



TC  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MULTİPL SKLEROZLU BİREYLERDE BAKIM KALİTESİ VE  
HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUMUN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

**Hilal ÇELİKER**

Danışman  
**Dr. Öğretim Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN**

SAMSUN  
2022

TC  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**MULTİPL SKLEROZLU BİREYLERDE BAKIM KALİTESİ VE  
HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUMUN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Hilal ÇELİKER**

Danışman

**Dr. Öğretim Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN**

SAMSUN  
2022

## **BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI**

Hazırladığım yüksek lisans/doktora/sanatta yeterlilik 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.

10/01/2022  
Hilal ÇELİKER

## **TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI**

**Tez Başlığı:** MULTİPL SKLEROZLU BİREYLERDE BAKIM KALİTESİ VE HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

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

Benzerlik oranı : % 7

Tek kaynak oranı : % 1

10/01/2022  
**Dr. Öğretim Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN**

## ÖZET

### MULTİPL SKLEROZLU BİREYLERDE BAKIM KALİTESİ VE HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hilal ÇELİKER

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans, Nisan/ 2022

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı Multipl Sklerozlu bireylerde bakım kalitesi ve hastalığa psikososyal uyumun değerlendirilmesidir.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı şekilde yürütülen bu araştırmanın evrenini Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne gelen 204 MS hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise basit seçkisiz örnekleme yoluyla seçilen 204 MS hastası oluşturmaktadır. Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (MBİ), Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC), Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS V23 istatistik programından faydalanılmıştır. İkili gruplara göre normal dağılmayan MBI skorlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan MBI skorlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Normal dağılan ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı ve normal dağılmayan veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama  $\pm$  s. sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde kategorik verilerse frekans (yüzde) ile incelenmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan MS hastalarının %60.1 'inin kadın olduğu; yaş ortalamalarının 38,76 olduğu, %75,5'unun evli,%24,5'inin bekar olduğu görülmektedir. MS hastalarının %42,2'sinin çalıştığı, %57,8'sinin ise çalışmadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan MS hastalarının %44,9'unun ev hanımı, %21,0'inin memur, %21,5'inin işçi, %12,7'sinin ise emekli olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam puanının ortalaması  $46,13 \pm 22,89$ ; PACI toplam puanının ortalaması  $2,87 \pm 0,86$ ; MBI skorunun ortalaması  $88,29 \pm 21,15$  olarak belirlenmiştir.

**Sonuç:** Multiple Sklerozlu bireylerde bakım kalitesi ile hastalığa psiko sosyal uyumun değerlendirilmesi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Multipl skleroz, bakım kalitesi, psikososyal uyum

## ABSTRACT

### QUALITY OF CARE AND PSYCHOSOCIAL ADAPTATION TO THE DISEASE IN INDIVIDUALS WITH MULTIPLE SCLEROSIS EVALUATION

Hilal ÇELİKER

Ondokuz Mayıs University  
Institute of Graduate Studies  
Department of Nursing  
Master, April / 2022

**Supervisor:** Assistant professor Dr. Öğretim Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN

**Objective:** The aim of this study is to evaluate the quality of care applied to individuals with MS and the psychosocial adaptation of patients with MS to the disease.

**Material and Method:** The population of this research, which was conducted as a descriptive, open, uncontrolled study, consists of 204 MS patients who came to Marmara University Pendik Training and Research Hospital. The sample of the study consists of 204 MS patients selected through simple random sampling. Personal Information Form created by the researcher within the scope of the research, Barthel Activities of Daily Living Index (MBI), Chronic Disease Care Assessment Scale (PACIC in Turkish), Psychosocial Adjustment to Illness – Self-Report Scale (PAIS-SR) were used as data collection tools. IBM SPSS V23 statistical program was used in the analysis of the data. Mann-Whitney U test was used to compare non-normally distributed MBI scores according to paired groups. The Kruskal Wallis test was used to compare non-normally distributed MBI scores in groups of three or more. Pearson correlation coefficient was used to analyze the relationship between normally distributed scale scores, and Spearman's rho correlation coefficient was used to analyze the relationship between non-normally distributed data. Analysis results mean  $\pm$  s for quantitative data. Categorical data such as deviation and median (minimum – maximum) were analyzed with frequency (percentage).

**Results:** 60.1% of MS patients participating in the study were women; It is seen that the average age of them is 38.76, 75.5% of them are married and %24.5 of them are single. It was determined that 42.2% of MS patients were working and 57.8% were not working. It was determined that 44.9% of MS patients participating in the study were housewives, 21.0% were civil servants, 21.5% were workers, and 12.7% were retired. In the study, the mean score of the Psychosocial Adjustment to Illness – Self- Report Scale total score was  $46.13 \pm 22.89$ ; The mean of the PACI total score was  $2.87 \pm 0.86$ ; The mean of the MBI score was determined as  $88.29 \pm 21.15$ .

**Conclusion:** It has been determined that there is a highly significant positive difference between the quality of care and the assessment of psycho-social adjustment to the disease in individuals with Multiple Sclerosis.

**Keywords:** Multiple sclerosis, quality of care, psychosocial adjustment

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesindeki destek ve katkılarından dolayı, beraber çalışmaktan ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli Danışman Hocam Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini paylaşan Sayın hocam Prof. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Son olarak tüm hayatım boyunca benim yanımda olan, aldığım kararları her daim destekleyen, sadece bu çalışma sürecinde değil, tüm hayatım boyunca beni cesaretlendiren ve moral veren canım annem Nurten ÇELİKER'e, varlığını her daim hissettiğim ve yaşamımın her döneminde bana duyduğu güven için sevgili babam Muzaffer ÇELİKER'e, hayattaki en iyi arkadaşlarım olan, kardeşlerim, Yaşar TOMBULCA ve Umut ÇELİKER ile tezimin uygulama aşamasında benden bilgi ve yardımlarını esirgemeyen teyzem Nurdan GEMİCİ'ye

Sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Hilal ÇELİKER

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	III
ABSTRACT .....	IV
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR .....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ .....	VIII
KISALTMALAR .....	X

## 1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	2
1.3. Araştırmanın soruları .....	2

## 2. GENEL BİLGİLER

2.1. MS'in Tanımı ve Belirtileri .....	3
2.1.1. MS'in Tanımı .....	3
2.1.2. MS'in Epidemiyolojisi .....	3
2.1.3. Multipl Sklerozun Nedenleri .....	4
2.1.4. Multipl Sklerozun Belirtileri .....	4
2.1.5. Multipl Sklerozun Tanısı .....	5
2.1.6. MS'in Klinik Tipleri .....	5
2.1.7. Multipl Sklerozun Tedavisi .....	6
2.2. Multipl Skleroz Tanılı Bireylerde Bakım Kalitesi .....	7
2.3. Multipl Skleroz Tanılı Bireylerde Psikososyal Uyum .....	8
2.4. Multipl Skleroz'da Hemşirelik .....	11
2.4.1. Boşaltım .....	11
2.4.2. Konuşma .....	11
2.4.3. Cinsel Sorunlar .....	11
2.4.4. Yutma .....	12
2.4.5. Hareket ve Travmalara Yatkınlık .....	12
2.4.6. Bilişsel .....	12
2.4.7. Uyku .....	13
2.4.8. Depresyon .....	13
2.4.9. MS Hastalarında Bakım Kalitesi ve Psikososyal Uyumun Sağlanmasında Hemşirelerin Önemi .....	13

## 3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli .....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	15
3.3.1. Araştırmanın Evreni .....	15
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi .....	15
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları .....	16
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu .....	16
3.4.2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (MBİ) .....	16
3.4.3. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC) .....	16
3.4.4. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) .....	17
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	18
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	18
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	18

## 4. BULGULAR

4.1. MS'li Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulgular .....	20
4.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC) ve Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeği (PAIS- SR) Puan Ortalama ve Ortanca Değerine İlişkin	

Bulgular.....	23
4.3.Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC)'ne Ait Bulgular...24	
4.4.Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği'ne (PAIS- SR) İlişkin Bulgular.....	31
4.5.Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PACIC), Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam (PAIS-SR) ve Modifiye Barthel İndeksi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular.....	42
<b>5. TARTIŞMA</b>	
5.1. Hastaların Demografik Özellikleri ve MBI Skorlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	43
5.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC)'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	44
5.3 Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	46
5.4. Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PACIC), Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam (PAIS-SR) ve Modifiye Barthel İndeksi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması.....	48
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	
6.1. Sonuçlar.....	50
6.2. Öneriler.....	51
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>52</b>
<b>EKLER</b>	
Ek 1: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu.....	58
Ek 2: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (MBİ) .....	59
Ek 3: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC).....	63
Ek 4: Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (Paıs-Sr).....	65
Ek 5: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	76
Ek 6: Kurum İzni.....	77
Ek İzin Formları.....	78
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>.81</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler (n=204).....	20
Tablo 4.2. MBI İndeksine Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=204).....	22
Tablo 4.3. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=204) .....	23
Tablo 4.4. PACIC Ölçeğinin Maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=204).....	24
Tablo 4.5. Demografik Özellikler Hasta Katılımı Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi .....	25
Tablo 4.6. Demografik Özellikler Karar Verme Alt Boyutu Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi ..	26
Tablo 4.7. Demografik Özellikler Amaç Belirleme Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi .....	27
Tablo 4.8. Demografik Özellikler Problem Çözme Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi .....	28
Tablo 4.9. Demografik Özellikler İzlem/Koordinasyon Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi .....	29
Tablo 4.10. Demografik Özellikler PACIC Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	30
Tablo 4.11. Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeğinin Maddelerine Ait Tamamlayıcı İstatistikler (n=204) .....	31
Tablo 4.12. Demografik Özellikler Sağlık Bakımına Oryantasyon Alt Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi ..	34
Tablo 4.13. Demografik Özellikler Mesleki Çevre Alt Boyut Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	35
Tablo 4.14. Demografik Özellikler Ev ve Aile Çevresi Alt Boyut Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi ..	36
Tablo 4.15. Demografik Özellikler Seksüel İlişki Alt Boyut Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi ..	37
Tablo 4.16. Demografik Özellikler Geniş Aile İlişkiler Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	38
Tablo 4.17. Demografik Özellikler Sosyal Çevre Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	39
Tablo 4.18. Demografik Özelliklerin Psikolojik Distres Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	40
Tablo 4.19. Demografik Özelliklerin Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	41

Tablo 4.20. Ölçeklerin Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	42
--	----

## KISALTMALAR

<b>MS</b>	: Multiple Skleros
<b>IOMSN</b>	: Uluslararası Multiple Skleroz Hemşireleri Organizasyonu
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>BOS</b>	: Beyin Omurilik Sıvısı
<b>MRG</b>	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>PACIC</b>	: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği
<b>MBI</b>	: Modifiye Bartel İndeksi Günlük Yoğun Aktiviteleri İndeksi
<b>RRMS</b>	: Relapsing –remitting MS
<b>PPMS</b>	: Primer progresif MS
<b>SPMS</b>	: Sekonder progresif MS
<b>PRMS</b>	: Progresif relapsing MS
<b>RIS</b>	: Radyolojik İzole Sendrom
<b>KİS</b>	: Klinik İzole Sendrom
<b>SAPMS</b>	: Tek Ataklı Progresif MS

# GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Multipl skleroz (MS) santral sinir sisteminde (SSS) nörodejenerasyon (Nöronların ölümü de dahil olmak üzere nöronların ilerleyen yapı ve fonksiyon kaybıdır), demyelinizasyon ve nöroinflamasyona bağlı meydana gelen ataklarla seyrini sürdüren sıklıkla 20-40 yaş aralığındaki bireylerde görülen hastalığı meydana getiren nedenin tam olarak ortaya konulamaması ile karakterize bir hastalıktır (Altıntaş, 2009; Akpınar ve Gündüz, 2011; Dobson and Giovannoni, 2013; Siva vd., 2014).

MS tedavisi bireyin yaşamı boyunca sürdüğü için yaşam kalitesini etkiler ve MS hastalığı daha çok genç yaşta görüldüğü için bireylerin hastalığı benimsemesi ve hastalıkla yaşayarak uyum sağlamada zorlanmalara neden olmaktadır (Kaya vd., 2003). Hastalığın kabullenilmediği durumlarda inkar ve isyanla birlikte depresyon, bireylerin çevresinden kendisini soyutlaması ve ölüme yatkınlık en sık görülen psikolojik travmalar içerisinde yerini almaktadır (Kurt vd., 2009; Toy, 2009). Fiziksel şikayetlere eşlik eden psikolojik sorunlar ve ortaya çıkan rol ve kimlik karmaşası bireylerde çöküşlerin yaşanmasına ve yaşam kalitesinde olumsuz etki yaratmaktadır. Hastalarda oluşan gelecek kaygısı hastalığın kesin bir tedavisinin bulunmaması bireylerde stres oluşturmaktadır (Tülek, 2006). Yapılan çoğu araştırmada MS hastalığının yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmış ancak bazı uygulamalar neticesinde yaşam kalitesinde artışlar olduğu bulunmuştur (Hamidoğlu., 2002; Patti vd., 2002). Akkuş'un MS tanısı almış hastalardaki çalışmasında hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği vurgulanmıştır (Akkuş, 2008).

Hastaların kronik hastalıklarını benimsemede ve kendi bakımlarını karşılamada ve yaşamlarını biçimlendirmelerinde yardımcı olarak bakım programları geliştirilmesine ihtiyaç vardır (Barlow vd., 2002). Yapılan araştırmalarda taburculuk eğitiminin hastalara etkili bir şekilde anlatılmasının hastaların iyileşme süresini hızlandırdığı (Johanson vd., 2005), hastaların özgüvenlerini ve kişinin öz bakım kabiliyetinde de artışlar oluşturduğu (Pieper vd., 2006), hastaların hastaneye ve polikliniğe sürekli olarak başvurmada azalmalar sağladığı dolayısıyla bakım maliyetlerinde de azalmalara neden olmuştur (Fedai vd., 2010). Hastaya verilen eğitimler hastayı ve yakınlarını kapsayarak verilmelidir (Jacobs, 2000; Henderson vd., 2004; Huang vd., 2005). Bu sonuçlar doğrultusunda bu araştırmada MS'li bireylerdeki bakım kalitesinin etkinliğini değerlendirmek ve MS hastalarının hastalığa

olan psikososyal uyumlarını araştırılmaktadır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı MS 'li bireylerde uygulanan bakımın kalitesi ve MS'li hastaların psikososyal olarak hastalığa uyumunun değerlendirilmesidir.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

1. MS 'li bireylerin demografik özellikleri nelerdir?
2. MS'li bireylerin fiziksel bağımlılık düzeyi nedir?
3. MS'li bireylerin demografik özelliklerine göre bakım kalitesini değerlendirme düzeyi etkilenmekte midir?
4. MS'li bireylerin demografik özelliklerine göre hastalığa psikososyal uyumu düzeyi etkilenmekte midir?
5. MS'li bireylerin engellilik düzeyi, bakım kalitesini değerlendirme düzeyi ve hastalığa psikososyal uyum düzeyi arasında ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. MS 'in Tanımı ve Belirtileri

#### 2.1.1. MS'in Tanımı

Multipl skleroz (MS) vücudumuzdaki en önemli sistemlerden olan merkezi sinir sisteminin (MSS) yaralanmaya ve travmaya sebebiyet veren, görülme sıklığı bakımından nüfusun en çok genç kesiminde görülen sık sık tekrarlayan ataklar şeklinde devam eden kronik hastalıktır (Bilgi, Özdemir ve Bulut, 2013).

#### 2.1.2. MS 'in Epidemiyolojisi

MS görülme sıklığı en çok genç erişkinlerde olup dünyada ise 2.3 milyon insanı yaklaşık olarak bu hastalığa sahiptir (Brown et al., 2014). Cinsiyet olarak kıyaslandığında kadınlarda MS hastalığı görülme sıklığı erkeklere kıyasla iki kat daha fazla olduğu görülmüştür. Genel olarak hastalığın ilk belirtilerinin kendini gösterme yaşı 20 ile 40 yaşları arasında olmaktadır. Cilt rengine göre hastalığın görülme sıklığı araştırıldığında açık tenli cilt tonuna sahip kişilerde, beyaz ırkta görülme sıklığı yüksek bulunmuştur. Akrabalarında MS hastalığı görülen kişilerde, bulunduğu konum itibariyle ılıman ve soğuk iklimin daha fazla etkili olduğu yerde yaşayanlar, gelir ve sosyokültürel seviyesi yüksek olan kişilerde hastalığın görülme sıklığı daha fazladır (Hauser et al., 2005; Dobson and Giovannoni, 2013; Siva vd., 2014)

MS hastalığının görülme sıklığı şehirden şehire ülkeden ülkeye değişse de hastalığın görülme sıklığı ekvatorдан kuzey yarım küreye ya da güney yarım küreye giderken artar. Dünyada MS hastalığı en çok 40-60 derece enlem kuşağında görülmüştür. Bir yıl içinde en fazla yeni tanı almış hastalar bu kuşakta yer almıştır (İdiman, 2005; Hauser et al., 2005).

MS hastalığının en çok görüldüğü yerlerin başında Orkney adaları (prevalansı 250/100000) gelmektedir. Görülme sıklığını Kanada (200/100000), Kuzey Amerika (175/100000) ve İsveç (130/100000) takip etmektedir. Akdeniz ülkelerinde ise hastalığın görülme sıklığı daha da düşmektedir (30-40/100000). Hastalığın yerleşim yerine göre artma veya az olmasına bakılarak çevresel faktörlerin genetik faktörlere oranla daha etkin olduğu söylenebilir (Hauser et al., 2005). MS hastalığının fazla olmasındaki etkinliği yüksek bulunan çevresel etmenlerde hastalığı oluşturan etmenler virüsler ve bakterilerdir (Dobson and Giovannoni, 2013).

### 2.1.3. Multipl Sklerozun Nedenleri

MS'in neden meydana geldiği hakkında çok fazla araştırma yapıp teoriler oluşturulsa da kesin sonuca varılamamıştır. MS hastalığının görülmesinde bağışıklık hücrelerinin kontrolsüz ve ne amaçla olduğu bilinmeyen bir şekilde sinir hücrelerine saldırması sonucu sinir hücrelerinde skarlaşmalar meydana gelmektedir.

- Genetik faktörlerin hastalığın görülmesinde etkili olduğu belirlenmiştir (Boz vd., 2016).
- Ailesinde birden fazla MS hastası olan bireyler incelendiğinde benzer tiplerin olması (Human Leukocyte Antigen) hastalığın genetik geçişli olabileceğini akla getirmiştir (Hauser et al., 2005; Efendi, 2012).
- Yapılan göç konulu araştırmalarda MS hastalığı üzerindeki çevresel faktörlerin etkinliği saptanmıştır. Yapılan araştırmada MS hastalarının yoğun oldukları bölgeden düşük hastalık nüfusuna sahip bölgeye göç ettiklerinde yeni göç ettikleri ortama adapte olup hastalığın oluşumunda azalma olduğu farkedilmiştir (İdiman, 2005; Boz, 2009).
- Erken çocukluk döneminde kişinin geçirmiş olduğu enfeksiyonlar görevini tam yerine getiremeyen otoimmüniteyi tetikleyerek hastalığın oluşumunda zemin hazırladığı düşünülmektedir (Khan, Turner-Stokes ve Kilpatrick, 2007; akt.:Öz, 2013).

### 2.1.4. Multipl Sklerozun Belirtileri

- Motor Belirtiler: En fazla kollara göre bacaklarda görülen güçsüzlük halidir (Hauser et al., 2009; Boz, 2009; Efendi, 2012).
- Cinsel Bulgular: Erkeklerde ve kadınlarda sıkça görülen libido azlığıdır (Boz, 2009; Hauser et al., 2009).
- Duyuşsal Belirtiler: Hastalığın oluşumundan sonraki ilk bulgulardandır. Vücutlarının herhangi bir yerinde başlayan uyuşma, yanma hissi yine iğneleme ve karıncalanma şeklinde kendini gösteren belirtidir (Hauser et al., 2005; İdiman, 2005; Boz, 2009; Hauser et al., 2009; Efendi, 2012).
- Görsel Belirtiler: Hastalarda bulanık veya çift görme şeklinde belirti verir (Boz vd., 2016).
- İdrar / Bağırsak Sorunları: Hastanın farkında olmadan idrar kaçırması, sürekli idrar boşaltma sorunu bazı hastalarda ise kabızlık kendini gösterir (Boz

vd.,2016).

- Cinsel işlev bozuklukları
- Titreme ve diğer hareket bozuklukları
- Baş dönmesi ve denge sorunları
- Depresyon, hafıza sorunları
- Konuşma bozuklukları
- Uyku sorunları
- Baş ağrısı
- Epileptik nöbetlerdir (Boz vd., 2016).

### 2.1.5. Multipl Sklerozun Tanısı

Tanı nöroloji doktorları tarafından hastanın klinik seyrine bakarak değerlendirilir. Hastanın hikayesinde en az iki atak geçirmiş olması ve görüntülerinde iki farklı lezyon izlenmesi tanının konması için önemlidir. MS tanısını kesin olarak konulması hastadan hastaya farklılık gösterir. Bazı hastalarda sadece hastanın hikayesine ve klinik bulgularına bakarak hastanın tanısı belirlenirken bazı hastalarda bu kadar kolay sonuçlanmayabilir. Belirtileri diğer hastaların belirtileriyle aynı olan MS hastalığı için kesin tanı koymayı güçleştirmektedir. Beyin tümörleri, behçet hastalığı belirtileri ortak olan hastalıkların sadece birkaçıdır. (Bakar, 2008; Boz vd., 2016).

Bu karışıklığı önlemek için manyetik rezonans (MRG) görüntülemesiyle beyin ve omurilik izlenir ve beyinde plak adı verilen görüntüye ait değerlendirmeler yapılır. MRG'e ek olarak kan tahlilleri BOS (Beyin omurilik sıvısı) tanıda yardımcıdır (Boz vd., 2016). Bilgisayarlı tomografi, PET CD sonuçları MS'in kesin tanısı için önemli bilgiler verir (Ciritçi, 2002).

### 2.1.6. MS'in Klinik Tipleri

4 kategori altında toplanan hastalık 1996 yılında National Multiple Sclerosis Society tarafından yapılmış olan çalışmalar aşağıdaki gibi ifade edilmiştir (Hauser et al., 2009; Bir, 2009; Tremplettv et al., 2010; Çevik, 2013; Efendi, 2012; Siva vd., 2014).

**Relapsing –remitting MS (RRMS) (yineleyici):** Görülme sıklığı olarak MS hastalarının %85'inde görülen tiptir. Akut ataklar şeklinde kendini gösterir. Devamındaki süreçte ise tamamen iyileşme ya da tama yakın bir düzeyde iyileşme

dönemleri mevcuttur. Ataklar arasındaki süreçte klinik seyir olarak hasta stabil seyretmektedir.

**Primer progresif MS (PPMS) (birincil ilerleyici):** Görülme sıklığı olarak MS hastalarının %10 'unda görülen tiptir. Bu MS tipinde hastalarda atak geçirme görülmez. Hastalığın sürecinde gittikçe kötüleşen klinik seyir görülür. Diğer bütün tiplere göre en erken yaşta görülen tiptir.

**Sekonder progresif MS (SPMS) (ikincil ilerleyici):** Bu MS tipinde 15 yıl sonra görülen atak sayısı MS hastalarının yaklaşık olarak yarısında azalma göstermiştir. Atak ve iyileşme olarak dönüşümlü giden süreçten sonra düzelme hali zamanla azalmaya başlar ve özürülük hali meydana gelir.

**Progresif relapsing MS (PRMS):** Görülme sıklığı olarak MS hastalarının %5'inde görülen tiptir. PPMS ve SPMS MS tiplerinin özelliğini taşır. Nadir ataklarla birlikte sürekli kötüleşme hali mevcuttur.

Son dönemde yapılan çalışmalar ve gelişmeler belirlenen bu 4 tipin yeterli olmadığını ortaya koymuştur. Yapılan çalışmalar sonucu radyolojik izole sendrom (RIS), Klinik izole sendrom (KİS), tek atak progresif MS (SAPMS) gibi 3 tipten daha söz edilmektedir (Çevik, 2013; Siva vd., 2014).

**Radoyolojik İzole Sendrom (RIS):** Hastada MS hastalığına dair herhangi bir şikâyet ve bulgu yokken başka bir nedenle çekilmiş olduğu MR görüntülemesinde MS ile uyumlu görüntülerin elde edilmesidir. MS hastalığı oluşabilmesi yönünden hastalar takip edilir.

**Klinik İzole Sendrom (KİS):** Hemisferik sendrom ile ortaya çıkan ve beyin belli bölgelerini tutan (beyin sapı tutulumu, Optik nörit vb.) MR görüntülemesinde MS hastalığı ile ilişkilendirilebilecek lezyonlar görülen nörolojik tablodur.

**Tek Ataklı Progresif MS (SAPMS):** Ataktan sonra progresif seyir gösteren tek tiptir.

### 2.1.7. Multipl Sklerozun Tedavisi

MS hastalığını iyileştirerek tamamen yok olmasını sağlayan bir tedavi yoktur. Uygulanan tedaviler MS 'in olumsuz etkilerini minimal seviyeye çekebilmek ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir (Boz vd., 2016; Yılmaz, 2006).

Hastalığının tedavisi multipl disiplinler bir ekip işidir. Bu ekip içinde nörologlar, bakım için hemşireler, psikiyatrist, bedensel engellilik halinin oluşumunu önlemek veya en aza indirmek için fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı yer alır (Akkuş, 2008).

## 2.2 Multipl Skleroz Tanılı Bireylerde Bakım Kalitesi

Amerikan Ulusal Kalite Derneği kaliteyi “Hastalara uygulanan bakım zarfında en iyi şekilde verilen bilgi ve kayıt altına alınmış in iyi ürün”, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ise “Hastalara en iyi şekilde uygulanan hemşirelik bakımının özeti” olarak tanımlamıştır (Alcan 2001).

Hemşirelik sağlıklı/ hasta bireye hizmet etmek amacı gütmektedir. Hemşireler var olan sağlığı sürdürmede, hastalık oluşumunu önlemede ve hasta bireylerin sağlıklarına yeniden kazanmalarına yardım etmekte bu süreçte hastalıklarıyla baş etmeyi kolaylaştırmak için kilit rol oynamaktadır (Velioğlu 1999; Birol 2007; Akça-Ay 2007; Sabuncu 2008). Hemşireler rollerini bağımsız ve bağımlı olarak gerçekleştirmektedir. Hemşirelerin bağımsız olarak yaptığı uygulamalar aldığı eğitimler sonucu bilgisini ve yeteneğini kullandığı ‘bakım verme’ rolüdür (Birol, 2007).

Wolf vd. (1998) yapmış oldukları çalışmada Watson (1985)’da bakımı, bireylerin sağlık durumunu geliştirmek, sağlıklarını yeniden kazanmasını sağlamak ve hastalıkların meydana gelmesini önlemek amacıyla bireylerin ihtiyaçlarının ortadan kaldırılmasını sağlayan kişilerarası girişim olduğu ifade edilmiştir. Riemen (1986) bakımı hasta ve hemşire arasındaki iletişim ve etkileşim sonucunda uygulanan hasta bakımının MS hastalarında bireysel farklılıklara bağlı olarak bazılarında semptomların atak sonucunda hiçbir etki oluşturmadan ortadan kalkması bazılarında ise ciddi sonuçlar göstermesi uygulanan tedavilerin odak noktasının yıllar içinde değişmesine zemin hazırlamıştır (Costello vd., 2003). Tedavilerdeki değişimler hastalara uygulanan bakımında daha kapsamlı olmasını beraberinde getirmiştir. Daha kapsamlı devam eden bu süreç hemşirelerin hastaların bireysel ve zaman içinde değişen ihtiyaçlarına çözüm ortaya koyabilmek için ileri düzeyde bilgi ve becerileri barındırmasını zorunlu hale getirmiştir (Wolf vd., 1998). Aksoy hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmasında hemşireler bakım kalitesini hastaların tüm ihtiyaçlarının, beklentilerinin, gereksinimlerinin karşılanması olarak tanımlamışlardır (Aksoy 2001).

Uluslararası Multipl skleroz hemşireleri organizasyonu –International Organization of Multiple Sclerosis Nurses (IOMSN) yapmış olduğu MS hemşiresi tanımında ‘MS’li hastayla bilgisini ve duygusunu paylaşan; hastanın sorunlarını olumlu yönde çözüme becerisi kazanmasına destek sağlayan kendisini kontrol edebilme becerisi kazanmasını destekleyen hastanın umut etmesini ve olumlu düşünmesine katkı sağlayan uzman ifadesine yer vermiştir (Costello vd., 2003; Halper, 2003; IOMSN, 2003). Hemşirelerin çok sayıda rolü bulunmaktadır. MS hemşirelerinde en çok kullanılan roller bakım verici, hastaların hakkını savunucu, eğitim verici, yönetici, araştırma yapıcı, iş birlikçi rolüdür. Hemşire MS hastasının ve ailesinin gelişen süreçle birlikte eğitimini devam ettirmekte (eğitimci rollü), bireylerin iş ve çalışma hayatında karşılaştığı sıkıntılarda ve hastalığının tedavi sürecinde kararlar almasında hastanın haklarının korumasını desteklemekte(hasta hakkının savunucusu rolü),daha iyi bakım ve tedavi uygulayabilmek için ilgili yapılan çalışmaları takip etmesi ve her aşamasında yer almasıdır(araştırmacı rol).Hemşire içinde bakımın dahil olduğu tüm konularda uyumu sağlamaktadır (Costello vd., 2003; Halper 2003; IOMSN, 2003).

Hemşirelik mesleğinin en önemli unsuru ve odağı olan bakım konusuna ait bilgiler sürekli gelişmekte ve değişmektedir.1999 yılında yayınlanan Hegedus’un makalesinde de yayınladığı gibi Swanson(1991), Valentin(1989) da dahil olduğu bir çok kuramcıya göre bakım, hemşirelik mesleğinin ‘can alıcı noktası’ veya ‘özü’ olarak kabul edilmiştir.

### **2.3 Multipl Skleroz Tanılı Bireylerde Psikososyal Uyum**

Psikososyal kelimesi; bireyin psikolojik olarak süreçleri ile sosyal ilişkileri arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Psikolojik süreçler; bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak geçirdiği süreçlerini ifade etmektedir. Sosyal süreçler ise aile ve toplumsal ilişkilerini, bireylerin sosyal rollerini ve kişinin kültürel değerlerini ifade etmektedir (Denmark, 2009). Uyum, rastgele gerçekleşen bir olayın ardından bireylerin hayat kalitesini devam ettiren veya daha yükseğe çıkmasını sağlayan eylem ve tutumlardır. Uyum bozukluğu ise; fiziksel, emosyonel ve toplumsal olarak bireyleri olumsuz olarak etkileyen kalıcı ve uzun süreli olumsuz özelliklerin oluşması durumudur (Barry ,1996).

Bireylerin hastalıkla alakalı öznel deneyimini anlaması psikososyal boyutun anahtarı konumundadır. Hastalık çoğu hasta için stres oluşturan durum olarak algılanır (Kocaman,2008). İnsanların strese uyum sağlama eğilimi vardır ve bu uyum sağlama

3 düzeyde gerçekleşir bunlar; fizyolojik olarak uyum, psikolojik uyum ve sosyo-kültürel uyumu olarak ifade edilir. Organizma psikolojik bir sorun oluştuğunda savunma mekanizmaları ile uyum sağlar ve kendini korumaya alır. Sosyo- kültürel tehdit durumlarında ise yeni davranış örüntüleri oluşturur, değer yargıları, psikolojik ve fizyolojik uyum mekanizmaları ile birlikte yeni oluşan duruma adaptasyon sağlanır (Akdemir,2005). Bireylerin bir kısmı oluşan sorunlarla başa çıkma becerisi gösterebilirken bir kısmı da daha ileri düzeyde bir psikolojik müdahaleye gereksinim duymaktadır. Bireyin stres oluşturan durumlara maruz kalma süresi, stres ile başa çıkma gücü, sosyal destek durumu ve gösterilen sosyal desteğin derecesi gibi durumlar bireyin süreç ile baş etme durumunu etkileyen faktörlerdendir(Geneva , 2007.).

Multipl Skleroz önemli derecede psikolojik uyum zorlanmalarına sebebiyet veren kronik bir hastalıktır. (Dennison ,2009). MS hastalığına sahip bireylerin erken yaşlardan itibaren yeti yitimine uğradığı, fonksiyonel bozulmalarında görülmesiyle birlikte hastanın iş kaybı ve evli ise eşyle sorunların oluşmaya başlaması gibi yaşam kalitesini oldukça fazla etkilenmektedir. Şiddetli MS'i olan, işini sürdüremeyecek duruma gelen ve başkalarına bağımlı olarak yaşamak zorunda olan hastalar toplumda ve evde sürekli olarak büyüyen problemlerle karşılaşır. MS tanısı almış bireylerde intihara bağlı olarak görülen ölüm oranı toplumda aynı yaş aralığındaki bireylerle karşılaştırıldığında yedi buçuk kez fazla olduğu saptanmıştır (Karadakovan,2010).

İlerleyici bir süreç olan MS hastalığı görülen bireyler rutin tedavisinin ötesinde bütün olarak değerlendirerek psikososyal boyutuyla da bakılmalıdır. Psikososyal boyutta hasta ve yakınlarının günlük yaşam ortamları, birbirleri ile olan ilişkileri, sosyoekonomik düzeyleri gibi birçok faktör değerlendirilmektedir (Metz, 2003).

Bireyler MS hastalığının etkisi olarak görülen motor sorunları, depresyon, dikkat eksikliği ve hatırlama zorluğu, yorgunluk gibi şikayetlerle günlük yaşamdaki çalışma süreleri ortalama 10 yıl sürmektedir. Görülen bu sorunlar sadece hastayı değil bakım rolünü üstlenen hasta yakını da yaşamında değişiklikler yapmaya zorunlu kılabilir. İş yaşamındaki bu uzaklaşma gelirin azalmasına buna bağlı olarakta yaşam kalitesinde azalma olmasını doğurmaktadır. Çalışmayan birey sosyal yaşamdan da uzaklaşmaya başlayabilir. Hastalara beden gücü çok gerektirmeyen yarı zamanlı işler, gün içerisindeki potansiyelini ve etkinliğini daha yüksek sağlayabilmesi için öğle saatlerini dinlenerek geçirmesi, iş yerinde çalışmasında zorlandığı ve sıkıntıya düştüğü zaman dilimlerinde iş hayatına evden devam etmesi önerilebilir. Bazı

sigorta şirketleri MS'in de dahil olduğu kronik hastalıkları kapsamayarak hastalığa bağlı harcamaları da ödemeyerek hastaları ekonomik olarak sıkıntıya düşürebilmektedir. Hemşireler hastaları bu ve benzeri konularda bilgilendirmeli ve yol gösterici olmalıdır (Costello vd., 2003; Johnson vd.,2004; Metz, 2003).

MS'in günlük yaşamdaki belirsizliği her an atak yaşayabilme şüphesine bağlı panik duygusu ilerleyen süreçte yeti yitimi görülebileceğinin yüksek olması hastanın stres yaşamasına ve günlük yaşamdaki ilişkilerini etkilemektedir (Metz, 2003).

Evli olan çiftlerde eş hasta olan tarafın iyi olmasını isteyerek geneldurumundan kaynaklı endişe yaşarken hastada terk edilebileceği düşüncesine girebilir. Hastada oluşan hastalığa bağlı ruh durumundaki değişim eşiyile anlaşmasını zorlaştırabilmekte ve psikolojik olarak baskı oluşturabilmektedir. Cinsiyete bağlı özellikle kadınlarda hastalığın görülen taraf olması hastalığın ilerleyen sürecinde rol ve görevlerini yapamaması eşine bu görevlerin zamanla yüklenmesi ilişkilerinde tartışmaların çıkmasına yeti yitimi attıkça tartışmaya bağlı ayrılıklarda da artmalar görülmüştür. Bireylerin aile birliğini korumasını ve devamlılığının sağlanması için bireyler aile terapistlerine yönlendirilebilir. Çocuk sahibi olmak isteyen bireylerin de süreci daha iyi yönetmek için danışman desteği almalıdırlar (Metz, 2003).

Hastalığın seyir olarak ilerleyen sürecinde bireyin fiziksel değişikliğine uygun olarak yaşam ortamı gereksinimlerine uygun olarak düzenlenmeli bu konu hakkında danışmanlık eğitimi verilmelidir (Metz, 2003). Bireyin hastalığını kabul etmesi ve uyum sağlamasına daha pozitif yaşama bakmasına yardım edilmelidir. Bunun için ise bireyin eksiklerinden çok yapabildiklerine odaklanmaya, birden fazla bakış açısı geliştirmeye, pozitifliğini ve espri anlayışını korumaya, yaşamının oto kontrolünü sağlamasına teşvik edilmelidir (Gulick, 2001; Mohr ve Pelletie, 2006).

Yeti yitimi MS hastalarının yaşamlarını öngöremez olarak hissetmesi varoluşsal olarak değerlerini ve inancını sorgulamasına neden olabilir. Bireylerin hastalığına uyum sağlamasında ve kabullenmesinde değerlerinin ve inançlarının önemli bir etkisi olduğu, hastalığa anlamlı bir açıklama yüklediğinde ise hastalığa uyumunu hızlandırdığını yapılan bazı çalışmalar saptamıştır (Eltink ve Duffy, 2004; Makros ve McCabe, 2003).

MS hastasının psikososyal olarak kendini gösteren sorunlarının aşılmasında hasta bireylerin ve sağlık üyeleri arasındaki iletişim önemlidir. Bireyin yalnız değil de kendisine gerektiğinde yardım edebilecek bilgili bir ekibin olduğunu bilmek

sorunlarını daha iyi ifade etmesine sorunlarını çözmek için iletişimin ilk adımı oluşturacaktır (Thorne vd., 2004). Hastaya geldiği kontrollerde hastalığı hakkın da en çok hangi sonuçtan, hastalığın etkisinden etkilendiği sorgulanarak bireye destek olurken bu konulara ağırlık vermek ve planlama yapılmasını sağlamak açısından yararlıdır (Boeije ve Janssens, 2004).

MS hastalığının getirdiği psikososyal sorunları farmakoterapi, bireylere destek ve danışmanlığı sağlayarak çözülmeli gereken bütün yönleriyle profesyonel olarak destek sağlanmalıdır (Metz, 2003).

## **2.4 Multipl Skleroz'da Hemşirelik**

### **2.4.1. Boşaltım**

MS hastalarında özellikle ataklar esnasında kendini gösteren idrar yapma ihtiyacı görülebilir. Ataklar sırasında şiddeti artarken ataklar geçince azalma eğilimindedir (Rackley, 1999; Lisak,.2001).

Bu hastalarda hemşirelik bakımının temel hedefi enfeksiyon oluşumunun önüne geçmek ve böbrek işlevlerinin sağlıklı bir şekilde devamlılığını sağlanmasıdır (Lisak, 2001;Metz, 1999)

İdrar kaçırma konusunda beslenmenin yakından ilişkili olduğu hastalara açıklanmalı, kafeinli ve alkol içerikli içeceklerin idrar kaçırmaya zemin hazırlayacağı anlatılmalıdır. Aldığı çıkardığı eğitimi bu hastalar için önemlidir. Bu hastalar çok fazla miktarda su içmemelidirler. İçtiği sıvıları ve çıkardığını not tutmaları aşırı sıvı alımının önüne geçebilir (Metz, 1999).

### **2.4.2. Konuşma**

MS hastalığına sahip olan kişilerde konuşma sorununa ek olarak yutma probleminde görülür (Calcagno et al., 2002). Hemşireler hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için konuşma hızının kontrolünü hastanın kendisinin daha iyi yönetebilmesi ve hastaların yüz kaslarını etkin bir şekilde kullanabilmesi için alanında uzman kişilerle iletişime geçmeleri konusunda yol gösterebilir (Gilroy .,2002).

### **2.4.3. Cinsel Sorunlar**

MS hastalarında aldıkları yaşla hayatlarının belli bir döneminde cinsel sorunlar kendini gösterebilir. Erkeklerde bu oran (%80) kadınlardan (%50) daha fazladır

(Lisak, 2001). Hastalar gerek bu konunun mahrem kabul edilmesi gerekse toplum baskısı bu konuların çok fazla dile gelmesini engellemiş hastaların tedavi olmalarını zorlaştırmıştır. Hemşireler doğru iletişimle sorunun saptanmasında önemli rol oynayabilir (Lisak, 2001; McCabe, 2002).

#### **2.4.4. Yutma**

Yutma rahatsızlığı olan hastaların yaşayabileceği en büyük sorun yemeklerin ve içeceklerin soluk borusuna kaçması ve bunun olumsuz sonucu olan alt solunum yolu enfeksiyonu gelişmesine zemin hazırlamasıdır. Hasta ve yakınına hemşireler tarafından yemek yeme sırasındaki hastanın pozisyonun önemi ve şekli anlatılmalıdır. Başka bir sorun olan aspirasyon riskini ise katı yiyeceklerin yerine yumuşak gıdalar tavsiye ederek az seviyeye indirilebilir (Lisak, 2001; Calcagno et al.,2002).

#### **2.4.5. Hareket ve Travmalara Yatkınlık**

MS hastalığının tedavisinde kullanılan steroid hastalarda bazı yan etkiler oluşturur. Bunlardan bazısı osteoporozdur. Hastalardaki nörolojik hasar sonucu güçsüzlük hissi, dengesizlik, kollarda ve bacaklarda karıncalanma, tremor gibi belirtiler hastanın yaşam kalitesini ciddi ölçüde düşürmekte ve travmalara açık hale getirmektedir. (Comi et al., 2001; Schwid et al., 1996).

Hemşireler travma oluşumunu engellemek için hasta yürürken düşmesini engellemek için hasta yakını tarafından gerektiği yerlerde desteklemek, duş yaparken hastaya oturarak alması söylenmesi, ıslak zeminlerde yürürken dikkat etmesi, dengesizliği önlemek için gerekliyse baston kullanmaya teşvik edilmesi konusunda bilgi ve eğitim verilebilir. Hastalara yaşam alanlarını travmaya karşı düzenlemeleri konusunda hemşireler tarafından bilgi verilebilir. Halıların altına kaymaz tabanlardan serilerek hastanın düşmesinin önüne geçmek, hastaların takılabileceği veya sivri aletlerin ortadan kaldırılması, dengesizliği bulunan hastaların evlerine tutanak yerlerinin yaptırılması oluşabilecek sorunların önüne geçebilir (Schwid et al.,1996).

#### **2.4.6. Bilişsel**

Hastalar arasında görülen sorunlar kişiden kişiye göre farklılık göstermekle birlikte dikkat ve odaklanmadaki sorunlar, hafızada meydana gelen sorunlar sonucu

unutkanlık meydana gelmesi en önemli sorunlar arasındadır (Lisak, 2001; Gilroy, 2002). Hastalarda unutkanlığın ortaya çıkaracağı olumsuz etkileri engellemek için hemşireler hastayı ve yakınına bilgilendirerek cep telefonuna ilaç saatini not ederek alarm kurabilecekleri veya deftere not alabilecekleri konusunda bilgi verilebilir (Lisak, 2001).

#### **2.4.7. Uyku**

MS hastalarının büyük bir kesiminde (%50 den fazla) uyku düzensizlikleri görülmektedir (Tachibana, et al., 1994). Hemşireler uyku düzensizliği bulunan hastalara her akşam aynı saatte yatması, yatmadan önce tuvalete giderek ihtiyaçlarını karşılamaları uyunacak odanın perdeleri çekilerek karanlık ve sessiz bir oda seçilmesi veya bu koşulların sağlanması konusunda tavsiyede bulunabilir (Lisak, 2001; Tachibana et al., 1994).

#### **2.4.8. Depresyon**

MS hastalarında hastalığın seyrine ilişkin düşünceler, hastaların vücutlarında meydana gelen nörolojik değişiklikler depresyona zemin hazırlayabilir ve hastalarda depresyon görülebilir. Hemşireler hastalarda görülen depresyonun kaynağını iyi bir şekilde belirlemeli buna uygun bakım ve önlemler almalıdır (Lisak, 2001).

#### **2.4.9. MS Hastalarında Bakım Kalitesi Ve Psikososyal Uyumun Sağlanmasında Hemşirelerin Önemi**

Yaşam kalitesi bireylerin yaşamlarından beledikleri ile elde ettikleri arasındaki farklılık düzeyidir (Aydemir,2006). MS'in tedavisinde, hastalar ve aileleri ile etkileşimde hemşire önemli bir rol oynamaktadır (Tülek,2007). Hastalara tıbbi tedavi ve bakımın yanında psikososyal bakımın ve psikiyatrik tedavinin verilmesi son derece önemlidir. Hasta bakımının bütün olarak sağlanması tedavi ve bakımın etkinliğini artırmaktadır (Kocaman,2006). MS'de hemşirelik bakımı, hastada farkındalık, kendi bakımını yönetme -becerisi kazandırmayı ve motivasyonu geliştirmeyi hedefleyen, hastayı pasif bir izleyici olarak değil de aktif bir ortak olarak gören yaklaşımın önemli bir unsurudur (Tülek,2007). Hemşirelik girişimlerinin başarısı için bilgi önemlidir (Leino-Kilpi,2001).

Bilgi eksikliği yanlış yorum ve algılara neden olmakta, uyuma dönük olmayan davranışların ortaya çıkma riskini artırmaktadır (Özkan,1993). Hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olan hastalar, tedaviye daha yakın uyum göstererek hemşirelik girişimlerinin hedeflerini iletme konusunda daha fazla uyum sağlayacaktır. Hastanın bilgilendirilmesi hastanın tedaviye etkin katılımını ve sorumluluk alınmasını kolaylaştırır böylece kişide kendi hastalığı

ve yaşamını kontrol edebileceği duygusu ve güveni oluşur (Özkan,1993). Hastanın hastalığından dolayı yaşadığı kızgınlık, endişe gibi duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesi sağlanmalıdır. Hastalık yaşantısının zorunlu kıldığı bağımlılık ve bakım gereksinimi, duygusal ve tepkilerin ifadesini zorlaştırmamalıdır.

Ruhsal tedavi ve bakım, tıbbi olarak uygulanan tedavi ve bakımın vazgeçilmez bir parçasıdır (Mohr DC,2001). Hemşireler bilimsel bilgisini kullanarak, hasta ile beraber hastanın uyumu ve ya uyumsuzluğu hakkında karara varır. Roy'a göre hastaların olaylar karşısında baş edememelerini ilk fark edecek kişi hemşiredir. Hastanın davranışlarındaki uyumluluk ve uyumsuzluk halleri hemşire tarafından fark edilmeli ve hastaların uyumlu davranışları pekiştirilmeli ve desteklenmelidir (Akdemir,2005).Hemşirelerin, fiziksel olarak bireyin tepkilerini tanıyabilmesi ve bu tepkileri tetikleyen faktörleri saptayarak hastayı değerlendirmesi, doğru hemşirelik girişimlerinde bulunabilmesi için ilk adımı oluşturmaktadır (Kocaman,2008).

Psikososyal uyum üzerinde birçok faktörün etkili olması nedeniyle hemşireler hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin durumlarını dikkate alarak psikososyal olarak uyumlarını değerlendirmeli ve elde edilen sonuçlar çerçevesinde hastaların yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve psikososyal uyumlarının yükseltilmesi için gerekli yaklaşımları planlanmalıdır (Doğru,2016).

Kronik hastalığı bulunan hastaların psikososyal bakımında hemşire, hastaların ve ailesinin hastalıkla baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmalı ve yaşam tarzındaki değişikliklere uyum sağlamasına yardımcı olmalı ve uyumsuzluklarını önlemelidir (Özdemir,2013). Hemşireliğin amacı, bireyin hastalığa ve hastalığının sebep olduğu günlük yaşamdaki güçlükler ile baş edebilecek düzeye getirilmesidir. Bu amaca ulaşabilmek için hemşire hastanın güçsüz yönleri ile baş etmesine yardımcı olacak yollar bulur ve bunların geliştirilmesine destek olur (Kum,2000). İyileşme fiziksel olduğu kadar duygusal ve düşünsel bir süreçtir. Bireylerin kişisel ve özgün bir yaşantısı olduğunun bilincinde olmak, hastalara ve ailelerine yaklaşmaktaki profesyonel yaklaşımın özünü ve değerini oluşturur (Çam,2014).

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma nicel araştırma yönteminin kullanıldığı, kesitsel ve tanımlayıcı desende bir araştırmadır.

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

Araştırma, 01.06.2021-31.08.2021 tarihleri arasında Marmara Eğitim Araştırma Hastanesinin nöroloji kliniklerinde yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında Marmara Eğitim Araştırma Hastanesinin nöroloji kliniklerinde tedavi gören 671 MS tanılı birey oluşturmuştur.

##### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

Örneklem genişliğinin belirlenmesinde Gpower 3.1. programı kullanılmıştır. Program ile yapılan test sonucunda örneklem genişliğinin %98 güç oranı ile örneklem 210 kişiden oluşması hedeflenmiştir. Herhangi bir örnekleme seçme yöntemi kullanılmayan bu çalışmada evren aynı zamanda örnekleme oluşturmuştur. Buna göre araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan bireyler örnekleme dahil edilmiş ve örneklem sayısına ulaşıldığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Ancak hatalı cevaplama ya da veri toplama araçlarının eksik cevaplanması nedeniyle 6 kişi örneklemden çıkarılmış ve araştırma toplam 204 kişi ile tamamlanmıştır.

##### **Örnekleme dahil edilme kriterleri**

1. Kadın ve erkek her iki grup
2. Soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve fiziksel bir engeli bulunmama
3. Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
4. İletişim kurmaya açık ve istekli olma
5. En az 6 ay önce MS tanısı almış olma

##### **Örnekleme dahil edilmeme kriterleri**

1. 18 yaş altı olma
2. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmama

- 3 İletişim kurmaya açık ve istekli olmama
- 4 Soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve fiziksel bir engeli bulunma
- 5 Araştırmadan gönüllü olarak çekilme
- 6 Atak döneminde olmama

### **3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

Araştırma kapsamında veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (MBİ), Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC), Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Hasta Tanıtım Formu**

Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilmiş olup (Akın vd., 2013; Şahin vd., 2014; Türk ve Üstün, 2018; Özel vd., 2018; Kara, 2019) MS’li bireylerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 9 sorudan (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum vb.) oluşmaktadır.

#### **3.4.2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (MBİ)**

Barthel İndeksi 1965 yılında Mahoney ve Barthel tarafından geliştirilmiş ve hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi incelemiştir (95). Ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarını Küçük, Deveci vd. (2000) nöroloji hastaları üzerinde gerçekleştirmiştir. Küçük, Deveci vd. (2000) yaptığı çalışmanın sonucuna göre Barthel İndeksi’nin Chronbach alfa değeri 0.93 iken, bu çalışmada ise 0,96’dır.

Barthel İndeksi MS hastalarının hareketleri sırasında bağımsızlık düzeyini tespit etmek amacıyla kullanılır. Barthel indeksinde puanlama 0-100 arasında değişmektedir. 0 puan tam bağımlılığı ifade ederken 100 puan bağımsızlığı anlatır. Barthel indeksinde 0-20 puan aralığı tamamen bağımlılığı, 21-61 puan aralığı ileri derece bağımlılığı, 62-90 puan aralığı orta derece bağımlılığı, 91-99 puan aralığı hafif derece bağımlılığı, 100 puan ise bağımsızlığı ifade etmektedir.

#### **3.4.3. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC)**

PACIC, kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türk kültürüne uyarlama çalışması ise İncirkuş ve Nahcivan (2011) tarafından yapılmıştır. Kronik hastalığı olan bireylere sunulan bakım ve hizmetlerin, hastalar tarafından değerlendirilmesini sağlayan 20 maddelik bir araçtır. Ölçeğin, hasta merkezli bakımın ve kronik hastalara sunulan bakımın kalitesi hakkında bilgi verdiği bilinmektedir. Kronik bakım modelinin temel 6 ögesi doğrultusunda oluşturulan PACIC, 20 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar: (1) hasta katılımı, (2) karar verme desteği, (3) amaç belirleme/rehberlik, (4) problem çözme, (5) izlem/koordinasyondur.

Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = çoğu zaman ve 5= her zaman şeklinde 5'li likert tipi bir derecelemeyle ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasındaki ölçek toplam Cronbach alfa katsayısı 0.91'dir. Alt boyutların Cronbach alfa katsayıları ise hasta katılımı 0,72; karar verme 0,72; amaç belirleme 0,71; problem çözme 0,75 ve izlem\koordinasyon 0,79'dur. Bu çalışmadaki ölçek toplam Cronbach alfa katsayısı 0,89 ve alt boyut kat sayıları ise sırasıyla 0,56; 0,38; 0,61; 0,71 ve 0,76 dir.

#### **3.4.4. Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)**

Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması ise Adaylar ve Yürügen (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. PAIS-SR ölçeği 46 maddeden oluşur ve bu sorular hastalığa psikososyal uyumun 7 alanına ayrılmıştır. Bu yedi alan ölçeğin alt gruplarını oluşturmaktadır. Bu alt gruplar; sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı şeklindedir. Her bir soru için uyumun değişken seviyesini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Katılımcı, kendi kişisel deneyimini en iyi-en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçebilmektedir. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen bir skala üzerinden puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. PAIS-SR ölçeğinde düşük puanlar hastalığa 'iyi psikososyal

uyumu', yüksek puanlar hastalığa' kötü psikososyal uyumu' gösterir. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar iyi psikososyal uyumu, 35 ile 51 arası puanlar orta derecede iyi psikososyal uyumu, 51'in üstündeki puanlar kötü psikososyal uyumu ifade eder şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasındaki ölçek toplam Cronbach alfa katsayısı 0.94'dir. Alt boyutların Cronbach alfa katsayıları ise sağlık bakımına oryantasyonu 0,87; mesleki çevre 0,85; ev çevresi 0,80; seksüel ilişkiler 0,95; geniş aile ilişkileri 0,89; sosyal çevre 0,93 ve psikososyal baskı 0.83'tür. Bu çalışmadaki ölçek toplam Cronbach alfa katsayısı 0,93 ve alt boyut kat sayıları ise sırasıyla 0,66; 0,78; 0,75; 0,95;0,51;0,91 ve 0,82'dir.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. İkili gruplara göre normal dağılmayan MBI skorlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan MBI skorlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile incelendi. Ölçek puanları üzerine demografik özelliklerin etkisinin incelenmesinde lineer regresyon analizi kullanıldı. Normal dağılan ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı ve normal dağılmayan veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama  $\pm$  s. sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde kategorik verilerse frekans (yüzde) olarak sunuldu. Önem düzeyi  $p < 0,050$  olarak alındı.

### **3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın bir hastanede yapılması ve COVID-19 pandemisi döneminde yürütülmüş olması çalışmanın en önemli sınırlılığdır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 20.10.2021 tarihli, B.30.2.ODM.0.20.08/75-595 sayılı etik kurul izni alınmıştır.

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin kullanımı için ölçeklerin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan e-posta aracılığıyla gerekli izinler alınmıştır. Katılımcıların kurumlarında ziyaret ve veri toplama süreci için araştırmanın

yürütüldüğü kurumdan resmi izin alınmıştır. Ayrıca örnekleme dahil edilen bireylerden sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. MS'li Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler (n=204)

Cinsiyet	Frekans (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	141	69,1
Erkek	63	30,9
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okuryazar	6	3,0
İlkokul	72	35,3
Ortaokul	6	2,9
Lise	64	31,4
Üniversite ve üzeri	56	27,5
<b>Medeni durum</b>		
Evli	154	75,5
Bekar	50	24,5
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Evet	121	59,6
Hayır	82	40,4
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	86	42,2
Hayır	118	57,8
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	92	44,9
Memur	43	21,0
İşçi	44	21,5
Emekli	26	12,7
<b>Yaşadığı yer</b>		
Köy kasaba	17	8,3
Kent	188	91,7
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Evet	192	93,7
Hayır	13	6,3
	<b>Ort. ±Ss</b>	<b>Ortanca (Min.-Maks.)</b>
<b>Yaş</b>	38,76 ± 10,44	39,50 (17,00 - 65,00)
<b>MBI</b>	88,29± 21,15	98 (16,00-100,00)

MS'li olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4.1' de sunulmuştur. Katılımcıların %69,1'inin kadın, %35,3'ünün ilkokul mezunu olduğu, %75,5'inin evli olduğu, %59,6'sının çocuk sahibi olduğu, %42,2'sinin çalıştığı, %44,9'unun ev hanımı olduğu, %91,7'sinin kentte yaşadığı ve %93,7'sinin sağlık güvencesinin olduğunu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların yaş ortalamasının 38,76 ve yaş minimum ve maksimum değerleri 17,0 ve 65,0'tir. MBI skorunun ortalamasının ise  $88,29 \pm 21,15$ , (min: 16- maks.:100) olarak elde edilmiştir.

Tablo 4.2. MBI İndeksine Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=204)

Maddeler	İş yapmak için yetersizdir	Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir	Orta yardıma gereksinimi vardır	derecede gereksinimi vardır	Minimal yardıma gereksinimi vardır	Tamamen bağımsızdır	Ort.	S. sapma
MBI Transfer	3 (1,5)	15 (7,3)	9 (4,4)		36 (17,6)	142 (69,3)	13,07	3,73
MBI Ambulasyon	3 (1,5)	13 (6,3)	14 (6,8)		28 (13,7)	147 (71,7)	13,13	3,68
MBI Tekerlekli Sandalye	3 (1,5)	13 (6,4)	15 (7,4)		26 (12,7)	147 (72,1)	4,42	1,26
MBI Merdiven	3 (1,5)	16 (7,8)	12 (5,9)		28 (13,7)	146 (71,2)	8,66	2,59
MBI Beslenme	1 (0,5)	9 (4,4)	7 (3,4)		22 (10,7)	166 (81)	9,21	2
MBI Giyinme	1 (0,5)	13 (6,3)	7 (3,4)		24 (11,7)	160 (78)	9,04	2,23
MBI Kişisel Bakım	0 (0)	13 (6,3)	8 (3,9)		19 (9,3)	165 (80,5)	4,58	1,04
MBI Banyo Yapma	2 (1)	13 (6,3)	10 (4,9)		18 (8,8)	162 (79)	4,51	1,14
MBI Tuvalet Kullanımı	1 (0,5)	14 (6,8)	11 (5,4)		23 (11,2)	156 (76,1)	8,91	2,34
MBI İdrar İnkontinansı	19 (9,3)	5 (2,4)	17 (8,3)		59 (28,8)	105 (51,2)	7,89	3,1
MBI Gaita İnkontinansı	5 (2,4)	3 (1,5)	7 (3,4)		19 (9,3)	171 (83,4)	9,28	2,03

BI Transfer  $13,07 \pm 3,73$  olarak elde edilmiştir. BI'nın ambulasyon maddesinin puan ortalaması  $13,13 \pm 3,68$ , tekerlekli iskemle maddesi puan ortalaması  $4,42 \pm 1,2$ , merdiven maddesi puan ortalaması  $8,66 \pm 2,59$ , beslenme maddesi puan ortalaması  $9,21 \pm 2,00$  olarak elde edilmiştir. BI'nın giyinme maddesi puan ortalaması  $9,04 \pm 2,23$ , banyo yapma maddesi puan ortalaması  $4,51 \pm 1,14$ , tuvalet kullanımı maddesi puan ortalaması  $8,91 \pm 2,34$ , idrar inkontinansı maddesi puan ortalaması  $7,89 \pm 3,10$  ve gaita inkontinansı maddesi puan ortalaması  $9,28 \pm 2,03$ 'dür (Tablo 4.2).

#### 4.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC) ve Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS- SR) Puan Ortalama ve Ortanca Değerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=204)

<b>Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC)</b>	<b>Ortalama</b>	<b>S. sapma</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
Hasta Katılımı	3,47	1,00	3,33	1,00	5,00
Karar Verme	3,15	0,99	3,00	1,00	5,00
Amaç Belirleme	2,46	0,96	2,40	1,00	5,00
Problem Çözme	2,79	1,13	2,50	1,00	5,00
İzlem/Koordinasyon	2,84	1,15	3,00	1,00	5,00
<b>PACIC Toplam</b>	<b>2,87</b>	<b>0,86</b>	<b>2,73</b>	<b>1,00</b>	<b>5,00</b>
<b>Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS- SR)</b>	<b>Ortalama</b>	<b>S. sapma</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9,05	4,06	8,00	1,00	20,00
Meslek Çevre	6,35	4,55	5,00	0,00	18,00
Aile Çevresi	6,28	4,43	6,00	0,00	16,00
Seksüel İlişki	5,13	5,08	5,00	0,00	17,00
Geniş Aile İlişkiler	2,77	2,54	2,00	0,00	12,00
Sosyal Çevre	7,76	5,54	8,00	0,00	18,00
Psikolojik Distres	8,81	4,84	9,00	0,00	21,00
<b>Toplam</b>	<b>46,13</b>	<b>22,89</b>	<b>44,00</b>	<b>1,00</b>	<b>100,00</b>

Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.3'de sunulmuştur. PACIC Ölçeği, hasta katılımı alt boyutu puanının ortalamasının  $3,47 \pm 1,00$  (min: 1- maks: 5), karar verme puanının ortalaması  $3,15 \pm 0,99$  (min: 1- maks: 5); amaç belirleme alt boyutu puanının ortalamasının  $2,46 \pm 0,96$  (min: 1- maks: 5); problem çözme puanının ortalaması  $2,79 \pm 1,13$  (min: 1- maks: 5) ve izlem/koordinasyon alt boyutu puanının

ortalamasının ise  $2,84 \pm 1,15$  (min: 1- maks: 5) olarak elde edilmiştir. PACIC toplam puanının ortalaması  $2,87 \pm 0,86$  (min: 1- maks: 5)'dir.

Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS- SR)'nin sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanının ortalamasının  $9,05 \pm 4,06$  (min: 1- maks: 20); meslek çevre alt boyut puanının ortalamasının  $6,35 \pm 4,55$  (min: 0- maks: 18); aile çevresi alt boyut puanının ortalamasının  $6,28 \pm 4,55$  (min: 0- maks: 16); seksüel ilişki alt boyut puanının ortalamasının  $5,13 \pm 4,55$  (min: 0- maks: 17); geniş aile ile ilişkiler alt boyut puanının ortalamasının  $2,77 \pm 2,54$  (min: 0- maks: 12); sosyal çevre alt boyut puanının ortalamasının  $7,76 \pm 2,54$  (min: 0- maks: 18) ve psikolojik distres alt boyut puanının ortalamasının ise  $8,81 \pm 4,48$  (min: 0- maks: 21) olarak elde edilmiştir. PAIS-SR ölçek toplam puan ortalamasının  $46,13 \pm 22,89$  (min: 1- maks: 100)'dur.

#### 4.3.Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC)'ne Ait Bulgular

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC)'ne ait madde puan ortalaması ve regresyon analizine ilişkin bulgular Tablo 4.4. ve Tablo 4.5.'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. PACIC Ölçeğinin Maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=204)

Ölçek Maddeleri	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman	Ortalama	S. sapma
PACIC1	23 (11,3)	32 (15,7)	25 (12,3)	42 (20,6)	82 (40,2)	3,62	1,43
PACIC2	104 (51,2)	23 (11,3)	27 (13,3)	15 (7,4)	34 (16,7)	2,26	1,53
PACIC3	14 (6,9)	4 (2)	3 (1,5)	24 (11,8)	159 (77,9)	4,52	1,12
PACIC4	119 (58,6)	12 (5,9)	15 (7,4)	12 (5,9)	45 (22,2)	2,30	1,69
PACIC5	17 (8,4)	2 (1)	26 (12,8)	86 (42,4)	72 (35,5)	3,95	1,14
PACIC6	53 (26,2)	14 (6,9)	27 (13,4)	50 (24,8)	58 (28,7)	3,20	1,58
PACIC7	78 (38,6)	27 (13,4)	10 (5)	51 (25,2)	36 (17,8)	2,69	1,60
PACIC8	79 (39,1)	24 (11,9)	21 (10,4)	42 (20,8)	36 (17,8)	2,67	1,58
PACIC9	157 (77,3)	10 (4,9)	9 (4,4)	6 (3)	21 (10,3)	1,66	1,33
PACIC10	145 (71,4)	5 (2,5)	29 (14,3)	2 (1)	22 (10,8)	1,79	1,36
PACIC11	57 (28,1)	5 (2,5)	10 (4,9)	36 (17,7)	95 (46,8)	3,52	1,72
PACIC12	26 (12,8)	6 (3)	37 (18,2)	63 (31)	71 (35)	3,74	1,30
PACIC13	107 (52,7)	12 (5,9)	24 (11,8)	23 (11,3)	37 (18,2)	2,38	1,62
PACIC14	134 (66,3)	13 (6,4)	17 (8,4)	20 (9,9)	18 (8,9)	1,90	1,40
PACIC15	70 (34,3)	15 (7,4)	14 (6,9)	24 (11,8)	81 (39,7)	3,17	1,77
PACIC16	123 (60,6)	20 (9,9)	15 (7,4)	10 (4,9)	35 (17,2)	2,09	1,56
PACIC17	134 (66)	8 (3,9)	19 (9,4)	26 (12,8)	16 (7,9)	1,93	1,41

<b>PACI18</b>	83 (40,7)	15 (7,4)	22 (10,8)	27 (13,2)	57 (27,9)	2,80	1,71
<b>PACI19</b>	47 (23,2)	5 (2,5)	20 (9,9)	29 (14,3)	102 (50,2)	3,66	1,64
<b>PACI20</b>	46 (22,7)	6 (3)	12 (5,9)	29 (14,3)	110 (54,2)	3,74	1,65

PACIC ölçeğinin maddelerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.4'te sunulmuştur. Ölçek maddelerinden en yüksek PACIC3 (İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.) maddesinin  $4,52 \pm 1,12$  ile en yüksek, PACIC9 (Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.) ise  $1,66 \pm 1,33$  ile en düşük puan ortalamasına sahiptir.

Tablo 4.5. Demografik Özellikler Hasta Katılımı Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
<b>Sabit</b>	2,096 (1,019 - 3,172)	0,546		3,839	<b>&lt;0,001</b>			
<b>Yaş</b>	0,016 (-0,001 - 0,033)	0,009	0,166	1,870	0,063	0,179	0,136	1,914
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	0,082 (-0,272 - 0,437)	0,180	0,038	0,457	0,648	0,229	0,033	1,655
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	-0,097 (-0,488 - 0,294)	0,198	-0,045	-0,490	0,625	-0,228	-0,036	2,052
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	0,265 (-0,174 - 0,703)	0,222	0,117	1,191	0,235	0,169	0,087	2,353
<b>Medeni durum (Evli)</b>	0,037 (-0,407 - 0,481)	0,225	0,016	0,165	0,869	0,174	0,012	2,264
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	0,248 (-0,176 - 0,672)	0,215	0,122	1,156	0,249	0,107	0,084	2,690
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	-0,227 (-0,886 - 0,432)	0,334	-0,112	-0,680	0,497	0,221	-0,050	6,519
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	0,267 (-0,208 - 0,743)	0,241	0,075	1,110	0,268	0,135	0,081	1,091
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	0,397 (-0,142 - 0,936)	0,273	0,098	1,454	0,148	0,169	0,106	1,096
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek hanımı (Ev)</b>	-0,449 (-0,911 - 0,012)	0,234	-0,224	-1,920	0,056	-0,335	-0,139	3,289
<b>Meslek (Memur)</b>	0,554 (-0,203 - 1,312)	0,384	0,222	1,443	0,151	0,248	0,105	5,706
<b>Meslek (İşçi)</b>	0,376 (-0,372 - 1,125)	0,379	0,153	0,991	0,323	0,064	0,072	5,775

F=4,556, p<0,001,  $R^2=22,6$ , Düzeltilmiş  $R^2=17,7$ ,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

Demografik özelliklerin hasta katılımı alt boyut puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.5’de sunulmuştur. Hasta katılımı puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,556; p<0,001). Oluşturulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %17,7’lik kısmı açıklanmıştır. Demografik özelliklere ait beta katsayıları ise istatistiksel olarak anlamlı elde edilememiştir (p>0,050).

Tablo 4.6. Demografik Özellikler Karar Verme Alt Boyutu Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
<b>Sabit</b>	1,634 (0,537 - 2,732)	0,556		2,937	<b>0,004</b>			
<b>Yaş</b>	0,006 (-0,011 - 0,023)	0,009	0,067	0,726	0,469	-0,080	0,053	1,914
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	-0,345 (-0,706 - 0,016)	0,183	-0,163	-1,883	0,061	0,001	-0,136	1,655
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim (Lise) düzeyi</b>	0,126 (-0,273 - 0,525)	0,202	0,060	0,625	0,533	0,016	0,046	2,052
<b>Eğitim (Üniversite ve üzeri) düzeyi</b>	0,074 (-0,373 - 0,521)	0,227	0,034	0,326	0,745	0,167	0,024	2,353
<b>Medeni (Evlü) durumu</b>	0,169 (-0,284 - 0,621)	0,229	0,074	0,735	0,463	-0,036	0,054	2,264
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	-0,224 (-0,656 - 0,208)	0,219	-0,113	-1,023	0,307	-0,134	-0,075	2,690
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	-0,286 (-0,957 - 0,386)	0,340	-0,144	-0,839	0,402	0,241	-0,061	6,519
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	0,597 (0,113 - 1,082)	0,246	0,170	2,432	<b>0,016</b>	0,165	0,175	1,091
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	0,416 (-0,133 - 0,966)	0,278	0,105	1,496	0,136	0,085	0,109	1,096
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek (Ev hanımı)</b>	0,148 (-0,323 - 0,618)	0,239	0,075	0,619	0,537	-0,161	0,045	3,289
<b>Meslek (Memur)</b>	1,093 (0,321 - 1,866)	0,392	0,448	2,792	<b>0,006</b>	0,220	0,200	5,706
<b>Meslek (İşçi)</b>	0,965 (0,202 - 1,728)	0,387	0,402	2,495	<b>0,013</b>	0,138	0,179	5,775

F=2,92, p=0,001, R<sup>2</sup>=%15,8, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%10,4,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

Demografik özelliklerin karar verme alt boyut puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.6’de sunulmuştur. Karar verme puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=2,92; p=0,001). Oluşturulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %10,4’lik kısmı açıklanmıştır. Kentte yaşayanlarda karar verme puanının köy-kasabada yaşayanlara göre 0,597 birim daha yüksek gözlenmiştir (p=0,016). Memurlarda karar verme puanı, emeklilere göre 1,093 birim daha yüksektir. (p=0,006). İşçilerde karar verme puanının emeklilere göre 0,965 birim daha yüksek olduğu gözlenmiştir (p=0,013). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0,050).

Tablo 4.7. Demografik Özellikler Amaç Belirleme Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	r <sup>1</sup>	r <sup>2</sup>	VIF
<b>Sabit</b>	1,935 (0,865 - 3,004)	0,542		3,568	<b>&lt;0,001</b>			
<b>Yaş</b>	0,001 (-0,016- 0,017)	0,008	0,007	0,079	0,937	-0,125	0,006	1,914
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	-0,408 (-0,76 -0,056)	0,178	-0,200	-2,286	<b>0,023</b>	-0,022	-0,165	1,655
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	0,209 (-0,18 - 0,597)	0,197	0,103	1,059	0,291	0,156	0,077	2,052
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	-0,197(-0,6330,238)	0,221	-0,093	-0,893	0,373	-0,008	-0,065	2,353
<b>Medeni durum (Evlili)</b>	-0,128(-0,569 -0,313)	0,224	-0,058	-0,572	0,568	-0,193	-0,042	2,264
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	-0,21(-0,631 - 0,212)	0,213	-0,109	-0,982	0,327	-0,161	-0,072	2,690
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	-0,526(-1,18 - 0,128)	0,332	-0,275	-1,585	0,115	0,138	-0,115	6,519
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	0,565 (0,093 - 1,037)	0,239	0,167	2,360	<b>0,019</b>	0,117	0,170	1,091
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	0,422(-0,113- 0,957)	0,271	0,111	1,556	0,121	0,086	0,113	1,096
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek hanımı (Ev)</b>	-0,335(-0,793-0,124)	0,232	-0,177	-1,440	0,152	-0,164	-0,105	3,289
<b>Meslek (Memur)</b>	0,739(-0,014 -1,491)	0,382	0,314	1,936	0,054	0,085	0,140	5,706
<b>Meslek (İşçi)</b>	0,607(-0,136- 1,351)	0,377	0,263	1,612	0,109	0,158	0,117	5,775

F=2,494, p=0,005, R<sup>2</sup>=%13,8, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%8,3,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r<sup>1</sup>: Zero-order korelasyon, r<sup>2</sup>: Partial korelasyon

Demografik özelliklerin amaç belirleme alt boyut puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.7’de sunulmuştur. Amaç belirleme puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=2,494; p=0,005). Oluşturulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %8,3’lük kısmı açıklanmıştır. Erkeklerde amaç belirleme puanı kadınlara göre 0,408 birim daha düşüktür (p=0,023). Kentte yaşayanlarda amaç belirleme puanının köy-kasabada yaşayanlara göre 0,565 birim daha yüksek olduğu gözlenmiştir (p=0,019). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0,050).

Tablo 4.8. Demografik Özellikler Problem Çözme Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	r <sup>1</sup>	r <sup>2</sup>	VIF
<b>Sabit</b>	1,824 (0,62 - 3,028)	0,610		2,988	<b>0,003</b>			
<b>Yaş</b>	0,003(-0,015 - 0,022)	0,010	0,032	0,365	0,716	-0,197	0,027	1,914
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	-0,068(-0,464 - 0,329)	0,201	-0,028	-0,337	0,737	0,142	-0,025	1,655
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	0,413 (-0,024 - 0,851)	0,222	0,171	1,865	0,064	0,150	0,135	2,052
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	0,31 (-0,18 - 0,8)	0,248	0,122	1,248	0,214	0,191	0,091	2,353
<b>Medeni durum (Evli)</b>	-0,401 (-0,897 -0,095)	0,252	-0,153	-1,594	0,113	-0,232	-0,116	2,264
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	0,117 (-0,357 - 0,591)	0,240	0,051	0,487	0,627	-0,249	0,036	2,690
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	-0,32 (-1,057 - 0,416)	0,373	-0,140	-0,858	0,392	0,352	-0,063	6,519
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	0,402 (-0,129 - 0,933)	0,269	0,100	1,492	0,137	0,095	0,108	1,091
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	0,167 (-0,435 - 0,77)	0,305	0,037	0,547	0,585	0,048	0,040	1,096
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek hanımı (Ev)</b>	-0,004 (-0,52 - 0,513)	0,262	-0,002	-0,013	0,989	-0,280	-0,001	3,289
<b>Meslek (Memur)</b>	1,344 (0,497 - 2,191)	0,429	0,478	3,129	<b>0,002</b>	0,331	0,223	5,706
<b>Meslek (İşçi)</b>	0,875 (0,038 - 1,712)	0,424	0,317	2,063	<b>0,041</b>	0,166	0,149	5,775

F=4,781, p<0,001, R<sup>2</sup>=%23,5, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%18,6,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r<sup>1</sup>: Zero-order korelasyon, r<sup>2</sup>: Partial korelasyon

Demografik özelliklerin problem çözme puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.8’de sunulmuştur. Problem çözme puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,781; p<0,001). Oluşturulan regresyon modelinde yöntem bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %18,6’lık kısmı açıklanmıştır. Memurların problem çözme puanının emeklilere göre 1,344 birim daha yüksek olduğu gözlenmiştir (p=0,002). İşçilerin problem çözme puanı emeklilere göre 0,875 birim daha yüksektir (p=0,041). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0,050).

Tablo 4.9. Demografik Özellikler İzlem/Koordinasyon Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	T	p	r <sup>1</sup>	r <sup>2</sup>	VIF
<b>Sabit</b>	1,481 (0,193 - 2,769)	0,653		2,268	<b>0,024</b>			
<b>Yaş</b>	0,01 (-0,01 - 0,03)	0,010	0,093	0,983	0,327	0,030	0,072	1,914
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	-0,188(-0,612 -0,237)	0,215	-0,076	-0,872	0,384	0,032	-0,064	1,655
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	-0,129(-0,597 -0,339)	0,237	-0,053	-0,542	0,589	-0,074	-0,040	2,052
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite üzeri)</b>	0,07 (-0,455 - 0,594)	0,266	0,027	0,262	0,794	0,103	0,019	2,353
<b>Medeni durum (Evli)</b>	0,292 (-0,239 -0,823)	0,269	0,111	1,083	0,280	0,091	0,079	2,264
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	-0,031(-0,538 -0,476)	0,257	-0,014	-0,121	0,903	0,009	-0,009	2,690
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	-0,298(-1,086 -0,489)	0,399	-0,130	-0,747	0,456	0,225	-0,055	6,519
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	0,174 (-0,394 -0,743)	0,288	0,043	0,604	0,547	0,069	0,044	1,091
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	0,093 (-0,551 -0,738)	0,327	0,020	0,285	0,776	0,040	0,021	1,096
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek hanımı (Ev)</b>	0,353 (-0,2 - 0,905)	0,280	0,156	1,260	0,209	-0,152	0,092	3,289
<b>Meslek (Memur)</b>	1,221 (0,315 - 2,128)	0,459	0,433	2,658	<b>0,009</b>	0,144	0,191	5,706
<b>Meslek (İşçi)</b>	1,48 (0,584 - 2,375)	0,454	0,534	3,260	<b>0,001</b>	0,191	0,232	5,775

F=2,376, p=0,007, R<sup>2</sup>=%13,2, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%7,7,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r<sup>1</sup>: Zero-order korelasyon, r<sup>2</sup>: Partial korelasyon

Demografik özelliklerin İzlem/koordinasyon alt boyut puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.9’da sunulmuştur. İzlem/koordinasyon puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=2,376; p=0,007). Oluşturulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %7,7’lik kısmı açıklanmıştır. Memurlarda İzlem/koordinasyon puanının emeklilere göre 1,221 birim daha yüksek olduğu gözlenmiştir (p=0,009). İşçilerin İzlem/koordinasyon puanı ise emeklilere göre 1,48 birim daha yüksektir (p=0,001). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0,050).

Tablo 4.10. Demografik Özellikler PACIC Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	r <sup>1</sup>	r <sup>2</sup>	VIF
<b>Sabit</b>	1,773 (0,828 - 2,718)	0,479		3,701	<b>&lt;0,001</b>			
<b>Yaş</b>	0,007 (-0,008- 0,022)	0,007	0,083	0,898	0,370	-0,061	0,066	1,914
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	-0,198(-0,509- 0,113)	0,158	-0,108	-1,256	0,211	0,084	-0,091	1,655
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	0,11 (-0,234 - 0,453)	0,174	0,060	0,629	0,530	0,023	0,046	2,052
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite üzeri)</b>	0,085 (-0,3 - 0,47)	0,195	0,045	0,435	0,664	0,143	0,032	2,353
<b>Medeni durum (Evli)</b>	-0,01 (-0,399 - 0,38)	0,197	-0,005	-0,050	0,960	-0,061	-0,004	2,264
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	-0,032 (-0,404- 0,34)	0,189	-0,019	-0,170	0,865	-0,114	-0,012	2,690
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	-0,346 (-0,924- 0,232)	0,293	-0,202	-1,182	0,239	0,290	-0,086	6,519
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	0,392 (-0,025 - 0,81)	0,211	0,130	1,856	0,065	0,133	0,135	1,091
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	0,282 (-0,191- 0,754)	0,240	0,082	1,174	0,242	0,094	0,086	1,096
<b>Meslek(Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek hanımı (Ev)</b>	-0,035 (-0,44 - 0,37)	0,205	-0,021	-0,171	0,865	-0,258	-0,012	3,289
<b>Meslek (Memur)</b>	1,008 (0,343 - 1,673)	0,337	0,477	2,990	<b>0,003</b>	0,242	0,214	5,706
<b>Meslek (İşçi)</b>	0,903 (0,246 - 1,56)	0,333	0,435	2,712	<b>0,007</b>	0,189	0,195	5,775

F=3,097, p=0,001, R<sup>2</sup>=%16,6, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%11,2,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r<sup>1</sup>: Zero-order korelasyon, r<sup>2</sup>: Partial korelasyon

Demografik özelliklerin PACIC toplam puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 4.10'da sunulmuştur. PACIC toplam puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3,097; p=0,001). Tabloya göre bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %11,2'lik kısmı açıklanmıştır. Memurlarda PACIC toplam puanının emeklilere göre 1,008 birim daha yüksek olduğu elde edilmiştir (p=0,003). İşçilerde PACI toplam puanının emeklilere göre 0,903 birim daha yüksek olduğu elde edilmiştir (p=0,007). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0,050).

#### 4.4. Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği'ne (PAIS- SR) İlişkin Bulgular

Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği'ne (PAIS- SR) ilişkin bulgular aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Tablo 4.11. Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeğinin Maddelerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=204)

Alt Boyutlara Göre Ölçek Maddeleri	A	B	C	D	Ortalama	S. sapma
SBO1	84 (41,2)	32 (15,7)	47 (23)	41 (20,1)	1,22	1,19
SBO2	53 (26,1)	56 (27,6)	20 (9,9)	74 (36,5)	1,44	1,23
SBO3	36 (17,7)	135 (66,5)	26 (12,8)	6 (3)	1,01	0,65
SBO4	13 (6,4)	47 (23,2)	105 (51,7)	38 (18,7)	1,16	0,80
SBO5	78 (38,4)	30 (14,8)	65 (32)	30 (14,8)	1,23	1,12
SBO6	22 (10,8)	24 (11,8)	122 (60,1)	35 (17,2)	1,16	0,84
SBO7	70 (34,5)	125 (61,6)	6 (3)	2 (1)	0,71	0,57
SBO8	12 (5,9)	35 (17,2)	128 (63,1)	28 (13,8)	1,15	0,73
MC1	53 (26)	81 (39,7)	32 (15,7)	38 (18,6)	1,26	1,04
MC2	33 (16,2)	43 (21,1)	112 (54,9)	16 (7,8)	1,45	0,85
MC3	149 (73,4)	8 (3,9)	8 (3,9)	38 (18,7)	0,67	1,19
MC4	53 (26)	15 (7,4)	40 (19,6)	96 (47,1)	1,10	1,25
MC5	71 (34,8)	27 (13,2)	68 (33,3)	38 (18,6)	1,35	1,14
MC6	19 (9,3)	15 (7,4)	9 (4,4)	161 (78,9)	0,47	0,99
EAI1	114 (55,9)	82 (40,2)	7 (3,4)	1 (0,5)	0,49	0,59

<b>EAI2</b>	5 (2,5)	3 (1,5)	75 (36,8)	121 (59,3)	0,47	0,66
EAI3	65 (31,9)	62 (30,4)	47 (23)	30 (14,7)	1,20	1,05
<b>EAI4</b>	11 (5,4)	49 (24)	75 (36,8)	69 (33,8)	1,01	0,90
EAI5	161 (78,9)	16 (7,8)	23 (11,3)	4 (2)	0,36	0,76
<b>EAI6</b>	35 (17,2)	21 (10,3)	48 (23,6)	99 (48,8)	0,97	1,14
EAI7	78 (38,2)	53 (26)	29 (14,2)	44 (21,6)	1,19	1,16
<b>EAI8</b>	15 (7,4)	20 (9,9)	37 (18,2)	131 (64,5)	0,60	0,94
SI1	107 (52,7)	61 (30)	12 (5,9)	23 (11,3)	0,76	1,00
<b>SI2</b>	10 (4,9)	58 (28,6)	45 (22,2)	90 (44,3)	0,94	0,96
SI3	88 (43,3)	51 (25,1)	52 (25,6)	12 (5,9)	0,94	0,96
<b>SI4</b>	8 (3,9)	45 (22,2)	63 (31)	87 (42,9)	0,87	0,90
SI5	103 (50,7)	54 (26,6)	32 (15,8)	14 (6,9)	0,79	0,95
<b>SI6</b>	8 (3,9)	42 (20,7)	60 (29,6)	93 (45,8)	0,83	0,90
GAI1	162 (79,4)	13 (6,4)	20 (9,8)	9 (4,4)	0,40	0,84
<b>GAI2</b>	57 (28,1)	15 (7,4)	18 (8,9)	113 (55,7)	1,08	1,33
GAI3	104 (51,2)	75 (36,9)	13 (6,4)	11 (5,4)	0,66	0,83
<b>GAI4</b>	3 (1,5)	11 (5,5)	17 (8,5)	170 (84,6)	0,24	0,62
GAI5	121 (59,3)	81 (39,7)	2 (1)	0 (0)	0,42	0,51
SC1	39 (19,1)	48 (23,5)	59 (28,9)	58 (28,4)	1,33	1,09
<b>SC2</b>	59 (28,9)	32 (15,7)	64 (31,4)	49 (24)	1,49	1,15
SC3	27 (13,2)	54 (26,5)	46 (22,5)	77 (37,7)	1,15	1,08
<b>SC4</b>	71 (34,8)	37 (18,1)	69 (33,8)	27 (13,2)	1,25	1,08
SC5	32 (15,7)	59 (28,9)	37 (18,1)	76 (37,3)	1,23	1,12
<b>SC6</b>	78 (38,4)	17 (8,4)	79 (38,9)	29 (14,3)	1,29	1,13
PB1	25 (12,3)	39 (19,1)	89 (43,6)	51 (25)	1,82	0,94
<b>PB2</b>	29 (14,2)	50 (24,5)	84 (41,2)	41 (20,1)	1,67	0,95
PB3	44 (21,6)	46 (22,5)	79 (38,7)	35 (17,2)	1,51	1,02
<b>PB4</b>	99 (48,5)	39 (19,1)	57 (27,9)	9 (4,4)	0,89	0,97
PB5	67 (32,8)	42 (20,6)	66 (32,4)	29 (14,2)	1,28	1,07
<b>PB6</b>	100 (49)	41 (20,1)	55 (27)	8 (3,9)	0,87	0,95
PB7	117 (57,4)	36 (17,6)	27 (13,2)	24 (11,8)	0,81	1,07

Koyu punto ile gösterilen ters olarak kodlanmıştır. SBO: Sağlık Bakımına Oryantasyonu, MC: Mesleki Çevre, EAI: Ev ve Aile İlişkileri, SI: Seksüel İlişki, GAI: Geniş Aile İlişkileri, SC: Sosyal Çevre, PB: Psikolojik Baskı.

Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeğinin maddelerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.11’te sunulmuştur.

Sağlık Bakımı Oryantasyonu alt boyunun 7. Maddesinin  $0,71\pm 1,19$  ile en yüksek madde puan ortalamasına sahiptir. Bu madde %61,6 ile en yüksek oranda B şikkıyla yanıtlanmıştır. Bu alt boyutun 3.maddesini  $0,01\pm 0,65$  ile en düşük puan ortalamasına sahip iken, bu maddeye %66,5 ile en yüksek oranda B şikkı olarak cevap verilmiştir. Mesleki Çevre alt boyutunun 2. maddesine  $1,45\pm 0,85$  madde puan ortalamasına sahiptir. Bu madde %54,9 ile en yüksek oranda C şikkıyla yanıtlanmıştır. Bu alt boyutun 6.maddesini  $0,47\pm 0,99$  ile en düşük puan ortalamasına sahip iken, bu maddeye %78,9 ile en yüksek oranda D şikkı olarak cevap verilmiştir.

Ölçeğin ev ve aile ilişkileri alt boyutunun 7. maddesinin  $1,97\pm 1,16$  ile en yüksek madde puan ortalamasına sahiptir. Bu madde %38,2 ile en yüksek oranda A şikkıyla yanıtlanmıştır. Bu alt boyutun 5 maddesi  $0,36\pm 0,76$  ile en düşük madde puan ortalamasına sahip iken, bu maddenin %78,9 oranında en A şikkı ile cevaplanmıştır. Ölçeğin bir diğer alt boyutu olan seksüel ilişki alt boyutunda 3. maddesi  $0,94\pm 0,96$  ile en yüksek madde puan ortalamasına sahipken, bu soru %43, 3 ile en yüksek oranda A şikkı ile yanıtlanmıştır. Bu alt boyutun ilk maddesi ise  $0,76\pm 1,00$  ile en düşük madde puan ortalamasına sahiptir ve %52,7 ile en yüksek oranda A şikkı ile cevaplanmıştır.

Geniş aile ilişkileri alt boyutunun 2. maddesi  $1,08\pm 1,33$  puan ortalaması ile en yüksek madde puan ortalamasına sahipken, %55,7 oranında en yüksek D şikkı olarak cevaplanmıştır. Bu alt boyutta 4. madde  $0,24\pm 0,62$  ile en düşük madde puan ortalamasına sahip iken, %84,6 ile en yüksek oranda D şikkıyla cevaplanmıştır. Ölçeğin sosyal çevre alt boyutunun 2. Maddesi  $1,49\pm 1,15$  ile en yüksek puan ortalamasına sahiptir Bu madde en yüksek düzeyde %31,4 ile C şikkı ile cevaplanmıştır. Bu alt boyutta en düşük puan ortalaması  $1,15\pm 1,08$  ile 3. Maddeye aitken, bu madde en yüksek oranda %37,7 ile D şikkı olarak cevaplanmıştır.

Psikoloji baskı alt boyutunun ilk maddesi  $1,82\pm 0,84$  ile en yüksek madde puan ortalamasına sahiptir. Bu madde en yüksek düzeyde %43,6 ile oldukça fazla şekilde yanıtlanmıştır. Bu alt boyutun 7. Maddesi ise  $0,81\pm 1,07$  ile en düşük madde puan ortalamasına sahipken, bu madde %57,4 ile aşırı derecede şekilde cevaplanmıştır.

Tablo 4.12. Demografik Özellikler Sağlık Bakımına Oryantasyon Alt Boyut Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	P	$r^1$	$r^2$	VIF
<b>Sabit</b>	12,728 (8,243 - 17,214)	2,274		5,598	<b>&lt;0,001</b>			
<b>Yaş</b>	-0,064 (-0,134 - 0,005)	0,035	-0,167	-1,819	0,070	0,075	-0,132	1,895
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	0,459 (-1,013 - 1,931)	0,746	0,053	0,616	0,539	-0,123	0,045	1,641
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	-1,135 (-2,768 - 0,498)	0,828	-0,131	-1,371	0,172	-0,069	-0,100	2,056
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	-0,382 (-2,21 - 1,447)	0,927	-0,042	-0,412	0,681	-0,163	-0,030	2,381
<b>Medeni durum (Evli)</b>	-0,31 (-2,163 - 1,542)	0,939	-0,033	-0,330	0,741	0,132	-0,024	2,267
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	2,314 (0,566 - 4,062)	0,886	0,283	2,612	<b>0,010</b>	0,279	0,187	2,634
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	0,556 (-2,193 - 3,305)	1,393	0,068	0,399	0,690	-0,241	0,029	6,564
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	-1,985 (-3,968 - -0,001)	1,006	-0,138	-1,974	0,050	-0,110	-0,142	1,092
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	-0,224 (-2,473 - 2,026)	1,140	-0,014	-0,196	0,845	0,004	-0,014	1,097
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek (Ev hanımı)</b>	1,042 (-0,881 - 2,966)	0,975	0,130	1,069	0,286	0,240	0,078	3,291
<b>Meslek (Memur)</b>	-2,034 (-5,192 - 1,124)	1,601	-0,204	-1,271	0,205	-0,267	-0,092	5,803
<b>Meslek (İşçi)</b>	-0,906 (-4,029 - 2,217)	1,583	-0,092	-0,572	0,568	-0,064	-0,042	5,778

F=3,019, p=0,001, R<sup>2</sup>=%16,2, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%10,8,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

Demografik özelliklerin Sağlık Bakımına Oryantasyon puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.12’de sunulmuştur. Sağlık Bakımına Oryantasyon puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3,019; p=0,001). Oluşturulan regresyon modelinde yöntem olarak enter metodu kullanılmış ve bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %10,8’lik kısmı açıklanmıştır. Çocuk sahibi olanlarda Sağlık Bakımına Oryantasyon puanının çocuğu olmayanlara göre 2,314 birim daha yüksek olduğu elde edilmiştir (p=0,01). Diğer

demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ( $p>0,050$ ).

Tablo 4.13. Demografik Özellikler Mesleki Çevre Alt Boyut Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	P	$r^1$	$r^2$	VIF
<b>Sabit</b>	9,325 (4,609 - 14,041)	2,391		3,901	<b>&lt;0,001</b>			
<b>Yaş</b>	0,014 (-0,06 - 0,087)	0,037	0,031	0,365	0,715	0,231	0,027	1,895
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	3,19 (1,643 - 4,738)	0,785	0,324	4,066	<b>&lt;0,001</b>	0,136	0,284	1,641
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	0,611 (-1,106 - 2,328)	0,870	0,063	0,702	0,483	-0,028	0,051	2,056
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	0,8 (-1,122 - 2,723)	0,975	0,079	0,821	0,413	-0,228	0,060	2,381
<b>Medeni durum (Evli)</b>	-0,334 (-2,282 - 1,614)	0,987	-0,032	-0,338	0,736	0,151	-0,025	2,267
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	2,53 (0,693 - 4,368)	0,932	0,274	2,716	<b>0,007</b>	0,297	0,194	2,634
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	-3,537 (-6,427 - 0,647)	1,465	-0,385	-2,415	<b>0,017</b>	-0,283	-0,173	6,564
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	-3,1 (-5,185 - -1,014)	1,057	-0,191	-2,932	<b>0,004</b>	-0,173	-0,209	1,092
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	-0,996 (-3,361 - 1,369)	1,199	-0,054	-0,831	0,407	0,025	-0,060	1,097
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek (Ev hanımı)</b>	-1,27 (-3,292 - 0,753)	1,025	-0,140	-1,239	0,217	0,070	-0,090	3,291
<b>Meslek (Memur)</b>	-1,497 (-4,817 - 1,823)	1,683	-0,133	-0,889	0,375	-0,255	-0,065	5,803
<b>Meslek (İşçi)</b>	0,271 (-3,013 - 3,555)	1,665	0,024	0,163	0,871	-0,057	0,012	5,778

F=5,845,  $p<0,001$ ,  $R^2=0,272$ , Düzeltilmiş  $R^2=0,225$ ,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

Demografik özelliklerin meslek çevre puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.13’de sunulmuştur. Mesleki çevre alt boyut puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=5,845$ ;  $p<0,001$ ). Oluşturulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %22,5’lik kısmı açıklanmıştır. Erkeklerde mesleki çevre puanının kadınlara göre 3,19 birim daha yüksektir ( $p<0,001$ ). Çocuk sahibi olanlarda mesleki çevre puanının, çocuğu olmayanlara göre 2,53 birim daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $p=0,007$ ). Çalışanlarda mesleki çevre puanı, çalışmayanlara göre 3,537 birim daha düşüktür ( $p=0,017$ ). Kentte yaşayanlarda mesleki çevre puanı köy-kasabada yaşayanlara göre

3,1 birim daha düşük olduğu belirlenmiştir (p=0,004). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0,050).

Tablo 4.14. Demografik Özellikler Ev ve Aile Çevresi Alt Boyut Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
<b>Sabit</b>	10,151 (5,648 -14,654)	2,283		4,447	<b>&lt;0,001</b>			
<b>Yaş</b>	0,043 (-0,027 - 0,114)	0,036	0,103	1,225	0,222	0,255	0,089	1,895
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	1,607 (0,129 - 3,084)	0,749	0,168	2,145	<b>0,033</b>	-0,019	0,155	1,641
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	0,982 (-0,657 - 2,621)	0,831	0,103	1,182	0,239	0,048	0,086	2,056
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	1,336 (-0,5 - 3,171)	0,931	0,135	1,435	0,153	-0,269	0,104	2,381
<b>Medeni durum (Evli)</b>	-1,244 (-3,104 - 0,615)	0,943	-0,121	-1,320	0,188	0,119	-0,096	2,267
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	3,516 (1,761 - 5,27)	0,890	0,391	3,952	<b>&lt;0,001</b>	0,347	0,277	2,634
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	-0,269 (-3,028 - 2,491)	1,399	-0,030	-0,192	0,848	-0,244	-0,014	6,564
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	-4,695 (-6,686 - -2,704)	1,010	-0,296	-4,651	<b>&lt;0,001</b>	-0,280	-0,321	1,092
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	-2,222 (-4,479 - 0,036)	1,145	-0,124	-1,941	0,054	-0,048	-0,140	1,097
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek (Ev hanımı)</b>	-0,794 (-2,725 - 1,138)	0,979	-0,090	-0,811	0,419	0,133	-0,059	3,291
<b>Meslek (Memur)</b>	-3,509 (-6,68 - -0,339)	1,607	-0,321	-2,184	<b>0,030</b>	-0,321	-0,157	5,803
<b>Meslek (İşçi)</b>	-1,121 (-4,256 - 2,015)	1,590	-0,103	-0,705	0,482	-0,002	-0,051	5,778

F=6,726, p=0, R<sup>2</sup>=%30, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%25,6,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

Demografik özelliklerin aile çevresi puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.14’de sunulmuştur. Ev ve aile çevresi alt boyut puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=6,726; p<0,001). Oluşturulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %25,6’lık kısmı açıklanmıştır. Erkeklerde ev ve aile çevresi puanının kadınlara göre 1,607 birim daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,033). Çocuk sahibi olanların ev ve aile çevresi puanı, çocuğu olmayanlara göre 3,516 birim daha yüksektir (p<0,001). Kentte yaşayanların, ev ve aile çevresi puanı, köy-kasabada yaşayanlara göre 4,695 birim daha düşüktür (p<0,001). Memurların ev ve aile çevresi puanının, emeklilere

göre 3,509 birim daha düşük olduğu gözlenmiştir (p=0,03). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0,050).

Tablo 4.15. Demografik Özellikler Seksüel İlişki Alt Boyut Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
<b>Sabit</b>	0,64 (-4,375 - 5,655)	2,542		0,252	0,802			
<b>Yaş</b>	0,179 (0,101 - 0,258)	0,040	0,369	4,508	<b>&lt;0,001</b>	0,447	0,313	1,914
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	3,641 (1,99 - 5,293)	0,837	0,331	4,351	<b>&lt;0,001</b>	0,199	0,303	1,655
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	1,406 (-0,416 - 3,229)	0,924	0,129	1,523	0,130	-0,084	0,111	2,052
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	1,505 (-0,537 - 3,547)	1,035	0,132	1,454	0,148	-0,183	0,106	2,353
<b>Medeni durum (Evli)</b>	-0,476 (-2,544 - 1,591)	1,048	-0,040	-0,455	0,650	0,230	-0,033	2,264
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	2,023 (0,049 - 3,998)	1,001	0,196	2,021	<b>0,045</b>	0,326	0,146	2,690
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	-2,679 (-5,746 - 0,389)	1,555	-0,260	-1,723	0,087	-0,203	-0,125	6,519
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	-3,55 (-5,764 - 1,336)	1,122	-0,195	-3,164	<b>0,002</b>	-0,179	-0,225	1,091
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	-0,235 (-2,745 - 2,275)	1,272	-0,011	-0,185	0,854	0,068	-0,014	1,096
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek (Ev hanımı)</b>	-1,083 (-3,233 - 1,068)	1,090	-0,107	-0,993	0,322	-0,008	-0,072	3,289
<b>Meslek (Memur)</b>	-0,755 (-4,284 - 2,774)	1,789	-0,060	-0,422	0,673	-0,113	-0,031	5,706
<b>Meslek (İşçi)</b>	-0,143 (-3,629 - 3,344)	1,767	-0,011	-0,081	0,936	-0,112	-0,006	5,775

F=8,253, p<0,001, R<sup>2</sup>=%34,6, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%30,4,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

Demografik özelliklerin seksüel ilişki alt boyut puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.15’de sunulmuştur. Seksüel ilişki alt boyut puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=8,253; p<0,001). Oluşturulan regresyon bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %30,4’lik kısmı açıklanmıştır. Yaş, bir birim artığında seksüel ilişki puanını 0,179 birim arttırmaktadır (p<0,001). Erkeklerde seksüel ilişki puanının kadınlara göre 3,641 birim daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Çocuk sahibi olanların seksüel ilişki puanı, çocuğu olmayanlara göre 2,023 birim daha yüksektir (p=0,045). Kentte yaşayanların ise seksüel ilişki puanıköy-kasabada yaşayanlara göre 3,55 birim daha

düşüktür ( $p=0,002$ ). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ( $p>0,050$ ).

Tablo 4.16. Demografik Özellikler Geniş Aile İlişkiler Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
<b>Sabit</b>	2,366 (-0,395 - 5,126)	1,399		1,691	0,093			
<b>Yaş</b>	0,054 (0,011 - 0,097)	0,022	0,224	2,497	<b>0,013</b>	0,155	0,179	1,895
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	-0,212 (-1,118 - 0,694)	0,459	-0,038	-0,462	0,645	-0,019	-0,034	1,641
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	1,079 (0,074 - 2,084)	0,509	0,198	2,118	<b>0,036</b>	0,177	0,153	2,056
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	0,224 (-0,901 - 1,35)	0,570	0,040	0,394	0,694	-0,149	0,029	2,381
<b>Medeni durum (Evlili)</b>	-1,319 (-2,459 - -0,179)	0,578	-0,224	-2,282	<b>0,024</b>	-0,059	-0,164	2,267
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	1,381 (0,305 - 2,456)	0,545	0,267	2,532	<b>0,012</b>	0,114	0,182	2,634
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	2,483 (0,791 - 4,175)	0,858	0,483	2,896	<b>0,004</b>	0,072	0,207	6,564
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	-2,157 (-3,378 - -0,936)	0,619	-0,237	-3,485	<b>0,001</b>	-0,258	-0,246	1,092
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	-0,101 (-1,485 - 1,283)	0,702	-0,010	-0,143	0,886	0,011	-0,010	1,097
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek (Ev hanımı)</b>	-0,127 (-1,311 - 1,057)	0,600	-0,025	-0,212	0,833	-0,013	-0,015	3,291
<b>Meslek (Memur)</b>	-1,281 (-3,224 - 0,663)	0,985	-0,204	-1,300	0,195	0,007	-0,094	5,803
<b>Meslek (İşçi)</b>	-2,268 (-4,19 - -0,346)	0,974	-0,364	-2,327	<b>0,021</b>	-0,002	-0,167	5,778

$F=4,005$ ,  $p<0,001$ ,  $R^2=20,4\%$ , Düzeltilmiş  $R^2=15,3\%$ ,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ :

Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

Demografik özelliklerin geniş aile ilişkileri alt boyutu puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.16’da sunulmuştur. Geniş aile ilişkileri puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=4,005$ ;  $p<0,001$ ). Oluşturulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %15,3’lik kısmı açıklanmıştır. Yaş, bir birim artığında geniş aile ilişkileri puanını 0,054 birim arttırmaktadır ( $p=0,013$ ). Lise mezunu olanlarda geniş aile ilişkileri puanının ortaokul ve ilkokul mezunu olanlara göre 1,079 birim daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,036$ ). Evlilerde geniş aile ilişkileri puanı, bekarlara göre

1,319 birim daha düşüktür ( $p=0,024$ ). Çocuk sahibi olanlarda, geniş aile ilişkileri puanının çocuğu olmayanlara göre 1,381 birim daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0,012$ ). Çalışanların geniş aile ilişkiler puanının, çalışmayanlara göre 2,483 birim daha yüksektir ( $p=0,004$ ). Kentte yaşayanlarda geniş aile ilişkileri puanı köy-kasabada yaşayanlara göre 2,157 birim daha düşüktür ( $p=0,001$ ). İşçilerde geniş aile ilişkileri puanının emeklilere göre 2,268 birim daha düşük olduğu gözlenmiştir ( $p=0,021$ ). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ( $p>0,050$ ).

Tablo 4.17. Demografik Özellikler Sosyal Çevre Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	$r^1$	$r^2$	VIF
<b>Sabit</b>	7,183 (1,444 - 12,921)	2,909		2,469	<b>0,014</b>			
<b>Yaş</b>	0,117 (0,028 - 0,206)	0,045	0,221	2,582	<b>0,011</b>	0,234	0,185	1,895
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	4,216 (2,333 - 6,099)	0,955	0,351	4,417	<b>&lt;0,001</b>	0,216	0,307	1,641
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	1,554 (-0,535 - 3,643)	1,059	0,131	1,468	0,144	0,143	0,106	2,056
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	-0,07 (-2,409 - 2,27)	1,186	-0,006	-0,059	0,953	-0,303	-0,004	2,381
<b>Medeni durum (Evlili)</b>	-3,256 (-5,626 - 0,886)	1,201	-0,253	-2,710	<b>0,007</b>	-0,033	-0,194	2,267
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	3,412 (1,176 - 5,648)	1,133	0,303	3,010	<b>0,003</b>	0,204	0,214	2,634
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	0,649 (-2,867 - 4,166)	1,783	0,058	0,364	0,716	-0,063	0,027	6,564
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	-4,156 (-6,693 - 1,618)	1,286	-0,209	-3,230	<b>0,001</b>	-0,225	-0,229	1,092
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	-1,301 (-4,179 - 1,576)	1,459	-0,058	-0,892	0,373	0,020	-0,065	1,097
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek (Ev hanımı)</b>	0,356 (-2,105 - 2,816)	1,247	0,032	0,285	0,776	-0,018	0,021	3,291
<b>Meslek (Memur)</b>	-1,897 (-5,937 - 2,143)	2,048	-0,138	-0,926	0,355	-0,152	-0,067	5,803
<b>Meslek (İşçi)</b>	-1,196 (-5,191 - 2,8)	2,026	-0,088	-0,590	0,556	0,052	-0,043	5,778

$F=5,973$ ,  $p<0,001$ ,  $R^2=27,6\%$ , Düzeltilmiş  $R^2=23\%$ ,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

Demografik özelliklerin sosyal çevre alt boyut puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.17’de sunulmuştur. Sosyal Çevre alt boyut puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=5,973$ ;  $p<0,001$ ). Oluşturulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile bağımlı

değişkenin %23'lik kısmı açıklanmıştır. Yaş, bir birim artığında sosyal çevre puanını 0,117 birim arttırmaktadır (p=0,011). Erkeklerde sosyal çevre puanının kadınlara göre 4,216 birim daha yüksek olduğu gözlenmiştir (p<0,001). Evlilerde sosyal çevre puanının bekarlara göre 3,256 birim daha düşük olduğu elde edilmiştir (p=0,007). Çocuk sahibi olanların, sosyal çevre puanı çocuğu olmayanlara göre 3,412 birim daha yüksektir (p=0,003). Kentte yaşayanların ise sosyal çevre puanının köy-kasabada yaşayanlara göre 4,156 birim daha düşüktür (p=0,001). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (p>0,050).

Tablo 4.18 Demografik Özellikler Psikolojik Distres Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	r <sup>1</sup>	r <sup>2</sup>	VIF
<b>Sabit</b>	11,629 (6,05 - 17,208)	2,828		4,112	<b>&lt;0,001</b>			
<b>Yaş</b>	-0,049 (-0,136 - 0,038)	0,044	-0,106	-1,111	0,268	-0,022	-0,081	1,895
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	-0,189 (-2,019 - 1,642)	0,928	-0,018	-0,203	0,839	-0,088	-0,015	1,641
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	-0,846 (-2,877 - 1,185)	1,030	-0,082	-0,822	0,412	0,034	-0,060	2,056
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	-0,729 (-3,003 - 1,546)	1,153	-0,068	-0,632	0,528	-0,129	-0,046	2,381
<b>Medeni durum (Evli)</b>	-0,818 (-3,122 - 1,486)	1,168	-0,073	-0,700	0,485	-0,029	-0,051	2,267
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	0,671 (-1,503 - 2,845)	1,102	0,069	0,609	0,543	0,081	0,044	2,634
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	2,762 (-0,657 - 6,181)	1,733	0,284	1,594	0,113	-0,116	0,115	6,564
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	-1,837 (-4,304 - 0,63)	1,251	-0,107	-1,469	0,144	-0,114	-0,107	1,092
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	2,037 (-0,761 - 4,834)	1,418	0,105	1,436	0,153	0,097	0,104	1,097
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek (Ev hanımı)</b>	0,346 (-2,047 - 2,738)	1,213	0,036	0,285	0,776	0,139	0,021	3,291
<b>Meslek (Memur)</b>	-4,483 (-8,41 - -0,555)	1,991	-0,377	-2,251	<b>0,026</b>	-0,210	-0,162	5,803
<b>Meslek (İşçi)</b>	-3,295 (-7,18 - 0,59)	1,969	-0,280	-1,673	0,096	-0,001	-0,121	5,778

F=1,575, p=0,102, R<sup>2</sup>=%9,1, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%3,3,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r<sup>1</sup>: Zero-order korelasyon, r<sup>2</sup>: Partial korelasyon

Demografik özelliklerin Psikolojik Distres puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.18’de sunulmuştur. Psikolojik Distres puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=1,575; p=0,102).

Tablo 4.19. Demografik Özelliklerin Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	T	p	$r^1$	$r^2$	VIF
<b>Sabit</b>	53,966 (30,56 77,372)	11,865		4,548	<b>&lt;0,001</b>			
<b>Yaş</b>	0,296 (-0,068 - 0,66)	0,185	0,136	1,604	0,110	0,280	0,116	1,895
<b>Cinsiyet (Erkek)</b>	12,742 (5,061 20,423)	3,894	0,259	3,273	<b>0,001</b>	0,079	0,232	1,641
<b>Eğitim düzeyi (Referans: Ortaokul ve aşağısı)</b>								
<b>Eğitim düzeyi (Lise)</b>	3,649 (-4,872 - 12,17)	4,319	0,075	0,845	0,399	0,035	0,061	2,056
<b>Eğitim düzeyi (Üniversite ve üzeri)</b>	2,671 (-6,87 - 12,212)	4,837	0,053	0,552	0,581	-0,287	0,040	2,381
<b>Medeni durum (Evli)</b>	-7,751 (-17,417 -1,916)	4,900	-0,147	-1,582	0,115	0,107	-0,115	2,267
<b>Çocuk sahibi olma (Evet)</b>	15,794 (6,674 - 24,914)	4,623	0,342	3,416	<b>0,001</b>	0,327	0,242	2,634
<b>Çalışma durumu (Evet)</b>	-0,044 (-14,387 - 14,3)	7,271	-0,001	-0,006	0,995	-0,225	0,000	6,564
<b>Yaşadığı yer (Kent)</b>	-21,473 (-31,824-11,123)	5,247	-0,264	-4,092	<b>&lt;0,001</b>	-0,256	-0,286	1,092
<b>Sağlık güvencesi (Evet)</b>	-3,044 (-14,78 - 8,692)	5,949	-0,033	-0,512	0,609	0,038	-0,037	1,097
<b>Meslek (Referans: Emekli)</b>								
<b>Meslek (Ev hanımı)</b>	-1,507 (-11,545 - 8,53)	5,088	-0,033	-0,296	0,767	0,105	-0,022	3,291
<b>Meslek (Memur)</b>	-15,489 (-31,967 - 0,99)	8,354	-0,275	-1,854	0,065	-0,269	-0,134	5,803
<b>Meslek (İşçi)</b>	-8,64 (-24,938 - 7,658)	8,262	-0,155	-1,046	0,297	-0,035	-0,076	5,778

F=6,238, p<0,001, R<sup>2</sup>=%28,5, Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=%23,9,  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı,  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı,  $r^1$ : Zero-order korelasyon,  $r^2$ : Partial korelasyon

Demografik özelliklerin Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği toplam puanı üzerindeki etkisinin lineer regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 4.19’da sunulmuştur. Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği toplam puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiş ve

oluşturulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=6,238$ ;  $p<0,001$ ). Oluşturulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenin %23,9'lık kısmı açıklanmıştır. Erkeklerin Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam puanının kadınlara göre 12,742 birim daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $p=0,001$ ). Ayrıca çocuk sahibi olanların Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği toplam puanı, çocuğu olmayanlara göre 15,794 birim daha yüksektir ( $p=0,001$ ). Kentte yaşayanların Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği toplam puanı köy-kasabada yaşayanlara göre 21,473 birim daha düşüktür ( $p<0,001$ ). Diğer demografik özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ( $p>0,050$ ).

#### **4.5. Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PACIC), Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam (PAIS-SR) ve Modifiye Barthel İndeksi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular**

Tablo 4.20. Ölçeklerin Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		<b>PACIC toplam</b>	<b>PAIS- SR</b>
Hastalığa Psikososyal Uyum –	$r^a$	<b>-0,343</b>	
Öz Bildirim Ölçeği Toplam	$p$	<b>&lt;0,001</b>	
MBI skoru	$r^b$	<b>0,249</b>	<b>-0,561</b>
	$p$	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

<sup>a</sup>r: Pearson korelasyon katsayısı, <sup>b</sup>r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Ölçeklerin toplam puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.19'da sunulmuştur. Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam ile PACIC toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=-0,343$ ;  $p<0,001$ ). MBI skoru ile PACIC toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=0,249$ ;  $p<0,001$ ). Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam puanı ile MBI skoru arasında ise istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ( $r=-0,561$ ;  $p<0,001$ ).

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Hastaların Demografik Özellikleri ve MBI Skorlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmaya dahil edilen bireylerin %69,1'i kadındır. Keklikoğlu vd. (2010) araştırmasında bireylerin kronik hastalıklardan biri olan MS özellikle nüfusun genç kesiminde görülen, kadınlarda görülme prevalansı erkeklere oranla iki kat daha fazla olduğu saptanmış, bireyin yaşam kalitesi ve yaşama karşı tutumunu etkileyen uzun süreçli bir hastalıktır ifadeleri kullanılmıştır. Bu sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca MS hastalığında bireylerde hastalığın ilk belirtilerinin ortaya çıkışı 20-40 yaş aralığında görülmektedir (Hauser et al., 2005; Dobson and Giovannoni, 2013; Siva vd., 2014). Bu çalışmaya katılanların yaş ortalaması 38 'dir. Buna göre MS genellikle genç erişkin bireylerde görülen bir hastalık olması nedeniyle bireylerin psikososyal uyumlarının ve bakım süreçlerini değerlendirmelerinin negatif etkilendiği düşünülmektedir.

Psikososyal uyumda etkili olduğu bildirilen medeni durum değişkeni bu çalışmada değerlendirilmiştir. Buna göre katılımcıların % 75,5'i evlidir. Bununla birlikte MS'li bireylerin hastalık süreçlerindeki bilinmezlik nedeniyle evliliğe yönelik kaygılarının olduğu bilinmektedir. Kayhan ve arkadaşlarının çalışmasında %61.2'sinin evli olduğu bildirilmiştir. Bilinen kaygılara rağmen MS'li bireylerin evli olmalarının bireylerin sosyal yaşantılarının olumlu bir göstergesi olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda örneklemin yaş ortalamasını 38 olması ve katılımcı bireylerin %59,6'sının çocuk sahibi olmasına yönelik bulguların da bu savı destekler niteliktedir.

Çalışma durumlarına bakıldığında 44,9'unun ev hanımı olduğu ve % 57,8'inin çalışmadığı görülmektedir. Bu durum MS'in kadınlarda görülme sıklığının yüksek olması, MS'in genç dönemde görülen ancak bireylerin fiziksel bağımlılık yaşamalarını nedeniyle beklenen bir sonuçtur. Bununla birlikte gençlik döneminde bağımlılık durumunun oluşması ve MS'in ilerleyici prognozu nedeniyle işten ayrılma ya da erken emeklilik bu popülasyonda sık gözlenen durumlardır (Er ve Mollaoğlu, 2011). Kirazlı vd. (2001) MS hastalarını çalışma durumu açısından değerlendirmiş ve hastaların. %20' sinin hastalık nedeniyle çalışmadığını belirlemiş ve bu sonuçların progresif bir

hastalık olan MS' in yorgunluk gibi sonuçları nedeniyle beklenen değerler olduğunu vurgulamıştır.

MS'li bireylerin çoğunluğunda genç yaşa rağmen fiziksel bağımlılığın meydana geldiği bilinmektedir (Er ve Mollaoğlu, 2011). MS'li bireylerde fiziksel bağımlılığın değerlendirilmesinde Barthel İndeksi yaygın kullanılmaktadır (Mahoney ve Barthel, 1965). Bu çalışmada değerlendirilen değişkenlerden biri Barthel İndeksi skorudur. Bu çalışmada modifiye BI skor ortalaması 98,00'dir. Buna göre bu çalışmaya katılan bireylerin hafif derecede bağımlı oldukları belirlenmiştir. Özellikle gençlik döneminde fiziksel bağımlılık ve yeti yitiminin yaşanması MS'li bireylerde sıklıkla gözlenmektedir (Er ve Mollaoğlu, 2011).

## **5.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC)'ne İlişkin Bulguların Tartışılması**

Multipl Skleroz kronik ve ilerleyici bir nörodejeneratif bir hastalıktır. MS'in doğasından kaynaklı olarak bireyler kesintisiz bakıma ve farklı gereksinimlere cevap veren sürekli bir sağlık ekibine gereksinim duymaktadır (Erbay vd., 2020). MS'li bireylere gereksinim duydukları bakımın sağlanmasında ve sürekli hale getirilmesinde hemşirelerin rolü önemlidir. MS'li bireylerde beklenen bakım sonuçlarına ulaşılması amacıyla objektif bir araç ile bakım kalitesinin değerlendirilmesi, bakımın kalitesini destekler niteliktedir. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC) ölçeği hastanın aldığı bakımı her yönüyle değerlendiren hastanın kendi memnuniyetinin düzeyinin ifade edebildiği az sayıdaki değerlendirme araçlarından biridir. Bu nedenle ölçek, MS'li bireylere sunulan hemşirelik bakımın değerlendirilmesinde kullanılabilecek bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC) toplam puanına göre çalışmaya katılan hastaların hizmet aldıkları sağlık ekibi ile aralarındaki etkileşim ve hastaların öz yönetim desteği orta düzeydedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İncirkuş ve Nahçıvan tarafından kronik hastalığı bulunan bireyler ile gerçekleştirilen bu ölçeğin, ölçek toplam puan ortalamasının yine orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Yine bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde Desmet vd. 'nin (2017) çalışmasında nörolojik hastaların bakım kalitesini orta düzeyde değerlendirdikleri bildirilmiştir. Literatür ile benzerlik gösteren çalışmanın bu sonucunun özellikle MS'li bireylerin hastalık kaynaklı prognoza ilişkin belirsizlik yaşamalarının, özellikle hemşireler

olmak üzere sağlık ekibinde sürekli aynı profesyonelle ulaşamamalarını ve çoğu zaman sağlık profesyonellerine ulaşmada/iletişimde zorluk yaşamalarını etkili olduğu düşünölmektedir.

Bu araştırmada karar verme alt boyut puanı en yüksek puan ortalamasına sahip iken, amaç belirleme alt boyut puan ortalaması ise en düşük puan ortalamasını almıştır. Benzer şekilde İncirkuş ve Nahçıvan'nın (2011) araştırmasında “karar verme” alt boyutu en yüksek puanı alırken, en az puanı ise “amaç belirleme” alt boyutu almıştır. PACIC ölçeği yurtiçinde ve yurtdışında yapılan araştırmalarda en yüksek ve en düşük alt boyut puanlarının farklılık gösterdiği gözlenmiştir. Karabulutlu vd.'nin (2013) yapmış olduğu çalışmada en yüksek puanı “problem çözme” alt boyutu alırken, en düşük puanı “hasta katılımı” alt boyutu almıştır. Apaydın Kaya, Akturan ve ark.'nin (2013) çalışmasında ise en yüksek puanı “karar verme” alt boyutu alırken, en düşük puanı “izlem/koordinasyon” alt boyutu almıştır. Bu çalışmada en yüksek puanı “karar verme” alt boyutunun almış olması hastaneye başvuran ve çalışma kapsamına alınan hastaların kendi bakım ve tedavi süreçlerine dahil oldukları, bakım planlamasında MS'li bireylerin otonomilerinin korunduğu ve karar verme konusunda farkındalıklarının yüksek olduğu söylenebilir. Ancak amaç belirleme alt boyutunun bu örneklemede en düşük puanı almasında ise bu araştırmada yer alan MS'li bireylerin genç yaş döneminde olmalarına karşın hafif düzeyde bağımlı olmalarından ve bu durumun hastalığa ilişkin belirsizliği arttırmısından kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

Bu çalışmada PACIC ölçek toplam puanını ve alt boyut puan ortalamaları üzerinde etkili olan ortak değişkeninin çalışma durumu olduğu belirlenmiştir. Buna karşın Atak ve Demiröz'ün (2017) MS'li hastaların yaşadığı güçlükler ve hak kayıplarına ilişkin araştırmada çalışma durumunu değişkeni ile birleşik sağlık puanı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Ancak Schmadere vd. (2016) sosyal yaşantısında aktif olan bireylerin yaşam doyumlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçtan yola çıkarak genç erişkinlik döneminin temel gereksinimi olarak yaşamda üretkenlik çalışma değişkeni ile ilişkilidir. Dolayısıyla bu araştırmada katılımcıların çoğunluğunun çalışmadığı ya da genç yaş döneminde olmalarına rağmen emekli olduğu düşünöldüğünde özellikle alt boyut puanlarının bu değişkenden etkilenmesinin beklenen bir sonuç olduğu düşünölmektedir.

### **5.3. Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)'ne İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bireylerin fiziksel gereksinimlerinin karşılanması yanı sıra psikososyal desteğin sağlanması özellikle kronik hastalığa sahip bireyin hemşirelik bakımında öncelikli hedeflerdendir. Kronik hastalığa sahip bireylerin bakımında bireyin hastalık sürecine uyumu kadar tanı sonrasında psikososyal uyumu da bakım hedefleri arasında yer almaktadır. Multipl Skleroz tanısı alan bireylerde ise hastalığın ilerleyici özellikte olması; bireylerin yoğun fiziksel, bilişsel ve ruhsal problemler yaşaması ve genç erişkinlik döneminde fiziksel bağımlılık yaşaması bireylerin psikososyal uyumunu zorlaştırmaktadır (Er ve Mollaoğlu,2011).

Bu araştırmada PAIS-SR ölçek toplam puanına göre bireylerin hastalığa orta düzeyde psikososyal uyum sağladıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde Bil ve Tanrıverdi'nin araştırmasında (2019) MS'li bireylerin hastalığa orta düzeyde psikososyal uyum sağladığı bildirilmiştir. Psikolojik uyum, teşhis ve tedavi için hastaneye yatma, hastalığın kötüleşmesi, tedavilerin yetersizliği ve öz bakım kaybı ile ilgili istek ve değişimlere adaptasyonu kapsarken, sosyal uyum ise kronik hastalığın tanınmasıyla bireyin sosyal rollerindeki değişimleri yönetmeyi kapsamaktadır. Buna göre MS'in ilerleyici ve yoğun belirsizlik içeren bir hastalık olması, bireylerin genç yaşta olması ile fiziksel, bilişsel ve ruhsal problemleri yoğun yaşamaları, hastalık kaynaklı problemler nedeniyle rol değişiminin yaşanması, özellikle örnekleme yer alan bireylerin çoğunluğunun çalışmıyor ve hafif düzeyde bağımlı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte bu çalışmada ölçek toplam puanı üzerinde yaş, cinsiyet ve yaşanan yer değişkenlerinin etkili olması, psikososyal uyum düzeyini etkileyen örnekleme özel diğer faktörlerdir.

Bu araştırmada MS'li bireylerin sağlık bakımına oryantasyonlarının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada çocuk sahibi olma değişkeninin sağlık bakımına oryantasyon alt boyutu üzerinde etkili tek bileşen olduğu, çocuk sahibi olan bireylerin çocuk sahibi olmayanlara göre bu alt boyut puanının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuçlar doğrultusunda MS'li bireylerde, hastalığın ilerleyici doğasının, bireyin genç erişkin dönemde olmasına rağmen fiziksel bağımlılığın gelişmesi sonucunda bireyin rol değişimi yaşamasının bu sonuçlarda etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada çalışanlarda mesleki evre alt boyut puanının düşük düzeyde olduğu gözlenmiştir. alışan bireylerin çalışmayanlara göre ve kentte yaşayanların mesleki evre puanının köy-kasabada yaşayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada bireylerin büyük çoğunluğunun çalışmadığı ya da erken yaşa rağmen emekli olduğu göze çarpmaktadır. Yapılan bir çalışmada MS hastalığı görülen bireylerin %12,9'u hastalığından kaynaklı işini yarıda bırakmak zorunda kaldığını veya malulen emekli olmak zorunda olduğunu %47,5'inin ise iş bulamadığı çalışma sonucunda saptanmıştır (Özdemir vd., 2011). Bu bilgilerden yola çıkarak MS'in genç erişkinlerde görülen bir kronik hastalık olması ve bireylerin genç yaş döneminde günlük yaşam aktiviteleri açısından bağımlılık yaşamaları nedeniyle bu sonucun öngörülen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda seksüel ilişki alt boyut puan ortalamasının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu puan ortalaması, yaş arttıka yükselmekte ve erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir ( $p < 0,001$ ). Benzer şekilde İncirkuş ve Nahcivan'ın çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerin seksüel ilişki puanı düşüktür. Erdemci vd. (2010) ise yaş arttıka seksüel ilişki puanının arttığını belirtmiştir. Terzi vd.,'nin çalışmasında (2010) MS'li erkeklerin %86,4'ünün, kadınların ise %91,2'sinin cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir. Başka bir çalışma sonucunda cinsel istekte azalma yaşayan MS'li birey oranı %80,9 bulunurken, hastalık öncesi ve sonrasında bireylerin %66,6'sının cinsel yaşamda değişim yaşadıklarını ifade etmiştir (Sezgin, 2007). Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma sonuçlarının literatür ile benzerlik gösterdiği düşünlmektedir.

Bu araştırmada geniş aile ilişkileri alt boyut puanının düşük ve yaş arttıka arttığı yükselmektedir. Ayrıca bu alt boyut puanının eğitim düzeyi, medeni durum, ocuk sahibi olma, yaşanılan yer ve çalışma durumu değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir. Dutton vd. (2012). MS'li bireylerin aile üyelerinden aldıkları desteği çok değerli bulduklarını bildirmiştir. Kronik hastalıkların bakımında sosyal desteğin önemi hemşirelik literatüründe önemle vurgulanmaktadır (Dahl, 2006, Kalb, 2008, Yanmış, 2018). MS'li bireyler atak döneminde gereksinim duydukları desteği en yakınlarından almaktadır (Er ve Mollaoğlu, 2011). Özellikle eş ve çocukların desteğinin bireyin psikosyal uyumunu desteklerken aksi durumda ise MS'li bireyin ruhsal sorunlar yaşama sıklığını bildiren araştırma sonuçları mevcuttur (Dutton vd.,

2012; Er ve Mollaoğlu, 2011, Tülek, 2016). Buna göre çalışma sonuçlarının literatür ile paralel olduğu söylenebilir.

Bu araştırmanın başka bir bulgusu MS'li bireylerin psikolojik distres puanlarının orta düzeyde olması ve çalışma durumu değişkeninden etkilenmesidir. Bu sonuçlara benzer şekilde İncirkuş ve Nahcivan'ın araştırmasında kronik hastalığı olan bireylerin psikolojik distres puanlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Literatürde MS'li bireylerin stres ve anksiyeteyi sıklıkla deneyimledikleri bildirilmektedir (Dutton vd., 2012; Er ve Mollaoğlu, 2011, Tülek, 2016). Bu araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması, bağımlılık düzeyleri ve geniş aile ilişkileri puanı düzeyi düşünüldüğünde bu sonucun beklenin aksi yönde olduğu söylenebilir. Bu durumun ise bireylerin aldıkları bakım kalitesini orta düzeyde değerlendirmelerinin psikolojik distres üzerinde etkili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

#### **5.4. Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PACIC), Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam (PAIS-SR) ve Modifiye Barthel İndeksi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması**

Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam ile PACIC toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=-0,343$ ;  $p<0,001$ ). Bu sonuç bireylerin hastalığa psikososyal uyumları azaldığında, bakım kalitesine yönelik farkındalıklarının arttığı ve bakımı olumlu değerlendirdikleri şeklinde yorumlanabilir. Yine bu çalışmada BI skoru ile PACIC toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=0,249$ ;  $p<0,001$ ). MS'li bireyler hastalığın doğası gereği sürekli bir bakıma ve sağlık profesyonelleri ile iletişime gereksinim duymaktadır. Bununla birlikte bireyin atak yönetiminin sağlayabilmesi için bireysel sağlık sorumluluğunu üstlenmesi önemlidir. Buradan yola çıkarak MS'li bireylerin bakımın yönetiminde aktif oldukları söylenebilir. Benzer şekilde Gerber vd., (2011) ve Skolasky vd., (2011) MS'li bireylerin bakım süreçlerinde aktif olmalarının bakım kalitesi algısını arttırdığı söylenebilir.

Bu araştırmanın bir diğer sonucu olarak Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam puanı ile BI skoru arasında ise istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ( $r=-0,561$ ;  $p<0,001$ ). Bu sonuç MS'li bireylerin fiziksel bağımlılık düzeyleri arttıkça hastalığa psikososyal uyumlarının azaldığı şeklinde açıklanabilir. Bu sonuç MS'li bireylerin yaşadığı fiziksel bağımlılık

ve hastalıđa iliřkin problemler dūřunūldūđunde beklenen bir sonuđtur. Benzer řekilde Tūlek (2016), Er ve Mollaođlu (2011) ile Terzi vd. (2010), MS'li bireylerin yeti yitimi ve engellik dūzeyi arttıka fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarının arttıđı, hastalıđa uyumlarının azaldıđını bildirmiřtir. Buna gōre arařtırma sonuđlarının literatūr ile uyumlu olduđu sōylenbilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

MS'li bireylerde uygulanan bakımın kalitesi ve MS'li hastaların psikososyal olarak hastalığa uyumunun değerlendirilmesi amacıyla yürütülen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi (Bİ) ölçeği alt boyut puan ortalamalarından en yüksek puanın ambulasyon alt boyut puan ortalamasına, en düşük puanın ise kişisel bakım alt boyut puanı ortalamasına ait olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2)
- PACIC Ölçeği toplam puan ortalamasına göre MS'li bireylerin bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetimini yeterli olarak değerlendirmektedir (Tablo 4.3)
- PACIC, amaç belirleme alt boyut puanının cinsiyet ve yaşanılan yer değişkenlerinden; problem çözme alt boyut puanının çalışma durumu değişkeninden; Problem çözme/koordinasyon alt boyut puanının çalışma durumu değişkeninden ve PACIC Ölçeği toplam puanının çalışma durumu değişkeninden etkilenmektedir (Tablo 4.7, 4.8, 4.9,4.10)
- Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamasına göre bu araştırmaya katılan bireylerin psikososyal uyumu orta düzeydedir (Tablo 4.3)
- Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği- sağlık bakımına oryantasyonu alt boyut puanının çocuk sahibi olma (Tablo 4.12), mesleki çevre ait boyutunun cinsiyet, çalışma durumu, yaşanılan yer (Tablo 4.13), ev ve aile ilişkileri alt boyut puanının cinsiyet, çocuk sahibi olma, yaşanılan yer ve çalışma durumu (Tablo 4.14), seksüel ilişki alt boyutunun yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, yaşanılan yer (Tablo 4.15), geniş aile ilişkileri alt boyutunun yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma, yaşanılan yer ve çalışma durumu (Tablo 4.16), sosyal çevre alt boyutu puanının yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve yaşanılan yer (Tablo 4.17), psikolojik distres çalışma durumu (Tablo 18) ve PAIS-SR ölçek toplam puanının ise cinsiyet, çocuk sahibi olma ve yaşanılan yer değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir.

- Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam ile PACIC toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=-0,343$ ;  $p<0,001$ , Tablo 19).
- MBI skoru ile PACIC toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ( $r=0,249$ ;  $p<0,001$ , Tablo 19).
- MBI skoru ile Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ( $r=-0,561$ ;  $p<0,001$ , Tablo 19).

## 6.2. Öneriler

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Klinik bakım süreçlerinde MS'li bireylerin günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık yaşama durumlarının birey değerlendirme kriterleri arasına alınması,
- Hemşirelerin, MS'li bireylerin öncelikli bakım gereksinimlerini belirleyerek bakım hedeflerini bireye özgü kaynaklar doğrultusunda karşılamaları,
- Kliniklerde MS'li bireylerin aldıkları bakıma ilişkin geri bildirimlerine ilişkin değerlendirme sisteminin geliştirilmesi ve kullanımı,
- Hemşirelerin, MS'li bireylerin psikososyal uyumlarını ve uyumu etkileyen değişkenleri değerlendirmeleri,
- Bu araştırma sonuçlarını temel alan araştırmaların farklı örneklerde ve farklı araştırma desenleri ile incelenmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığıdaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. [Yayınlanmamış doktora tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 1995
- Akdemir N, Birol L. Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N ve Birol L. (Editörler). Ankara: Sistem Ofset, 2. Basım, 2005; p:848-852 ve p:193-200.
- Akkuş Y., Kapucu S. (2006) Multipl skleroz ve hasta eğitimi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, s: 57-63
- Akpınar Z., Gündüz Z.B. (2011) Multipl skleroz ve kognitif bozulması. Selçuk Tıp Dergisi, 28(1):75-79.
- Akpınar Z., Tokgöz O.S., Gümüş H. (2014) Multipl sklerozda ağrı ve klinik özelliklerle ilişkisi. Türk Nöroloji Dergisi, 20:79-83
- Aksoy A (2001). Opinions Of Nurses About Quality In Nursing, I. International Nursing Management Conference Abstract Book s: 60.
- Alcan Z (2001). Hemşirelik hizmetlerinde kalite. Modern Hastane Yönetimi Dergisi 5(4-5): 57-60.
- Altıntaş A. (2009) Multipl sklerozun immunopatogenezi ve patolojisi. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics, 2(2):1-8.
- Altıntaş A., Uygunoğlu U., Zeydan B., Coşkun T.(2013) Özel durumlarda multipl sklerozlu hastaya yaklaşım. TJN 19(3):77-84
- Aksoy S., Timer E., Mumcu S., Akgün M., Kıvrak E., Örken DN. (2013) Multipl Sklerozda bilişsel etkilenmenin MOBİD ölçeği ile taranması. TJN, 19 (2): 52-55
- Alp R., Alp Sİ., plancı Y., Yapıcı Z., Börü ÜT. (2012) The prevalence of multiple sclerosis in the north caucasus region of Turkey: door-to-door epidemiological field study. Nöropsikiyatri arşivi, 49:272-275
- Alpua M., (2014) Multipl sklerozda oral tedavi seçenekleri. KÜ Tıp Fak. Derg., 16(3):28-32
- Araz A., Harlak H., Meşe G. (2007) sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(2):112-122
- Asano M., Hawken K., Turpin M., Eitzen A.,Finlayson M. (2015) The lived experience of multiple sclerosis relapse: how adults with multiple sclerosis processed their relapse experience and evaluated their need for post relapse care. Hindawi Publishing Corporation Multiple Sclerosis International 8:1-8
- Arpacı E., Ünal E.H., Gülpek D., Çe P., Akbay S.T., Gedizoğlu M., Mete L. (2011) Multipl skleroz hastalarında cinsel işlev bozukluğu. Journal of Neurological Sciences (Turkish) 28(1):71-77
- Aydemir Ö. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences. 2006; 2(47): 85-88.
- Basak T., Unver V., Demirkaya S. (2014) The use of complementary and alternative medicine by multiple sclerosis patients in Turkey. Gülhane Tıp Dergisi, 56:71-75
- Baklacioğlu HŞ., İçağasioğlu A., Haliloğlu S., Çoban RŞ., Demir Y., Eriman EÖ., Düz ÖA., Cantürk İA., Işık M. (2009) Multipl Skleroz hastalarında genişletilmiş durum özürüllük skalası ile anksiyete depresyon ilişkisi. Göztepe Tıp Dergisi 24(4):178-182
- Barry P. Psychosocial Nursing: Care of Physically İll Patients and Their Families. Philadelphia: Lippincott, 3rd Ed. 1996.
- Bil N. Tanrıverdi D. (2019). Multipl skleroz hastalarında posttravmatik büyümenin

- psikososyal uyum ile ilişkisi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Bilgi E., Özdemir HH., Bulut S. (2013) Multipl Sklerozlu hastalarda depresyon ve kognitif fonksiyon bozukluğu sıklığının belirlenmesi. *TJN*. 19(1):11-14 138
- Bir L.S. (2009) Multipl skleroz: doğal seyir ve prognoz. *Türkiye klinikleri J Neurol-Special Topics* 2(2):29-37 Boz C. (2009) Multipl sklerozda klinik bulgular ve semptomlar. *Türkiye klinikleri J Neurol-Special Topics* 2(2):9-14
- Boz C. (2010) MS'te Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. <http://www.mshastaligi.org/author/arzu/page/5/> (erişim tarihi: 12.02.2015)
- Börü ÜT., Alp R, Sur H, Gül L: Prevalence of multiple sclerosis door-to-door survey in Maltepe, Istanbul, Turkey. *Neuroepidemiology* 2006; 27: 17–21.
- Börü ÜT., Taşdemir M., Güler N., Ayık ED., Kumaş A., Yıldırım S., Duman A., Sur H., Kurtzke JF. (2011) Prevalence of multiple sclerosis: door-to-door survey in three rural areas of coastal black sea regions of Turkey. *Neuroepidemiology*, 37(3-4):231-235.
- Browne P., Chandraratna D., Angood C., Tremlett H., Baker C., Taylor BV., Thompson AJ. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity. *Neurology*. 2014 Sep 9;83(11):1022-4.
- Bulut S., Kılıç H., Demir C.F. (2011) Yukarı Fırat Bölgesinde multipl skleroz tanısı ile izlenen hastaların klinik ve demografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2):84-90
- Caon C., Meyer C., Mayer L., Smith S. (2013) Efficacy and safety of Alemtuzumab in multiple sclerosis and impact on nursing role. *International Journal of MS Care*, 15:159- 168
- Çam O, Babacan-Gümüş A, Yıldırım S. Fiziksel Hastalığa Verilen Psikososyal Yansımalar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. Çam O, Engin E. (Editörler). İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: p.599-635
- Çetin O.B. (2007) Eskişehir’de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Sosyoekonomi*, 2:90-104
- Çevik İ. (2013) Multipl Skleroz tanısı ve Tedavi Kılavuzu. Galenos Yayınevi, İstanbul
- Dahl O.P., Aarseth J.H., Myhr K.M., Nyland H., Holmqvist L.W. (2006) ADL and social activities in people with MS in Stockholm Country. *Clin Rehabi*, 20:543-551
- Dede HÖ., Duman T., Özer C., Melek İ., Okuyucu E. (2013) Multipl skleroz hastalarında ağrı, uyku kalitesi ve duyu durumunun hastalığın klinik özellikleri ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Neur* 8(2):39-45
- Demirci S. (2009) Multipl sklerozda semptomatik tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*, 2(2):91-96
- Dişsiz M., Beji N.K., Oskay Ü.Y. (2013) Multipl sklerozun cinsel yaşam üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1:1-10
- Dobson R., Giovannoni G. (2013) Multiple Sclerosis: Visual Guide for Clinicians. <http://www.neuronlines.com/tr-tr/neuropedia/neurokutuphane/detay/multiple-sclerosisvisual-guide-for-clinicians> (erişim tarihi: 20.02.2015)
- Doğan B., Abuaf Ö.K., Karabacak E. (2012) Tamamlayıcı/Alternatif Tıp ve Dermatoloji. *Türkderm*, 46:62-66
- Doğru VD, Karadokovan A. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Journal Of Cardiovascular Nursing*. 2016; 7(13):88-104.
- Duman A., Alp R., Yavuzer D., Börü Ü.T., Bayramiçli O.U., Dabak R. (2012) Multipl sklerozda barsak hareket bozuklukları ve amiloidoz ile ilişkisi. *Genel Tıp Derg.*, 22(1):6-10

- Durna Z. (2013) İç Hastalıkları Hemşireliği. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, s:290-296
- Dutton L., Simpson J., Boot J. (2012) MS and me: exploring the impact of MS on perceptions of self. *Disability&Rehabilitation*, 34(14):1208-1217.
- Erbay, Ö., Yeşilbalkan, Ö. U., Karadakovan, A. (2020).Multipl Sklerozlu Hastaların Tedavi Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(1), 30-40,
- Edemci Ş., Karakuş D., Uçan H., Şaşmaz F., Çelik C. (2010) Investigation of factors related to sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Türk J Phys Rehab* 56:130-134
- Efendi H. (2012). Multipl Skleroz ve Demyelinizan Hastalıklar. İçinde: İç Hastalıkları. 3. Baskı. Eds: İliçin G, Biberöglü K, Süleymenler G, Ünal S, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul s:3329- 3340
- Er F., Mollaoğlu M. (2011) Multipl sklerozlu hastalarda yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerinin incelenmesi. *Journal of Neurological Sciences*, 28(2):190-203.
- Eraksoy M., Bulut S., Alp R. Multipl Skleroz. İçinde: Nöroloji Temel Kitabı, Ed: Emre M, Birinci Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, 2013, s.1112-36.
- Ertekin Ö., Özakbaş S., Çınar B.P., Alun C., İdiman E. (2013) Klinik izole sendrom ve multipl skleroz hastalarında fiziksel aktivite düzeyi, egzersiz algısı ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50:116-121
- Ertekin Ö., Özakbaş S., İdiman E., Alun Z.C. (2013) Multipl skleroz hastalarında hafif ve şiddetli yeti yitiminin yürüme yeteneği ve yaşam kalitesi üzerine etkisi: 6 Aylık Takip Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 50:23-29
- Fauci A.S., Braunwald E., Kasper D.L., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L., Loscalzo J. (2009) *Harrisons's Manual of Medicine*. Çevirenler: Demiriz B., Demiriz I.Ş., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 1035-1041.
- Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (GTA) Yönetmeliği ile İlgili TOTBİT Çalışma Grubu Raporu. (2014). <https://dergi.totbid.org.tr/portalyonetim12/images/1/upload/alternatiftipyontemlerihakki.nda.pdf20153395856.pdf> (erişim tarihi: 11.12.2014) 140 Haliloğlu S., İçağasıoğlu A.,
- Baklacioğlu H.Ş., Yumuşakhuyulu Y., Atlıg R.Ş., Demirhan E., Işık N. (2009). Multip sklerozda yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ile ilişkisi. *Göztepe Tıp dergisi*, 24(3):129-133
- Principles of Internal Medicine*. Eds. Dİ Kasper, E Braunwald, As Fauci, Sİ Hauser, Dİ Longo, Jİ Jameson. 16th Ed. Mcgraw -Hill Comp. New York: 2005.p.2461- 2470.
- Hauser SL., Josephson SA., English JD., Engstrom JW. (2009) *Harrison Neurology in Clinic Medicine*. Çevirenler: Çelik M., Kurşun O., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 405-422
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). *Iasc Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva. 2007. [Http://Www.Who.Int/Mental\\_Health/Emergencies/Guidelines\\_Iasc\\_Mental\\_Health\\_Psychosocial\\_June\\_2007.Pdf](Http://Www.Who.Int/Mental_Health/Emergencies/Guidelines_Iasc_Mental_Health_Psychosocial_June_2007.Pdf)
- İdiman E. (2005) Demyelinizan Hastalıklar. İçinde: İç Hastalıkları. 2. Baskı. Eds: İliçin G, Biberöglü K, Süleymenler G, Ünal S, Güneş Kitabevi, İstanbul, s: 3650-3657.
- İdiman E., Özakbaş S., Uzunel F. (2004) Hafif özürüllüğe sahip multipl sklerozlu hastalarda yaşam kalitesi ölçümünde multiple sclerosis international quality of life (birinci versiyon)'ın kullanımı: 2 yıllık izlem sonuçları. *Türk Nöroloji Dergisi* 10(3):219-223
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). *Community-Based Psychosocial Support Participant's Book*. Denmark, 2009; p:20.

- Kalb RC. (2008) Multiple Sclerosis: The Questions You Have-The Answers You Need. Çevirenler: Eraksoy M., Demir G.A. Logos Yayıncılık, İstanbul Kamışlı Ö., Gönüllü S., Kamışlı S., Özcan C. (2011) Multipl sklerozda gebelik ve postpartum dönem. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 18(4):284-287
- Kapucu S., Akkuş Y., Akdemir N. (2011) Knowledge of patients with multiple sclerosis about their disease and prevention of complications, Journal of Neurological Sciences (Turkish) 28(3):362-365
- Karali y., Sağlam H., Karali Z., Kılıç S.S. (2011) The use of complementary and alternative medicine in patients with common variable immunodeficiency. J Investing Allergol Clin Immunol, 21:480-483
- Karadakovan A, EtiAslan F. Sinir Sistemi Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana: Nobel Kitapevi, 2010; p.1203-1207.
- Kaya T., Karatepe A.G., Demirhan A., Günaydın R., Gedizlioğlu M., Çe P. (2009) Multipl sklerozlu hastalarda yorgunluk ve ilişkili faktörler, Journal of Neurological Sciences (Turkish) 26(2):190-197
- Kayıhan H., Soyuer F., Armutlu K., Uyanık M., Bumin G., Düğer T. (2003). Multipl sklerozlu hastalarda fonksiyonel değerlendirme. Erciyes Tıp Dergisi, 25 (1): 28-37
- Khoshknab MF., Ghafari S., Nourozi K., Mohammadi E. (2014) Conforting the diagnosis of multiple sclerosis: a qualitative study of patient experiences, The Journal of Nursing Research, 22(4):275-282
- Knaster ES., Yorkston KM., Johnson K., McMullen KA., Ehde DM. (2011). Perspectives on Self-Management in Multiple Sclerosis. International Journal of MS Care. 13:146–152
- Kümbetoğlu B. (2012)
- Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma. Bağlam Yayıncılık. 3. Baskı. İstanbul Kürtüncü M., Eraksoy M., (2008) Multipl skleroz: epigenetik bir hastalık olabilir mi?. Nöropsikiyatri Arşivi, 45:15-20
- Kum N. Giriş. İçinde: Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Kum N. (Editör). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2. Basım, 2000: p.1-3.
- Kürtüncü M., (2011) Multipl Sklerozda Natalizumab Tedavisi. Nöropsikiyatri , 48(2):56-60
- Kocaman N. Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11(1):101-111.
- Mavioğlu H., Tülek Z, Bakar E., Kocaman N. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Genel Hastanede Psikososyal Bakım. Türkiye Klinikleri Journal Of Internal Medical Sciences, 2006; 2(47):97-107.
- Tavşanlı NG. (2014). Multipl Sklerozda Yaşam Kalitesi ve Ölçümü. Türk Nöroloji Dergisi. Aralık. 20, Özel sayı:1, Yaşam Kalitesi Özel Sayısı, s: 18-23
- Leino-Kilpi H, Luoto E. The Multiple Sclerosis Nurse As Patient Educator. Journal of Neuroscience Nursing. 2001; 3(2):83.
- Melcon MO, Correale J, Melcon CM. Is it time for a new global classification of multiple sclerosis? Journal of the Neurological Sciences 344 (2014) 171–181
- Munger KL., Zhang SM., O'Reilly E., Hernán MA., Olek MJ., Willett WC., Ascherio A. (2004) Vitamin D intake and incidence of multiple sclerosis. Neurology, 62:60-65
- Mutluay F.K. (2006) Multipl skleroz rehabilitasyonu. Türk Nöroloji Dergisi, 12(2):134- 143
- Neuman W.L. (2006) Toplumsal Araştırma Yöntemleri. Nitel ve Nicel Yaklaşımlar. Çeviren: Özge S., Desen Ofset, Ankara. Newland PK., Flick LH., Thomas FP., Shannon WD. (2014) Identifying co-occurrence in persons with Multiple Sclerosis. Clinical Nursing Research, 23(5):529-543

- Mohr DC, Cox D. Multiple Sclerosis: Empirical Literature For The Clinical Health Psychologist. *Journal Of Clinical Psychology*. 2001; 57(4):479-499.
- Onat Ş.Ş. (2012) Multip sklerozda görülen uyku bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Neur*, 7(1):8-16
- Onat Ş.Ş., Delialioğlu S.Ü., Özel S. (2014) Multipl Sklerozda uyku bozukluğunun fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal J Neorological Sciences (Turkish)* 31(3):450-460
- Özdemir L., Aşiret G.D. (2011) A holistic at patients with multiple sclerosis: focusing on social life, household and employment issues. *Turk J Phys Med. Rehab.*, 57:19-24
- Sezgin S. (2007) Multipl Sklerozlu Hastalarda Cinselliğe Dair Derinlemesine Duygu ve Düşüncelerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Mine Ekinci)
- Siva A., Uygunoğlu U., Tütüncü M. (2014) Kapımda 100 Hasta Beklerken Multipl Skleroz. 1. Baskı. Sigma Publishing, İstanbul 142
- Schmaderer, M. S., Zimmerman, L., Hertzog, M., Pozehl, B., & Paulman, A. (2016). Correlates of patient activation and acute care utilization among multimorbid patients. *Western journal of nursing research*, 38(10), 1335-1353.
- Smrtek J., Brodkey M.B., Ben-Zacharia A.B., Reardon J.D., Larocca T., Mammano R., Milazzo M., Rooney-Crino A.M., Sammarco C.L., Stacom R. (2010). The Dynamic of the multiple sclerosis nurse: challenges, expanding role and future direction. <http://www.icsny.org/sitemanagement/wp-content/uploads/2009/09/The-DynamicMultiple-Sclerosis-Nurse-Challenges-Expanding-Role-and-Future-Directions.pdf> (erişim tarihi:10.02.2015)
- Soyuer F., Mirza M., Erkorkmaz Ü. (2004) Multip Sklerozda yaşam kalitesi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 10(6):3492-3496 Soyuer F., Ünalın D., Mirza M. (2010) Multipl Sklerozda depresif semptomlar; sosyodemografik faktörler ve işlevsellik ile ilişkisi. *Türk Nöroloji Dergisi*. 16:31-35
- Stoll SS., Nieves C., Tabby DS., Schwartzman R. (2012) Use of therapies other than disease-modifying agents, including complementary and alternative medicine, by patients with multiple sclerosis: survey of licensed naturopaths. *J Altern Complement Med*, 10(5):891-897
- Şenol U. (2013) Multipl skleroz: tanı ölçütleri. <http://www.tmr.org.tr/2013mr/CONTENT/utku-senol-multipl-sclerosis-taniolcutleri.pdf> (erişim tarihi: 22.03.2015)
- Tan M., Dayapoğlu N. (2011) Multipl sklerozlu hastalarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 19(2):105-108.
- Tanık N., Aydın A., Selvi Y., Güleç M., Anlar Ö., Tombul T. (2012) Multipl Sklerozda tedavi, özürllülük ve depresyon arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 49:300-303
- Totaro R., Marini C., Giunta M., Carolie A. (2000) Prevalence of multiple sclerosis in the L'Aquila District, Cental Italy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 68:349-352
- Tellioğlu T., Tellioğlu Z. (2012) Tıbbi esrar psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılabilir mi?. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22(1):98-108
- Terzi M., Çelik Y., Kılınç M., Seleker F., Işık N., Gedizoğlu M., Zorlu Y. (2009) Türkiye'de multipl skleroz hastalığını tanı ve tedavisine genel yaklaşım. *Turk Norol Derg*, 15:124-128
- Terzi M., Kocamanoğlu B., Güz H., Onar M., Şahin A.R., (2009) Multip skleroz hastalarında cinsel fonksiyon bozukluğu. *Journal of Experimental and Clinical (Medicine Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi)*, 26:81-85

- Tola MA., Yugueros MI., Fernandez-Buey N., Fernandez-Herranz R.(1999) Prevalance of multiple sclerosis in Valladolid, northerm Spain. J Neurol, 246:170-174 1
- Tosun Y.Y. (2013) Multipl Sklerozda Damgalanma: Hasta ve Yakınlarında Hastalık Hakkında Bilgi , Tutum ve Davranış Özellikleri. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Çanakkale, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Halil Murat Şen)
- Tremlett H., Zhao Y., Rieckmann P., Hutchionson M. (2010) Multipl skleroz doğal seyrinde yeni bakış açıları. Neurology, 5(4):252-263
- Tuncay F.Ö. (2013) Multipl Sklerozlu Bireylere Uygulanan Soğutucu Giysi (Cooling Suit) Yönteminin Yorgunluk ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Sivas, (Danışman: Prof.Dr. Mukadder Mollaoğlu) Turan N., Öztürk A., Kaya N. (2010) Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 3(1):103- 108
- Tülek Z. (2006) Düzenli Sağlık Kontrolüne Alınan Multipl Sklerozlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. Zehra Durna)
- Tülek Z. (2007) Multiple sklerozlu hastanın hemşirelik bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2):25-32.
- Tülek Z., Durna Z., Eraksoy M. (2011) Exploring sexual problems among patients with multiple sclerosis. Acta Neurologica Scandinavica, 124:68-69 Türk Dil Kurumu [http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.55919c676e9450.86091930](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.55919c676e9450.86091930) (erişim tarihi: 10.02.2015)
- Türkbay T.G., Yıldırım Y., Özakbaş S., Uzunel F., İdiman E. (2004) Multipl sklerozlu hastalarda yorgunluk ve yorgunluğun etkisinin değerlendirilmesi. Türk Nöroloji Dergisi, 10(6):515-520
- Türkiye İstatistik Kurumu (2013). <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim tarihi: 20 Eylül 2014
- Tüzer V. (2011). Kronik Hastalıklar ve Yeti Yitiminde Sistemik Aile Yaklaşımları. Klinik Psikiyatr, 4: 193-201.
- Özkan S. Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yönleri. İçinde: Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, İstanbul: Roche Müstahzarları, 1993: p.140- 150.
- Özdemir Ü. ve Taşcı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1):57-72.
- Uğuz F., Akpınar Z., Özkan İ., Tokgöz S. (2008) Multipl Sklerozlu hastalarda majör depresyon ve yaşam kalitesi ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 45:28-31
- White CP, White MB, Russell CS (2008). Invisible and visible symptoms of multiple sclerosis: Which are more predictive of health distress? J Neurosci Nurs. Apr; 40(2): 85-95. 144
- Yıldırım K., Doğrul G. (2008) “Çalışmak ya da çalışmamak”: Türkiye’de kentsel alanlarda yaşayan kadınların işgücüne katılmama kararlarının olası belirleyicileri. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 8(1):239-262
- Yılmaz M., Yılmaz N. (2013) D vitaminin beyindeki rolü ve ilişkili nörolojik hastalıklar. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 4(3):411-415
- Yılmaz S.D., Gümüş H., Odabaş F.Ö., Akkurt E., Yılmaz H. (2014) Multipl sklerozlu kadınlar evlilik ve gebelik hakkında ne düşünüyor? 50. Ulusal Nöroloji Kongresi Bildiri Özetleri, 21-27 Kasım 2014, Antalya, 122-123
- Yüceyar N., Kocaman A.S. (2009) Mulipl skleroz tanı kriterleri. Turkiye klinikleri J Neurol-Special Topics 2(2):22-28
- [http://www.tkhk.gov.tr/2860\\_yurtdisi-ilac-fiyat](http://www.tkhk.gov.tr/2860_yurtdisi-ilac-fiyat), erişim tarihi:19.12.2015

## **EKLER**

### **Ek 1: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu**

#### **Hasta Tanıtım Formu**

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyetiniz nedir?
  - a) Kadın
  - b) Erkek
3. Eğitim düzeyiniz nedir?
  - a) Okur-yazar değil
  - b) Okuryazar
  - c) İlkokul
  - d) Ortaokul
  - e) Lise
  - f) Üniversite ve üzeri
4. Medeni durumunuz nedir?
  - a) Evli
  - b) Bekar
5. Evli iseniz çocuğunuz var mı?
  - a) Evet
  - b) Hayır
6. Çalışıyor musunuz?
  - a) Evet
  - b) Hayır

7. Mesleğiniz nedir?

a) Ev hanımı

b) Memur

c) İşçi

d) Emekli

8. Yaşadığınız yer?

a) Köy- kasaba

b) Kent

9. Sağlık güvenceniz var mı?

a) Evet

b) Hayır

### Ek 2: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (MBİ)

Modifiye Barthel İndeksi(Mbi)

	KOD	I	II	III	IV	V
A.	Transfer	0	3	8	12	15
B.	Ambulasyon	0	3	8	12	15
	Tekerlekli iskemle	0	1	3	4	5
C.	Merdiven	0	2	5	8	10
D.	Beslenme	0	2	5	8	10
E.	Giyinme	0	2	5	8	10
F.	Kişisel bakım	0	1	3	4	5
G.	Banyo yama	0	1	3	4	5
H.	Tuvalet kullanımı	0	2	5	8	10
I.	İdrar kontinansı	0	2	5	8	10
J.	Gaita kontinansı	0	2	5	8	10

Modifiye Barthel indeksi kodlarının açıklanması:

I: İş yapmak için yetersizdir.

II: Çok bağımlıdır, iş yapmayı dener fakat emniyetsizdir.

III: Orta derecede yardıma gereksinimi vardır.

IV: Minimal yardıma gereksinimi vardır.

V: Tamamen bağımsızdır.

### **A-Transfer**

0: Transferine katılamaz, mekanik bir alet olsun ya da olmasın transfer için iki kişi gereklidir.

3: Transferine katılabilir ama transferin tüm aşamalarında bir başka kişinin maksimum yardım gerekir.

8: Transferin herhangi bir aşamasında başka bir kişinin yardımı gereklidir.

12: Başka bir kişinin varlığı güvenlik için veya gözetim için gereklidir.

15: Hasta tekerlekli iskemlesi ile yatağa/sandalyeye güvenle yaklaşır, frenler, kilitler, ayak basacaklarını kaldırır, güvenle yatağa geçer, uzanır, yatak kenarında oturur duruma geçer, tekerlekli sandalyenin pozisyonunu değiştirir, geri sandalyesine güvenle geçebilir. Bu aktivitelerin hepsinde hasta bağımsız olmalıdır.

### **B-Ambulasyon**

0: Ambulasyonda bağımlıdır.

3: Ambulasyonda sürekli bir veya daha fazla yardımcıya ihtiyaç vardır.

8: Yürümeye yardımcı cihazlara erişme ve/veya onların kullanımları için bir yardımcı gereklidir. Yardım için bir kişi yeterlidir.

12: Hasta ambulasyonda bağımsızdır ama yardımsız 50 metre yürüyemez veya ehlikeli/riskli durumlarda güven için gözetim gerekir.

15: Hasta gerekirse cihazını takabilmeli, cihazını kilitleyip açabilmeli, ayakta durabilmeli, oturabilmeli, ambulasyonu için gerekli yardımcı cihaz ve aletleri kullanıma hazır pozisyona getirebilmelidir. Hasta koltuk değneği, kanadien, baston kullanabilmelidir. Ev içinde ve 50 m'lik bir mesafede yardımsız ve gözetimsiz yürüyebilir.

### **Tekerlekli İskemle Kullanma** (ambulasyona alternatif, ambulasyon 0 ise skorlanır)

0: Tekerlekli iskemle ile ambulasyonda bağımlıdır.

1: Hasta düz zeminde kısa mesafelerde tekerlekli iskemlesini sürdürebilir ancak diğer basamaklar için yardım gereklidir.

3: Bir kişinin mevcudiyeti gerekir ve tekerlekli iskemlenin masaya, yatağa vb. yerlere manüplasyonu için daima yardım gereklidir.

4: Belirli güzergahlara, makul bir süre boyunca hasta tekerlekli sandalyesini kendisi sürebilir, sert köşelerde minimal yardıma ihtiyaç duyar.

5: Bağımsız kabul etmek için hasta köşeleri kendisi dönebilmeli, çevresinde dönebilmeli, iskemleyi masaya, yatağa, tuvalete vs. yaklaştırabilmeli; evde, koğuşta vs. sandalyeyi en az 50 m sürebilmelidir.

### **C-Merdiven İnip Çıkma**

0: Hasta merdivenleri çıkamaz.

2: Merdiven inip çıkmanın tüm aşamalarında yardım gerekir. Bu yardım yürüme cihazlarının kullanım ve taşınmasının da içerir.

5: Hasta merdiven inebilir çıkabilir ama yürüme cihazlarını taşıyamaz, gözlem ve yardıma ihtiyaç duyar.

8: Genelde hiç yardım gerekmez. Zaman zaman sabah tutukluğu, nefes darlığı gibi durumlarda gözetim gerekir.

10: Yardım veya gözetim olmadan güvenle basamakları iner-çıkarmak, gerektiğinde trabzanları tutar, kanadien, baston kullanır; inerken çıkarken bu cihazları kullanabilmelidir.

### **D-Beslenme**

0: Tüm aşamalarda bağımlıdır, beslenmeleri gerekir.

2: Kaşık gibi bir beslenme aletini kullanabilir, ancak yemek boyunca bir kişinin aktif yardımı gerekir.

5: Gözetimle kendi kendine beslenebilir. Çaya süt ya da şeker koyma, tuz biber atma, yağ sürme, tabağı çevirme ve diğer yerleştirme aktivitelerinde yardım gereklidir.

8: Et kesme, süt kartonu açma, kavanoz kapağı açma vs. hariç hazırlanmış tepsiden bağımsız yemek yer. Başka bir kişinin varlığı gerekli değildir.

10: Başka biri yiyecekleri ulaşabileceği bir yere koyunca tepsiden veya masadan kendi kendine yemek yiyebilir. Hasta gerekirse yardımcı cihaz kullanabilir, yiyeceklerini keser, tuz biber atabilir, ekmeğe yağ sürebilir vs.

### **E-Giyinme**

0: Hasta giyinmenin tüm aşamalarında bağımlıdır. Aktivitelere katılamaz.

2: Bir dereceye kadar giyinme aktivitelerine katılabilir ancak, tüm aşamalarda bağımlıdır.

5: Herhangi bir giysiyi giymede ve/veya çıkarmada yardım gereklidir.

8: Giyinme için minimal yardım gereklidir: düğme ilikleme, fermuar çekme açma, çitçitleri açıp kapama, ayakkabı bağlama vs. şeklinde.

10: Hasta kendi kendine giyinir-soyunur, düğmeleri ayakkabı bağlarını ilikler, korseleri splintleri takar çıkarır.

### **F-Kişisel Bakım**

0: Kişisel bakımın yapamaz, tüm aşamalarda bağımlıdır.

1: Tüm aşamalarda yardım gereklidir.

3: Kişisel bakımın bir veya daha çok basamağında biraz yardım gereklidir.

4: Hasta kişisel bakımını yapabilir ancak önce ve/veya sonrasında minimal yardım gereklidir.

5: Hasta ellerini-yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalar, traş olabilir, erkek hastalar makine veya traş bıçağını kendi kullanabilmeli fişini takabilmeli, dolap veya çekmecesinden aletleri kendisi alabilmelidir. Bayan hastalar makyajlarını yapabilmeli, saçını tarayabilmelidir (şekil veremeyebilir).

### **G-Banyo Yapma**

0: Banyo yapmada tam bağımlıdır.

1: Banyonun tüm aşamalarında yardım gereklidir.

3: Duş veya banyoya transferinde veya yıkanıp kurulanmasında yardım gereklidir. Kondisyonu, hastalığı vb. nedeniyle görevi tamamlayamaz.

4: Su sıcaklığını ayarlama veya transferde güvenliği sağlamak için gözetim gereklidir.

5: Duş, küvet vs. hangi metot olursa olsun, diğer bir kişiye gerek duymadan tüm safhaları kendisi yapabilir.

### **H-Tuvalet Kullanımı**

0: Tuvalet kullanımında tam bağımlıdır.

2: Tuvalet kullanımında yardım gereklidir.

5: El yıkama transferler veya giysilerini giyme çıkarmada yardım gereklidir.

8: Normal tuvalet kullanımında güvenlik için gözlem gereklidir. Geceleri lazımlık gerekebilir. Ama kendisi boşaltabilmeli ve temizleyebilmelidir.

10: Tuvalete oturup kalkabilir, giysilerini giyer çıkarır, giysilerini kirletmez, yardımsız tuvalet kağıdı kullanır. Gerekirse geceleri ördek, lazımlık kullanabilir ama boşaltabilmeli ve temizliğini yapabilmelidir.

### **I-İdrar İnkontinansı**

0: Mesane kontrolünde bağımlıdır. İnkontinandır veya daimi sondası vardır.

2: İnkontinandır ama internal veya eksternal alet ile yardım edilebilir.

5: Gün boyunca kurudur ama gece ıslanabilir. Alet kullanımında biraz yardım gerekir.

8: Gece gündüz genelde kurudur ama nadiren kaçırma olabilir. İnternal, eksternal alet uygulamalarında minimal yardım gereklidir.

10: Gece gündüz kontrolü vardır ve/veya internal, eksternal alet kullanımında bağımsızdır.

### **J-Gaita İnkontinansı**

0: Hasta inkontinandır.

2: Hastaya uygun pozisyon verilmesi ya da bağırsak uyarı teknikleri şeklinde yardım gerekir.

5: Hasta uygun pozisyona gelebilir, ama uyarı teknikleri kullanamaz kendini temizleyemez. Sık sık kaçıır. Bez ile bağlama gerekir.

8: Supozituar veya lavman uygulamalarında gözetim gerekir, nadiren kaçıır.

10: Bağırsak kontrolü vardır, hiç kaçırmaz, supozituar veya lavman gerekli ise kendisi

### **Ek 3: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC)**

Kronik ya da uzun süren bir hastalığınız olduğunda, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamınızı sürdürmeniz zor olabilir. Hastalığınız konusunda size yardım edebilmemiz için, hekim, hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastaneniz, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır.

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığımız bakımı değerlendiriniz. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

<b>Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	1	2	3	4	5
2.Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	1	2	3	4	5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	1	2	3	4	5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	1	2	3	4	5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	1	2	3	4	5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	1	2	3	4	5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	1	2	3	4	5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	1	2	3	4	5
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	1	2	3	4	5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	1	2	3	4	5
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	1	2	3	4	5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	1	2	3	4	5
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	1	2	3	4	5
14.Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	1	2	3	4	5
15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	1	2	3	4	5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	1	2	3	4	5

17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	1	2	3	4	5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	1	2	3	4	5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	1	2	3	4	5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	1	2	3	4	5

#### **Ek 4: Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)**

Bu form sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları içermektedir. Bu hastalığın etkilerinin evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız. Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken hastalığa ait deneyiminizi / durumunuzu en iyi yansıtan ifadelerin yanına ( X ) işareti koyunuz. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

#### **Bölüm 1: Sağlık Bakımına Oryantasyon**

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

a) Sağlığım ile ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.

b) Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.

c) Genellikle sağlığım ile ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım. Fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.

d) Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

a) Hastalığım ile ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.

b) Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım. Fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.

c) Hastalığımın bakım ve korunması için yaptığım uygun birçok şey var.

d) Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

a) Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.

b) Su andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi. Fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.

c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.

d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

a) Tedaviden hiç memnun değilim. Personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.

b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı. Ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.

c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.

d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.

a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.

b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı. Ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.

c) Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti. Fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum. Bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.

d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım. Gerçekten bu isin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar. Hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel. Hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.

b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum. Ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.

c) Hastalığım hakkında genel bir kaniya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.

d) Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı. Doktorum ve tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında. Aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.

a) Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.

c) Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim. Fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.

d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum. Bu şekilde devam etmeye emin değilim.

8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde. Tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı. Açıkça neler olduğunu bilmiyorum.

b) Tedavim hakkında biraz bilgim var. Ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.

c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli. Fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

d) Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

## **Bölüm 2: Meslek Çevre**

1. Hastalığınız mesleğinizi / okulunuzu / ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.

c) Bazı ciddi sorunlar var.

d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz / çalışmalarınız / ev işlerinizi vb. yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

a) Kötü durumda

b) Pekiyi değil

c) Yeterli

d) Çok iyi

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç is günü kaybınız oldu mu?

a) 3 gün ve daha az

b) 1 hafta

c) 2 hafta

d) 2 haftadan daha çok

4. Şu an isiniz / okulunuz / çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

a) Su an hiç önemli değil

b) Oldukça az bir öneme sahip

c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi

d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5. Yasadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz / işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

a) Amaçlarım değişmez

b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu

c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti

d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız. Komsularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi?

a) Sorunlarda büyük artış var

b) Sorunlarda orta dereceli bir artış var

- c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var
- d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

### **Bölüm 3: Aile Çevresi**

1. Hastalanmanızdan bu yana esinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

2. Yaşamınızdaki çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.)?

- a) Çok kötü
- b) Kötü
- c) Fena değil
- d) İyi

3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a) Bir engelleme olmadı
- b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
- c) Orta derecede bazı problemler var. Bazıları halledilecek gibi değil
- d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a) Ailem bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olmadı
- b) Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi. Ama bazı konuları halledemediler
- c) Ailem genelde yardımcı oldu yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- d) Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a) İletişimde bir azalma yok

b) Çok az ölçüde bir azalma oldu

c) İletişimde bir azalma oldu. Onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum

d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komsular, aile) bazı yardımlar bekler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz? Böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var. Ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum

b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil

c) Her zaman olmamakla birlikte. Çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.

d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum. Olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok

b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.

d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8. Sizininki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

a) Önemli ölçüde maddi sıkıntım var

b) Orta derecede maddi sıkıntılarım var

c) Çok az maddi problemim var

d) Para ile ilgili bir problemim yok

#### **Bölüm IV: Seksüel İlişki.**

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

a) İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı

b) Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı

- c) Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle azaldı
- d) Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu
2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtiler hastalığımız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?
- a) Hastalığımdan bu yana. Kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum
- b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var
- c) Cinsel istekte hafif bir azalma var
- d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok
3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?
- a) Cinsel aktivitede bir azalma yok
- b) Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var
- c) Cinsel aktivitede önemli ölçüde bir azalma var
- d) Cinsel aktivite tamamen durdu
4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?
- a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
- b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
- c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var
- d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok
5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin basınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?
- a) Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- b) Cinsel performansım ile ilgili ufak problemler var
- c) Önemli cinsel problemlerim var.
- d) Cinsellikten tamamen koştum
6. Hastalıklar esler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir. Ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda esinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
- b) Bu konuda yoğun farklılıklar var
- c) Bazı farklılıklar var
- d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

### **Bölüm V: Geniş Aile İlişkiler**

1. Hastalığınız süresince hane dışında yasayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

- a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
- b) Görüşmeler biraz azaldı
- c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı
- d) Hastalık süresince hiç görüşmedik

2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde ne düzeyde?

- a) Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı ya da çok az bir istek oldu
- b) Öncekine oranla ilgi ve isteğim çok azaldı
- c) İlgim bir parça azaldı
- d) İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve yakın akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikrine ve yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz? Onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a) Yardıma ihtiyacım yok. İstedğim yardımı zaten veriyorlar
- b) Yeterince yardımcı oluyorlar
- c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil
- d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar ya da hiç yardım etmiyorlar

4. Bazı insanlar hane dışında yasayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağılıdır. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir? Hastalığınız bağılılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a) Bağılılığım önemli ölçüde yok oldu
- b) Bağılılığım önemli ölçüde azaldı

- c) Bağılılığım biraz azaldı  
d) Bağılılığım yoktu veya çok azdı. Bu bağılılık hastalıktan hiç etkilenmedi
5. Genel olarak su anda bu insanlarla aranınız nasıl?
- a) İyi b) Fena değil c) Kötü d) Çok kötü

### **Bölüm VI: Sosyal Çevre**

1. Hastalığınız öncesine göre bos zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?
- a) İlgim tıpkı eskisi gibi  
b) Eskisine göre biraz daha az  
c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı  
d) Hemen hemen hiç ilgim kalmadı
2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?
- a) Katılımım çok az ya da hiç yok  
b) Katılımım önemli ölçüde azaldı  
c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi  
d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı
3. Hastalığınızda öncesine göre ailenizle birlikte bos zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?
- a) İlgim tıpkı eskisi gibi  
b) Eskisine göre biraz daha az  
c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı  
d) İlgim çok az ya da ilgim kalmadı
4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?
- a) Katılımım çok az ya da su anda hiçbir katılımım yok  
b) Katılımım önemli ölçüde azaldı  
c) Katılımım biraz azaldı  
d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d) İlgim çok az. Ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl? Arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az ya da yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

### **Bölüm VII: Psikolojik Distres**

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız. Suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az d) Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a) Aşırı derecede b) Oldukça fazla c) Çok az oldu d) Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini Çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

a) Olmadı b) Çok az oldu c) Oldukça fazla d) Aşırı derecede

**Ek 5: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni**



T.C.  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/75-595

20.10.2021


Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDIKEN ALKAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Multipl Sklerozlu Bireylerde Bakım Kalitesi Ve Hastalığa Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2021/73 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 11.02.2021 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ramas ÇOLAK  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## Ek 6: Kurum İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI MARMARA  
ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ - MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK  
E.A.H. EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
14.07.2021 14.02 - 43766128 - 604.01.01 / 01-13.199  
6014091378

Sayı : E-43766128-604.01.01  
Konu : Bilimsel Araştırma (Hilal  
ÇELİKER)

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Hastanemiz Dahiliye Onkoloji 4 Servisinde Hemşire olarak görev yapmakta olan Hilal ÇELİKER'in "Multipl Sklerozlu Bireylerde Bakım Kalitesi ve Hastalığa Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi" konulu çalışmasını Kurumumuzda yapma talebi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Mehmet Fuat EREN  
Başhekim V.

**Ek 7: Kronik Hastalık Bakımını değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu Sahibinden Kullanım İzni**

 Siz kişisine 15 Oca 2020



Kronik Hastalık B...  
DOC - 58 KB



Türkçe-Pacic Ma...  
PDF - 610 KB

 2 ek (668 KB)

Sayın Hilal ÇELİKER,


Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN hocamla birlikte geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız **Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu**'nu yüksek lisans tez çalışmanızda elbette kullanabilirsiniz. Dokuz Eylül Üniversitesi HYO E-Dergisi'nin 2011 temmuz sayısındaki makalemizden kısa ve öz bilgilere ulaşabilir, kaynak olarak da onu kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve ilgili makaleyi size gönderiyorum.


Çalışmanızda başarılar dilerim.

**Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ**

**Ek 8: Modifiye Barthel İndeksi Sahibinden Kullanım İzni**

 **Ayşe Küçükdeveci** 2 Şub 2020  
Siz kişisine ...

 **MBI**  
PDF - 255 KB

 **MBI.Turkish**  
PDF - 54 KB

 2 ek (310 KB)

Sayın Hilal Çeliker,  
Modifiye Barthel İndeksini ve ilgili makalemizi ekte  
yolluyorum. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
İyi çalışmalar dilerim.  
Ayşe Küçükdeveci

## Ek 9: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Sahibinden Kullanım İzni



Mahmure AYGÜN  
Siz kişisine

16 Oca 2020

...



PAIS (1)  
PDF - 2,3 MB

Sayın Hilal Çeliker,

1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeği ni araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım. Ekte ölçekle ilgili bilgileri içeren dosyayı gönderiyorum. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün

## ÖZGEÇMİŞ

Hilal ÇELİKER, Ayancık Lisesi'ni bitirdikten sonra Ondokuz Mayıs Üniversitesi/Samsun Sağlık Yüksekokulu'ndan 2016 yılında mezun oldu. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire (2018- devam ediyor) olarak görev yapan Hilal ÇELİKER, orta derecede İngilizce bilmektedir. Temel ilgi alanları Palyatif bakım, Geriatri ve Fizyoloji'dir.

**ORCID ID:** 0000-0002-6171-5507