiaravalloti ve DeLuca, 2008). Son araştırmalara göre hastalığın şiddeti ve süresi, yaş ve nörobilişsel performans kontrol edildikten sonra bile MS hastalarında sosyal bilişsel alanlardaki performansın düşük olması, sosyal ve psikolojik yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Phillips et al, 2011). Zihin kuramı (ZK), kendi eğilimleri ve başkalarının inançlarına dayanır ve ayırt edilebilir ancak birbiriyle örtüşen bilişsel ve duyuşsal bileşenler içerdiği düşünülür. Yüzdeki duygu tanıma, bireyin yüz ifadelerine dayalı olarak başkalarının duygusal durumlarını tanımlama ve ayırt etme yeteneğini ifade eder. Toplu olarak bunlar, empati gibi kişilerarası becerileri yönlendirir ve sosyal işlevsellik için önemli etkileri olabilir (Fett et al., 2011). MS hastaların sürekli yorgunluk hissi ile beraberinde hastalığa çare bulunamaması, onların öznel iyi oluşunu etkilemektedir. MS hastalarında yaşa bağlı olmaksızın empati ve düzensizlik düzeyleri düşük bulunmuştur (Korkmaz, 2013). MS'lilerin zarardan kaçınma duygusu yüksek, kendi kendini yönetme ve sebat etme, beceriklilik ve sosyal onaylama işlevinin de düşük olduğu tespit edildi. Aleksitimi düzeyi açısından ise MS hastaların duyguları tanıma zorluğu, dışa dönük düşünce ve aleksitimi toplam skorlarının yüksek olduğu saptandı (Korkmaz ve Mehmet, 2013).

### **2.1.5. Tedavi**

MS hastalığının tedavisi yoktur ancak atakların yeniden yaşanabilme sayısını, ciddiyetini azaltabilecek hatta engellilik durumunu geciktirebilecek tedaviler vardır.

Ataklar için tedaviler:

İntravenöz (damara infüze edilmiş) metilprednisolone gibi kortikosteroidler 3 ya da 5 gün kullanımı için verilir. İntravenözsteroidler, bağışıklık sistemini hızlı ve büyük bir güçle bastırabilir ve enflamasyonu azaltabilir. Bunlar, bir koni şeklinde oral kortikosteroid dozu ile takip edilebilir. Klinik çalışmaları, bu ilaçların MS saldırılarından kurtulmayı hızlandırdığını, ancak hastalığın uzun vadeli sonucunu değiştirmeyeceğini tespit etmiştir (Carla ve et al, 2004).

Plazma değişimi (Plazmaferez), Metiprednisoloneden daha iyi ve MS'li insanlarda şiddetli alevlenmeleri tedavi edebilir. Plazma değişimi, vücuttan kan alınması ve kandaki plazmanın zararlı olduğu düşünülen bileşenlerinin uzaklaştırılması işlevidir. Kanın geri kalanı ve yedek plazma tekrar hastaya ilave edilir. Bu tedavinin, SPMS veya kronik aşamalı MS için etkili olduğuna dair bulgu henüz gözlemlenmemiştir. Dünyada MS'li kişilerin %35'i bu tedavi yöntemini kullanmaktadır ve aynı kişilerin üçte biri (%12) bu tedaviyi kendi gelirleriyle karşılamaktadır.

Hematopoitik kök hücre transplantasyonuna (HKHT) erişim ülke geliriyle ilişkili olup yüksek gelirli ülkelerin %57'sinde; orta gelirli ülkelerin %23'ünde mevcuttur. Orta gelirli ülkelerde MS'li kişilerin tedavi masraflarını kendilerinin ödemesi daha olasıdır. Orta gelirli ülkelerde MS'li kişilerin %16'sı: yüksek gelirli ülkelerde %75'i tedavi masraflarını kendisi karşılamaktadır (Jaimeet et al., 2018).

MS'li kişilerin günlük işlerini sürdürebilmesi ve iyi bir yaşam kalitesine sahip olması için semptomatik tedavilerin kullanımı ve rehabilitasyonu önemlidir. Bununla birlikte, yorulma gibi MS'in daha görünmez semptomlarıyla baş edebilmek için rehabilitasyon veya ilaçlar kullanılabilir (Moltet et al., 2012). Dünyadaki ülkelerin yarısında MS'in sebep olduğu görme problemleri için tedaviler mevcut değildir (Heseenet et al., 2018). Ayrıca, MS'in bilişsel ve ruh haliyle ilgili belirtileri yaşam kalitesi üzerinde şiddetli bir etkiye sahiptir. Bellek ve bilişsel tedavi için gereken terapiler, dünyanın yalnızca %57'sinde; depresyon gibi duygusal ve psikiyatrik semptomlarına yönelik tedavi için terapiler ise dünyanın %69'unda mevcuttur (Camil-Martin et al., 2016). COVID-19 pandemi döneminde birçok tedavi yönteminin uzaktan uygulanamaması nedeniyle rehabilitasyon kullanılabilirliğinin bu salgından etkilendiği de göz önünde bulundurulmalıdır.

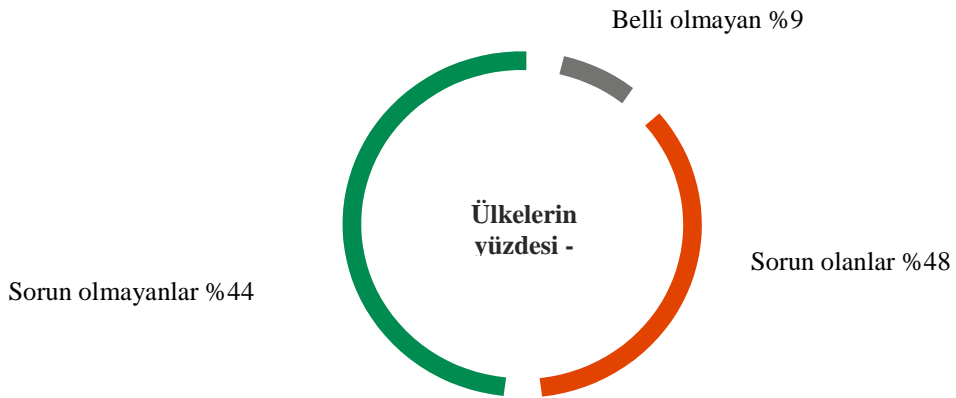
Hastalık modifiye edici tedaviler (HMET'ler), MS'in enflamatuvar sürecinde beyin ve omurilik içindeki lezyon birikimini azaltan ilaçlı tedavilerdir. Hastalığın

ilerlemesini yavaşlatmanın yanı sıra nükslerin sayısını, sıklığını ve şiddetini (semptomların kötüleşmesi ve/veya yeni semptomların ortaya çıkması) azaltabilirler (Aleksander et al., 2018).

İlk HMET türleri 1990'lı yılların başında onaylandı ve o zamandan bu yana ilaç tedavilerinde hızlı bir ilerleme oldu. Son 30 yılda HMET, farklı frekans ve uygulama modlarına (oral, enjeksiyon, infüzyon) sahip ilaçlar bulunmaktadır; Progresif MS (Ocrelizumab) ve MS'li (Fingolimod) çocuklar için ilk lisanslı HMET ise onaylandı (ANA, 2016).

İnsanların HMET'e erişimi olsa bile, tedavilerinin sürekliliğini engelleyen bazı etkenler bulunmaktadır. Dünyada uzmanların neredeyse yarısı, HMET tedavisinin sürekli sağlanmasıyla ilgili sorunlar bildirmektedir; yani HMET'e başlandığında, MS'li kişilerin kesinti veya gecikme olmaksızın sonraki dozlarını almadıkları tespit edilmiştir. Bu tedavilerin sürekliliğinin sağlanmamasında, düzensiz bir HMET arzı (tüm ülkelerin %27'si) , geri ödemelerinin yenilenmesi gereken kişilerle ilişkili gecikmeler (%19) ve uygunluğun devam ettiğini kanıtlamak için düzenli testlerin yapılmaması ana etkenlerdir. (%13) (UMSF).

Şekil 2.2.HMET tedavisinde sürdürmeye karşı engeller yüzdesi



HMET uygulanmasında MS tedavisi için UMSF göre 3 tür etkililik grubu oluşturulmuştur. Bu rapora göre Türkiye'de kullanılan ilaçların etkililik grupları tablo 2.1.5'de verilmiştir.

Tablo 2.2. Türkiye’de MS tedavisinde kullanılan ilaçların etkinliği

| Orta etkinlikli    | İyi etkinlikli   | Yüksek etkinlikli |
|--------------------|------------------|-------------------|
| Glatirameracetate  | Cladribine(oral) | Alemtuzumab       |
| Interferon-beta 1a | Dimethylfumarate | Natalizumab       |
| Interferon-beta 1b | Fingolimod       | Ocrelizumab       |
| Teriflunomide      |                  |                   |

## 2.2. Empati

Empati APD’e göre bir kişiyi onun bakış açısından anlamak veya o kişinin duygularını, algılarını ve düşüncelerini dikkatli bir şekilde deneyimlemektir. Empati yardım etme motivasyonu dışında sempati veya kişisel sıkıntı şeklinde olabilir ve bu da harekete geçmeyi sağlayabilir. Psikoterapide, terapistin uyguladığı empati; danışanın duygularını, düşüncelerini, motivasyonunu ve davranışlarını anlayabilmesi için gereklidir.

### 2.2.1. Empatinin doğası

Empati sosyal bilimcilerin ilgi odağı oldu ve sosyal bilişin en önemli konularından biri oldu. Ancak empati kavramının tanımı konusunda fikir birliğine varılamıyor. Daniel Batson, sosyal biliminde empatiyi birbiriyle bağlantılı ancak farklı sekiz fenomen grupları altında tanımladı. Literatür taramasında empati hakkında bazı araştırmacılar 'Diğerin zihinsel durumunu nasıl anlayabiliriz?' sorusunun ortaya atılmışlardır. Bir diğer tarafta ise araştırmacılar 'Başkalarının duygularına karşı ne kadar hassasız?' sorusunun sormuşlardır. Birinci soru normalde 'zihin teorisini' içerir ve ikinci soru da toplum yanlılığı ile son derece ilişkilidir. Bu sorular ve bunların temel teorileri birbiriyle bağlantılı olabilir ancak empatinin tanımı noktasında fikir birliğine varılamamıştır. Bartal ve diğerleri, farelerde kurtarma davranışlarını empati için kanıt olarak yorumlarken, Nowbahari ve diğerleri, karıncalarda kurtarma davranışlarını ortak duygulara atıfta bulunma olarak yorumladı. Bu tür bir karışıklık genellikle "empati" üzerine yapılan çalışmalarda bulunabilir.

Empati sözü, asıl kökeni Alman psikologları tarafından kullanılan terim 'Einfühlung' olmakla 'içinde hissetmek' anlamına gelir (Lanzoni, 2015). Yunancada

‘*ἐμπάθεια*’ ya da ‘*empathia*’ Türkçeye çevrildiğinde ‘fiziksel şefkat ya da şehvet’ anlamına gelmektedir. ‘*ἐν*’ içinde ya da yanında manasına, ‘*πάθος*’ sözü ise acıma veya şehvet manasına gelmektedir.

Daniel Batson empatinin niteliğini:“Başkalarının ne düşündüğünü ve hissettiğini nasıl biliyoruz?”, “Başkalarının ihtiyaçlarına yanıt verme dürtüsünü nasıl açıklayabiliriz?” sorularıyla tanımlamıştır. Batson, ilk soru bilgi ve algının hem bilişsel hem de duygusal olarak anlaşılabilir becerisinin doğrultusunda olduğunu söyledi. Ancak ikinci soru, algılayanın motivasyonu ve davranışı ile ilgilidir; doğası gereği temel etikdir.

Bu, başkalarının düşüncelerini algılama becerisi, başkalarının duygularını deneyimleme, duygusal eğilimi veya yardımcı olma motivasyonuna işaret edebilir. Daha da önemlisi, empati açıklamaları, onları ölçtüğümüz davranışlardan farklı olan öznel deneyimlerdir (takdir, duygular ve motivasyonlar). Örneğin, duygusal bağ "başka duyguları hissetmektir" ve gözlemlediğimiz davranış (örneğin ellerim buz kesti), bu tür bir duygu paylaşımını akla getirmenin yalnızca dolaylı bir yoludur.

Empatinin niteliksel doğası, başkalarını yargılamaktan ziyade başkasını tam olarak anlama girişimini yansıtır. Empati, başkalarının ne hissettiğini takdir etme kapasitesinden çok, bir başkasının durumuna duyulan üzüntü olarak anlaşılan sempatiye çok daha fazlasıdır (Lee., 1904). Sempati, bir başkasının durumuyla ilgili üzüntü veya endişe olduğunda, empati, güdüsel olarak o kişinin sosyal statüsünün farkında olmakla birlikte toplum adabına uyarak kişinin durumunu iyileştirmeye yönelik arzudur (Rae, 1909). Empatinin motivasyonu, bir bağlantı kurma ve nihayetinde başka bir kişiye yardım etme arzusudur (Brown, 2010).

Şefkat, bir başkasıyla acı çekmek anlamına gelen eski Fransız ‘*compassioun*’ sözünden, Latince acı çekmek anlamına gelen ‘*com*’ sözünden ve ‘*ile*’ anlamına gelen ‘*pati*’ sözünden türetilmiştir. Orijinal anlamı sempatiye benziyor ve kederli olan biri için derin üzüntüyü yansıtır. Bununla birlikte şu anki kullanımıyla şefkat, başkalarının sıkıntısını hafifletme arzusuyla birlikte sempati anlamını da gelir.

Nörobilim alanında araştırmalar empati algısının bir beceriden ziyade nörobilimsel olarak temel bir yetkinlik olduğunu kanıtlamıştır.(Riess, 2010). Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme, empatik bireylerin empati yaptığı kişilerin duruşunu, üslubunu ve yüz ifadelerini bilinci dışında taklit etmesini sağlayan bir nöral rolü olan mekanizmanın varlığını göstermiştir (Carr ve et al, 2003). Gözlemcilerin beyinlerinde gözlemledikleri kişiler ile aynı motor ve duygusal

alanları uyararak başkalarının eylemlerini yansıtan beyin mekanizmaları aracılığıyla başkalarının eylemlerini ve yüz ifadelerini bilmeden taklit eder. Bu yansıtma, tek kas lifleri sayesinde gösterilir. Örneğin bir kişinin el kasına ince bir iğne batırılırsa, gözlemcinin beyninde aynı motor ve duyuşsal alanlar harekete geçer (Avenanti, 2005).

### 2.2.2. Empatinin türleri

Araştırmacılar arasında, empatiyi esas olarak bir süreç yada bir sonuç (Davis, 1983; Holm, 2005); duyguyu tanımlama mı yada onu deneyimleme mi olarak anlamalı mıyız veya her ikisini birden içerir mi şeklinde uzun tartışma olmuştur (Reniers et al., 2011). Üçüncü bir argüman ise gerçek davranışsal tepkinin empati tanımına dahil edilip edilmemesi hakkındadır (Reniers ve et al., 2011; Vreekeand Van, 2003). Empati hakkındaki çağdaş görüşler, onu hem süreç hem de sonuç ile bilişsel ve duyuşsal bileşenleri içeren çok boyutlu bir fenomen olarak tanımlar (Davis, 2018). Sosyal psikolojide, empatinin rol alma gibi bilişsel yönleri ve empati ile toplum yanlılığı ve davranışı arasındaki ilişki üzerinde durulmuştur (Kristina, 2019).

Farklı empati yapılarını birbirine bağlamak için Davis (2018) aşağıdaki bileşenlerden oluşan bir organizasyonel model geliştirmiştir:

1. Öncüller, gözlemcinin hedefin veya durumun özelliklerine atıfta bulunması;
2. En gelişmiş süreç, empatik sonuçların üretildiği mekanizmaya atıfta bulunan süreç;
3. Kişilerarası sonuçlar, diğerinin bakış açısını hayal ederek bir başkasını anlama girişimi olan rol alma veya bakış açısını anlamadır;

Bu sıkıntı, başkası adına öfke gibi duygusal bir tepki ve sempati olabilir, ancak aynı zamanda, bir başkasının düşüncelerini, duygularını ve özelliklerini başarılı bir şekilde tahmin etmek gibi süreçten dolayı bilişseldir; kişilerarası sonuçlar ise diğerine karşı davranışsal tepkilerdir. Örneğin sözlü tepkiler, yardım etme, toplum yanlısı davranışta bulunma.

Daniel Goleman ve Paul Ekman empatiyi üç kategoriye ayırırlar:

- *Bilişsel empati*, bir kişinin nasıl hissettiğini ve ne düşünebileceğini anlama yeteneğidir. Bilişsel empati biz ve diğeri arasında daha iyi iletişim kurar, çünkü bilgiyi diğeri kişiye en iyi şekilde aktarmamıza

yardımcı olur.

Bu, özellikle yöneticiler için faydalı bir beceridir. Kendinizi başka birinin yerine koymanızı sağlar, ancak duygularını her zaman hissetmenize gerek yoktur. Bilişsel empatinin duygudan ziyade düşünce yoluyla olması bizim için faydalıdır (Davis, 2018). Başkasıyla herhangi bir duygudaşlık veya sempati duymadan bilişsel empati göstermek mümkündür. Daniel Goleman, blogunda, birine işkence etmek için onlara karşı herhangi bir sempati duymadan iyi bir bilişsel empatiye sahip olmaları gerektiğini not etmiştir. Bu ise bilişsel empatinin karanlık tarafıdır.

- *Duygusal empati*, diğer kişinin duygularını 'yakalamış' gibi, tam anlamıyla onlarla birlikte hissettiğiniz zaman olarak nitelendirilebilir. Duygusal empati, "kişisel sıkıntı" veya "duygusal bulaşma" olarak da bilinir. Bu, 'empati' kelimesinin olağan anlayışına daha yakındır, ancak daha duygusaldır. Duygusal empati her birimizde doğuştan var olan ilk empati türüdür. Örneğin bir anne bebeğine gülümsediğinde ve bebek de duygularını yakalayıp ona gülümsediğinde görülebilir. Daha az mutlulukla, belki de bir bebek ağlayan başka bir bebek duyar duymaz ağlamaya başlar. Duygusal empati hem iyi hem de kötü olabilir:

Duygusal empati iyidir, çünkü bu, diğer insanların duygularını hemen anlayabileceğimiz ve hissedebileceğimiz anlamına gelir. Bu empati türü sağlık çalışanları ve hastaları arasında uygun iletişimi sağlama açısından büyük önem taşır.

Kötü duyguların karşı tarafa geçme durumunun mümkün olması ve destek verilememesi duygusal empatinin kötü tarafıdır denilebilir. Benlik saygısı düşük olan kişilerin kendi kendini düzenleme ve özellikle de kendi kendilerini kontrol etme konusunda çalışmaları gerekir, böylece kendi duygularını daha iyi yönetebilirler. İyi bir öz kontrol, sağlık çalışanlarının çok fazla empati kurmaktan kaynaklanan olası tükenmişlikten kaçınmasına yardımcı olur. Bununla birlikte, "sertleşmeleri" ve uygun şekilde tepki verememeleri tehlikesi vardır. Örneğin İngiltere'de, South Staffordshire'da olduğu gibi, hemşirelerin umursamaz olmakla suçlandığı birkaç yeni vaka yaşandı. Bu, empati aşırı yüklenmesine karşı aşırı korumanın olası bir sonucu olabilir (Dean et al, 2019). Sosyal psikoloji araştırmacıları Hodge ve Myers duygusal empatiyi şöyle tanımlar:

- Karşınızdaki kişiyle aynı duyguyu hissetme

- Acısını kendi acımız gibi algılamak
- Karşınızdaki kişiye şefkat duygusu.

Duygusal empati ile başkalarına yardım etme isteği arasında pozitif bir ilişki olduğunu da belirtiyorlar. Başka bir deyişle, duygusal empati kurmanın kolay olduğunu düşünen birinin, ihtiyacı olan kişiye yardım etmek için harekete geçmesi daha olasıdır (Hoges and Myers, 2007).

- *Davranışsal empati*, genellikle şefkat yoluyla anladığımız şeylerle tutarlıdır. Davranışsal empati, uygun bir empati türüdür. Genel bir kural olarak, empati kurmak isteyen veya buna ihtiyaç duyanların yalnızca düşüncelerini anlaması (bilişsel empati) gerekmiyor ve bu kişiler, acılarını hissetmeniz veya daha da kötüsü yanlarında gözyaşlarına boğulmanız (duygusal empati) için size ihtiyaç duymuyorlar. Bunun yerine, neler yaşadıklarını anlamanız ve bu konuda sempati duymanız ve bu sorunu çözmek için harekete geçmeniz ya da onlara yardımcı olmanız gerekir. Bu durum davranışsal empatiyi açıklar.

Bu üç empati kolunun birlikte nasıl çalıştığını göstermek için bir arkadaşınızın yakın zamanda yakın aile üyesini kaybettiğini düşünün. Doğal tepkiniz sempati, acıma hissi veya acı olabilir. Sempati sizi taziyelerini dile getirmek veya kart göndermek için harekete geçirebilir.

Duygusal empati, yalnızca arkadaşınızın duygularını anlamanıza yardımcı olmakla kalmaz aynı zamanda bir şekilde paylaşmanıza da yardımcı olur. Derin acı ve duygusal acı hissini bilen bir kişiyle bağ kurmaya çalışıyorsunuz. Bir kişiyi kaybettiğinizde nasıl hissettiğini hatırlayabilir veya bu deneyimi yaşamamış olsaydınız nasıl hissettiğinizi hayal edebilirsiniz.

Empati, bireylerin başkalarının duygusal durumlarını anlamasını ve hissetmesini sağlayan karmaşık bir beceridir ve bu da davranışsal bir davranışla sonuçlanır. Empati, başkalarının acısını anlamak ve bunlara yanıt vermek için bilişsel, duygusal, davranışsal ve ahlaki kapasiteler gerektirir. Şefkat, bir başkasının acısını algılamaya verilen hassas bir yanıttır. Empati olmadan şefkat elde edilemez, çünkü bunlar insanları gözlemden eyleme doğru hareket ettiren aynı algı ve yanıt sürecinin bir parçasıdır. Son olarak, davranışsal empati sizi harekete geçirir. Bir yemek sunmanız gerekebilir, bu nedenle arkadaşınızın yemek pişirme konusunda endişelenmesine gerek yoktur ya da arkadaşınızın yoğun çalıştığı bir dönemde onun gerekli telefon görüşmelerini yapmayı veya ev içinde bazı işleri yapmayı teklif

edebilirsiniz.

Bazı insanların bedensel ve ruhsal olmak üzere iki empati biçimi daha olduğunu öne sürdüklerini belirtmekte fayda var.

Somatik empati, bir başkasının acısını fiziksel anlamda hissetmek olarak tanımlanır. Örneğin, birinin incindiğini görürseniz, siz de fiziksel acı hissedebilirsiniz. Tek yumurta ikizleri bazen diğerinin ne zaman incindiğini bildiklerini söylerler, bu da somatik empatinin bir örneği olabilir (Hogan, 1975). Örneğin, bir maç sırasında birisinin karnına topun denk gelmesi ve seyircilerden birkaçının top kendilerine değmiş gibi iki büklüm olması, somatik empatinin bir örneğidir. Koşullar somatik empatimizi engellemedikçe veya geliştirmedikçe, herkes empatik olarak kalır (Eric, 2019).

Manevi empati, 'daha yüksek bir varlık' veya bilinçle doğrudan bir bağlantı olarak tanımlanır. Doğu felsefi geleneğindeki 'aydınlanma' ile aynıdır ve meditasyon yoluyla elde edilebileceği kabul edilir. Ama yine her iki kategori birbiriyle örtüşmektedir. Zihinsel bir yetenek olarak empati mutluluk, nezaket ve ilişki başarısı gibi birçok olumlu sonuçla ilişkilidir. Brand Genetics işteki empatinin değerini gösteren faydalı empati istatistiklerinin bir listesini oluşturmuştur.

1. Empati işte yaratıcılığı artırır. Kelly ve Ravi tarafından 209 yetişkin ile yapılan bilimsel bir deneyde katılımcıların hamile kadınlar için yeni patates cips serisi geliştirmeleri istendi. Başlamadan önce, bazı katılımcılardan bir müşterinin ürünü nasıl kullandığını (empati tetikleyicisi durumu) hayal etmelerini, bazılarında ise ürünün (hedef hayal gücü kontrol durumu) kullanımını sırasında müşterinin ne düşündüğünü hayal etmelerini istediler. Bağımsız bir jüri, empati ile etkinleşen grubun fikirlerinin kontrol grubundan daha orijinal olduğunu buldu. Başka dört deney de bu bulgunun onaylandığını doğruladı; ister yeni oyuncaklar ister mısır gevreği veya alışveriş arabaları tasarlayın, empati kurmak yaratıcılığı artırır. Bu deneyler, empatinin 'bilişsel esnekliğimizi' artırarak yaratıcılığı artırabileceğini de göstermiştir (birden fazla bakış açısından görme ve geçiş yapma yeteneği). Bu çalışma, empatinin yaratıcılıkla bağlantılı olduğunu (ve dogmatizm ile ters bağlantılı olduğu) ve önceki bulguları doğruladı (Carlozzi et al, 1995).
2. Empati, memnuniyeti artırır. Kore Sağlık sektöründe yapılan araştırmaya göre empati, hasta memnuniyetini ve uyumluluğunu (tedavi programına bağlı kalma) artırmaktadır. Çalışmaya beş yüz elli hasta katıldı. Doktorların empati

seviyeleri bilgi alışverişi, uzmanlık, kişiler arası güven ile bağlantılıydı. Bu da daha yüksek hasta memnuniyeti ve uyumluluk ile sonuçlandı (Sung et al, 2004).

3. Empati, müzakere yeteneğini geliştirir. Müzakere masasının diğer tarafından başka şeyleri görme yeteneğinin müzakerelerde faydalı olduğu apaçık görülebilir, üstelik Adam Galinsky ve meslektaşları tarafından yapılan bir INSEAD deneyi bunu bilimsel olarak doğruladı. 146 müzakereci, empati yoluyla karşısındaki kişinin bakış açısını anlayabilmek için görevlendirildi. Yapılan üç müzakere, empati yeteneğiyle bir başkasının bakış açısını görme, müzakerecilerin gizli anlaşmaları fark etme, müzakere masasında hem yaratma hem de kaynak talep etme yetenekleriyle bağlantılıydı.
4. Empati iyi liderlikle bağlantılıdır. Yönetim Araştırma Grubu tarafından yapılan çalışmalarda empatinin iyi lider ve üst düzey yönetici olmanın en güçlü üç yönteminden birisi olduğu tespit edilmişti. Yaratıcı Liderlik Merkezinin 38 ülkedeki 6,731 lideri ile yapılan araştırmalarda empatinin daha yüksek performansla bağlantılı olduğunu buldular. Daha enteresan olan ise liderlerde empatinin düşük olduğu ve yalnızca %40'ının yeterli empati becerilerine sahip olduğuydu.
5. Pazarlama, tüketicinin yakınlığını ve anlayışını içeren bir meslektir. Reach tarafından 2019'da yapılan Empati Yanılgısı adlı araştırma, pazarlamacıların tüketicileri anlama ve onlarla empati kurma konusunda yüksek bir yeteneğe sahip olmadığını kanıtladı. 199 pazarlama yöneticisine, empati düzeylerini hem bilişsel hem de duygusal olarak ölçen bir empati psikometrik testi (Kişilerarası Tepki İndeksi) uygulandı. Çalışma, pazarlamacılar ve diğer insanlar arasında hiçbir fark olmadığını gösterir nitelikteydi. Pazarlamacıların sadece %30'u dünyayı başka birinin (yani tüketicinin) bakış açısından deneyimleme konusunda yetkindi.
6. İşteki empati açığı, markada her yıl ortalama 300 milyon doların üzerinde bir kayıp gelire mal oluyor. Bu, M&C Saatchi'nin Çin, ABD, İngiltere ve Fransa'daki 225 büyük markada 34,000 tüketici ile 2018 kişilik bir çalışma sonucundan elde edilmiştir. Çalışmada, markanın verdiği pazarlama sözleriyle insanların bu markayla ilgili yaşadıkları deneyimlerin eşleşip eşleşmediğine bakıldı. Daha sonra uyumsuzlukların sonuçları değerlendirildi. Araştırmada, tüketicilerin %18'inin pazarlama ve deneyim arasındaki fark

nedeniyle son 12 ay içinde o markayı kullanmayı bıraktığı ve %32'sinin bu farkın büyüyeceğine inandığı ortaya çıktı.

7. Bain yönetim danışmanları, 80:8 kuralı ile karakterize edilen iş dünyasında kalıcı bir empati açığı tespit etti. Yaklaşık 400 firmanın %80'i, müşterilerine üstün bir deneyim sunduklarına inanırken, müşterilerinin yalnızca %8'i aynı fikirdedir.
8. Tüketici merkezliliğinin olmaması, Ulusal Burs Portalında (deneyim puanı) 69 puana mal oluyor. Capgemini tarafından yapılan 2017 küresel anketine göre markaların %75'inin tüketici odaklı olduklarına inanmasına karşın, tüketicilerin yalnızca %30'u bu konuda hemfikir. Araştırmada, tüketici odaklı olarak algılanmamış markaların, tüketici odaklı markalardan 69 puan daha düşük bir Ulusal Burs Portalı deneyim puanına sahip olduğu da ortaya çıktı.
9. Empati seviyeleri düşüyor olabilir. Son 30 yılda yapılan Amerikan Birleşik Devlet'inin meta analizine göre insanların empati testi puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir, bu sonuca göre empati kurma yeteneğimiz düşüyor olabilir. Çalışma, bugün bir Amerikalının, ortalama 30 yıl önceki Amerikalıların %75'inden daha az empatik olduğunu buldu (Kara et al, 2011)
10. Kadınlar (genellikle) daha empatiktir. Empati eğitimle geliştirilebilir bir yetenek olsa da psikometrik test normları kadınların erkeklere göre daha doğal empati seviyelerine sahip olduğunu göstermiştir. Örneğin, 60 sorulu 'Empathy Quotient' (Empati Teklifi) testi, 0-80 puan aralığında değerlendirme yapmış ve bu teste göre en yüksek puanı alan empati seviyesi en yüksek olan kişidir. 1716 katılımcıyla İngiltere'de EQ'nun onaylanmasında kadınların ortalama 48/80 EQ (%60), erkeklerin ise 39/80 (%49) olduğu ortaya çıktı ve kadınların erkeklere göre %11 daha empatik olduğu ifade edildi. EQ-Kısa formuyla yapılan test, kadınların 26/44 (%59) ve erkek 20/44 (%45) puan aldıklarını ve diğer testle aynı oranda bir farklılık olduğunu tespit etmiştir. Alternatif bir empati testi TEQ – Toronto Empati Anketi de kadınların daha yüksek puan alabileceğini gösteriyor. Son olarak insanların gözlerindeki duyguları okuyabilme ve empati yeteneğini test eden 'Gözlerle Zihin Okuma' adlı popüler bir empati testinde kadınların daha iyi performans gösterdiği tespit edilmiştir. Örneğin, bu test yapıldıktan sonra kadınlar gözlerle ifade edilen duyguların %76'sını, erkekler ise bu duyguların %71'ini doğru bir şekilde anlayabilmişlerdir (Akio et al., 2005).

11. Empati (kısmen) genetik olarak belirlenmiştir. İkizler ve kardeşler arasındaki empati farklılıklarını karşılaştıran bir çalışmada, duygusal empatinin %52-57'sinin genetiğe bağlı olduğu, bilişsel empatinin ise yalnızca %27'sinin genetiğe bağlı olduğu ortaya çıktı. Empati Göz Testi bilişsel empatinin davranışsal bir ölçümüdür. 23andMe müşterilerinin 88,056'sının genetik profili ile bu test sonuçları karşılaştırılmıştır. Cambridge Üniversitesi araştırmacıları kadınlarda bilişsel empati ile genetik varyasyon olan kromozom 3 üzerinde bir ilişki bulmuştur. EQ ölçeğini kullanan bir takipçi çalışması, genel empati (duygusal ve bilişsel) değişimlerinin yalnızca %10'unun genetiğe bağlı olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmada kadınların erkeklerden daha fazla empati kurduğu ve kadınlara ortalama 50 (%63), erkeklere ise 42 (%53) puan kazandırdığı da ortaya çıktı (Warier et al, 2017).
12. Empati zamanla gelişir. Empati, bilişsel gelişimle birlikte büyür. Örneğin, dört yaşın altındaki çocuklar, bir şeyi başka birinin bakış açısından anlama yeteneklerini değerlendiren basit testlerde genellikle başarısız olurlar (bilişsel empati). Dört yaş ve üstü çocuklar, normal bilişsel gelişimi gösteren bu testleri (örneğin Sally-Anne testi) geçmeye başlarlar. Jean Piaget bunu, üç dağ modeli üzerindeki farklı bakış açılarından çekilen fotoğrafların çekildikleri açılarla eşleştirilmesini içeren 'Üç Dağ Testi' ile gösterdi. Dört yaşında çocuklar görüşlerini merkezden uzaklaştırılmazlar ve genellikle bu testte başarısız olurlar. Ancak 7 ya da 8 yaşlarında genellikle geçerler ve benmerkezci düşünceden perspektif alma yeteneği kazanmaya kadar normal bilişsel gelişimi gösterirler (Sammon, 2010).

### **2.2.3. Nörobilimde Empatinin Rolü**

Nörobilim literatüründe empatiden ilk kez bahsedilmesinin ardından elli yılda, empatinin sinirsel temelini anlamada önemli kazanımlar elde edildi. Buna örnek olarak simülasyona dayalı empati modelleri çalışmalarını verebiliriz. Empatik simülasyonlar insanlara özgü değildir, ancak sosyal türler arasında gözlemlenebilir. Hem duygusal hem de bilişsel empati, araştırmacıların ve uygulayıcıların özel olarak ilgilendiği bir neden-sonuç ilişkisi olan empatik endişeyi veya merhameti teşvik edebilir (Mara and Micheil, 2018).

Empati kelimesi ilk olarak, Paul MacLean'ın 1967 yılında yazdığı ve bunu

"kişinin duygularını ve ihtiyaçlarını başka bir kişinin duygularıyla tanımlama kapasitesi" olarak tanımıyla Nörobilim literatüründe ortaya çıkmaktadır. Empatiyi başkalarına yardım etmek için bir temel olarak görüyordu ve bu nedenle de kişiler arası sakinlik ve saldırganlık da dâhil olmak üzere modern çağın sorunlarını çözmek için önemli bir konu olarak kalmaktadır (Maclean, 1967).

MacLean empatiyi, daha çok insanların himayesi olan bütünsel ve bilişsel karmaşık bir olgu olarak nitelendirdi ve ön kortekse çok bağımlı olduğunu varsaydı. Son ampirik kanıtlar bunun dışında olduğunu göstermektedir. Empati bunun yerine, pek çok farklı sosyal türlerde empati kurmak için benzer şekilde işleyen alt kortikal yapılara dayanan birden fazla ayrışan süreci yansıtmaktadır (Hutchison et al, 1999).

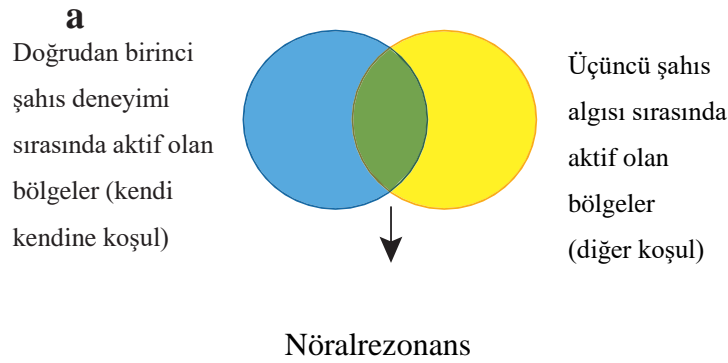
Psikologlar ise insanlığın hayatta kalma başarısı özellikle başkalarıyla işbirliği yapma ve onları anlama yeteneğimiz olarak empatinin olduğuna daha fazla inanmaktadırlar (Tomasello, 2000). Bu yetenekler, empatinin çok yönlü psikolojik yapısı tarafından desteklenir. Empati, "algılayıcılar" (başka bir kişinin iç durumlarına odaklanan kişiler), "hedeflerle" (algılanabilir kişilerin dikkatine odaklanan kişiler) ilişkili ancak farklı süreçlerden oluşur. Empati ile ilgili literatür bu süreçleri tanımlamak için birbiriyle örtüşen bir terim tanımlama grubu kullanılmış olsa da bunları literatürden alınan bazı karmaşık terimlerle birlikte üç sınıfta gruplandırılır. Bu üçü deneyim paylaşımını içerir:

1. Deneyim paylaşımı: dolaylı olarak hedeflerin ruhsal durumlarını paylaşmasıdır (Gallese et al., 2004);
2. Zihinleştirme: hedeflerin durumlarını ve nedenlerini dikkate alması ve hatta anlamasıdır (Lesie et al., 2004);
3. Toplum yanlısı olarak davranış sergilenmesi: Hedeflerin o anki deneyimlerini iyileştirmeye yönelik motivasyon edici ifadelerde bulunmasıdır (Batson, 2011).

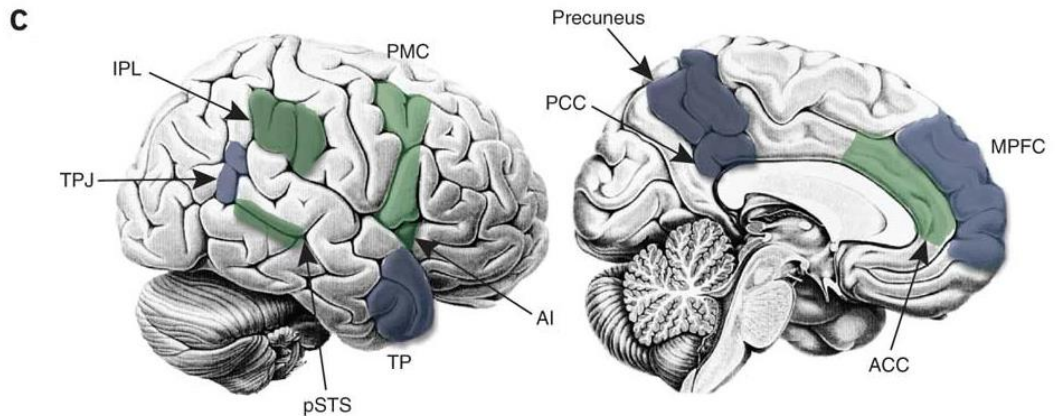
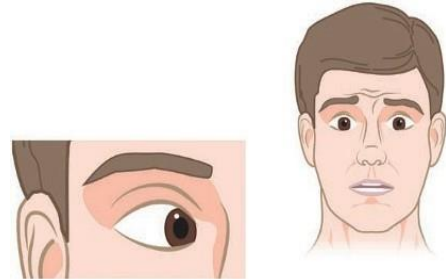
Deneyim paylaşımı ve zihinselleştirmenin görünüşte aynı amaca giden iki yolu temsil ettiği göz önüne alındığında (başka bir kişinin içsel durumlarını anlama ve bunlara yanıt verme), şaşırtıcı derecede farklı sinir sistemleri tarafından yönetilirler. Deneyim paylaşımı genellikle 'nöral rezonans' olarak bilinen bir mekanizmaya bağlıdır: algılayıcılar belirli bir içsel durumu deneyimlediklerinde hatta aynı durumu deneyimleyen hedefleri gözlemlediklerinde (veya bunu bildiklerinde) her tarafta da biri biriyle örtüşen sinir sistemlerin aktive olma eğiliminde olduğu fark edilmiştir

(Şekil 2.2.3.a). Nöral rezonans, davranışsal eğilimlerin (Rizzolatti and Sinigaglia, 2010), duyuusal deneyimlerin (Keyser et al., 2010), ağrı ve iğrenme gibi viseral durumların (Lamm ve Singer, 2010) deneyimlenmesine ve gözlemlenmesine eşlik eder. Buna karşılık, zihinselleştirme - genellikle algılayıcılardan istenerek hedeflerin durumları hakkında yapılan çıkarımlarıyla incelenir (Şekil 2.2.3. b). Hedeflerin geleceğe, geçmişe, olgusal duruma karşı bakış açılarını bilen algılayıcının şimdi ve burada olmayan durumları yansıtabilme yeteneği vardır. Bu da superior temporal yapılarının aktivasyonu ile gerçekleşmektedir (Şekil 2.2.3. c) (Buckner and Carroll, 2007; Spreng et al., 2009).

Şekil 2.3. İki sistem hikayesi: Nöralrezonans



**b** John, Emily'ye bir Porsche'si olduğunu söyledi. Aslında arabası bir Ford. Emily arabalar hakkında hiçbir şey bilmiyor, bu yüzden John'a inandı.



Deneyim paylaşımı ve zihinselleştirme nörobilimsel yaklaşımların incelemelerine göre beyin bölgelerinin biri biriyle ilişkili olduğunu gösterdi. (a) Mavi

daire, birinci şahısın duygusal tepkisi, kendi isteğiyle veya diğer içsel durumlar nedeniyle gerçekleşen davranışları temsil eden beyin bölgelerindeki aktivasyonudur. Sarı daire, üçüncü şahıs gözlemiyle bir başkasının aynı durumu yaşamasında aktif olan bölgeleri temsil eder. A ve C şeklindeki yeşil bölge ise nöral rezonansı temsil eder. Nöral rezonans, algılayıcının hedefin durumuna ilişkin dolaylı desteği olarak tanımlanır. (b) Zihinselleştirme çalışmalarında tipik olarak katılımcılardan hedeflerin inanç, düşünce, niyet ve kendisinin belli eden yüz ifadeleri hakkında yargılarda bulunmasını istenir. Bu tür görevlerin algılayıcıların zihinselleştirme yeteneğine (c'de mavi bölgelere) katkıda bulunduğu tespit edilmiştir. (c) Deneyim paylaşımı ve zihinselleştirmeyle aktif olan beyin bölgeleri aşağıda verilmiştir.

- IPL, inferiorparietal lob;
- TPJ, temporoparietal kavşağı;
- pSTS, posteriorsuperiortemporalsulkus;
- TP, temporal lob;
- AI, anteriorinsula;
- PMC, premotor korteks;
- PCC, posteriorsingulat korteks;
- ACC, anteriorsingulat korteks;
- MPFC, medialprefrontal korteks.

Yakın zamana kadar yapılan araştırmalarda, deneyim paylaşımı ve zihinselleştirme sürecinin nöral aktivasyonları neredeyse tamamen örtüşmediği düşünülmüyordu. Yani, kişi bu süreçlerden birini aktive edecek görevle meşgul iken tipik olarak diğer süreci aktive edecek görev yapamazdı. (Overwalla and Baeten, 2009).

Empati süreçlerinde farklılıkların olma nedeni algılayanlar hedeflerle her zaman değil, sık sık empati kurar. Bazı bireyler deneyim paylaşımı ve zihinselleştirme süreçlerini daha yoğun yaşarken, bazı kişiler için bu süreçler ancak olay nedeni olarak gerçekleşme olasılığı daha fazladır (Davis, 1983). Bu fikre uygun olarak, empatik davranışı destekleyen nöral sistemler hem bağlamsal hem de bireysel değişkenlik sergiler. Örneğin, kişilerin empati kurmasıyla zihinselleştirme (Wagner et al, 2011) ve deneyim paylaşımı (Singer., 2014) ile bağlı olan beyin bölgelerinin aktivasyonunu ölçen ölçeklerde bireysel farklılıklar tespit edilmiştir. Ayrıca, empatiyi etkilediği bilinen sosyal bağlamlar da bu sistemlerdeki faaliyetleri modüle etmektedir: algılayıcılar kendi grubundan olmayanların acı çektiğini görürken

sinirsel rezonansa girme olasılıkları daha düşüktür ve sosyal olarak sınırlandırılmış alt hedeflerle karşılaştıklarında zihinselleştirme ile ilişkili alanların aktive olma olasılıkları daha düşüktür (Harris and Fiske, 2006).

Empati ile bağlantılı olduğu görülen sinir sistemlerinde anormalliğin olması, sosyalleşmeyle ilgili psikiyatrik durumları nitelemektedir. Örneğin, otizm spektrum bozuklukları olan bireylerin sosyalleşme zorlukları (Phillips, 2012) veya sosyal bozuklukları olan şizofreni (Harvey, 2006) ve psikopati (Blair et al, 2004) gibi diğer bozukluklarda empatiyle ilgili alanların anormalliği tespit edilmiştir.

Sezgisel olarak duyguları diğer kişilerin duygularıyla daha az uyumlu olan ve başkalarının duygusal durumlarını daha az yansıtan bireylerin, başkalarına empati yapabilme yetenekleri de düşüktür. Başka bir deyişle, düşük duygusal ve bilişsel empatiye sahip olanlar daha düşük empatik kaygıya sahip olacaktır. Zihinselleştirme ile ilgili beyin alanları bilişsel empati ile ilgilidir. Aynı zamanda duygusal zihin kuramına da atıfta bulunur. Duygu ile ilgili beyin alanları ise duygusal empati ile ilgilidir. Ödül alma motor hareketleri, ağrı modülasyonlarında yer alan beyin alanları empatik endişe ile ilgilidir. Bu nedenle, empati bileşenlerinin ayrı ayrı sinirsel bir karşılığı vardır yani empatinin farklı yönlerin gerçekleşmesinde farklı beyin alanları aktive olmaktadır (Hedwig, 2021).

## **2.3. Mutluluk**

Psikolojik bir terim olarak açıklanması gerekirse ‘mutluluk’ APA’ya göre İngilizce ‘happiness’; neşe, memnuniyet, keyiflilik, tatmin ve esenlik duygularıdır.

### **2.3.1. Mutluluk Anlayışı**

Mutluluk pozitif psikolojide ana fikirdir. Pozitif psikoloji, gelişim açısından değerlendirildiğinde ilk adımlarını atan bir bebek gibi henüz yolun başındadır. Geçmişe dönük olarak çok fazla araştırma yapılmış olsa da, ilk olarak Seligman tarafından 1998 yılında adlandırılmıştır. Psikiyatride ve psikolojide davranışsal ve ruhsal bozukluklar, yıkıcı eğilimler, narsizmin olduğu topluluklarda izole kuruluşlardan ziyade katılımcı olan kişilerin “negatif” görüşlerinin aşırı vurgusuna karşı bir tepki olarak pozitif psikoloji ortaya çıkmıştır. Seligman'a göre, "Psikoloji sadece hastalık, zayıflık ve hasar incelemesi değil, aynı zamanda güç ve erdem de

çalışmasıdır. Tedavi yalnızca yanlış olanı düzeltmekle kalmaz, aynı zamanda doğru olanı da inşa eder” (Seligman, 2002). Bu beyanname Erich Fromm ve Abraham Maslow gibi hümanist psikologları tarafından yazılabilir, ancak pozitif psikologlar onlardan çok daha deneysel bir yönelim elde etmek istediler (Peterson ve Seligman, 2004).

Deneysel bir oryantasyon iki anlama gelebilir. Bir yandan normatif etik ve bilimin bir karışımına dahil olurken, diğer yandan devam eden araştırmalara yakından uymak anlamında kullanılabilir. Bu durumda, pozitif psikoloji (PP) hümanist psikolojiden sadece derece olarak farklılık gösterir. Özellikle, PP psikologlar kendilerini psikoterapi yaparken, kendi kendine yardım kitapları yazarken veya diğer uygulamalı psikoloji biçimlerini takip ederken mevcut bilimle entegre oldukları ahlaki kararlar verme olarak görebilirler. Ayrıca, olumlu sağlığa önem vermenin, yani zihinsel bozuklukların yokluğuna ek olarak sağlığa ağırlık vermekle araştırmaları ahlaki bir şekilde düzenlemenin yük olduğunu da kabul edebiliyorlar. Örneğin, Jonathan Haidt, felsefi ve dinî görüşleri ampirik keşiflerle karşılaştırdığını ve "ne yapmalıyım, nasıl yaşıyorum ve kim olmalıyım?" sorularını yanıtlar. (Haidt, 2006). Öte yandan, pozitif psikologlar, erdemlilik hipotezini incelerken bile yalnızca bilim yaptıklarını, kendi kendine yardım kitaplarında ve terapötik müdahaleler yoluyla halkla konuştuklarında yalnızca bilimsel keşifleri rapor ettikleri için kendilerini ampirik olarak yönlendirilmiş olabilirler. Ahlaki yargılarda bulunmazlar. Örneğin bilim adamlarının yaptıkları gerçeğe değer verme, entelektüel dürüstlük ve titiz deney standartlarına uyma konusunda Seligman, ahlaki reçeteler verdiğini reddediyor: “Bilim tanımlayıcı olmalı, kural koyucu değil. İyimser, manevi, kibar ya da güler yüzlü olmanız gerektiğini size söylemek PP’nin işi değildir; PP’nin işi daha çok bu özelliklerin sonuçlarını betimlemektir. Bu bilgilerle ne yapacağınız, kendi değerlerinize ve hedeflerinize bağlıdır” (Seligman, 2002). Yine alçakgönüllülükle “Bizim (psikologların) bir karakter gücünün belirlenmesini daha geniş toplum ve kültüre bırakmamız gerektiğini” söyler (Peterson ve Seligman, 2004).

Seligman çelişkili düşüncelerini sunar. “PP için temel bir varsayımın iyi bir karakter” olduğunu kabul eder (Seligman, 2002). Belki de bu, pozitif psikologların ahlaki yargılarda bulunmaları değil, iyi karakterin bilimsel araştırma için değerli ve önemli bir konu olduğu anlamına gelir. Ancak Aristotles' in “İyi yaşam nedir?” sorusuna “yeni ve bilimsel olarak temel oluşturabilecek bir yarat” istemesi bizi daha

da ileri götürdü şeklinde belirtir (Seligman, 2002). Aristoteles istenen yaşam biçimine dair ahlaki kararlar alarak toplumsal inanç ve normatif etik ile beraber yargıları azaltmadı. Seligman, hümanist psikologlar rolünde Aristoteles projesine dahil olup normatif etiği ve bilimi bir araya getirmiştir.

Erdemlilik hipotezi birkaç yönden belirsizdir. “Mutlu” ve “erdem” anahtar terimlerinin kesinlikle birden fazla anlamı vardır. Mutluluk tanımı ahlaki açıdan ağır veya ahlaki açıdan tarafsız olabilir. Aristoteles, mutluluğun ahlaki açıdan tanımını, “ruhun erdeme uygun faaliyeti” olarak tanımlar. Aynı zamanda uzun bir yaşam boyunca bu faaliyetin gerçekleştirilmesinin para ve sağlık gibi ek mallarla desteklendiğini ortaya koymuştur (Aristoteles, 1941). Tam tersine, psikologlar öznel iyi oluş olarak mutluluğu, yaşamımızdan memnuniyet, yüksek düzeyde keyif almak ve diğer arzu edilen duygularla tanımlarlar (Argyle, 2001). Aristoteles, erdemliği karakterin ahlaki olarak iyi özellikleri, yani ahlaki olarak arzu edilen şekillerde davranmak, hissetmek ve yargılamak olarak tanımlar. Aksine, psikologlar ise erdemliliğin her toplum için kendine özgün tanımının olduğu düşüncesindedirler. Asıl belirsizlikler, kültürel erdemini sizi nasıl “mutlu” etmesi gerektiğiyle ilgilidir. Bu, Platon'un (1945) açıkladığı gibi, kültürel erdemliliğin mutluluk için gerekli ve yeterli olduğu anlamına gelebilir. Veya Aristoteles'in (1941) düşündüğü gibi, mutluluk için erdem olmanın gerekli olduğu anlamına gelebilir. Mutluluk genel memnuniyet anlamına geliyorsa, bu iki fikir de mantıksızdır. Çünkü bazı ahlaksız bireyler, belki de kısmen sahtekârlıkları, ihanetleri, açgözlülükleri ve hak edilmemiş iyi bir itibarı korumadaki kurnazlıklar ile kendilerini tatmin ederler (Cahn, 2004). Gerçekten mutlu olmadıklarında ısrar edersek, erdemlilik hipotezini bir totolojiye veya kısmi totolojiye dönüştüren ahlaki yüklü tanımlara başvurmuş oluruz: erdem, sizi erdemlilerin tanımladığı şekillerde tatmin eder. Erdem hipotezi, erdemi geliştirmenin bizi mutlu etmek için yeterli olduğu anlamına gelebilir. Bu görüş de inandırıcı değildir. Aristoteles'in (1941) işaret ettiği gibi, mutluluk tipik olarak bazı dışsal iyilikleri gerektirir - yani, erdeme ek olarak makul miktarlarda zenginlik, güç, sağlık, dostluk ve uzun ömür gibi iyilikler.

Erdem varsayımının yukarıda verilen tanımı, yalnızca erdemliliğin mutluluğu, ahlaksızlığın ise mutsuzluğu teşvik etme eğiliminde olduğu iddiasını daha güçlü bir hale getirir. Seligman'ın ilk iddiayı savunmasına rağmen bazen ikinci iddiayı da ima ettiği görülür. Mesela, bireyleri daha mutlu etmek için yardımseverlik gibi bilinen iddiaları yeniden aydınlatmaktadır. Bu nedenle, yardım etmede gerçekçiliğin

erdemlerini ortaya koyan gönüllüler üzerinde çok sayıda çalışma yapıldı. Sonuçlar karmaşıktır ve yaşam aşamasına göre değişir (Piliavin, 2003). Lise öğrencilerinin hizmet etme öğrenimi, sivil katılımın arttırılması gibi genel olarak olumlu etkilere sahip olsa da, mutluluğu önemli ölçüde etkilemediğinin tespit edildiği görülmektedir. Orta yaşlarda gönüllülük, mutluluk düzeyini artırır. Yaşlılıkta ise gönüllülük, mutluluk düzeyleri üzerinde en büyük etkiye sahiptir. Bu çalışmaların hepsinde, erdemliliğin mutluluk yarattığından emin olmak için dikkatli olunmalıdır. Ancak erdem kişinin hem huzur hem de genel memnuniyet hislerini arttırma eğiliminde olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (Haidt, 2006).

Belirtildiği gibi, mutluluğun tanımları ahlaki yüklü ve ahlaki açıdan (nötr) tarafsız olmak üzere iki kategoriye ayrılır. Ahlaki yüklü tanımlar, Aristoteles'in erdemini uygulanmasına odaklanan mutluluk tanımında olduğu gibi, ahlaki değerlerde inşa edilir. Ahlaki açıdan nötr tanımlar, psikologların standart mutluluk tanımlarında olduğu gibi, yaşamlarımızdan genel memnuniyet veya yüksek düzeyde zevk alma biçiminde öznel iyi oluş adıyla ahlaki değerler oluşturmamızdır. Kuşkusuz, öznel iyi oluş olarak mutluluğun kendisi de geniş çapta bir değerdir, yani kişisel çıkar ve belki de ahlaki bir değer olarak kabul edilir. Mutluluk, Thomas Jefferson tarafından Bağımsızlık İlan'ında ölümsüzleştirilen yaşam, özgürlük ve mutluluk arayışı üçlüsü, insan hakları için yeterince önemli bir değerdir. Bununla birlikte, öznel iyi oluş olarak mutluluk, ek ahlaki değerler inşa etmekten kaçınır (Muhammet et al, 2020). Günümüz psikolojisinde istenen ve istenmeyen mutluluk türü vardır. Hedonik mutluluk istenmeyen olmakla bireye kısa vadeli yüksek düzeyde mutluluk sağlar (Mikail, 2020).

### **2.3.2. Mutlulukla Benzeşen Kavramlar**

Kavramlara temelde iki şekilde yaklaşabiliriz: “aşağıdan yukarıya” ve “yukarıdan aşağıya”. Kavramlara yukarıdan aşağıya yaklaşımlar belirli dil verilerini bulur, bu verilere göre belirli genellemeler yapar ve verileri vurgulayan, açıklayan bilişsel yapılar (kavramsal metaforlar gibi) önerir. Lakoff ve Johnson (1980) geleneğinde pek çok bilişsel dilbilimcinin yaptığı şey budur. Buna karşın, aşağıdan yukarıya araştırmacılar kapsamlı (seçmeli olmayan) bir veri kümesiyle başlar, veriler

hakkında minimum genellemeler yapar ve verileri hesaba katacak bilişsel yapılar önerme işinde çok daha az yer alırlar (Dobrovolskij and Piirainen, 2005). Lakoff ve Johnson geleneğindeki bilişsel dilbilimciler, bilişsel yapıların önemini vurgularken, aşağıdan yukarıya araştırmacılar, birbiriyle ilişkili her bir bireysel lengüistik ifadenin toplam anlamını açıklamak için gereken çok daha az genel ve küresel kavramsal tanım bulmaya çalışırlar. Diğer bir deyişle, her iki yaklaşımda da bir sorun vardır. Mecazi olarak konuşursak, yukarıdan aşağıya araştırmacılar ağaç için ormanı görmezler, aşağıdan yukarıya araştırmacılar ise orman için ağacı görmezler. (Stefanowitsch and Köveks,2007).

Mutluluk kavramı, çok sayıda ve çeşitli kavramsal metaforlarla karakterize edilir. Özellikle, üç kavramsal metaforun ayırt edilebileceği durumlar şunlardır: genel duygu metaforları, mutluluk kavramının bir değerlendirmesini sağlayan metaforlar ve mutluluğun fenomenolojik doğasının veya karakterinin çoğunu sağlayan metaforlar. Belirli kavramsal metaforlar aşağıda verilmiştir ve her biri dilsel bir örneğe sahiptir.

Genel metaforlar:

- ✓ Mutluluk kaptaki bir sıvıdır: O sevinçten patlıyordu.
- ✓ Mutluluk ısıdır/ateştir: Oğlunun doğumuyla içinde sevinç alevleri oluştu.
- ✓ Mutluluk doğal bir güçtür: Neşeyle boğulmuşum.
- ✓ Mutluluk fiziksel bir güçtür: Onu mutluluk çarptı.
- ✓ Mutluluk bir sosyal üstünlüktür: Mutluluk tarafından yönetilen bir hayat yaşarlar.
- ✓ Mutluluk bir esir altıdır: Çocuklar hediyeleri açtığında etrafa neşe dağıldı.
- ✓ Mutluluk çılgınlıktır: Kalabalık sevinçten deliye döndü.
- ✓ Mutluluk, benliği kendiliğinden şaşırtan güçtür. O kendisiyle mutluydu.
- ✓ Mutluluk bir hastalıktır: İyi ruh hali bulaşıcıdır.

Mutluluğun değerlendirilmesini sağlayan metaforlar:

- ✓ Mutluluk ışıktır: O sevinçle parlıyordu.
- ✓ Mutluluk hafif hissetmektir: Kuş gibi hissediyorum.
- ✓ Mutluluk yükseklerdedir: Kendimi göğün yedinci katında hissediyorum.

Yukarıdaki açıklamalar, kişinin hissettiği mutluluğu tam anlamda açıklamakta değildir (Tissari 2008).

Mutluluğun fenomenolojik karakterini sağlayan metaforlar:

- ✓ Mutluluk, keyifli bir fiziksel his: Zevkten dört köşe oldu.
- ✓ Mutluluk sarhoş olmak: Bu bir baş döndürücü deneyimdi.
- ✓ Mutluluk yaşam gücüdür: O azim doluydu.
- ✓ Mutluluk sıcakkanlıktır: Konuşmalarıyla, tavırla, her şeyi ile içimi ısıtıyordu.

Bu kavramsal metaforlar mutluluk duygusunu verir; yani, bunu yaşayan kişiye mutluluk hissini betimlerler. İki kavramsal metaforun türü birbiriyle bağlantılı olabilir: Örneğin, sıcakkanlık normalde olumlu bir deneyim olarak değerlendirilir.

#### Mutluluğun Kavramsal Metonimleri

Mutluluğa uygulanan belirli kavramsal metonimler, aşağıda görülebileceği gibi davranışsal, fizyolojik ve anlatımsal tepkiler olarak gelir:

- ✓ Davranışsal tepkiler: mutluluk için yukarı ve aşağı zıplamak; mutluluk için dans etmek/şarkı söylemek.
- ✓ Fizyolojik tepkiler: mutluluk için yıkama; mutluluk için artmış kalp atış hızı; mutluluk için vücut sıcaklığı; mutluluk için tahrik olma ya da ajitasyon duygusu.
- ✓ Anlatımsal tepkiler: mutluluk sebebi gözlerin parlaması veya gülümsemek.

Mutluluk genellikle bu tür davranışsal, fizyolojik ve anlamlı tepkiler yoluyla kendini gösterir. Bu yanıtlardan herhangi birine atıfta bulunarak kendimizin veya bir başkasının mutluluğunu belirtebiliriz (Wierzbicka 1999). İlginç bir şekilde, bu tür tepkilerde bir dereceye kadar kültürel çeşitlilik bulabiliriz. Örneğin, Budizm'de mutluluk, kalp atış hızının artmasından ziyade azalmasıyla ilişkilidir. Mutluluk aynı zamanda çeşitli kavramlardan oluşur. Bu kavramlar, mutluluk kavramı içinde veya mutluluk kavramıyla yakından ilişkin kavramlardır. Örnek olarak memnuniyet, zevk ve uyum verilebilir. İlk tanım olarak mutluluk, belirli bir sonuçtan memnun olmayı ifade eder. Aynı zamanda bir zevk hissini de beraberinde getirir. Son olarak, mutlu olduğumuzda dünya ile uyum içinde hissederiz. Mutluluk kelimesinin bu üç anlamı öne çıkmaktadır. En göze çarpan anlamlar gibi görünse de her biri farklı bir nedenle ortaya atılır.

Bir kişi istenen sonuca anı bir mutluluk formu ile yanıt verir. Bu mutluluğa genellikle sevinç denir. Bu sevinç/mutluluk, aşağıdaki bilişsel modelle karakterize edilebilir (Fabiszak, 2000).

Neşe nedeni: İsteddiğiniz bir şeyi başardığımız anda sizin tarafınızdan hemen

duygusal bir yanıt vardır.

Neşenin varlığı: Memnun kaldığınız için ifade eden gülümseme, gülme gibi davranışsal yanıtlar gösterirsiniz. Hatta vücut sıcaklığı veya kalbinizin hızlı atması gibi fizyolojik tepkiler de görülür.

Mutlu olduğumuzda yaşama karşı olumlu bir bakış açımız vardır. Duygularımızı başkalarıyla paylaşmamız gerektiğini hissederiz. Genellikle duygularımızın yoğunluğu yüksek iken biz pasif davranırız. Belirli bir sınırın ötesinde, yoğun duygu bizim için sosyal bir tehlike anlamına gelir. Bu da kontrolü kaybederek iletişim kurmada tamamen kabul edilemez bir hal alır.

Hissettiğiniz şeye göre duyguları kontrol altında tuttuğumuzda yaşadığımız toplum ve kültüre göre davranışsal veya anlamlı tepkileri göstermekle hissettiklerimizi iletmeye çalışırız. Duygu yoğunluğunda kontrol kaybı olursa uyumlu olmayan davranışsal veya anlamsız tepkiler gösteririz. Buna rağmen hala hissettiklerimizi iletmekle meşgul olduğumuz için bizim açımızdan anormallik fark edilemez hale gelir. Bu modelin ortaya çıkışı metaforlarla daha iyi anlaşılır. Mutluluğumuzu ifade etmek için kullandığımız dil, mutluluk hakkında nasıl düşündüğümüzü ortaya koyar.

Bir değer olarak mutluluk, bizi etkileyen güçlü bir duygu olarak karakterize edilemez. Bunun yerine, mutluluk biçimi neredeyse fark edilemez tepkiyle ortaya çıkar. Bu tür bir mutluluk, genellikle aşağıdaki metaforlar tarafından yakalanır.

- ✓ Mutluluğu satın alamazsınız.
- ✓ Sonunda bahtımı buldum.

Memnuniyet olarak mutluluk, genellikle şahıs için çok önemli olmayan ya da olumlu sonucu doğal olarak alınabilecek bir durumda yoğun olmayan, olumlu bir duygusal tepkidir. Böyle durumlarda insanlar çok belirgin tepkiler vermezler ve kendilerini kontrol etmek zorunda kalmazlar.

Yukarıdan aşağıya bir yaklaşım, kavramlar için oldukça ayrıntılı ancak çok belirsiz bir genel bilişsel yapı sağlayabilir. Mutluluk prototiplerinin daha ayrıntılı ve kesin bir şekilde karakterize edilmesi için yukarıdan aşağıya bir yaklaşımın aşağıdan yukarıya bir yaklaşımla desteklenmesi gerektiği açıktır ve büyük olasılıkla bu diğer birçok kavram için geçerlidir (Kövecses and Zoltán 2000)

### **2.3.3. Mutluluk Ve Kültür**

İnsan sosyal bir varlıktır. Mutluluğu araştıran bilim dalları, insanların yaşamlarının iyi olduğu hissini nasıl geliştirdiklerini ve sosyokültürel antropolojinin insanların kültür ortamı aracılığıyla nasıl mutlu insan haline geldiklerini araştırır. Her ikisi de yorumlayıcı ve anlatıcı yönere sahiptir. Mutluluğu araştıran bilim adamları, 'İnsanlar ne kadar mutlu?', 'Mutluluk nasıl olur?' ve 'Mutluluk ne şekilde önem kazanıyor?' diye sorgularlar. Tipik olarak nicelemeden çok hikâye anlatımına daha meraklı olan sosyokültürel antropologlar, yine de kültürel tanımlamalarda ve karşılaştırmalarda belirsiz ve örtük niceleyiciler kullanırlar. Mutluluk ve kültür çalışmaları ortak bir ikileme karşı karşıyadır. Kültür, kültürel eserler ya da popülasyonlar arasında daha spesifik ölçülebilir farklılıklara sahiptir. Mutluluk, insanların öz değerlendirmelerini temsil eden ölçütlerle kanıtlanır.

Uluslararası öznel iyi oluş anketleri (ÖİÖ), ülkeler arasında tutarlı ortalama düzey farklılıkları göstermektedir. Örneğin, Dünya Değerler Araştırması'nda (DDA) ülke düzeyinde çeşitli ÖİÖ dalgaları karşılaştırılmıştır. Kalıcı ve istikrarlı olan ülkeler arası önemli farklılıklar keşfedilmiştir. Örneğin, 1998 yılında yapılan ÖİÖ anketinde Danimarkalıların %65'i hayatlarından çok memnun iken, Portekizlilerin sadece %5'inin çok memnun oldukları saptanmıştır. Kenny farklı dönemlerde tek bir ülkenin mutluluk endeksindeki farkın, aynı dönemlerde farklı ülkelerin mutluluk endeksindeki farktan çok daha az olduğunu da tespit eder (Kenny, 1999). ÖİÖ'da ülkeler arası farklılıkların açıklanması bu nedenle önemli bir konudur (Diener et al, 1995; Diener, 2000; Kenny, 1999; Inglehart and Klingemann, 2000; Heukamp and Arino, 2011).

Literatürde iyi oluş değerlendirmelerinde bazen “yaşam doyumuna”, bazen “mutluluğa”, bazen de genel öznel iyi oluşu ifadelerine karşı sorular kullanılmaktadır. Hangi format veya ifade kullanılırsa kullanılsın, bulgular benzer olma eğilimindedir (Layard 2005). Heukamp ve Arino'ya (2011) göre DDA'dan alınan veriler ÖİÖ verileridir. Bununla birlikte, kısmen ampirik sonuçlardaki benzerlikten kısmen de tartışma kolaylığından dolayı, ÖİÖ ve mutluluk büyük ölçüde birbirinin yerine kullanılır.

Kültürle ilgilenen psikologlar, mutluluğu bir bütün olarak ele aldıklarında, duyguları şekillendirerek bir kültürü tanımlayan kamusal anlamların (halk teorileri ve sağduyu) ve uygulamaların (günlük rutinler) kritik rolünü öne çıkarmışlardır. (Benson 2000; Bruner 1990; Kitayama 2002). ; Markus and Kitayama 1991;

Shweder and Sullivan 1993). Başka bir deyişle, duygular ve bilişler her zaman belirli kültürel bağlamlarda yer alır. Kültür, mutluluğun miktarı, kapsamı veya derecesi açısından mutluluğu etkileyebilir. Bu nedenle, kültür “ortalama ÖİÖ seviyelerini etkileyebilir” (Diener et al, 2003).Örneğin, Avrupa ve Amerika'daki Batı ülkelerinde bireycilik kültürü hakimdir. İnsanlar bireysel özgürlüğün, başarının ve olumlu duyguların peşinde koşmaktadır. Bu nedenle, tahminen ÖİÖ ile bireysel çaba ve başarı ilişkilidir ve mutluluk düzeylerini yükseltir. Japonya, Kore ve Çin dâhil olmak üzere kolektivist kültür bölgelerinde yaşayan insanlar insan ilişkilerine daha fazla önem verirler. Bu ülkelerde mutluluk duygusu başkalarının değerlendirmelerinden daha fazla etkilenir. ÖİÖ ile bireysel çaba ve başarı arasındaki ilişkiler net değildir. Bu, kolektivist kültürlü ülkelerin mutluluk seviyesini bireysel kültürlü ülkelerin mutluluk seviyesine göre daha düşük hale getirebilir. 2006'daki DDA' ya göre, 50 ülke arasında Kolombiya yaşam memnuniyetinde birinci, Danimarka ikinci, Japonya 25. Kore 35. sırada yer aldı. Ekonomik gelişme ve refah olanaklarının yüksek olmasına rağmen, kolektivist kültüre mensup Japonya ve Kore, yaşam doyumunda çok alt sıralarda yer almaktadır.

İlk olarak, kültürü ölçmek için kullanılan değişkenler; dinler (Heukamp and Arino 2011), diller (Diener et al, 2003) ve bireyci-kolektivist kültürdür (Schyns 1998; Lu and Gilmour,2004; Uchida et al, 2004). Din ve dil değişkenleri gibi ölçüler kültürün yalnızca bir boyutunu sağlayabilir. Bu değişkenler sadece ülkenin bireysel etkilerini açıklayabilirken, bu etkilere sadece kültürel faktörler değil aynı zamanda diğer faktörler de neden olur. Örneğin kültür dışında coğrafya ve iklim gibi faktörler zaman içinde çok fazla değişmez ve ülkenin sabit etkilerine de neden olabilir. İkinci olarak, DDA'a ülkeler arası farklılıklarda ülke sabit etkilerinin nicel bir ölçümü yoktur. Birçok makale, bu ülke sabit etkilerinin varlığını kabul eder, ancak gerekli nicel açıklamalar vermez. Üçüncüsü, kültür ile mutluluk arasında içsel bir sorun olabilir. Dördüncüsü, kültürün içeriği çok zengin olduğu için, kültürün hangi boyutunun mutluluğu en çok etkileyebileceği sorusu yeterince araştırılmamıştır.

Breuer ve Quinten (2010) tarafından araştırıldığı gibi ülkeler arası kültür anketi endeksleri, kültürel ekonomi ve kültürel finans gibi çalışma alanlarının oluşumuna katkıda bulunarak şimdi yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu, kültür ve mutluluk arasındaki ilişkileri daha kapsamlı bir şekilde test etmek için güçlü bir temel sağlar. En yaygın kullanılan ülkeler arası kültür araştırma endeksleri Hofstede'indir (1980). Hofstede (1980), bu ülkelerin kültür endekslerini hesaplamak için 53 farklı ülkede

International Business Machines'in farklı şubelerinde bulunan personeller üzerindeki anketlerini kullanır. Bu anket sonuçları dört farklı boyut altında toplanır. Ülkeler her bir boyutta birbirinden farklılaşan bir kültür değere sahip olmuşlardır. İngiltere ve Amerikan Birleşik Devletleri gibi aynı kültüre sahip ülkeler bile farklı kültür değerlerine sahiptir.

Schyns (1998), kültürü ve ÖİÖ'yi birbirine bağlayan iki teori olduğunu savunuyor. Bunlardan biri, insan mutluluğunun yaşam kalitesi standartları ile algılanan yaşam koşulları arasındaki karşılaştırmalara bağlı olduğu karşılaştırma teorisidir. Diğeri ise Maslow'un ihtiyaç teorisidir. Maslow'a göre, iyi bir yaşam sürmenin yolu büyük ölçüde ihtiyaç-tatmin oranı ile belirlenir. İnsan ne kadar çok ihtiyacını karşılarsa o kadar mutlu olur. İnsanların ihtiyaçları farklı seviyelerde sınıflandırılır. En temel seviyede, gıda dahil olmak üzere hayatta kalma ihtiyaçları vardır. Bundan sonra güvenlik, istikrar, bağımlılık, korku ve kaygı özgürlüğü, yapı, düzen, hukuk gibi ihtiyaçları vardır. Daha temel ihtiyaçları karşıladıktan sonra sevgi, ait olma ihtiyaçları ortaya çıkar. Daha da yüksek seviyede, saygı, itibar, prestij, şöhret ve yücelik arzusu vardır. Maslow, son aşamada memnuniyet ihtiyacının daha çok istenen öznel sonuçlara bağlı olarak mutluluk, huzur ve iç yaşamın zenginliği ortaya çıkardığını da belirtti (Maslow 1970).

Karşılaştırma teorisine göre maddi ihtiyaçların tatmini mutluluğu artırmada sınırlıdır. İhtiyaçlar teorisine göre temel ihtiyaçların giderilmesi insanı kolayca tatmin edebilir, ancak verdiği mutluluk sınırlıdır. Öte yandan, yüksek manevi seviyelerde doyum sınırsızdır. Maddi ihtiyaçların peşinde koşma arzusu farklı kültürlerde ve farklı ülkelerde neredeyse aynıdır. Ancak manevi arayış arzusu farklı kültürler arasında farklılık gösterir ve bu kültürün ÖİÖ üzerinde daha çok etkili hale gelir (DDA).

Her iki teori de ekonomik veya maddi memnuniyetin kolay elde edildiğini göstermektedir. Farklı kültürler arasında maddi memnuniyet düzeyi üzerindeki etkileri çok fazla farklılık gösterdiği bulunmamıştır. Kültür, yalnızca daha yüksek ihtiyaç düzeyleri üzerinde önemli ölçüde farklı etkiye sahiptir. Örneğin, Doğu kültürleri kişiler arası karşılaştırmalara önem vermektedir. Avrupa-Amerikan kültürleri ise özgürlük ve bağımsızlığı vurgularken, doğu kültürleri uyum ve kolektif çıkarlara odaklanarak kolektif çıkarları bireyselliğin üzerine koymuştur.

Bir ülkenin kültürünün ÖİÖ üzerindeki etkisi, kültüre bağlı farklı başarı tanımlarıyla açıklanmıştır. Dış çevresel faktörleri ÖİÖ üzerinde oldukça küçük etkiye

sahiptir (örneğin, sosyal-ekonomik faktörler ÖİÖ'deki varyasyonun sadece %6'sını açıklayabilir); (Inglehart and Klingemann 2000). Bu yüzden araştırmacılar, sosyal ve psikolojik faktörleri olan dış olaylar ve ortamlardan etkilenen bireylerin nasıl etkilendiğini anlamak için yukarıdan aşağıya incelemeye yöneldiler. En önemli değişkenlerden biri kültürdür. Inglehart ve Klingemann (2000), bir ülkede, iyi oluş farklılıklarından çoğunlukla genetik faktörlerin sorumlu olduğunu, farklı ülkelerde ise iyi oluş en az genetik faktörler kadar kültürel varyasyonun sorumlu olduğunu belirtmektedir. Diener ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da (2003), kişiliğin bireyler arasındaki ÖİÖ farklılıklarını, kültür ise ülkeler arasındaki ÖİÖ farklılıkları açıkladığını düşünmektedirler.

Kültürün ÖİÖ üzerindeki etkisini incelemeye dair yapılan araştırmalar, kültürü iki büyük gruba ayırır. Biri Avrupa-Amerikan kültürleri, diğeri ise Doğu-Asya kültürüdür. Araştırmacılar en çok bu iki grup arasındaki mutluluk anlayışlarına dair ve daha derin bir mutluluk isteklerine dair farklılıkları açısından incelemektedirler (Uchida et al, 2004). Sonuçlara göre, bireysellik kültürüne sahip ülkelerde yaşayan insanların, toplumsal bir kültürde yaşayan insanlara göre ÖİÖ seviyeleri daha yüksektir. Bu da Doğu-Asya'daki mutluluk açığını kısmen açıklayabilir. Oishi ve diğerleri (1999); ve Inglehart ve diğerleri (2008) tarafından bireyselci kültüre sahip olan ülkelerde yaşayan insanların daha fazla seçim özgürlüğüne sahip olduğunu ve bu özgürlüğün ÖİÖ ile pozitif yönde bir ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Suh (2002), bireyselci kültüre sahip olan ülkelerde insanların daha güçlü bir öz kimlik tutarlılığına ve daha tutarlı bir iradeye sahip olduğunu öne sürmektedir. Bunu daha net bir şekilde açıklarsak, bilgiyi kendisinin deneyimleyerek öğrenmeye eğilimli olduğu ve özellikle de başkalarının bakış açılarından daha az etkilendikleri anlamına gelmektedir. Bu nedenle, onların doğrudan mutluluk deneyimi yaşaması daha kolaydır. Kwan ve diğerleri (1997) bireyselci kültürü olan ülkelerde yaşayan insanlar kendilerine daha fazla saygı gösterdiklerini ve bunun mutluluk duygusunu arttırdığını tespit etmiştir. Schimmack ve diğerleri (2002), Doğu'da yaşayan insanların Asya felsefesinin (Budist ve Daoizm gibi) diyalektik düşüncelerine dayanarak mutlu olduğunu veya mutsuz olduğunu açıklarken, Avrupalılar ve Latin Amerikalıların doğrudan öz mutluluk duygularına daha fazla eğilimli olduğunu söyler.

1970'lilerde Hofstede ve onun ortak olduğu yazarlar farklı ülkelerde olan 53 International Business Machines şubelerinde yapılan ankete dayanarak, ulusal kültürlerin özelliklerini 5 boyutta sınıflandırdı, yani bireycilik, güç mesafesi,

erkeklik, belirsizlikten kaçınma ve Konfüçyüs dinamiklerinden oluşur (Hofstede 1980; Hofstede and Bond 1988).

Küresel Liderlik ve Davranış Organizasyonu (KLvDO) kültür özelliklerini Hofstede'nin bu 5 boyutuna girişkenlik yönü, kurumsal kolektivizm, grup içi kolektivizm, gelecek oryantasyonu dahil ederek 9 boyut altında toplamıştır. Bireysel/kolektivizm, kültürler değerlendirilir iken KLvDO ve Hofstede birkaç önlemleri kullanmışlardır. Hofstede bireysellik boyutunu kullanırken, KLvDO daha çok kurumsal kolektivizm ve grup içi kolektivizm olarak ayrılan kolektivizmi kullanır. KLvDO kullandığı cinsiyet farklılaşması, Hofstede'nin sistemindeki erkeklik boyutuna benzer, ancak aynı zamanda ters yöndedir. İnsani yönelim, performans yönü ve girişkenlik yönelimi sadece KLvDO sistemine özgüdür.

Bireyler gücün herkeste eşit bir şekilde olmadığını bilmeli ve bunu kabullenmelidir (Javidan and House 2001). Hofstede, büyük bir güç mesafesinin (insanlar arasında) eşitsizliklere yol açabileceğini savunmuştur. Bu tür eşitsizlikler, bireylerin güçlerini kontrol etmesiyle kendilerini merhametli biri olarak görmelerine yol açabilir. Bu, zihinsel iyi oluşa negatif yönde ilişkili olarak daha fazla dışsallığa neden olur. Büyük bir güç mesafesi, yalnızca iş örgütlerinde değil, sosyal statü, saygınlık, birikim ve insan hakları gibi alanlarda da eşitsizliklere neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle, güç mesafesi ve ÖİÖ seviyeleri arasında önemli ölçüde negatif bir ilişki bulunmaktadır (Arrindel et al, 1997).

2017-2020 yılları arası DDA tarafından yapılan birey ve toplum merkezli araştırmalar sonucuna göre Türkiye için önemli olan değerler sırasıyla aile, din, arkadaşlık, iş, boş vakit ve politika olarak belirlenmiştir.

#### **2.3.4. Mutluluk Ve Ekonomi**

Hükümet için ÖİÖ yaklaşımının altında yatan ilke, kamu harcamalarına yönelik öncelikleri, nüfusun olduğu durumdan daha da ne ölçüde iyileştirebileceğidir. Çoğu ülkede, her bir bakanlık sektörlerinde kendi hedefleri ve performans ölçütlerini belirleyen ölçekler oluşturulmuştur. Sektörler arası çeşitlilik, farklı sektörler tarafından yapılan toplumsal katkıların karşılaştırılmasını imkânsız hale getirir. Sağlık sektöründeki ek harcamaları değerlendirmeye yönelik baskın analitik yaklaşım vardır. Sağlık sektöründe ek harcamalarının faydalarını sağlık sonuçları açısından değerlendirilmesi genellikle kaliteli yaşam yılları veya engelliliğe göre

ayarlanmış kaliteli yaşam yılları anketi aracılığıyla yapılmaktadır. Anket sonuçlarına göre ek harcamaların ne kadar etkili olduğu analiz edilir. Diğer sektörler, çoğunlukla kendi amaçlarına özgü ölçekleri kullansa da bazen sağlık sektörünün kullandığı ölçekleri kullanırlar. (Drumond et al, 2015).

Bazı araştırmacılar mutluluk ve öznel iyi oluşu birbirinden ayrı olarak araştırmış olsa da, ÖİÖ kavramı genellikle mutluluk veya sosyal iyi oluş gibi kavramlarının yerine kullanılır (O'Donnell and Oswald, 2015). Pratikte ise ortak bir yaklaşım vardır. Şahsın sadece kendi yaşam doyumuyla ilgili anket soruları aracılığıyla bireylerin mutluluğu değerlendirilmektedir. Mesela “Bugün hayatınızdan ne kadar memnunsunuz?” gibi değerlendirme soruları sorulur. Bu soru, birçok mutluluk ölçeklerin ilk ve temel sorularından biri olmuştur. Sosyal ilerlemeyi değerlendirmek ve karşılaştırmak için ÖİÖ’u tam ölçebilecek tek bir ölçü oluşturulabilir. Sektörler arasında farklılığa yönelik daha bilgili ve daha sistematik bir yaklaşım benimseyerek ÖİÖ ölçeği oluşturma görevi prensipte mümkündür. Bu görev bir çok sektörü kendine bağlayan maliye bakanlığı gibi bakanlıklar tarafından alınması mümkün olsa da, bu tür görev hükümet politikası kararlarına bağlı olduğu çoğu hükümet sistemine daha uygulanmamıştır (Clark et al., 2018).

Gündemin araştırmaları sağlık politikası topluluğunun yeniden canlanmasına neden oldu. İyi sağlık, iyi oluşun önemli bir bileşenidir. Bu yüzden politikanın geleneksel ekonomik ölçümlerden nazaran toplumsal iyi oluş için sağlık sistemleri özkaynağa dönüşmesi gerektiği savunulmaktadır (Anderson and Mossialos, 2019). Esasende bir ülke sağlığı, zihinsel sağlık başta olmak üzere ÖİÖ’un büyük bir kısmını oluşturur (Clet al., 2018). Birçok ülkede sağlık sistemi nüfusun sağlığına büyük katkıda bulunur. Örneğin, sağlık sistemi harcamalarının sağlık sonuçları üzerindeki etkisinin analizine göre İngiltere’de kaliteli yaşam sürdürebilmek için kişi başına maliyetin yaklaşık 13 000 euro olduğu ve benzer tahminler diğer yüksek gelirli ülkelerde de aynı olduğu tespit edilmiştir (Stadhouders et al., 2018). Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki eşdeğer maliyetlerin tahmin edilmesi daha zordur, ancak bu maliyetlerin daha az olduğu muhtemeldir (Ochalek et al., 2018). Bu nedenle, sağlık sisteminin ek harcamaları iyi harcanan paradır. Bundan başka sağlığın eğitim alanında, uzun süreli çalışabilme, üretkenlik açısından önemli bir etmen olduğuna dair iyi kanıtlar vardır ve iyi oluş yaklaşımını desteklemek için daha fazla sağlık harcaması argümanını güçlendirir (Culys et al, 2018).

Genel olarak, gündeminin ekonomisini, sağlık sektörünün diğer sektörlerin hedeflerini aşarak toplumsal iyi oluşa katkıda bulunduğuna giderek daha fazla dikkat çekmekteir. Bunu bir fırsat olarak değerlendirirsek, kendi amaçlarının yanı sıra, sağlık sektörü tarafından üretilen sağlık sonuçları, özellikle eğitim ve ekonomik verimlilik olmak üzere diğer sektörlerde de dolaylı olarak katkıda bulunur (Yamey et al, 2016). Örneğin, sakatlığı önleyerek ve/veya hafifleterek, sağlık sistemleri insanların daha uzun, verimli bir çalışma hayatın olmasına, yaşlandıkça kendini gösteren maddi, sosyal maliyetlerini azaltmaya yardımcı olmaktadır. Hatta okul çocuklarının sağlığını iyileştirmeyi amaçlamış programlar, okullara daha iyi katılımcıların olmasına ve bu katılımcıların bilişsel gelişimdeki gelişmelere yol açabilmesi mümkündür (Culys et al., 2018).

İktisat teorisine göre yaşam koşulları, özellikle gelir, mutluluk üzerinde kalıcı bir etkiye sahiptir ve çeşitli çalışmaların sonuçları bunu doğrulamıştır (Mozafarinia et al, 2014). Ayrıca düşük gelirli bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamada güçlük yaşamaları olasıdır. Bu yüzden fiziksel, zihinsel ve duygusal sorunlara daha yatkındırlar. Fakat eğitim düzeyi yüksek olan bireylere göre daha mutludurlar. Bu sonuç, bir çalışmanın bulgularıyla uyumlu (Peiro, 2006) olsa da bizi çelişkide koyacak sonuçlara sahip çalışmalarda vardır. Daha yüksek eğitim derecesine sahip olmanın uygun bir işe, yüksek gelire, daha iyi ekonomik ve sosyal konuma, yüksek benlik saygısına ve daha fazla mutluluğa yol açabileceğini belirtmek gerekir. Çoğu zaman, işsiz bireyler ailelerinin ve toplumlarının gözünde istikrarsız biri olarak yaşarlar. Bu nedenle yalnızlık çekmeleri ve sosyal izolasyonla karşı karşıya kalmaları olasıdır (Safari, 2010; Ahadi, 2012).

### **3. MATERYAL VE METOD**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

MS tanısı koyulmuş hastaların ve aynı hastaların yakınının demografik bilgileri, empati ve mutluluk arasındaki ilişkiyi incelemek üzerine yapılmış olan kesitsel çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı**

Bu çalışma 2020 yılı Kasım ayından başlayarak 2021 yılı Nisan ayı aralığında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalında yapılmıştır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örnekleme**

Araştırmada örneklem seçimi yapılmamıştır. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Nöroloji Polikliniği'nde hizmet veren Prof. Dr. Murat Terzi' nin MS hastaları ve onların hasta yakınlarıyla görüşülmüştür. Daha önce yapılan çalışmalar baz alınarak G-Power programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucu belirlenen 400 katılımcıya ulaşılmıştır.

#### **3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- MS teşhisi koyulan hastalar ve onların yakınları;
- 25-55 yaş arası olmak;
- Sorular yanıtlamada zihinsel engeli olmayanlar;
- Çalışmaya gönüllü olanları.

#### **3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- MS teşhisi koyulmadık hastalar ve onların yakınları;
- 25-55 yaş arası olmamak;
- Sorular yanıtlamada zihinsel engeli olanlar;
- Çalışmaya gönüllü olmayanlar.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veri toplama araçları olarak demografik bilgi formu, Toronto empati ölçeği (TEÖ) ve Oxford mutluluk ölçeği kısa formu (OMÖ-kısa formu) kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Demografik Bilgi Formu**

Demografik Bilgi Formu; cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, çalışma durumu, aylık ortalama gelir, çocuk sayısı, dominant el, hastalık süresi gibi umumi 11 soru ve hasta yakınları için artı olarak hastaya yakınlık derecesin belirlemek için soru olup toplamda 12 soruluk bir formdur (EK:1).

### **3.4.2. Toronto Empati Ölçeği**

TEÖ'ü 2009 yılında Spreng, McKinnon, Mar, ve Levine tarafından geliştirilen 16 maddelik 5'li likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de 2012 yılında Totan, T., Doğan, T., & Sapmaz, F. Tarafından geçerlilik ve güvenilirliğini çalışmalarında kültürel farklılıklardan dolayı madde sayısı 13'e indirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 79; iki hafta sonra tekrar test sayısı 73 bulunmuştur. TEÖ empatinin iç boyutları arasındaki farklılıkları minimum düzeye indiren, tek boyutlu görüş birliği sağlayan çekirdek bir ölçme aracıdır. Tersten kodlanan maddeler: 1-3-5-7-8-9-11-12. Yüksek puan alanlar düşük puan alanlara göre daha empatiktirler. Empati ölçeği:Cronbach's Alpha=0,604, ölçek %60,4 oranında güvenilir (EK2).

### **3.4.3. Oxford Mutluluk Ölçeği – Kısa formu**

OMÖ - Kısa Formu, Tayfun Doğan ve Nesrin Akıncı Çötök tarafından 2011 yılında geçerliliği ve güvenilirliği çalışması yapılmıştır. Çalışma aslen 8 maddelik iken, toplam korelasyonlarının değerlendirilmesinde 30 değerinden düşük olması nedeniyle 7 maddeli beşli likert tipi ölçek haline getirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlık ve tekrar test güvenirlik katsayıları sırasıyla 74 ve 85 olarak saptanmıştır. Ölçekte 1. Ve 7. maddeler tersten kodlanmaktadır. Puanın yükselmesi kişinin mutluluğuna işaret eder. Mutluluk ölçeği:Cronbach's Alpha=0,692, ölçek %69,2 oranında güvenilir (EK3).

## **3.5. Araştırma Değişkenleri**

### **3.5.1. Bağımsız Değişkeni**

Demografik bilgiler ve empatik olma seviyesi

### **3.5.2. Bağımlı Değişkenleri**

Mutluluk seviyesi

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmacı tarafından katılımcılara anket formları verilmiştir. Katılımcılar 20-30 dakika aralığında formları doldurmuşlardır.

### **3.7. İstatistiksel Değerlendirme**

Veriler IBM SPSS 20.0 programında analiz edildi. İki bağımsız grup ortalamaları normal dağılış gösteren gruplar t-testi, normal dağılış göstermeyen gruplar Mann-Whitney U testi ile, ikiden çok bağımsız grup ortalamaları normal dağılışlı-varyanslar homojen olan gruplar Anova, normal dağılış göstermeyen gruplar ise Kruskal-Wallis testi ile test edildi. Çoklu karşılaştırmalar için Tukey ve Dunn testi kullanıldı. Nitel değişkenler arasındaki ilişki Pearson Ki-kare testi ile test edildi. İki ölçek arasındaki ilişkiye veriler normal dağılış göstermediği için Spearman sıra korelasyon katsayısı ile bakıldı.  $P < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### **3.8. Etik İlkeler**

Katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış, gönüllü ve istekli olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Etik Kurul Karar No: OMÜ KAEK 2020/522) (Ek: 5).

## **4. BULGULAR**

### **4.1. Betimsel İstatistikler**

Tablo 4.1.'e göre: Katılımcıların %50 hasta ve hasta yakınlarının %27'si eşi, %18,3'ü ailesinde olan birey, %4,8'i akrabasıdır; %53,2'si kadın ve %46,8'si erkektir; %32,5'i 25-35 yaş arası, %28,2'si 36-45 yaş arası ve %39,3'ü 46-55 arasındır; %41,5'i ilk ve orta okulu, %22'si liseyi, %13,5'i önlisansı, %23'i lisan veya lisansüstünü tamamlamıştır; %8,3'n 0-1000 Türk Lirası (TL), %40,5'i 1001-3000 TL, %29,5'i 3001-5000 TL, %21,7'si ise 5000 ve üzeri geliri olmaktadır;

%24,7'sinin çocuğu yok iken %16'in bir tane, %48,8'in 2 veya 3 çocuğu, %10,5 üçten fazla çocuğa sahiptir; %50,2'si oturduğu ev kendisinin, %30,3'i kirada, %19,5' ise akrabayla beraber oturmaktadır, bunların hem %5'i gecekondunda, %80,5'i dairede, %14,5'i diğer binada oturmaktadır; %90,8'i sağ eli dominant iken, %9,2'si sol ellidir. Katılımcıların %5,2'si kendileri hariç hiçbir kronik hastalığı olanlarla beraber yaşamazlar iken, %64,5'i sadece biri, %30,3'i iki ve fazlasıyla beraber yaşarlar. MS hastaları ve bu hastaların hasta yakınlarıyla beraber toplam katılımcı olarak alındığında %37,5'i çalışma sürecinde ek rahatsızlıklara sahiptir. Bunların hem %8'i 0-2 yıllar arası, %29,8'i 3 yıl ve üzeri devam eden rahatsızlıktır. %62,5'inin ise hiçbir rahatsızlığı yoktur.

Tablo 4.1. Hasta ve hasta yakınının frekans dağılımı

|                     |                   | Sıklık | Yüzde | Geçerli Yüzde | Toplam Yüzde |
|---------------------|-------------------|--------|-------|---------------|--------------|
| Hasta               |                   | 200    | 50,0  | 50,0          | 50,0         |
| Hasta Yakını        | Eşi               | 108    | 27,0  | 27,0          | 27,0         |
|                     | Ailesi            | 73     | 18,3  | 18,3          | 18,3         |
|                     | Akrabası          | 19     | 4,8   | 4,8           | 100          |
| Cinsiyet            | Kadın             | 213    | 53,2  | 53,2          | 53,2         |
|                     | Erkek             | 187    | 46,8  | 46,8          | 100          |
| Yaş                 | 25-35             | 130    | 32,5  | 32,5          | 32,5         |
|                     | 36-45             | 113    | 28,2  | 28,2          | 28,2         |
|                     | 46-55             | 157    | 39,3  | 39,3          | 100          |
| Eğitim Düzeyi       | İlk/Orta Okul     | 166    | 41,5  | 41,5          | 41,5         |
|                     | Lise              | 88     | 22,0  | 22,0          | 22,0         |
|                     | Önlisan           | 54     | 13,5  | 13,5          | 13,5         |
|                     | Lisans/Lisansüstü | 92     | 23,0  | 23,0          | 100          |
| Gelir Düzeyi        | 0-1000            | 33     | 8,3   | 8,3           | 8,3          |
|                     | 1001-3000         | 162    | 40,5  | 40,5          | 40,5         |
|                     | 3001-5000         | 118    | 29,5  | 29,5          | 29,5         |
|                     | 5001 ve üstü      | 87     | 21,7  | 21,7          | 100          |
| Sahip Olunan        | 0                 | 99     | 24,7  | 24,7          | 24,7         |
| Çocuk Sayısı        | 1                 | 64     | 16,0  | 16,0          | 16,0         |
|                     | 2-3               | 195    | 48,8  | 48,8          | 48,8         |
|                     | 3 üstü            | 42     | 10,5  | 10,5          | 100          |
| Konaklamının Durumu | Kendi Evi         | 201    | 50,2  | 50,2          | 50,2         |
|                     | Kira              | 121    | 30,3  | 30,3          | 30,3         |
|                     | Akraba Evi        | 78     | 19,5  | 19,5          | 100          |
| Konak Durumu        | Gecekondu         | 20     | 5,0   | 5,0           | 5,0          |
|                     | Daire             | 322    | 80,5  | 80,5          | 80,5         |
|                     | Diğeri            | 58     | 14,5  | 14,5          | 100          |

Tablo 4.1. Hasta ve hasta yakınların frekans dağılımının devamı

|   |               |     |      |      |      |
|---|---------------|-----|------|------|------|
| Dominant El                                   | Sağ           | 363 | 90,8 | 90,8 | 90,8 |
|   | Sol           | 37  | 9,2  | 9,2  | 100  |
| EkstraRahatsızlık                             | Var           | 150 | 37,5 | 37,5 | 37,5 |
|   | Yok           | 250 | 62,5 | 62,5 | 100  |
| ER'ın Süresi                                  | 0-2 yıl       | 31  | 8,0  | 8,0  | 8,0  |
|   | 3 yıl ve üstü | 119 | 29,8 | 29,8 | 37,8 |
| Kronik Hastalığı Olanlarla Beraber Yaşayanlar | 0             | 21  | 5,2  | 5,2  | 5,2  |
|   | 1             | 258 | 64,5 | 64,5 | 64,5 |
|   | 2 ve üstü     | 121 | 30,3 | 30,3 | 100  |

#### 4.2. Demografik Bilgiler İle Gruplara Göre İnceleme

Tablo 4.2. Gruplar ve cinsiyet arasındaki ilişki

|       |              | Cinsiyet |       |       |       |
|-------|--------------|----------|-------|-------|-------|
|       |              |          | Kadın | Erkek | Total |
| Grup  | Hasta        | Count    | 127   | 73    | 200   |
|       |              | %        | 63,5% | 36,5% | 100%  |
|       | Hasta Yakını | Count    | 86    | 114   | 200   |
|       |              | %        | 43,0% | 57,0% | 100%  |
| Total |              | Count    | 213   | 187   | 400   |
|       |              | %        | 53,3% | 46,8% | 100%  |

Cinsiyet ve gruplar arasında bir ilişki vardır.

Tablo 4.3. Gruplar ve yaş arasındaki ilişki

|       |              | Yaş   |       |       |       |       |
|-------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|       |              |       | 25-35 | 36-45 | 46-55 | Total |
| Grup  | Hasta        | Count | 72    | 65    | 63    | 200   |
|       |              | %     | 36,0% | 32,5% | 31,5% | 100%  |
|       | Hasta Yakını | Count | 58    | 48    | 94    | 200   |
|       |              | %     | 29,0% | 24,0% | 47,0% | 100%  |
| Total |              | Count | 130   | 113   | 157   | 400   |
|       |              | %     | 32,5% | 28,2% | 39,3% | 100%  |

Gruplar ile yaş grupları arasında bir ilişki vardır ( $p=0,006<0,05$ ).

Tablo 4.4. Gruplar ve eğitim düzeyleri arasındaki ilişki

|       |              | Eğitim Düzeyi    |       |         |                    | Total |      |
|-------|--------------|------------------|-------|---------|--------------------|-------|------|
|       |              | İlkokul/Ortaokul | Lise  | Önlisan | Lisans+ Lisansüstü |       |      |
| Grup  | Hasta        | Count            | 77    | 42      | 31                 | 50    | 200  |
|       |              | %                | 38,5% | 21,0%   | 15,5%              | 25,0% | 100% |
|       | Hasta Yakını | Count            | 89    | 46      | 23                 | 42    | 200  |
|       |              | %                | 44,5% | 23,0%   | 11,5%              | 21,0% | 100% |
| Total |              | Count            | 166   | 88      | 54                 | 92    | 400  |
|       |              | %                | 41,5% | 22,0%   | 13,5%              | 23,0% | 100% |

Gruplar ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki yoktur ( $p=0,452>0,05$ ).

Tablo 4.5. Gruplar ve gelir düzeyi arasındaki ilişki

|       |              | Gelir Düzeyi |           |           |       | Total |      |
|-------|--------------|--------------|-----------|-----------|-------|-------|------|
|       |              | 0-1000       | 1001-3000 | 3001-5000 | 5000+ |       |      |
| Grup  | Hasta        | Count        | 16        | 85        | 55    | 44    | 200  |
|       |              | %            | 8,0%      | 42,5%     | 27,5% | 22,0% | 100% |
|       | Hasta Yakını | Count        | 17        | 77        | 63    | 43    | 200  |
|       |              | %            | 8,5%      | 38,5%     | 31,5% | 21,5% | 100% |
| Total |              | Count        | 33        | 162       | 118   | 87    | 400  |
|       |              | %            | 8,3%      | 40,5%     | 29,5% | 21,8% | 100% |

Gruplar ile gelir düzeyi arasında bir ilişki yoktur ( $p=0,806>0,05$ ).

Tablo 4.6. Gruplar ve sahip olunan çocuk sayısı arasındaki ilişki

|       |              | Sahip Olunan Çocuk Sayısı |       |       |       | Total |      |
|-------|--------------|---------------------------|-------|-------|-------|-------|------|
|       |              | 0                         | 1     | 2-3   | >3    |       |      |
| Grup  | Hasta        | Count                     | 58    | 32    | 88    | 22    | 200  |
|       |              | %                         | 29,0% | 16,0% | 44,0% | 11,0% | 100% |
|       | Hasta Yakını | Count                     | 41    | 32    | 107   | 20    | 200  |
|       |              | %                         | 20,5% | 16,0% | 53,5% | 10,0% | 100% |
| Total |              | Count                     | 99    | 64    | 195   | 42    | 400  |
|       |              | %                         | 24,8% | 16,0% | 48,8% | 10,5% | 100% |

Gruplar ile sahip olunan çocuk sayısı arasında bir ilişki yoktur ( $p=0,182>0,05$ ).

Tablo 4.7. Gruplar ve kronik hastalığı olanlarla beraber yaşayanlar arasındaki ilişki

|       |              | Kronik hastalığı olan ile beraber yaşayan |      |       |       |      |
|-------|--------------|---|------|-------|-------|------|
|       |              | 0   | 1    | 2+    | Total |      |
| Grup  | Hasta        | Count                                     | 3    | 138   | 59    | 200  |
|       |              | %   | 1,5% | 69,0% | 29,5% | 100% |
|       | Hasta Yakını | Count                                     | 18   | 120   | 62    | 200  |
|       |              | %   | 9,0% | 60,0% | 31,0% | 100% |
| Total |              | Count                                     | 21   | 258   | 121   | 400  |
|       |              | %   | 5,3% | 64,5% | 30,3% | 100% |

Gruplar ile kronik hastası olanlarla beraber yaşayanlar arasında bir ilişki vardır ( $p=0,002<0,05$ ).

Tablo 4.8. Gruplar ve konaklamanın durumu arasındaki ilişki

|       |              | Yaşanan Evin Aitlik Durumu |       |            | Total |      |
|-------|--------------|----------------------------|-------|------------|-------|------|
|       |              | Durumu                     | Kira  | Akraba Evi |       |      |
| Grup  | Hasta        | Count                      | 96    | 62         | 42    | 200  |
|       |              | %                          | 48,0% | 31,0%      | 21,0% | 100% |
|       | Hasta Yakını | Count                      | 105   | 59         | 36    | 200  |
|       |              | %                          | 52,5% | 29,5%      | 18,0% | 100% |
| Total |              | Count                      | 201   | 121        | 78    | 400  |
|       |              | %                          | 50,2% | 30,3%      | 19,5% | 100% |

Grup ile ev sahibi olma/olmama durumu arasında bir ilişki yoktur ( $p=0,625>0,05$ ).

Tablo 4.9. Gruplar ve konak durumu arasındaki ilişki

| Grup | Hasta | Count | Yaşanan evin durumu |       |       | Total |
|------|-------|-------|---------------------|-------|-------|-------|
|      |       |       | Gecekondu           | Daire | Diğer |       |
|      |       | Count | 11                  | 158   | 31    | 200   |
|      |       | %     | 5,5%                | 79,0% | 15,5% | 100%  |

Tablo 4.2.8. Gruplar ve konak durumu arası ilişki (devamı)

|              |       |      |       |       |      |
|--------------|-------|------|-------|-------|------|
| Hasta Yakını | Count | 9    | 164   | 27    | 200  |
|              | %     | 4,5% | 82,0% | 13,5% | 100% |
| Total        | Count | 20   | 322   | 58    | 400  |
|              | %     | 5,0% | 80,5% | 14,5% | 100% |

Gruplar ile yaşanan evin durumu arasında bir ilişki yoktur ( $p=0,745>0,05$ ).

Tablo 4.10. Gruplar ve dominant el arasındaki ilişki

| Grup  | Hasta        | Count | Dominant El |      | Total |
|-------|--------------|-------|-------------|------|-------|
|       |              |       | Sağ         | Sol  |       |
|       |              | Count | 181         | 19   | 200   |
|       |              | %     | 90,5%       | 9,5% | 100%  |
|       | Hasta Yakını | Count | 182         | 18   | 200   |
|       |              | %     | 91,0%       | 9,0% | 100%  |
| Total |              | Count | 363         | 37   | 400   |
|       |              | %     | 90,8%       | 9,3% | 100%  |

Gruplar ile dominant el arasında bir ilişki yoktur ( $p=0,863>0,05$ ).

Tablo 4.11. Gruplar ve ek rahatsızlığı olanlar arasındaki ilişki

|       |              | Ekstra Rahatsızlık |       |       |       |
|-------|--------------|--------------------|-------|-------|-------|
|       |              |                    | var   | yok   | Total |
| Grup  | hasta        | Count              | 72    | 128   | 200   |
|       |              | %                  | 36,0% | 64,0% | 100%  |
|       | hasta yakını | Count              | 78    | 122   | 200   |
|       |              | %                  | 39,0% | 61,0% | 100%  |
| Total |              | Count              | 150   | 250   | 400   |
|       |              | %                  | 37,5% | 62,5% | 100%  |

Grup ile ekstra rahatsızlık arasında bir ilişki yoktur. ( $p=0,535>0,05$ ).

Tablo 4.12. Gruplar ve ekstra rahatsızlığın süresi arasındaki ilişki

|       |              | Ek Rahatsızlığın Süresi |       |           |               |       |
|-------|--------------|-------------------------|-------|-----------|---------------|-------|
|       |              |                         | Yok   | 0 - 2 Yıl | 3 Yıl ve Üstü | Total |
| Grup  | Hasta        | Count                   | 126   | 16        | 58            | 200   |
|       |              | %                       | 63,0% | 8,0%      | 29,0%         | 100%  |
|       | Hasta Yakını | Count                   | 119   | 20        | 61            | 200   |
|       |              | %                       | 59,5% | 10,0%     | 30,5%         | 100%  |
| Total |              | Count                   | 245   | 36        | 119           | 400   |
|       |              | %                       | 61,3% | 9,0%      | 29,8%         | 100%  |

Grup ve ekstra rahatsızlığın süresi arasında bir ilişki yoktur ( $p=0,698>0,05$ ).

Tablo 4.13. Gruplara göre empati ve mutluluk ölçeği arasındaki ilişki

|                 |              | Grup | N   | Mean    | Std. Deviation | P     |
|-----------------|--------------|------|-----|---------|----------------|-------|
| Toronto_Empati  | Hasta        |      | 200 | 51,3350 | 6,56493        | 0,205 |
|                 | Hasta Yakını |      | 200 | 50,4950 | 6,65971        |       |
| Oxford_Mutluluk | Hasta        |      | 200 | 24,2850 | 5,23458        | 0,775 |
|                 | Hasta Yakını |      | 200 | 24,4300 | 4,89848        |       |

$p>0,05$  empati ve mutluluk ölçekleri gruplara göre farklılık göstermemektedir.

### 4.3. Empati Açısından Bilgilerin İncelemesi

Hasta ve hasta yakınların demografik bilgilerine göre TEÖ seviyelerin incelemesi aşağıdaki tablolarda yer almıştır. Tablolar 4.3.1.'de hasta grubunda cinsiyet arası farklılık bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre daha fazla empatiktir (Kadın için ortalama = 52,3; Erkekler için ortalama = 49,5). Aynı tabloda çalışma süreci MS hastalarının hastalığı harici rahatsızlığı olanların ekstra bir rahatsızlığı olmayanlara göre daha empatik olduğu bulunmuştur. (Ekstra rahatsızlığı olanların ortalaması = 53,7). Aynı kişilerin içinde de iki yıldan daha az zamandır ekstra rahatsızlığı olanlar daha empatiktirler. 3 yıl ve üzeri olanlar ile arasında bir fark yoktur (0-2 yıl ara süresi ekstra rahatsızlığı olanların ortalaması = 54,6; 3 yıl ve üzeri süre ekstra rahatsızlığı olanların ortalaması = 53,4).

Tablo 4.14. MS hastaların bilgileriyle empati düzeylerin incelenmesi

| TEÖ Hasta                      |               | Min  | Max  | Range | Median | Mean | Standard Deviation | P     |
|--------------------------------|---------------|------|------|-------|--------|------|--------------------|-------|
| Cinsiyet                       | Kadın         | 33,0 | 65,0 | 32,0  | 52,0   | 52,3 | 6,3                | 0,000 |
|                                | Erkek         | 36,0 | 62,0 | 26,0  | 20,0   | 49,6 | 6,7                |       |
| Yaş                            | 25-35         | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 52,5   | 52,0 | 6,6                | 0,571 |
|                                | 36-45         | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 52,0   | 51,2 | 6,5                |       |
|                                | 46-55         | 33,0 | 62,0 | 29,0  | 51,0   | 50,8 | 6,7                |       |
| Eğitim Düzeyi                  | İlk/Orta Okul | 37,0 | 62,0 | 25,0  | 50,0   | 50,0 | 6,5                | 0,091 |
|                                | Lise          | 37,0 | 62,0 | 25,0  | 52,0   | 52,2 | 5,9                |       |
|                                | Önlisans      | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 52,0   | 51,0 | 7,3                |       |
|                                | Lisans/üstü   | 33,0 | 65,0 | 32,0  | 53,5   | 52,9 | 6,5                |       |
| Gelir Düzeyi                   | 0-1000        | 39,0 | 62,0 | 23,0  | 48,0   | 48,4 | 7,1                | 0,092 |
|                                | 1001-3000     | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 51,0   | 50,7 | 6,4                |       |
|                                | 3001-5000     | 33,0 | 65,0 | 32,0  | 53,0   | 52,5 | 7,1                |       |
|                                | 5001 ve üstü  | 40,0 | 65,0 | 25,0  | 52,0   | 52,2 | 5,7                |       |
| Sahip Olunan Çocuk Sayısı      | 0             | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 52,0   | 51,7 | 6,4                | 0,904 |
|                                | 1             | 33,0 | 61,0 | 28,0  | 50,0   | 50,7 | 6,8                |       |
|                                | 2-3           | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 52,0   | 51,5 | 6,6                |       |
|                                | 3 üstü        | 41,0 | 65,0 | 24,0  | 50,5   | 51,0 | 6,9                |       |
| Yaşanan Evin Aitlik Durumu     | Kendi Evi     | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 51,0   | 50,6 | 6,4                | 0,290 |
|                                | Kira          | 33,0 | 65,0 | 32,0  | 52,5   | 52,3 | 6,9                |       |
|                                | Akraba Evi    | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 52,0   | 51,5 | 6,4                |       |
| Ek Rahatsızlık                 | Var           | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 53,5   | 53,7 | 6,0                | 0,000 |
|                                | Yok           | 33,0 | 65,0 | 32,0  | 50,0   | 50,0 | 6,5                |       |
| Ek Rahatsızlık                 | 0-2 yıl       | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 53,0   | 54,6 | 6,0                | 0,000 |
|                                | 3 yıl ve üstü | 39,0 | 64,0 | 25,0  | 53,5   | 53,4 | 6,5                |       |
| KH Olan İle Beraber Yaşayanlar | 0             | 33,0 | 55,0 | 22,0  | 47,0   | 45,0 | 11,1               | 0,185 |
|                                | 1             | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 52,0   | 51,2 | 6,7                |       |
|                                | 2 ve üstü     | 41,0 | 65,0 | 23,0  | 50,0   | 52,0 | 5,8                |       |

Tablo 4.15. Hasta yakınların bilgileriyle empati düzeylerinin incelenmesi

| TEÖ                            |               | Min  | Max  | Range | Median | Mean | Standard Deviation | P     |
|--------------------------------|---------------|------|------|-------|--------|------|--------------------|-------|
| Hasta Yakını                   |               |      |      |       |        |      |                    |       |
| Cinsiyet                       | Kadın         | 36,0 | 64,0 | 28,0  | 51,0   | 50,5 | 7,2                | 0,590 |
|                                | Erkek         | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 50,5   | 50,5 | 6,3                |       |
| Yaş                            | 25-35         | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 52,0   | 52,2 | 5,8                | 0,078 |
|                                | 36-45         | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 49,5   | 49,9 | 7,1                |       |
|                                | 46-55         | 36,0 | 63,0 | 27,0  | 50,0   | 49,8 | 6,8                |       |
| Eğitim Düzeyi                  | İlk/Orta Okul | 36,0 | 64,0 | 28,0  | 49,0   | 49,0 | 6,7                | 0,033 |
|                                | Lise          | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 50,5   | 51,0 | 6,7                |       |
|                                | Önlisans      | 37,0 | 64,0 | 27,0  | 52,0   | 52,8 | 6,0                |       |
|                                | Lisans//üstü  | 39,0 | 65,0 | 26,0  | 53,0   | 51,8 | 6,5                |       |
| Gelir Düzeyi                   | 0-1000        | 39,0 | 64,0 | 25,0  | 45,0   | 48,5 | 7,1                | 0,020 |
|                                | 1001-3000     | 36,0 | 64,0 | 28,0  | 49,0   | 49,0 | 6,5                |       |
|                                | 3001-5000     | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 52,0   | 52,0 | 6,7                |       |
|                                | 5001 ve üstü  | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 52,0   | 51,7 | 6,2                |       |
| Sahip Olunan Çocuk Sayısı      | 0             | 39,0 | 65,0 | 26,0  | 52,0   | 53,0 | 5,6                | 0,011 |
|                                | 1             | 39,0 | 63,0 | 24,0  | 50,0   | 50,9 | 6,4                |       |
|                                | 2-3           | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 51,0   | 50,1 | 6,8                |       |
|                                | 3 üstü        | 36,0 | 64,0 | 28,0  | 45,0   | 46,9 | 7,0                |       |
| Yaşanan Evin Aitlik Durumu     | Kendi Evi     | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 49,0   | 49,0 | 6,5                | 0,000 |
|                                | Kira          | 39,0 | 65,0 | 26,0  | 54,0   | 53,2 | 6,5                |       |
|                                | Akraba Evi    | 39,0 | 64,0 | 25,0  | 50,5   | 50,6 | 6,0                |       |
| ER                             | Var           | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 52,0   | 51,6 | 6,7                | 0,071 |
|                                | Yok           | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 49,0   | 49,8 | 6,5                |       |
| ER Süresi                      | 0-2 yıl       | 39,0 | 65,0 | 26,0  | 52,0   | 51,6 | 5,4                | 0,190 |
|                                | 3 yıl ve üstü | 36,0 | 64,0 | 28,0  | 53,5   | 51,5 | 7,3                |       |
| KH Olan İle Beraber Yaşayanlar | 0             | 44,0 | 64,0 | 20,0  | 50,0   | 51,8 | 7,1                | 0,222 |
|                                | 1             | 37,0 | 65,0 | 28,0  | 52,0   | 50,9 | 6,4                |       |
|                                | 2 ve üstü     | 36,0 | 65,0 | 29,0  | 50,0   | 49,3 | 6,9                |       |

Tablo 4.3.2. 'e göre hasta yakınlarının eğitim, gelir düzeyleri, sahip olunan çocuk sayısı ve yaşadığı evin kendine ait olup-olmaması durumuna göre empati seviyeleri arasında farklılık bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre empatik olan kişiler önlisans eğitim düzeyine sahip olup ortalaması: 52,8 iken; lisans veya yüksek lisans mezunların ortalaması 51,8; olarak bulunmuştur. Gelir düzeyine göre empatik olan kişiler 3000-5000 gelir düzeyine sahip olup ortalaması 52,0 iken; 5000 ve üzeri kazananların ortalaması 51,7; olarak bulunmuştur. Sahip olunan çocuk sayısına göre empatik olan hiç çocuk sahibi olmayanlar olup ortalaması 53,0 iken; tek çocuk sahiplerin ortalaması 50,9; 2-3 çocuk sahiplerin ortalaması ise 50,1 olarak bulunmuştur. Konaklamanın durumuna göre empatik olan kirada oturanlar olup; ortalaması 53,2 iken ev sahibi olanların ortalaması 49,0; akraba evinde oturanların ortalaması 50,6 olarak bulunmuştur.

#### **4.4. Mutluluk Yönünden Bilgilerin İncelenmesi**

Tablo 4.4.1. MS hastaların mutluluk ölçeğinde yaşanan evin aitlik durumu göre farklılık bulunmuştur. Oturduğu evin sahibi olanların ortalaması: 25,4 olup, kirada veya akraba evinde oturanlara göre daha mutludurlar (Kirada oturanların ortalaması: 23,0; akrabayla beraber oturanların ortalaması: 23,7).

Tablo 4.16. MS hastaların bilgileri ile mutluluk seviyelerinin incelenmesi

| OMÖ- kısa formu                |               | Min  | Max  | Range | Median | Mean | Standard Deviation | P     |
|--------------------------------|---------------|------|------|-------|--------|------|--------------------|-------|
| Hasta                          |               |      |      |       |        |      |                    |       |
| Cinsiyet                       | Kadın         | 13,0 | 34,0 | 21,0  | 24,0   | 24,1 | 5,0                | 0,995 |
|                                | Erkek         | 10,0 | 35,0 | 25,0  | 24,0   | 24,5 | 5,6                |       |
| Yaş                            | 25-35         | 13,0 | 33,0 | 20,0  | 23,5   | 23,7 | 5,2                | 0,118 |
|                                | 36-45         | 13,0 | 34,0 | 21,0  | 24,0   | 23,8 | 5,3                |       |
|                                | 46-55         | 10,0 | 35,0 | 25,0  | 24,0   | 25,4 | 5,1                |       |
| Eğitim Düzeyi                  | İlk/Orta Okul | 15,0 | 34,0 | 19,0  | 24,0   | 24,3 | 5,0                | 1,000 |
|                                | Lise          | 15,0 | 35,0 | 20,0  | 23,5   | 24,3 | 5,3                |       |
|                                | Önlisans      | 13,0 | 33,0 | 20,0  | 24,0   | 24,2 | 5,3                |       |
|                                | Lisans//üstü  | 10,0 | 35,0 | 25,0  | 24,0   | 24,4 | 5,6                |       |
| ER                             | Var           | 15,0 | 35,0 | 20,0  | 24,0   | 24,4 | 5,0                | 0,794 |
|                                | Yok           | 10,0 | 33,0 | 23,0  | 24,0   | 24,2 | 5,4                |       |
| ER Süresi                      | 0-2 yıl       | 18,0 | 34,0 | 16,0  | 25,0   | 26,3 | 4,6                | 0,272 |
|                                | 3 yıl ve üstü | 15,0 | 35,0 | 20,0  | 23,5   | 23,9 | 4,9                |       |
| Gelir Düzeyi                   | 0-1000        | 10,0 | 31,0 | 21,0  | 23,5   | 21,9 | 5,6                | 0,217 |
|                                | 1001-3000     | 15,0 | 34,0 | 19,0  | 23,0   | 24,1 | 5,0                |       |
|                                | 3001-5000     | 13,0 | 35,0 | 22,0  | 24,0   | 24,8 | 5,8                |       |
|                                | 5001 ve üstü  | 14,0 | 35,0 | 21,0  | 24,0   | 24,8 | 4,6                |       |
| Sahip Olunan Çocuk Sayısı      | 0             | 10,0 | 33,0 | 23,0  | 23,5   | 23,8 | 5,4                | 0,434 |
|                                | 1             | 17,0 | 33,0 | 16,0  | 23,0   | 23,5 | 4,5                |       |
|                                | 2-3           | 13,0 | 35,0 | 22,0  | 24,0   | 24,5 | 5,3                |       |
|                                | 3 üstü        | 16,0 | 34,0 | 18,0  | 24,0   | 25,6 | 5,5                |       |
| Yaşanan Evin Aitlik Durumu     | Kendi Evi     | 13,0 | 35,0 | 22,0  | 25,0   | 25,4 | 5,3                | 0,010 |
|                                | Kira          | 13,0 | 31,0 | 18,0  | 23,0   | 23,0 | 4,2                |       |
|                                | Akraba Evi    | 10,0 | 35,0 | 25,0  | 23,0   | 23,4 | 5,9                |       |
| KH Olan İle Beraber Yaşayanlar | 0             | 19,0 | 25,0 | 6,0   | 24,0   | 22,7 | 3,2                | 0,866 |
|                                | 1             | 10,0 | 35,0 | 25,0  | 24,0   | 24,3 | 5,3                |       |
|                                | 2 ve üstü     | 15,0 | 35,0 | 20,0  | 24,0   | 24,3 | 5,1                |       |

Tablo 4.17. Hasta yakınlarının bilgileri ile mutluluk seviyelerinin incelenmesi

| OMÖ- Kısa Formu                |               | Min  | Max  | Range | Median | Mean | Standard Deviation | P     |
|--------------------------------|---------------|------|------|-------|--------|------|--------------------|-------|
| Hasta Yakını                   |               |      |      |       |        |      |                    |       |
| Cinsiyet                       | Kadın         | 10,0 | 35,0 | 25,0  | 23,0   | 23,5 | 5,3                | 0,032 |
|                                | Erkek         | 14,0 | 34,0 | 20,0  | 25,0   | 25,1 | 4,5                |       |
| Yaş                            | 25-35         | 10,0 | 33,0 | 23,0  | 26,0   | 24,8 | 5,0                | 0,371 |
|                                | 36-45         | 14,0 | 34,0 | 20,0  | 24,5   | 24,3 | 5,2                |       |
|                                | 46-55         | 14,0 | 35,0 | 21,0  | 23,0   | 24,3 | 4,7                |       |
| ER                             | Var           | 14,0 | 35,0 | 21,0  | 23,0   | 23,6 | 4,5                | 0,061 |
|                                | Yok           | 10,0 | 34,0 | 24,0  | 25,0   | 24,9 | 5,1                |       |
| ER Süresi                      | 0-2 yıl       | 18,0 | 33,0 | 15,0  | 23,0   | 24,0 | 4,0                | 0,381 |
|                                | 3 yıl ve üstü | 14,0 | 35,0 | 21,0  | 23,0   | 23,8 | 4,7                |       |
| Eğitim Düzeyi                  | İlk/Orta Okul | 14,0 | 34,0 | 20,0  | 23,0   | 24,2 | 4,7                | 0,934 |
|                                | Lise          | 15,0 | 33,0 | 18,0  | 25,5   | 24,6 | 5,0                |       |
|                                | Önlisans      | 15,0 | 33,0 | 18,0  | 25,0   | 24,9 | 4,7                |       |
|                                | Lisans/üstü   | 10,0 | 35,0 | 25,0  | 25,0   | 24,4 | 5,4                |       |
| Gelir Düzeyi                   | 0-1000        | 17,0 | 34,0 | 17,0  | 26,0   | 26,1 | 5,9                | 0,383 |
|                                | 1001-3000     | 15,0 | 33,0 | 18,0  | 25,0   | 24,7 | 4,5                |       |
|                                | 3001-5000     | 10,0 | 33,0 | 23,0  | 23,0   | 24,2 | 5,4                |       |
|                                | 5001 ve üstü  | 14,0 | 33,0 | 21,0  | 24,0   | 23,7 | 4,3                |       |
| Sahip Olunan Çocuk Sayısı      | 0             | 10,0 | 33,0 | 23,0  | 25,0   | 23,6 | 5,8                | 0,093 |
|                                | 1             | 17,0 | 33,0 | 16,0  | 26,0   | 26,1 | 3,9                |       |
|                                | 2-3           | 14,0 | 35,0 | 21,0  | 24,0   | 24,5 | 4,7                |       |
|                                | 3 üstü        | 17,0 | 33,0 | 16,0  | 22,5   | 23,2 | 4,9                |       |
| Yaşanan Evin Aitlik Durumu     | Kendi Evi     | 14,0 | 34,0 | 20,0  | 24,0   | 24,8 | 4,8                | 0,444 |
|                                | Kira          | 10,0 | 33,0 | 23,0  | 25,02  | 23,8 | 5,2                |       |
|                                | Akraba Evi    | 15,0 | 35,0 | 20,0  | 3,5    | 24,5 | 4,7                |       |
| KH Olan İle Beraber Yaşayanlar | 0             | 18,0 | 34,0 | 16,0  | 28,5   | 27,3 | 4,7                | 0,020 |
|                                | 1             | 10,0 | 34,0 | 24,0  | 24,0   | 24,0 | 4,9                |       |
|                                | 2 ve üstü     | 14,0 | 35,0 | 21,0  | 24,0   | 24,5 | 4,8                |       |

Tablo 4.4.2. Hasta yakınların mutluluk ölçeğinde kronik hastalığı olan ile beraber yaşayanlara göre farklılık bulunmuştur. Kronik hastalığı olanlarla beraber yaşamayanların ortalaması 27,3 olup beraber yaşayanlara göre daha mutludurlar. (Bir kronik hastalığı olan ile beraber yaşayanların ortalaması: 24,0; iki ve daha fazlası ile beraber yaşayanların ortalaması: 24,5).

#### 4.5. Empati Ve Mutluluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Empati ve mutluluk ölçeklerine göre gruplar arasında bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.18. Empati ve mutluluk ölçeği arasındaki ilişki

|                |     |                         | TEÖ   | OMÖ   |
|----------------|-----|-------------------------|-------|-------|
| Spearman's rho | TEÖ | Correlation Coefficient | 1,000 | ,024  |
|                |     | Sig. (2-tailed)         | .     | ,633  |
|                |     | N                       | 400   | 400   |
|                | OMÖ | Correlation Coefficient | ,024  | 1,000 |
|                |     | Sig. (2-tailed)         | ,633  | .     |
|                |     | N                       | 400   | 400   |

Empati ile mutluluk arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p=0,633>0,05$ ).

Tablo 4.19. Gruplara göre empati ve mutluluk ölçeği arasındaki ilişki

| Gruplar        |       | TEÖ | OMÖ                     |       |       |
|----------------|-------|-----|-------------------------|-------|-------|
| Spearman's rho | Hasta | TEÖ | Correlation Coefficient | 1,000 | ,033  |
|                |       |     | Sig. (2-Tailed)         | .     | ,641  |
|                |       |     | N                       | 200   | 200   |
|                | OMÖ   | OMÖ | Correlation Coefficient | ,033  | 1,000 |
|                |       |     | Sig. (2-tailed)         | ,641  | .     |
|                |       |     | N                       | 200   | 200   |
| Hasta Yakını   | TEÖ   | TEÖ | Correlation Coefficient | 1,000 | ,019  |
|                |       |     | Sig. (2-tailed)         | .     | ,789  |
|                |       |     | N                       | 200   | 200   |
|                | OMÖ   | OMÖ | Correlation Coefficient | ,019  | 1,000 |
|                |       |     | Sig. (2-tailed)         | ,789  | .     |
|                |       |     | N                       | 200   | 200   |

Gruplara göre empati ile mutluluk arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Demografik Bilgilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmaya 200 MS hastası ve 200 aynı hastaların yakınları katılmıştır. Hastaların %63,5'i kadındır, hasta yakınların ise %57,0'ı erkektir. Hasta yakınların yakınlık derecesine göre %27 eşi, %18'i aileden olan bireydir. Hastaların %36'sı 25-35 yaş arasındadır. Hastaların %36'sının, hasta yakınların ise %39'nun ekstra rahatsızlığı olup 3 yıl ve üzeri bir süreyle devam eden yüzdeliği hem hastaların (%29), hem hasta yakınların (%30,5) çoğunluğunu oluşturur. Bunlar arasındaki ilişkinin nedeni açıklanamazsa da UMSF ve bir çok araştırmanın MS hastaların çoğunluğu kadın olması ve hastalığın genellikle 20 yaşlarda başlayıp 35 yaşda en üst seviyeye çıkması, MS hastalığıyla başka rahatsızlarında eşlik ettiği sonuçlarıyla desteklemektedir. Katılımcı hastaların %69'ı, hasta yakınları hem %60 kendisi hariç kronik hastasıyla beraber yaşamaktadır. Bu bilgi hem MS hastaları hem de hasta

yakınlarıyla yapılan araştırma tarafından desteklenmektedir (Rana, 2019). Hastaların eğitim düzeyi MS hastalığından beklendiği gibidir. MS hastalarının eğitime devam etmemeleri hakkında net bulgular bulunmasada kişilerin hastalığı, birey seçimi ve olasılık nedenleri sebeplidir (Phillip et al., 2011).

## 5.2. Demografik Bilgileri İle Empati Düzeyinin Değerlendirilmesi

Sosyal bilişliliğin gerekçelerinden biri empati, duygusal ve bilişsel etki alanları da dahil olmak üzere çok bileşenle karmaşık yapıya sahiptir. Bu konu üzerine yakın zamanda yapılmış araştırmalar göre MS hastalarında empati açıklarına ilişkin tutarsız bulgular elde edilmiştir. Örneğin, Realmuto ve arkadaşları, Van der Hiele ve empati açısından MS ve sağlıklı kontrolleri olan hastalar arasında fark olmadığını, Kraemerinde ise MS hastalarında empati düzeyinde orta seviyede bir bozukluk olduğunu tespit etti. Bu tutarsız bulgular, düşük istatistiksel güçle ilgili olabilir; çünkü bu çalışmaların çoğu az katılımcı ile yapılmıştır. Sağlıklı kişilerin empati düzeyleri düşüktür ama haftalık olarak orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite ile meşgul olanlar, düşük düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksek düzeyde bilişsel empatiye sahiptir (Takeru et al., 2021). Cinsiyete göre ise kadınların erkeklere göre daha empatik oldukları ve olaya müdahaleci olduğu saptanmıştır (Sai ve Ki, 2020). TEÖ sonuçlarına göre hastaların arasında cinsiyete göre farklılık kadınların empatik olduğunu belirtir iken hasta yakınları arasında farklılık bulunmamıştır. Bazı araştırmalar MS hastaların sağlıklı kişiye cinsiyete bakmaksızın daha az empatik olduğu bulmuştur (Julie et al., 2010). Buna rağmen hasta yakınların TEÖ göre her iki cinsiyet içinde ortalama: 50,5 iken, hasta kadınlarınki: 52,3'dir. Hasta yakınlarının eğitim düzeylerine göre bulunan farklılık önlisans mezunların empatik olduğunu gösterecek şekilde lise ve lisans veya lisans üstü mezun bireylerin de aynı düzeyde empatik oldukları tespit edilmiştir. Çocukların eğitim düzeyi arttıkça daha empatik ve özgüvenli oldukları saptanmışken yetişkinlerde hiçbir ilişki bulunamamıştır (Simgel ve Serap, 2021; Tatyana et al., 2021). Çocuğu olmayan ve gelir düzeyi 3000-5000TL arasında olan, oturduğu evde kendisine ait olan hasta yakınları daha empatik olduğu bulgusu Maslow'un hiyeryaşasını bir taraftan destekler iken Tania ve empati araştırmasında kişilerin empatik olma davranışını yorucu bulduklarını bu yüzden de buna isteksiz olduklarını dair bulguları da desteklemektedir. Ama 5000 TL ve üzeri kazanan kişilerin empati düzeylerinin

düşük olması, empatinin kişilik becerilerinin, SB diğer özelliklerine bağlı olduğuna olduğundan ötürü olabilir (Tania et al., 2006).

### **5.3. Demografik Bilgileri İle Mutluluk Seviyesinin Değerlendirilmesi**

Hastalar bakımından kendi evinde oturanlar daha mutludur. UMSF tarafından hastaların en çok gelir düzeyi sebebiyle tedaviye ulaşamadıklarını açıklanmıştır. DDA'ya göre Türk toplumunun sosyal değerlerinden biri olan para kazanmak, önce Devlet'te para kazanmak gibi değeriyle açıklanabilir. PP ana düşüncesi kişilerin kendi kazanımı iyi hissettirdiğini belirtir (Seligman, 2002). PP'yi bu düşüncenin Nörobilim tarafından destekleyen bulgular bulunmaktadır (Fiorillo et al., 2003). Hasta yakınlarının ise kronik hastalığı olan hasta ile yaşamadığında daha mutlu olma sebebi empatik davranmaları ile açıklanabilir. Yani hasta yakınları hastalara karşı empatik davrandıklarından dolayı vicdanen rahattırlar.

### **5.4. Empati İle Mutluluk Seviyesinin Değerlendirilmesi**

TEÖ ve OMÖ- kısa formu arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır. Bunun sebebi araştırmanın eksik yönleri olabileceğinden olabilir. Çünkü Siew-Tim ve arkadaşlarının (2019) Nörolojik hastalık için olumlu psikolojik müdahaleler üzerine yapılmış araştırmaları incelediklerinde olumlu psikolojik müdahaleler nörolojik rahatsızlıkları olan hastalar arasında uygulanabileceği ve ÖİO teşvik edici bir psikolojik tedavi olduğunu ortaya koydular. Dahası da umut vaat eden bulgular, politika yapıcıların olumlu psikolojik müdahaleleri olağan nörolojik bakımın bir parçası olarak dahil etmeyi düşünmelerine ve bu tür tedavilere erişimi kolaylaştırmasına olanak tanıyacağını belirttiler. Fakat çalışmalarında dikkate değer birkaç eksiklik buldular. Öncelikle, çalışmanın %77.4'ü istatistiksel güç hesaplamaları gerçekleştirmedi. Farklı çalışmalarda kullanılan müdahale teknikleri önemli ölçüde farklılık göstermiş ve bu da karşılaştırmalar ve klinik öneriler yaparken zorluklar çıkartmıştır. Son olarak, ölçek türlerinde ortak yapılara sahip olmasına rağmen ölçekler arasında tutarsızlığa rastlanmıştır. Bu kısıtlamalara rağmen, bu incelemede olumlu psikolojik müdahaleler nörolojik bozukluğu olan popülasyonlarda zihinsel olarak dinç hissetmelerine, bilişsel fonksiyonlar ve yaşam kalitesini arttırmada önemli rol oynamıştır (Siew-Tim et al., 2019).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİ

Bu araştırmanın amacı MS hastaların mutluluğu ve yakınlarının kendine karşı empatikliğine bağlı olup-olmadığını incelemektir. Bu amaca göre beklenen sonuca varılmamış olsa da araştırma MS hastası ve yakınlarının genel empati düzeyi hakkında bilgi temelini oluşturmuştur. Araştırmanın bazı eksik yönleri: belirli MS tipi seçilmemesi, örneklem grubunun olmaması, testlerin genel temelli olmasıdır.

Araştırmanın eksiklerini tamamlayarak empati türüne göre mutluluk düzeylerine ilişkin yeniden incelenmesi ve daha ileride pozitif psikolojik müdahalelerini kullanarak araştırılması hem hastanın, hem hasta yakınının yaşam kalitesini yükseltebilir.

## KAYNAKLAR

- Abu Akel and Shamay-Tsoory (2011) 'Neuroanatomical and neurochemical bases of theory of mind.' *Neuropsychologia*. 49:2971–84. Doi: 10.1016/j.neuropsychologia.
- Aleksandr et al., (2018); 'Practice guideline recommendations summary: Disease-modifying therapies for adults with multiple sclerosis', *Neurology*®:777-788. doi:10.1212/WNL.0000000000005347 (10.03.2021)
- APA, (2017-2020), online dictionary; Connected: 20.05.2021 <https://dictionary.apa.org/>
- Ascherio, 'Environmental factors in multiple sclerosis' Expert Review of Neurotherapeutics, 2013, Volume 13, 2013, [doi.org/10.1586/14737175.2013.865866](https://doi.org/10.1586/14737175.2013.865866) (15.04.2021)
- Ascherio et al. (2001) 'Epstein-Barr virus antibodies and risk of multiple sclerosis: a prospective study.' *JAMA*;286:3083–3088.
- Batson, 2011 'Altruism in Humans' Oxford Univ. Press, New York
- Bartochowski et al (2018) 'Empathy changes in neurocognitive disorders: a review.' *Ann Clin Psychiatry*. 30:220–32.
- Benedict (2006) 'RH, in multiple sclerosis (MACFIMS).' *J Int Neuropsychol Soc*. 12:549–58. doi: 10.1017/s1355617706060723 (20.03.2021)
- Child Development. "Understanding the Meaning of Compassion." Found online on May 29, 2021 at What Is Compassion? Understanding The Meaning of Compassion
- Cohen et al. (2016) Multiple Sclerosis Clinical Summary.. *APTA*. Available at <http://www.ptnow.org/clinical-summaries-detail/> (20.03.2021)
- Davis, (1983), 'Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach.' *J. Pers. Soc. Psychol*. 44, 113–126
- Davis, H. (1983). 'The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach.' *Journal of Personality*, DOI: 10.1111/j.1467-6494.1983.tb00860 (02.02.2021)
- Davis, (1983), 'The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach' <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1983.tb00860.x>
- Dean et al. (1976) Multiple sclerosis among immigrants in Greater London. *BMJ*;1:861–864. Rizzolatti and Sinigaglia, (2010) 'The functional role of the parieto-frontal mirror circuit: interpretations and misinterpretations.' *Nat. Rev. Neurosci*. 11, 264–274.
- DDA, (2017-2020), DDA'a report.; 20 Mayıs 2021, Connect: <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>
- Etymology online, compassion, found online on May 29, 2021 at [compassion | Search Online Etymology Dictionary\(etymonline.com\)](http://compassion|SearchOnlineEtymologyDictionary(etymonline.com)).
- Francisco et al, (2020). 'Brain region volumes and their relationship with disability progression and cognitive function in primary progressive multiple sclerosis' *Brain and Behavior Wiley*, DOI: 10.1002/brb3.2044 (15.06.2021)
- Gallese et al., (2004)., 'A unifying view of the basis of social cognition.' *Trends Cogn. Sci*. 8, 396–403
- Gandhi et al., 'Role of the innate immune system in the pathogenesis of multiple sclerosis.' *J. Neuroimmunol*. DOI: 10.1016/j.jneuroim.2009.10.015 (10.05.2021)
- Goleman, (2005). 'Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ.' *New York: Bantam Publishing*.

- Green et al, (2015) ‘Social cognition in schizophrenia.’ *Nat Rev Neurosci.* 16:620–31. doi: 10.1038/nrn4005 (14.06.2021)
- Greek to English Dictionary, empathia, found online on May 29,2021 at [empathia | Greek to English | \(proz.com\)](http://proz.com)
- Harris, (2006), ‘Dehumanizing the lowest of the low: neuroimaging responses to extreme outgroups.’ *Psychol. Sci.* 17, 847–853
- Hedges, (1981), ‘Distribution theory for glass's estimator of effect size and related estimators.’ *J Educ Stats.* 6:107–28 First Published June 1, 1981 Research <https://doi.org/10.3102/10769986006002107>
- Hogan, (1969). ‘Development of an empathy scale.’ *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,33, 307-316.
- Hein et al., (2010). ‘Neural responses to ingroup and outgroup members’ suffering predict individual differences in costly helping.’ *Neuron* 68, 149–160
- Heitz et al. (2016) ‘Cognitive and affective theory of mind in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease.’ *Alzheimers R- Ther* 8:10. doi: 10.1186/s13195-016-0179-9
- Henry et al, (2011) ‘Social cognition impairments in relapsing-remitting multiple sclerosis.’ *J Int Neuropsychol Soc.* 17:1122–31. doi: 10.1017/s1355617711001147 (4.03.2021)
- Isernia et al, (2020) ‘Theory of mind network in multiple sclerosis: a double disconnection mechanism.’ *Soc Neurosci.* doi: 10.1080/17470919.2020.1766562(12.04.2021)
- Kasper ve Shoemaker J. (2009) ‘Multiple sclerosis immunology: The healthy immune system vs. the MS immune system.’ *Neurology.* DOI:10.1212/WNL.0b013e3181c97c8f
- Keyesers and Gazzola, (2007). ‘Integrating simulation and theory of mind: from self to social cognition.’ *Trends Cogn. Sci.* 11, 194–196
- Komiyama et al., (2006). ‘IL-17 plays an important role in the development of experimental autoimmune encephalomyelitis.’ *J. Immunol.* DOI: 10.4049/jimmunol.177.1.566 (14.06.2021)
- Kraemer et al.(2013) ‘Theory of mind and empathy in patients at an early stage of relapsing remitting multiple sclerosis.’ *Clin Neurol Neurosurg.* 115:1016–22. doi: 10.1016/j.clineuro.2012.10.027
- Kurtz, (1972). ‘Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to therapy outcomes.’ *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39(1),106-115.
- Kurtzke (1997). Page WF. Epidemiology of multiple sclerosis in US veterans: VII. Risk factors for MS. *Neurology* 48:204–213.
- Özdemir ve Koruklu, (2011), ‘Üniversite öğrencilerinde değerler ve mutluluk arasındaki ilişkinin incelenmesi’, YYÜ, Eğitim Fakültesi Dergisi. Aralık 2011, Cilt:VIII, Sayı:I, 190-210 <http://efdergi.yyu.edu.tr> (10.06.2021).
- McDonald and Flanagan(2004) ‘Social perception deficits after traumatic brain injury: interaction between emotion recognition, mentalizing ability, and social communication.’ *Neuropsychology.* 18:572–9. doi: 10.1037/0894-4105.18.3.572Lai, et al.,(2019) Positive psychological interventions for neurological disorders: systematic review *The Clinical Neuropsychologist* VOL. 33, NO. 3, 490–518 doi.org/10.1080/13854046.2018.1489562
- Leslie, (2004). Core mechanisms in “theory of mind”. *Trends Cogn. Sci.* 8, 528–533
- Langdon DW., (2011). ‘Cognition in multiple sclerosis.’ *Curr Opin Neurol*;24:244–249.

- Philip, R.C. et al. (2012). 'A systematic review and meta-analysis of the fMRI investigation of autism spectrum disorders.' *Neurosci. Biobehav. Rev.* 36, 901–942
- Phillips et al, (2011) 'Specific impairments of emotion perception in multiple sclerosis.' *Neuropsychology.* 25:131–6. doi: 10.1037/a0020752 Schultz et al., (2003) Discrete coding of reward probability and uncertainty by dopamine neurons. *Science.* ;299:1898–902. doi: 10.1126/science.1077349
- Pierrot-Deseilligny C. (2009) 'Clinical implications of a possible role of vitamin D in multiple sclerosis.' *J. Neurol.* ;256:1468–1479.
- Rana, İ, (2019). 'Multipl sklerozda klinik bulguların hasta yakını bakım yükü üzerinde etkisi' Yüksek lisans tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi
- Sanfilippo et al, (2006) 'Gray and white matter brain atrophy and neuropsychological impairment in multiple sclerosis. *Neurology.* 66:685–92. doi: 10.1212/01.wnl.0000201238.93586.d9
- Schwenkenbecher et al., (2019) 'Impact of the McDonald Criteria 2017 on Early Diagnosis of Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis.' *Front Neurol.* DOI:10.3389/fneur.2019.00188 (12.04.2021)
- Shamay-Tsoory. (2014). 'Theory of mind and empathy as multidimensional constructs.' *Top Language Disord.* 34:282–95. doi: 10.1097/TLD.0000000000000040
- Singer, et al.(2004) Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain *Science,* 303 , pp. 1157-1162, doi: 10.1126/science.1093535
- Tomasello, (2000) *The Cultural Origin of Human Cognition* (Harvard Univ. Press, Cambridge, Massachusetts, USA,).
- UMSF, (2021. April) Reports. Connected :20 Mayıs 2021, 'Mapping multiple sclerosis around the world
- Wondra and Ellsworth(2015) 'An appraisal theory of empathy and other vicarious emotional experiences.' *Psychol Rev.* 122:411–28. doi: 10.1037/a0039252
- WHO, (2021), online :<https://worldhappiness.report/> (05.06.2021)
- Wagner et al, (2011) 'Individual differences in the spontaneous recruitment of brain regions supporting mental state understanding when viewing natural social scenes. *Cereb. Cortex*

## EKLER

### EK-1

*Bu çalışma, Psk. MahriAnnagurbanova tarafından Prof.Dr. Murat Terzi danışmanlığında yürütülen bir tez çalışmadır. Çalışmanın amacı, hasta ve hasta yakınının empatik olmasıyla kendini ne kadar iyi hissettiği ile ilgili bilgi toplamaktır. Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük temelinde olmalıdır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.*

*Anket, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda anketi uygulayan kişiye, anketi tamamlamadığınızı söylemek yeterli olacaktır. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.*

*Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için:*

*Psk. MahriAnnagurbanova mahrihanim@gmail.com-*

*Danışman: Prof.Dr. Murat Terzi- mterzi@omu.edu.tr dan ulaşabilirsiniz.*

*Çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı beyan ederim.*

*İmza*

### Demografik Bilgiler Formu

#### 1. Cinsiyetiniz nedir?

( ) Kadın ( ) Erkek

#### 2. Kaç yaşındasınız ?

( ) 25-35 ( ) 35-45 ( ) 45-55

#### 3. Eğitim durumunuz nedir?

( ) İlkokul/ Ortaokul ( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans/üstü

#### 4. Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?

( ) 1000 TL'den az ( ) 1001-3000 ( ) 3001-5000 ( ) 5001-üstü

#### 5. Kaç çocuğunuz var?

( ) Hiç yok ( ) 1 çocuk ( ) 2-3 çocuk ( ) 4-5 ( ) 6 ve daha fazla

#### 6. Ailede kaç tane kronik hasta var?

( ) Yok ( ) 1 ( ) 2 ve üstü

#### 7. İkamet ettiğiniz ev kime ait?

( ) Kendime/Eşime ( ) Kira ( ) Ailemin/akrabalarımın

#### 8. İkamet ettiğiniz evin durumu?

( ) Gecekondu ( ) Daire ( ) Diğer

**9. Hangi elinizi daha çok kullarınısınız?**

Sağ  Sol

**10 Őuanda olan rahatsızlığınız var mı?**

Var  Yok

**11. Ne kadar sūredir devam etmektedir?**

6 ay ve altı  1 -2 yıl  3 yıl ve ũstū

**12. Hastanın yakını iseniz, yakınlık dereceniz nedir?**

EŞi  Ailesi  Akrabası

## EK-2 Toronto Empati Ölçeği

|   |   | HiçUygun Değil | Uygun Değil | Biraz uygun | Uygun | Tamamen uygun |
|---|---|----------------|-------------|-------------|-------|---------------|
| Bu Ölçek sizin empati düzeyini ölçmektedir, daha fazla bilgi için <a href="mailto:mahrihanim@gmail.com">mahrihanim@gmail.com</a> veya [REDACTED] le iletişime geçebilirsiniz. |   |                |             |             |       |               |
| 1.  | Diğer insanların başına gelen talihsizlikler beni çok etkilemez.                                  | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 2.  | Birisine saygısızca davranıldığını görmek, beni üzer.   | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 3.  | Yakınımdaki bir insan mutlu olduğunda bundan etkilenmem.  | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 4.  | İnsanların daha iyi hissetmesini sağlamaktan mutluluk duyarım.                                    | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 5.  | Bir arkadaşım sorunları hakkında konuşmaya başladığında konuyu değiştirmeye çalışırım.            | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 6.  | İnsanlar üzgün olduklarında hiçbir şey söylemeseler bile onların üzgün olduklarını anlayabilirim. | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 7.  | Sağlıklarına özen göstermeyip ciddi hastalıklara yakalanan insanlara acımam.                      | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 8.  | Birisi ağladığında sinir olurum.  | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 9.  | Başka insanların nasıl hissettikleri beni gerçekten alakadar etmez.                               | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 10.   | Üzgün bir insan gördüğümde ona yardım etmek için güçlü bir istek duyarım.                         | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 11.   | Birisine haksızca davranıldığını gördüğümde, ona acımam.  | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 12.   | İnsanların mutluluktan dolayı ağlamasını saçma bulurum.   | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |
| 13.   | Birisinin kullanıldığını gördüğümde, onu koruma isteği hissederim.                                | 1              | 2           | 3           | 4     | 5             |

### EK-3 Oxford Mutluluk Ölçeği

---

| Bu Ölçek sizin mutluluk düzeyinizi ölçmektedir, daha fazla bilgi için <a href="mailto:mahrihanim@gmail.com">mahrihanim@gmail.com</a> veya [REDACTED] ile iletişime geçebilirsiniz. |  | Hiç Katılmıyorum | Katılmıyorum | Biraz Katılıyorum | Katılıyorum | Tamamen Katılıyorum |
|--|--|------------------|--------------|-------------------|-------------|---------------------|
| 1.   | Kendimden hoşnut değilim.                                | 1                | 2            | 3                 | 4           | 5                   |
| 2.   | Hayatın çok ödüllendirici olduğunu hissediyorum.         | 1                | 2            | 3                 | 4           | 5                   |
| 3.   | Hayatımdaki her şeyden oldukça memnunum.                 | 1                | 2            | 3                 | 4           | 5                   |
| 4.   | Çevremdeki güzelliklerin farkına varırım.                | 1                | 2            | 3                 | 4           | 5                   |
| 5.   | Yapmak istediğim her şeye zaman bulabilirim.             | 1                | 2            | 3                 | 4           | 5                   |
| 6.   | Zihinsel olarak kendimi tamamen zinde (dinç) hissedirim. | 1                | 2            | 3                 | 4           | 5                   |
| 7.   | Geçmişle ilgili mutlu anılara sahip değilim.             | 1                | 2            | 3                 | 4           | 5                   |

---

## EK-4 Etik Kurul Onayı



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/583-682

30.10.2020

Sayın Prof. Dr. Murat Terzi

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Multipl Skleroz hasta yakınlarının empatik davranışlarının hastaların mutluluk düzeyi ile olan ilişkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2020/522 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 08.10.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.



Prof.Dr.Ramis ÇOLAK  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## ÖZ GEÇMİŞ

Annagurbanova Mahri, Tejen’de Yabancı Diller lisesini bitirdikten sonra 2018 yılında Ondokuz Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi’nde psikoloji bölümünden mezun oldum. 2018 yılında OMÜ Lisansüstü Enstitü, Sinirbilimleri Yüksek Lisans programına girdim. Temel ilgi alanlarım, nöropsikoloji, yaratıcılık, pozitif psikoloji odaklı tedavi edici terapilerdir.

### İletişim Bilgileri

Email :

Telefon :

Orcid Id : 0000-0002-3838-0323