

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

MULTIPLE SKLEROZ TANISI ALAN BİREYLERİN
SOSYAL DESTEK MEKANİZMALARI İLE
PSİKIYATRİK SEMPTOMLARININ İNCELENMESİ

DOKTORA TEZİ

ELVAN YAVUZ

İstanbul
Ocak- 2022

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

**MULTIPLE SKLEROZ TANISI ALAN BİREYLERİN SOSYAL
DESTEK MEKANİZMALARI İLE PSİKİYATRİK
SEMPTOMLARININ İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

ELVAN YAVUZ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. REYHAN SAYDAM

İstanbul
Ocak- 2022

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Bilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç.Dr. Reyhan SAYDAM

Üye Doç.Dr. Emel YURTSEVER

Üye Dr. Öğr. Üyesi Sena ÖKSÜZ

Üye Doç. Dr. Taner ARTAN

Üye Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİRİNCİ

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Metin TOPRAK

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Doktora tezi olarak hazırladığım “**Multiple Skleroz Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları ile Psikiyatrik Semptomlarının İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Elvan YAVUZ

ÖN SÖZ

Doktora ders döneminde ve doktora tez aşamasında kendisinden pek çok şey öğrendiğim, bilgisinden, tecrübesinden yararlandığım, bana yol gösteren çok kıymetli, saygıdeğer tez danışmanım Doç.Dr. Reyhan SAYDAM'a,

Kıymetli öneriyle bana yol gösteren, tez izleme komite üyesi değerli hocalarım Doç. Dr. Emel YURTSEVER ve Dr. Öğr. Üyesi Sena ÖKSÜZ'e,

Tez savunma sınavıma katılan ve önerileriyle yol gösteren jüri üyesi kıymetli hocalarım Doç.Dr. Taner ARTAN ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİRİNCİ'ye,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, kıymetli hocalarım Prof. Dr. Gülsüm ÇAMUR ve Prof. Dr. İshak AYDEMİR'e,

Veri toplama sürecinde her zaman yanımda olan, pek çok MS tanısı alan bireye ulaşmamı sağlayan sevgili arkadaşım Hatice EŞKİN GÖK'e ve tez çalışmama gönüllü olarak katılan, içtenlikle tüm sorulara yanıt veren MS tanısı almış bireylere,

Son olarak ise, her daim yanımda olan, beni bugünlere getiren, sevgi, ilgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Elvan YAVUZ

İstanbul - 2022

ÖZET

MULTIPLE SKLEROZ TANISI ALAN BİREYLERİN SOSYAL DESTEK MEKANİZMALARI İLE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARININ İNCELENMESİ

Elvan YAVUZ

Doktora, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Reyhan SAYDAM

Ocak, 2022- 177+ XV Sayfa

Bu çalışmanın amacı, Multiple Skleroz (MS) tanısı alan bireylerin sosyal destek mekanizmaları ile bireylerin hastalığından dolayı yaşadığı psikolojik sorunlar, hastalıkla birlikte meydana gelen psikiyatrik semptomların incelenmesi olup; tanımlayıcı çalışma olarak planlanmıştır. Nicel bir araştırma olan çalışmada, amaçsal örnekleme ile belirlenmiş 410 MS tanısı alan bireye ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, demografik bilgi formu ile sosyal desteği incelemek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, psikiyatrik semptomları incelemek içinse, Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) kullanılmıştır. Bu çalışmada, MS tanısı alan bireylerin sosyal destek mekanizmaları ve psikiyatrik semptomları bazı değişkenlere göre incelenmiş olup; araştırma bulgularına göre; araştırmaya katılan hastaların, %77.1'i kadın, %37.8'i 30 yaş ve altında, %60.7'si evli, %58.5'i üniversite mezunu, %46.3'ü 1-5 yıldır MS hastası, %78.0'i atak ve iyileşmelerle giden MS (RRMS) tipi olduğu sonucuna varılmıştır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinde; MS'den dolayı psikolojik sorun yaşamamış olanların, sosyal desteğinin daha yüksek olduğu; eğitim durumu arttıkça sosyal desteğin de arttığı; hastalığa uyum sağlayanların daha fazla sosyal destek aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan MS hastalarının, Psikolojik Belirti Tarama Listesi, Genel Semptom Düzeyine göre psikopatolojik durumu olan bireylerin oranı %60.7'dir. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom düzeyi arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmuştur. Araştırma bulgularının tıbbi sosyal hizmet literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Multiple Skleroz, Sosyal Destek, Psikiyatrik Semptomlar, Sosyal Hizmet, Tıbbi Sosyal Hizmet.

ABSTRACT

**THE EXAMINATION OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS OF
INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH MULTIPLE SCLEROSIS
WITH SOCIAL SUPPORT MECHANISMS**

Elvan YAVUZ

PhD, Department Of Social Work

Thesis Supervisor: Assoc. Prof. Reyhan SAYDAM

January, 2022- 177+ XV Pages

As a descriptive study, the purpose of this study is to investigate the social support of individuals who are diagnosed with MS, experienced with psychological problems, and psychiatric symptoms that is resulted from the disease. In the study, which is a quantitative research, 410 patients diagnosed with MS were reached, determined by purposive sampling. As data collection tools, demographic information form, Multidimensional Perceived Social Support Scale in order to examine social support and the Psychological Symptom Checklist (SCL-90-R) to analysis for the psychiatric symptoms are used. According to research findings, the demographic information of the individuals with MS who need social support and psychiatric symptoms are ranges of some variables. 77.1% participants were women and 37.8% of them were 30 years and under. Besides, 60.7% of them were married, 58.5% of university graduates. Also, 46.3% of participants were vary 1-5 years old and 78.0% of participants had MS (RRMS) type which went with relapsing remitting. The results of the multidimensional scale of social support scale, individuals who have not experienced psychological problems due to MS have higher social support. Also, results show if the individuals with MS who are more educated and well-adapted, the more social support. The rate of individuals with psychopathological conditions resulted from the Psychological Symptom Checklist is 60.7%. In terms of the results of study, the rate of MS patients with psychopathological conditions according to the Psychological Symptom Checklist and General Symptom Level is 60.7%. There is a moderate negative correlation ($r=-0.344$) between perceived social support and general symptom level. Research findings are very important in terms of both medical and social work literature.

Key Words: Multiple Sclerosis, Social Support, Psychiatric Symptoms, Social Work, Medical Social Work.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR	xv

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı ve Problemi.....	2
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3.Araştırmanın Sınırlılıkları	4

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	5
2.1. Kronik Hastalıklar	5
2.2. Multiple Skleroz (MS)	7
2.2.1. Multiple Skleroz Tanımı ve Tarihçesi	7
2.2.2. Epidemiyoloji.....	8
2.2.3. Etiyoloji	9
2.2.4. Multiple Skleroz’da Klinik Belirtiler.....	10
2.2.5. Multiple Skleroz’da Tanı Ölçütleri.....	14
2.2.6. Multiple Skleroz’un Tipleri	16

2.2.7. Multiple Skleroz Tedavisi.....	18
2.3. Multiple Skleroz Bağlamında Sosyal Destek.....	19
2.3.1. Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek	19
2.3.2. Sosyal Destek Kaynakları.....	25
2.3.3. Sosyal Destek Kavramına İlişkin Modeller	25
2.4. Multiple Skleroz'da Psikiyatrik Semptomlar.....	26
2.5. Multiple Skleroz'da Görülen Psikososyal Sorunlar	31
2.6. Multiple Skleroz Hastalarının Baş Etme Mekanizmaları	33
2.7. Sosyal Hizmet Perspektifi ile Multiple Skleroz	35

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM.....	40
3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	40
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.3. Verilerin Toplanması	40
3.4. Verilerin Analizi.....	41
3.5. MS Tanısı Alan Bireylerin Demografik Özellikleri.....	41
3.6. Veri Toplama Araçları	42
3.6.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	43
3.6.2. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R).....	44

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI.....	48
4.1. MS Tanısı Alan Bireylerin Hastalığa İlişkin Bulguları.....	48
4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları Madde Toplam Korelasyonu.....	50
4.3. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Alt Boyutları Madde Toplam Korelasyonu.....	50

4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler	52
4.5. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler	53
4.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler ve Normallik Testleri.....	60
4.7. Psikopatoloji Varlığına İlişkin Bulgular	61
4.8. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	61
4.9. Psikiyatrik Semptomların, Algılanan Sosyal Desteğin Alt Boyutlarına Etkisinin İncelenmesi.....	64
4.10. Değişkenlerin, Algılanan Sosyal Desteğe Etkisinin İncelenmesi	66
4.11. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Cinsiyet Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	67
4.12. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Yaş Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	69
4.13. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Medeni Durum Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	72
4.14. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çocuk Sayısı Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	74
4.15. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi İlişkin Bulgular.....	76
4.16. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çalışma Bilgileri Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	79
4.17. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Aylık Gelir Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	81
4.18. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalık Süresi Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	85
4.19. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Tipi Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	86
4.20. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tedavisinden Yararlanma Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	89

4.21. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığı Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalığı Olma Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	91
4.22. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığına Uyum Sağlama Düzeyi Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	93
4.23. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'den Dolayı Meydana Gelen Sorunların Sosyal İlişkileri Etkileme Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	96
4.24. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Atak Geçirme Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	98
4.25. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Atak Geçirme Sıklığı Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	100
4.26. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'den Dolayı Psikolojik Olarak Sorun Yaşama Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	103
4.27. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Hastalığından Dolayı Bir Uzman Tarafından Herhangi Bir Psikolojik Yardım ya da Destek Alma Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	106
4.28. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	108
4.29. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Çevresinde En Çok Destek Alınan Kişi ya da Kişiler Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	110
4.30. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Ailesinde Kendisinden Başka MS Tanısı Alan Birey Olma Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	112

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma.....

5.1.1. MS Tanısı Alan Bireylerin Demografik Özellikleri ile İlgili Verilerin Tartışılması.....

5.1.2. MS Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları ile Psikiyatrik Semptomları Arasındaki İlişkinin Analizi.....

5.1.2.1. MS Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları/Psikiyatrik Semptomları Katılımcılardan Elde Edilen Demografik Verilere Göre Analizi.....	120
5.1.2.2. MS Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları/Psikiyatrik Semptom Bulgularının MS Hastalığının Tanı Sürecine Göre Analizi	124
5.1.2.3. MS Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları/Psikiyatrik Semptomları MS Hastalığı Seyri ile Birlikte Bireysel ve Çevresel Değişkenlere Göre Analizi.....	127
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	130
5.2.1. Öneriler	135
KAYNAKÇA	137
EKLER.....	165
ÖZGEÇMİŞ.....	177

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1: Demografik Veriler.....	41
Tablo 3.2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Güvenirliği (Cronbach's Alpha)	44
Tablo 3.3: SCL-90-R ile Elde Edilen Ortalama, Standart Kayma ve Ranj Değerleri ile Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları	47
Tablo 4.1: Hastalığa Ait Bulgular	48
Tablo 4.2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler	52
Tablo 4.3: Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler	53
Tablo 4.4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler ve Normallik Testleri	60
Tablo 4.5: Psikopatoloji Varlığı.....	61
Tablo 4.6: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	61
Tablo 4.7: Psikiyatrik Semptomların, Aile Desteğine Etkisinin İncelenmesi.....	64
Tablo 4.8: Psikiyatrik Semptomların, Özel Bir İnsan Desteğine Etkisinin İncelenmesi.....	64
Tablo 4.9: Psikiyatrik Semptomların, Arkadaş Desteğine Etkisinin İncelenmesi	65
Tablo 4.10: Psikiyatrik Semptomların, Algılanan Sosyal Desteğe Etkisinin İncelenmesi.....	66
Tablo 4. 11: Değişkenlerin, Algılanan Sosyal Desteğe Etkisinin İncelenmesi.....	66
Tablo 4.12: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi (t Testi).....	68
Tablo 4.13: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Yaş Açısından İncelenmesi (Anova Testi).....	69
Tablo 4.14: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Medeni Durum Açısından İncelenmesi (Anova Testi).....	72
Tablo 4.15: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çocuk Sayısı Açısından İncelenmesi (Anova Testi)	74

Tablo 4.16: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi (Anova Testi).....	76
Tablo 4.17: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çalışma Bilgileri Açısından İncelenmesi (Anova Testi).....	79
Tablo 4.18: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Aylık Gelir Durumu Açısından İncelenmesi (Anova Testi)	82
Tablo 4.19: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalık Süresi Açısından İncelenmesi (Anova Testi).....	85
Tablo 4.20: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Tipi Açısından İncelenmesi (Anova Testi)	87
Tablo 4.21: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tedavisinden Yararlanma Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi).....	90
Tablo 4.22: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığı Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalığı Olma Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi).....	91
Tablo 4.23: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığına Uyum Sağlama Düzeyi Açısından İncelenmesi (Anova Testi).....	93
Tablo 4.24: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'den Dolayı Meydana Gelen Sorunların Sosyal İlişkileri Etkileme Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)	96
Tablo 4.25: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Atak Geçirme Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi).....	99
Tablo 4.26: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Atak Geçirme Sıklığı Açısından İncelenmesi (Anova Testi).....	100
Tablo 4.27: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'den Dolayı Psikolojik Olarak Sorun Yaşama Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi).....	104
Tablo 4.28: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Hastalığından Dolayı Bir Uzman Tarafından Herhangi Bir Psikolojik Yardım ya da Destek Alma Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)	107
Tablo 4.29: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)	108
Tablo 4.30: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Çevresinde En Çok Destek Alınan Kişi ya da Kişiler Açısından İncelenmesi (Anova Testi)	110

Tablo 4.31: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Ailesinde Kendisinden Başka MS Tanısı Alan Birey Olma Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)	113
--	-----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: RRMS (Atak ve İyileşmelerle Giden MS).....	16
Şekil 2.2: PPMS (Birincil İlerleyici MS).....	17
Şekil 2.3: SPMS (İkincil İlerleyici MS).....	17
Şekil 2.4: RPMS (Yineleyici-İlerleyici MS).....	18



KISALTMALAR

BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSS	: Expanded Disability Status Scale
HSCL	: Hopkins Symptom Check List
KİS	: Klinik İzole Sendrom
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MS	: Multiple Skleroz
PPMS	: Primer Progresif MS
RPMS	: Relapsing Progresif MS
RRMS	: Relapsing Remitting MS
SPMS	: Sekonder Progresif MS
SCL-90-R	: Symptom Check List (Psikolojik Belirti Tarama Listesi)
WHO	: World Health Organization
Akt	: Aktaran
Vd	: Ve Diğerleri

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Multiple Skleroz (MS) hastalığı, atak ve remisyonlarla seyreden, bireyin yaşam kalitesini etkileyen, bulaşıcı olmayan, fiziksel, kognitif, sosyal ve duygusal işlevselliğe etki eden, demiyelinizan, akson hasarına neden olan, kronik bir sinir sistemi hastalığıdır (Bayıl ve ark. 2012).

Kronik hastalıklar gerek hasta olan bireyde, gerekse aile üyelerinde kriz ortamı meydana getirebilmektedir. MS hastalığı süreci de, kişide meydana gelen değişim ve dönüşümler bakımından sorunları beraberinde getirmektedir.

Her hastalıkta olduğu gibi, kronik hastalıklarda da hasta bireyin, ailesinden ya da çevresinden sosyal destek almış veya alıyor olması önemli bir husustur. Kronik hastalıklar neticesinde yaşanan krizler, hastalığa bağlı uyum süreci, hastalığı kabullenmeme, hastalıkla birlikte kişinin var olan alışkanlıklarının değişmesi, aile üyelerindeki rol ve fonksiyonların değişimi gibi durumlar sosyal desteği gerekli kılmaktadır. Yapılan nitel bir çalışmada, MS'li bireylerin hastalığı kabullenmede güçlük, baskı, kendini soyutlama ve yetersiz hissetme, manevi desteği yeterli düzeyde alamama, planları erteleme ya da gerçekleştirilmede güçlük yaşama gibi durumların söz konusu olduğu saptanmıştır (Çakır, 2020). Sosyal destek mekanizmaları güçlü olan, hastalığa uyumu iyi ya da baş etme becerileri nitelikli olan birey kendisini daha iyi ve güvende hissetmektedir.

Tüm hastalıkların olumsuz etkileri gibi, MS hastalığında da görülen semptomlar bireylerin yaşamının hemen hemen her alanını olumsuz yönde etkilemektedir. MS sürecinde, bazı hastalarda meydana gelen yeti yitimiyle birlikte, iş gücüne katılamama, kişiden beklenen rollerin yerine getirilememesi, hastalıkla birlikte sosyal hayattan izole olma gibi sorunlar, ruhsal yönden hastada problemler doğurabilmektedir. Sosyal destek alındığı takdirde birey, olay ve durumlara daha pozitif bir perspektiften bakabilmektedir. Sosyal destek güçlendirmeyi de beraberinde getirmektedir. Hastalık sürecinde sosyal desteğin azalması ya da gereken sosyal desteğin etkili bir biçimde alınmaması, kişide psikiyatrik sorunlara neden olabilmektedir.

Bireyi, hastalığı sürecinde, tıbbi tedavinin yanı sıra, ruhsal açıdan güçlendirmek için sosyal ilişkiler önemli bir yere sahiptir. Kronik hastalığa sahip bireylerde psikiyatrik

semptomlar ise, bir diğerk önemli noktadır. Çünkü hastalıklar, kişide psikolojik sorunlara da neden olmaktadır. Literatürü incelediğimizde, MS'de görülen psikiyatrik semptomlar, diğerk kronik ve nörolojik hastalıklara oranla oldukça yüksektir. 2016 yılında MS hastalarının yaşam kalitesi ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, 45 MS hastası çalışmaya katılmış olup, hastaların, %80.0 oranında yorgunluk, %44.4 oranında denge problemi, %35.6 oranında ağrı, %20.0'ında cinsel sorunlar ve %17.8'inde bağırsak problemleri olduğu sonucuna varılmıştır. Tüm bunlar neticesinde, hastaların yaşam kalitelerinin düşük ve ruhsal bağlamda sorun yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Bulunmaz Güler, 2016). 104 MS hastası ile yapılan bir başka çalışmada ise, hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve yeti yitimini etkileyen öğeler incelenmiş olup, %67.3'ünde farklı seviyelerde yeti yitiminin olduğu bildirilmiştir. Çalışmaya göre, hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken, başka bir bireye bağımlı olanların oranı %72.1 olarak bulunmuştur (Er ve Mollaoğlu, 2011). Sağlık, her bakımdan tam bir iyilik halidir.

Kronik hastalıklar sürecinde sosyal hizmet meslek elemanları, bireyi bir bütün halinde değerlendirip, ekosistem yaklaşımı çerçevesinde, mesleğe özgü müdahale yöntemleri olan mikro, mezzo ve makro düzeyde müdahale yöntemlerini kullanarak incelemelerde bulunup, çalışmalarını gerçekleştirmektedir. Bireyin güçlendirilmesi, hastalıkla ve hastalığın neden olduğu sorunlarla baş etme mekanizmalarının geliştirilmesinde ve güçlendirilmesinde sosyal hizmet önemli rol oynamaktadır.

1.1. Araştırmanın Amacı ve Problemi

Hastalıkları, yaşam şartlarından bağımsız değerlendirmek doğru olmamakla birlikte; hastalıklar çok yönlü değerlendirilmelidir (Aytaç ve Kurttaş, 2015). MS hastalığı da çok boyutlu değerlendirilmesi gereken bir hastalıktır. Bu bağlamda tezin amacı; MS tanısı alan bireylerin, hastalığından dolayı yaşadığı psikolojik sorunlar, hastalıkla birlikte meydana gelen psikiyatrik semptomların baş göstermesi ve MS tanısı alan bireylerin sosyal destek mekanizmalarının bazı değişkenlere göre incelenmesidir. Tezin temel problemi:

- MS tanısı alan bireylerin sosyal destek mekanizmaları ile psikiyatrik semptomları arasında bir ilişki var mıdır?

Alt amaçlar kapsamında ise, MS tanısı alan bireylerin sosyal destek mekanizmaları ile psikiyatrik semptomlarının demografik formda yer alan değişkenlere göre farklılaşma durumları incelenmiştir. Bu bağlamda, alt amaçlar aşağıdaki gibidir:

- MS tanısı alan bireylerin, sosyal destek mekanizmaları/psikiyatrik semptomları katılımcılardan elde edilen demografik verilere (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma bilgisi, aylık gelir durumu) göre farklılaşmakta mıdır?
- MS tanısı alan bireylerin, sosyal destek mekanizmaları/psikiyatrik semptomları MS hastalığının tanı sürecine (MS hastalığına sahip olma süresi, MS tipi, fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma durumu, MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu, MS'e bağlı olarak atak geçirme durumu, MS konusunda bilgi sahibi olma durumu, aile üyelerinde MS tanısı alan bireylerin olma durumu) göre farklılaşmakta mıdır?
- MS tanısı alan bireylerin, sosyal destek mekanizmaları/psikiyatrik semptomları MS hastalığı seyri ile birlikte bireysel ve çevresel değişkenlere (MS hastalığına uyum sağlama düzeyi, MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkileri etkileme hususu, MS'den dolayı psikolojik sorun yaşamaları, MS'den dolayı bir uzman tarafından -Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Psikiyatr gibi- herhangi bir yardım ya da destek almaları, MS'e bağlı olarak çevresinde en çok sosyal destek alınan kişi ya da kişilere) göre farklılaşmakta mıdır?

1.2. Araştırmanın Önemi

Sosyal hizmetin “bütüncül bakış açısı” ve “çevresi içinde birey” kavramıyla birlikte tez çalışmamız gerçekleştirilmiş olup, bu çalışmanın, literatüre ve tıbbi sosyal hizmet literatürüne, bu açıdan katkı sağlayacağını düşünmek mümkündür. Çünkü literatürü incelediğimizde, nörolojik ve kronik hastalıklar grubunda olan MS hastalığı ile ilgili çalışmaların genel olarak sağlık bilimleri alanında (tıp, hemşirelik, fizyoterapi ve rehabilitasyon gibi) alanlarda çalışıldığını görmekteyiz. Sosyal Hizmet alanında da MS ile ilgili araştırmalar mevcuttur. Bu çalışmalar; Atak (2017), Tek (2019), Akrami (2019) ve Çakır'ın (2020) yılında yaptığı yüksek lisans tez çalışmalarıdır. Fakat araştırmalar sınırlı sayıdadır. Dolayısıyla, MS ile ilgili yapılmış veya yapılacak

çalışmalarda hastalığın tıbbi boyutunun yanında psikososyal boyutunu inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu bağlamda tez çalışmamızın sosyal hizmet bilimine katkısı ve bu alanda özgün kılan noktası şudur; nicel bir araştırma olan alışmamızda, MS tanısı alan bireylerin algıladıkları sosyal destek ve psikiyatrik semptomların varlığı ortaya konulmuş olup, tezin tıbbi sosyal hizmet alanına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Buna ek olarak, çalışmada, MS tanısı alan bireylerin algılanan sosyal desteğinin ne düzeyde olduğu, bu bireylerin kim ya da kimler tarafından sosyal destek verildiği ve hastalığın meydana getirdiği psikiyatrik semptomların neler olduğu, bu semptomların araştırılması ve algılanan sosyal desteğin psikiyatrik semptomlar üzerindeki etkisinin ortaya koyduğu sonuçlar bakımından önemlidir.

1.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Covid-19 pandemisi sebebiyle dijital ortamda yapıldığından dolayı, katılımcılarla yüzyüze görüşmeler yapılamamıştır. Bununla birlikte, araştırma, demografik bilgi formunda yer alan temel sorularla, “ok boyut algılanan sosyal destek leği” ve “psikolojik belirti tarama listesi (SCL-90-R)” ile sınırlandırılmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar, ülkelerin gelişmişlik seviyelerine ve sosyal sınıfların biçimine bakılmadan gün geçtikçe artmakta olan bir durumdur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalık kavramını şu şekilde tanımlamıştır; kalıcı olmakla birlikte, zaman içinde çoğalan, yitime ve geri dönüşü olmayan değişikliklere sebep olan, ayrıca uzun vadede gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakıma ihtiyaç olan durumlardır (Who, 2005). Bir başka kronik hastalık tanımına göre; uzun vadede, bulaşıcı olmayan, regresyon hali ya da tamamen iyileşmesi mümkün olmayan, fonksiyon bozukluğu ve yeti yitimine neden olabilen hastalıklar olarak bilinmektedir (Demirağ, 2009). Buna ek olarak, belirli ve mutlak anlamda tedavisi olmayan veya tedavisi komplike olan hastalıkları tanımlamak için de kronik hastalık kavramı kullanılabilir (Midence, 1994; Lavigne ve Faier-Routman, 1993). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kronik hastalıklar, çoğunlukla kişilerin verimli oldukları, 20-65 yaş grubunda izlenen çeşitli hastalıklardan oluşmaktadır ki bu hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar, obezite, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları, kanser, böbrek hastalıkları, nörolojik hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar, romatolojik hastalıklar şeklinde sıralanabilir (Who, 2008).

Vessey (1999), kronik hastalıklarda tanı esnasında veya hastalık süreci içinde belirleyici niteliklerden bir ya da birkaçının bulunması gerektiğini ortaya koymuştur.

Bunlar:

- Bireyin fonksiyonelliğinin sınırlanması,
- Fiziksel görünümde bozulmaya sebebiyet vermesi,
- Bireyi hastalığından dolayı ilaç kullanmaya zorunlu kılması,
- Özel bir diyeti ya da tıbbi yenilikleri zorunlu kılması,
- Evde, okulda veya işyerinde süregelen özel tedaviler gerektirmesi,
- Normal koşullarda sağlığı korumak için gerektiğinden çok ve ağır tıbbi bakım gerektirmesi olarak sıralanır (Vessey, 1999; Akt. Coffey, 2006).

Kronik hastalıkların doğasını oluşturan üç boyut vardır. Bu boyutlardan ilki, *kriz aşamasıdır*. Kriz aşamasında; tanı konulur, tedavi planı tanımlanır. Bireyin hastalığa entegrasyonu ve hastalıkla baş etmesi gibi durumlar bu aşamada mevcuttur. İkinci bir boyut olan *kronik aşama*; tanının konulmasından itibaren, bireyin terminal dönemine kadar giden sürecidir. Üçüncü boyut ise, *terminal aşamadır*. Bu aşamada, ölümün kaçınılmaz bir hakikat olduğu baz alınmaktadır (Rolland,1987; Rolland,1999).

Matson ve Brooks, çalışmaları sonucu kronik hastalık sürecine uyum şemasını ortaya koymuştur. Bu uyum şemasına göre, bireyler, ilk olarak belirsizlik, inkar, kabullenme ve son olarak uyum aşamasından geçmektedirler (Akt. Tanık, 2006).

Kronik hastalıklarda uyum sürecini psikolojik ve sosyal uyum açısından değerlendirmek mümkündür. Psikolojik uyum; tanı ve tedavi için hastaneye yatış, hastalığın kötüleşmesi, tedavilerin yetersizliği ve öz bakım yitimi ile ilgili beklenti ve farklılaşmaya bağlıdır. Psikolojik uyumda, hasta birey için stresörler oldukça aktiftir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2010). Kronik hastalığa sahip bireyde duyu, sezgi ve kontrol kaybı, ölüm oranı insidansı, önemli rollerin yerine getirilememesi ve sosyal çevre kaybı, cinsel işlevde bozulma, gelecek ile ilgili belirsizlik, hayatın anlam ve gayesinde azalma, ölüm korkusu gibi endişe ve korkular görülmektedir (Cimili 2001; Karadakovan ve Eti Aslan, 2010). Sosyal uyumda ise; kronik hastalığı olan bireylerin yaş, cinsiyet, aile, eğitim, iş gibi nitelikleri sosyal rollerini etkilemektedir. Örneğin; kişinin eğitim seviyesi düştükçe, aile, durumdan negatif yönde etkilenmekle beraber; maddi durumu iyi olan hastalarda ise, aile süreçten daha az etkilenmektedir (Akın ve Durna, 2006). Sosyal uyum; fiziki görünüm, iletişim becerisi, çevre, maddi ve manevi toplumsal hizmetler gibi sosyal kaynaklar, kişisel ve toplumsal inanç, değer ve düşünceler gibi etkenlerden etkilenmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2010).

Kronik hastalıklarda, psikolojik ve sosyal uyumun yanı sıra tedaviye uyum da oldukça önemlidir. Tedaviye uyum, kronik hastalıkların temel öğelerinden biridir. Hastanın belirlenen tarihlerde sağlık kontrollerini yaptırması, gerekli görülen ve planlanan tedavi programına uygun davranması, hekimin önerdiği şekilde ilaçları kullanması, diyet veya egzersiz gibi hastalığın getirdiği yeni davranış biçimlerine uyum sağlaması tedaviye uyumun arasında yer alan faktörlerdendir. Tedaviye uyum sorunu yaşayan hastaların, morbidite ve mortalite oranları yüksektir. Bundan dolayı, aile içerisinde ve bireyin çalışma yaşamında problemler meydana gelmekte ve buna bağlı olarak bireyin yaşam kalitesi azalmaktadır (Dikeç ve Kutlu, 2015).

2.2. Multiple Skleroz (MS)

2.2.1. Multiple Skleroz Tanımı ve Tarihçesi

Kronik ve progresif bir hastalık olan multiple skleroz (MS); atak ve düzelmelerle seyreden, santral sinir sistemini (SSS) etkileyen, kalıtsal ve çevresel öğelerin karmaşık etkileşimlerinden oluşan, otoimmün, inflamatuvar demiyelinizasyonla birlikte akson tahribatı ya da kaybı ile süregelen; bununla birlikte yaşam kalitesini minimuma indirgeyen ve genelde genç erişkinlerde görülen nörolojik bir hastalıktır (İdman, 2004). Hastaların genelinde, başlangıçta geri dönüşümlü, sonrasında ise ilerleyici nörolojik defisitler mevcuttur (Efendi, 2018).

MS hastalığı ilk kez 1824 yılında “Charles-Prosper Ollivier d’Angers” tarafından yapılan çalışmada tıbbi olarak belirlenmiştir. 1838’de Robert Carswell tarafından ilk defa sinir sistemindeki plaklar ortaya çıkarılmıştır. 1868 yılına gelindiğinde, nöroloji biliminin duayeni olarak bilinen bilim insanı Jean-Martin Charcot, MS hastalığına dair, daha önce ortaya konulan çalışmaları derleyip, hastalığın tanımını yapmıştır (Murray, 2009). Fransız bilim insanı Dr. Louis Ranvier, 1878 yılında, sinir hücrelerini koruyan ve MS’li hastalarda hasara uğrayan myelin kılıfını ortaya çıkarmıştır (Rolak, 2003). 1960 yılında bilim insanları, MS’li hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS), B hücresi adı verilen immün hücre türünü keşfetmişlerdir. Bu keşif, hastalığın tanısında önemli bir etkidir (Holmoy, 2009). 1960 ve 1970’li yıllarda pek çok bilim insanı MS’in otoimmün bir rahatsızlık olduğunu doğrulamıştır (Rolak, 2009; Steinman, 2003). 1981 yılında MS tanısı alan bir hasta üzerinde Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) uygulanmıştır (Miller ve ark. 2003). 1990’lı yıllarda hastalığın endikasyon ve bulgularının kontrolü noktasında ilk tedaviler geliştirilmiştir (Rolak,2009).

Günümüzde, MS ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, B hücresinin MS’in ilerleyişinde önemli bir işlevi olduğunu göstermiştir (Disanto ve ark. 2012; Hauser, 2008).

2.2.2.Epidemiyoloji

MS hastalığının seyri epeyce değişiktir ve öngörülemez. Dünya’da yaklaşık olarak 3 milyon bireyin MS’den etkilendiği belirtilmiştir (Thompson ve ark. 2018). Bu tanıyı alan hastaların sağaltım ve bakımı fazlasıyla maliyetlidir (Compston ve ark. 2006).

Ülkemizde MS tanısı almış hasta sayısı 50-60 bin dolaylarındadır (Efendi, 2018). Çoğunlukla 20-45 yaş arası, genç bireyleri etkilemekle birlikte, kadınlarda görülme oranı daha yüksektir (Hahnel, 2009). Uluslararası Pediatrik MS Çalışma Grubu verileri doğrultusunda, hastaların %2.5’inin, 18 yaşın altında MS hastalığına yakalandığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, hastalığın başlangıcı kadınlarda, erkeklere oranla 5 yıl daha öncedir (Bradley ve ark. 2001). Kadınlarda, %10 oranında MS ile ilgili ilk belirtiler, gebelik sürecinde başlamaktadır. Gebelik süresince ataklar azalma eğilimi göstermektedir. Fakat, postpartum periyotta şiddetli atak düzeyine ulaşıldığı belirtilmiştir (Altıntaş ve ark. 2013).

MS’in mortalitesini incelediğimizde; MS’li hastalarda ölümlerin takriben yarısı doğrudan hastalıktan kaynaklanmaktadır (Bradley ve ark. 2001).

Hastalığı coğrafi perspektif açısından incelediğimizde; Kurtzke, farklı epidemiyolojik araştırma sonuçlarını bir araya getirerek prevalans oranları doğrultusunda; yüksek, orta ve düşük prevalans şeklinde coğrafi bölgeleri kategorize etmiştir (Kurtzke, 1975; Kurtzke, 1995). Avrupa ülkeleri ile Amerika Birleşik Devleti’nin kuzeyi, Kanada, Güney Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkeler prevalansı yüksek ülkeler olarak tanımlanırken; Asya, Karayipler, Meksika, Güney Amerika’nın kuzey kısmı, Kolombiya ve Venezuela gibi ülkeler ise, prevalansı düşük ülkeler olarak tanımlanmıştır (Miller ve ark. 2003; Kurtzke, 1975).

MS, farklı coğrafi dağılıma sahip bir hastalık olmakla birlikte, ekvator çizgisinden uzaklaştıkça görülme sıklığı artmakta ve beyaz ırkta daha fazla görülmektedir. Irk ögesi, MS prevalansı hususunda belirleyici niteliktedir ve buna ilaveten enlem bazında açıklarsak, MS’in en çok görüldüğü konum 40 ile 60 derece enlemler arasındadır (Simpson ve ark. 2011). Dolayısıyla, MS, Dünya’nın her yerinde aynı yoğunlukta görülmez.

Literatürü incelediğimizde, ülkemizde MS prevalansını inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Edirne’de 2003 yılında yapılan ilk araştırma neticesinde, hastalığın prevalansı 33.9/100.000 olarak belirlenmiştir (Çelik ve ark. 2003). İstanbul Maltepe’de yüz yüze

ve kapı kapı gezilerek yapılan araştırmada ise, prevalans 101.4/100.000 olarak bulunmuştur (Türk Br ve ark. 2006). Ülkemizin risk yönünden orta seviyede olduğu düşünülmektedir (Eraksoy ve ark. 2003).

2.2.3. Etiyoloji

Hastalık, 1800'l yıllarda tanımlanmasına rağmen, nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte; otoimmun kronik hastalıklar arasında yer alır ve bulaşıcı olmayan bir hastalıktır. Hastalığa ilişkin etkenler kalıtsal ve çevresel olarak ikiye ayrılmaktadır (Mirza, 2002). Literatürde kalıtsal araştırmaları incelediğimizde; Sadovnick ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada; MS tanılı bireylerin kardeşlerinde ve çocuklarında genel popülasyona kıyasla yaklaşık 30-50 kat daha fazla MS gelişim riski olduğu belirlenmiştir (Sadovnick ve Baird, 1988). Ebers ve arkadaşları tarafından ikizlerle yapılan çalışmada uyumluluk oranının yüksek çıkması, birinci derece yakınlarda ve kimi ırklarda fazla görülmesi, genetik etkinin önemini vurgulamıştır (Mirza, 2002). İvizlerle ilgili yapılan çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinde uyumluluk %30 iken, ayrı yumurta ikizlerinde ise, uyumluluk %2.6 oranında belirlenmiştir (Saruhan-Direskeneli ve ark. 1997).

Çevresel etkenler arasında; beslenme düzeyi, kimyasal ajanlar, virüsler gibi herhangi bir patojene maruz kalma, coğrafi koşullar söz konusudur (Rodriguez, 2008; Leray ve ark. 2016). Soğuk iklim şartları, bağışıklık sistemi üzerinde etkili olduğundan dolayı, üst solunum yolu enfeksiyonlarına sebep olarak olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Kış mevsiminde, Güneş işınlarının yeterli miktarda olmaması nedeniyle, vitamin D seviyesi ile biyolojik ritim de negatif yönde etkilenmektedir. Dolayısıyla, bu gibi durumlar immun sistem üzerinde dolaylı etkiye sahiptir (Lauer, 1999; Lauer, 1995). G ve epidemiyolojik araştırmalarda, çevresel etkenlerin MS'in oluşma ihtimalini artırdığı gözlemlenmiştir (Dobson ve ark. 2016; Thompson ve ark. 2018). Çevresel etkenler kapsamındaki virüsler; insan T-lenfotropik virüs (HTLV-1), sitomegalo virüs, parainfluenza, paramyxovirs, corona virüs, human herpes virüs 6, kızamık ve epstein-barr virüsüdür (Willer ve Ebers, 2000). Stres ve çalışma koşulları gibi oğelerin de MS'e neden olabileceği belirtilmiştir (Mirza, 2002). Ayrıca, sigara kullanımı da MS için risk faktörüdür. Hastalığın ilerleyişini negatif olarak etkilediğine dair bulgular mevcuttur (Gungen ve ark. 2014). Örneğin; sigara kullanımı, RRMS'nin SPMS'ye dönüşüm riskini artırabilir ve sigara içen MS hastalarında içmeyenlere oranla PPMS

fazlaca görülmektedir. İçilen sigaranın miktarı ile nörolojik defisit arasında da korelasyon mevcuttur (Hernan, 2005). Rosso ve Chitnis'in yaptığı çalışma sonucuna göre, sigara kullanımı ile SPMS'ye geçiş birbirine bağlantılıdır. Buna ek olarak, sigara kullanımının MS ataklarında etkisinin olabileceği bildirilmiştir (Rosso ve Chitnis, 2020).

2.2.4. Multiple Skleroz'da Klinik Belirtiler

MS'de klinik belirtiler çeşitlilik göstermektedir. Hastalığın başlangıcındaki belirtileri oranlarla ifade edersek:

- Bir ya da birden fazla ekstremitede güçsüzlük %35,
- Optik nörit %20,
- Parestezi %20,
- Diplopi %10,
- Vertigo ve mesane sorunları %5,
- Geriye kalan %5'lik kısmını da diğer sorunlar oluşturmaktadır (Efendi, 2018).

MS bulguları, kişiden kişiye değişiklik göstermekle birlikte; sinir sisteminde tutulum yerine göre de farklılaşmaktadır. Bu bağlamda hastalarda, pek çok klinik belirti gözlemlenebilir (Compston ve ark. 2006). MS'de, duyuşal ve serebellar semptomlar, motor belirtiler, görme ile ilgili belirtiler, spinal kord (omurilik) belirtileri, kognitif (biliş) belirtiler, mesane disfonksiyonu, psikiyatrik semptomlar, cinsel disfonksiyon, yorgunluk, ağrı, fekal eliminasyon sorunları görülmektedir (Gullo ve ark. 2019). Bu belirtileri detaylı bir biçimde açıklayacak olursak;

Duyusal semptomlar: Hasta bireyler tarafından fazlaca tasvir edilen semptomlardan biridir. Pozitif duyuşal semptom (dizestezi, allodini) olarak karşımıza çıkmasının yanı sıra negatif duyuşal semptomların da (hipoestezi) görülmesi mümkündür. Hastaların bir bölümünde başın fleksiyon halini almasıyla "Lhermitte belirtisi" gözlemlenir. Bu belirti, başın öne doğru bükülmesiyle oluşan, boyundan aşağıya doğru yayılan elektriklenme hissidir (Boz, 2009). MS tanılı hastalarda; duyuşal disfonksiyon %85, el disfonksiyonununun %60 olduğu bildirilmiştir (Feyse ve ark. 2017). MS hastalarında görülen tipik bir duyuşal bulgu "kullanışsız el" sendromudur. Hastalarda üst ekstremitede selektif olarak proprioseptif duyu kaybı görülebilir fakat dokunma duyuşu, motor ve serebellar kontroller olağandır (Mc Donnell, 2009).

Serebellar semptomlar: Hastaların yaşam kalitesini fazlaca etkileyen semptomlardan biri olmakla beraber; hastalıkta karakterize bir başlangıç belirtisi değildir. Fakat, hastalığın gidişatı esnasında hastaların takribi yarısında görülebilmektedir (Bradley ve ark. 2001). Nistagmus, dizartri, dismetri, ataksi ve titübasyon çoğunlukla görülen serebellar semptomlardır (Mc Donald ve Compston, 2006). Bu semptomlar yeti yitimine neden olur ve aynı zamanda tedaviyi de dirençlidir (Vergaro ve ark. 2010). MS tanısı alan bireylerin, zaman zaman, %80 oranında ağır düzeyde ataksi yaşadığı ifade edilmiştir (Nevin ve ark. 2019).

Motor belirtiler: Bu belirtiler, kortikospinal, kortikobulber traktların tutulumu sonucu meydana gelir. Ekstremitelerde zamanla çoğalan güçsüzlük, ilerleyici duruş bozukluğu, paraparezi yoğun görülmektedir. Motor belirtiler sıklıkla alt ekstremiteden başlar ve çoğunlukla asimetriktir (Mc Donald ve Compston, 2006). MS'de en çok karşılaşılan motor belirti spastisitedir. Spastisite; omurilik reflekslerinin, kontrolünün azalması veya kaybolması sonucu kasların yoğun bir biçimde kasılı halde kalmasıdır. Genellikle alt ekstremitelerde, istemsiz kas hareketleri biçiminde ortaya çıkar. Ağrı söz konusudur. Buna ek olarak, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz anlamda kısıtlar. Uyku sorunlarını da görmek mümkündür (Onat ve ark. 2012). Motor işlevler sırasında, MS tanılı bireylerin güç ve hareketleri sağlıklı olan bireylere oranla daha yavaştır (De Sire ve ark. 2019). Mobilite sorunları, %50 oranında sıklıkla görülmektedir (Feys ve ark. 2017).

Görme ile ilgili belirtiler: Tam ve kısmi görme noksanlığı ile belirtilen optik nörit (göz siniri iltihabı) yaygın belirtiler arasındadır. Optik nöritin sonucunda çoğunlukla tek taraflı görme bozukluğu meydana gelebilir. Görme kaybına ek olarak bazen renkleri algılamada da sorun yaşanabilir. Diplopi, bulanık görme, nistagmus da görülebilmektedir (Cosh ve Carslaw, 2014).

Spinal Kord (Omurilik) ile ilgili belirtiler: MS hastalarının çoğunda spinal kord tutulumuna ilişkin semptomlar izlenir. Her iki alt ekstremitede artmış tonusla beraber spastik paraparezi, artmış tendon refleksi (dizkapağı refleksi gibi) ve iki taraflı ekstansor plantar tepki, mesane fonksiyon bozukluklarına sıkça karşılaşırlar (Bradley, 2008).

Kognitif (Biliş) ile ilgili belirtiler: Nöropsikolojik testler neticesinde MS'de kognitif bozukluk görülme oranı %34-65'dir (Wachowius ve ark. 2001). Hafızada bozulma,

dikkatsizlik, bilgi işlemede yavaşlamadan söz edilir. Bilhassa, görsel ve mekansal fonksiyonlarda, kavramları özetlemede, sorun çözmede, komplike soyutlamada zorluklar tespit edilir. Olguların takriben %50'sinde görülen demans belirtileri, özellikle progresif türde daha da barizdir. Demiyelinizan plakların lokalizasyonlarının zihinsel değişimlere neden olabileceği belirtilmiştir (Gadea ve ark. 2004).

Mesane disfonksiyonu ile ilgili belirtiler: Hastaların %5'inde başlangıç belirtisi olarak ortaya çıkarken; %80'inde ise, hastalık sürecinde görülmektedir. İnkontinans (idrar kaçırma), sık idrar yapma, damlama biçiminde idrar yapma yoğun karşılaşılan belirtilerdendir (Boz, 2009).

Psikiyatrik semptomlar: Depresyon ve anksiyete MS'de en çok görülen psikiyatrik semptomlardır. Kimi vakalarda MS belirtilerine öncülük edebilir. Depresyon, hastalığın gerek başlangıcında, gerek hastalık sürecinde, hastalığın getirdiği psikolojik yükün sonucu olarak meydana gelebilir. Hastalarda heyecan, yorgunluk, sosyal ilişkilerinde kontrolün azalması ya da kaybolması (disinhibisyon) ve kişilikte değişimler yaşanmaktadır (Bradley, 2008). Psikiyatrik semptomlar, anatomik lezyonlarla ya da fizyolojik değişikliklerle gelişebilir. Ayrıca, MS tanısı alan hastaların 2/3'ünde çeşitli derecelerde psikopatoloji olduğu gözlenmiştir (Incerti ve ark.2018). MS tanısı alan 253 katılımcı ile yapılan bir araştırmada, hastaların %10.3'ünde depresyonun ağır seyrettiği ve %17'sinde ise anksiyete saptanmıştır (Marrie ve ark. 2018).

Cinsel disfonksiyon: MS tanısı alan kadın ve erkeklerde cinsel sorunlar oldukça sık yaşanmaktadır. MS tanısı alan kadın hastalarda cinsel isteksizlik, orgazm şiddetinde azalma, vajinal his kaybı gibi cinsel sorunlar görülürken; erkek hastalarda ise, ereksiyon sağlama ve sürdürmede zorluk yaşanabilir (Bradley, 2008). MS hastalarında cinsel işlev bozuklukları başlangıç döneminden ziyade, hastalığın kronik sürecinde meydana gelir. Farklı araştırmalar incelediğinde; cinsel fonksiyon bozukluk oranı erkeklerde %60-91 iken; kadınlarda %52-77 olarak açıklanmıştır (Baral ve ark. 1995; Fraser ve ark. 2008; Kessler ve ark. 2009). Hastalık sürecinde meydana gelen, cinsiyet rollerindeki değişimler, sosyal yaşamdaki problemler ve beden görünümünden doğan değişimler nedeniyle cinsel disfonksiyon yaşanabilmektedir (Akt. Sungur, 2018).

Yorgunluk: Literatürü incelediğimizde, MS hastalarında görülen yorgunluğun etiolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; hastalarda %50-90 oranında

görülmektedir. MS hastalığı ile yakından ilişkilidir ve en sık görülen sorunlar arasında yer almaktadır. Kişinin verimliliğini negatif yönde etkileyen bir semptomdur. Kapucu ve arkadaşları, yaptıkları araştırmada hastaların %59.2'sinin yorgunluk probleminden dolayı, gerek evde gerek iş yerinde düzenli olarak dinlenmeye gereksinim duyduğu sonucuna ulaşmışlardır (Kapucu ve ark. 2011). Özellikle öğle sonu ve sıcak havalarda yorgunluk fazlalaşmaktadır. Ayrıca, fiziksel etkinlikten otonom olarak da hastalarda yorgunluk görülebilmektedir (Skerett ve Moss-Morris, 2006). MS'de meydana gelen yorgunluk sonucunda, hastaların daha fazla depresyon ve kaygı yaşadığı bildirilmiştir (Dalgas ve ark. 2018). MS'de psikolojik yorgunluk, depresyon ve anksiyete ile benzer bir his olarak meydana gelir. MS tanılı hastalar, psikolojik yorgunluğu enerji yetersizliği, isteksizlik, tükenmişlik ve sosyal aktivitelere katılmama şeklinde ifade etmişlerdir (Bol ve ark. 2009; Hanken ve ark. 2014). MS ile beslenme üzerine yapılan bir araştırmada, sağlıklı beslenmenin olumsuz etkiye neden olarak, MS'li bireylerde yorgunluğa sebep olduğu ifade edilmiştir (İnbaşı, 2020). MS tanılı bireylerde, fiziksel ve psikolojik iyilik durumunda yorgunluk ve dalgalanmalar üzerinde yapılan bir araştırmada, 3369 MS hastasıyla çalışılmış olup, bu hastalarda yorgunluğun, fiziksel ve psikolojik işlev, yürüme kabiliyeti ve depresyon üzerinde belirli etkisi olan önemli bir bulgu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Van Zanten ve ark. 2021).

Ağrı: MS'de yaygın olarak görülen bir semptomdur. Hastaların %80'inde ağrılı kas spazmlarına, seyrek ya da devamlı ekstremite ağrılarına ve omurga ağrılarına rastlanır. Bireyin mobilitesini azaltan spazmlar ve spastisite de ağrıya sebebiyet verebilir (Cosh ve Carslaw, 2014). Solaro ve arkadaşları, MS hastalarıyla yaptıkları çalışmada, uzun süredir hastalığa sahip olan bireylerin ağrısı olduğunu ifade etmişlerdir (Solaro ve ark. 2018). 103 MS hastasıyla yapılan bir araştırmada, hastaların %47.6'sında nöropatik ağrı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve ağrı skorları kadın hastalarda yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu araştırmanın sonucuna göre, MS tipi farketmeksizin, nöropatik ağrı MS'e eşlik etmektedir (Ata ve ark. 2021).

Fekal eliminasyon problemleri: Hastaların bir bölümünde otonom tutulumuna ilişkin olarak konstipasyon (kabızlık) ya da diyare görülebilir. Barsak işlev bozuklukları arasında en sık rastlanan ise konstipasyondur. Duman ve arkadaşları çalışmalarında, MS hastaların %66.6'sında konstipasyon, %16.6'sında ise diyare saptamışlardır (Duman ve ark. 2012). Bunların sebepleri arasında pelvik duvar spastisitesi, gastrokolik refleks azalması, sıvı tüketiminin azalması, motilite azlığı, karın kaslarında

zayıflık, olumsuz fiziksel durum ve tüketilen ilaçlar örneğin: antikolinerjikler, antidepresanlar, kalsiyum, antispastisite ilaçları, narkotikler gibi sayılabilir (Wiesel ve ark. 2001).

2.2.5. Multiple Skleroz'da Tanı Ölçütleri

MS tanısı, hastalığın belirtilerinin farklı olabilmesi ve hastalığın gidişatı açısından zor olabilmektedir. Tanı ile ilgili, resmi bağlamda ilk araştırmalar, 1965 yılında "Schumacher ve arkadaşları" tarafından yapılmıştır. Schumacher kriterleri tıbbi olarak kesin MS tanımını yapmıştır ve MS tanısını aşağıda belirtilen dört hususla standardize etmiştir.

Bu hususlar:

- Öngörülen yaş grubunda olan (10-50 yaş) hastalarda primer beyaz cevher lezyonunu yansıtan klinik bulguların olması,
- Nörolojik muayenede objektif bulguların mevcut bulunması,
- Zaman içinde lezyonların dağılımının aşağıdaki durumlardan birine uygunluğu:
 - a) "Minimum 2 adet, fonksiyonel olarak önemli olan belirtiler ile giden ve her biri 24 saatten uzun süren, en az 1 ay ara ile izlenen ve remisyonun şart olmadığı atak mevcudiyeti,"
 - b) "Minimum 6 ay boyunca aynı dissemine paternin yavaş ve progresif gelişiminin olması."
- Tecrübeli bir "uzman doktor" aracılığıyla teşhis konulmalıdır (Schumacher ve ark. 1965).

1983 yılına gelindiğinde Poser tanı kriterleri, Schumacher tanı kriterlerinin yerine geçmiştir. Poser tanı kriterlerinde laboratuvar verilerine değinilmiştir. Ayrıca kriterde; klinik kesin MS, laboratuvar destekli kesin MS, klinik olası MS ve laboratuvar destekli olası MS şeklinde dört kategori mevcuttur. Sonuç olarak, Poser tarafından belirlenen kriterler MRG, nörofizyolojik testler ve BOS incelemesi hususunda tekrar düzenlenmiştir (Poser ve ark. 1983).

MRG'de lezyonların mekanda yayılımının tam tanımı ilk kez McDonald ve arkadaşları tarafından 2001 yılında oluşturulmuştur. Bu bağlamda, 2001 yılında, toplanan Uluslararası Panel'de McDonald Kriterleri diye nitelendirilen yeni kriterler

tanımlanmıştır. McDonald, bu kriterleri; MS, olası MS ve MS değil biçiminde sınıflandırmıştır. Klinik ve lezyonların karşılaştırılması, tedaviye cevabın değerlendirilmesi MRG ile mümkündür. Tanı, Schumacher kriterlerinin niteliğinde üç özelliğe dayandırılmaktadır. Bu özellikler:

- 1) Zaman içinde dağılım (ataklar ve progresif klinik seyir),
- 2) Mekan içinde dağılım (multifokal olma),
- 3) Klinik ve paraklinik bulgular dolayısıyla MS'den daha anlamlı bir yorumlamanın olmaması (McDonald ve ark. 2001).

2005 yılında McDonald kriterleri revize edilmiştir. Şöyle ki; kriterlerin temel niteliklerine dokunmadan, MRG ve BOS ile ilgili komplike ve doğru olmayan tercümeyle sebep olan nitelikler daha anlaşılır hale getirilmiştir.

2010 yılında McDonald kriterleri özgünlüğü korunarak tekrar revize edilmiş ve zamanda ve mekanda yayılım kriterleri daha anlaşılır kılınmıştır. Bulguların MS'e dönüşümünü daha erken belirlemek, klinik izole sendrom (KİS) durumundayken ve erken tedavi olanağı elde etmek amacıyla, kesin MS tanısı koyma olasılığı kolaylaştırılmıştır (Polman ve ark. 2011).

Bütün MS tanı kriterlerinin paydaş görüşü; bulgu ile belirtilerin zaman ve mekan içerisinde yayılımının olmasıdır. Bu da birden çok atakta, birden fazla santral sinir sistemi alanının tutulması anlamındadır (Bradley ve ark. 2001).

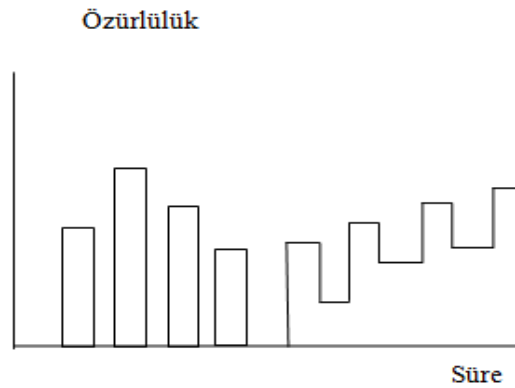
2017 yılında Uluslararası Panel tekrar toplanarak, 2010 yılındaki McDonald kriterleri revize edilmiştir. Kriterleri nitelikli hale getirmek amacıyla yapılan çalışmalarda, optik sinir tutulumu, çeşitli popülasyonlarda doğrulama ve ileri görüntülemeyle birlikte, nörofizyolojik ve vücut sıvı ölçülerinin kapsamına odaklanması gerektiğine vurgu yapılmıştır (Thompson ve ark. 2018).

Özetle, MS hastalığına ait belli ya da herhangi bir spesifik belirti bulunmamakla beraber; hastalığın mutlak tanısı klinik semptomlar, görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar bulgularından faydalanılarak ortaya konulmaktadır (Giesser, 2011). Buna ek olarak, MS tanısı almış bireylerin %95'inde MRG semptomları anormal seyretmektedir. Ancak, klinik semptomlar olmadığı sürece, anormal MRG semptomları MS tanısı koymak için yeterli değildir (Gilroy, 2002).

2.2.6. Multiple Skleroz'un Tipleri

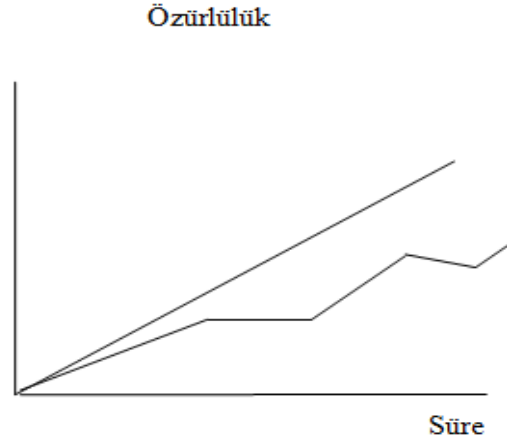
Lublin ve Reingold, MS tiplerini dört başlıkta sınıflandırmışlardır (Lublin ve Reingold, 1996; Lublin ve Reingold, 2003). Bu başlıklar doğrultusunda MS tipleri aşağıdaki gibidir:

-Relapsing-Remitting MS (RRMS): Atak ve iyileşmelerle giden türdür. Hastalığın başlangıcında %85 oranında görülmektedir. Bu tipte, farklı ölçülerde enflamasyon, MRG'de artan ya da aktif lezyonlarla karakterizedir. RRMS hastalarının 10 yıl içinde %50, 25 yıl içinde %90 oranında ikincil ilerleyici MS'e dönüştüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur. Yaşam boyu değerlendirmede, MS hastalarının %44'ünün RRMS olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lassmann, 2002). En fazla rastlanan MS türü olmakla birlikte; bu türde 24 saat süregelen relapslar mevcuttur ve relapsların aralığı en az bir aydır (Ünal ve ark. 2016; Mollaoğlu, 2016).



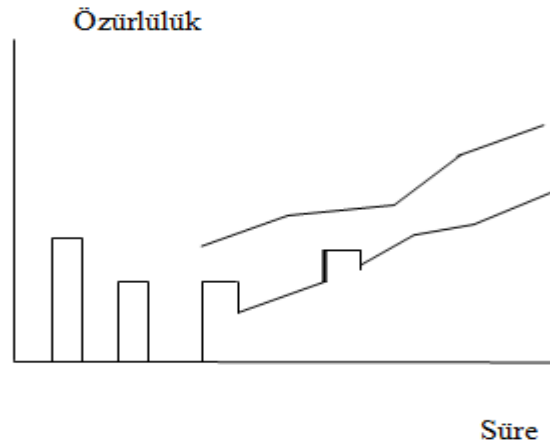
Şekil 2.1: RRMS (Atak ve İyileşmelerle Giden MS)

-Primer Progresif MS (PPMS): Birincil ilerleyici MS dediğimiz bu türde; hastalık başladığı andan beri progresyon vardır. MS'in %10'unu birincil ilerleyici MS oluşturur. Bu MS tipinin en belirgin niteliği, yaşın ileri olmasıdır (Weinshaker,1995). Ayrıca PPMS, hastalığın sağaltımında kullanılan ilaçlara direnç göstermektedir (Hauser ve Goodwin, 2008). Devamlı süren kısmi felç bu türün belirtilerindendir (Ünal ve ark. 2016).



Şekil 2.2: PPMS (Birincil İlerleyici MS)

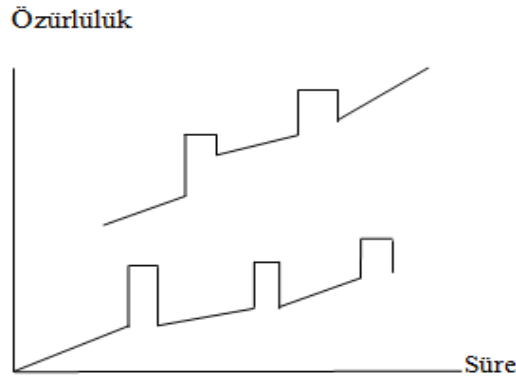
-**Sekonder Progresif MS (SPMS):** İkincil ilerleyici olarak adlandırılan bu MS'de ataklar ya minimuma iner ya da olmaz. Fakat engellik durumunun süregeldiği bir türdür. Buna ilaveten, patolojik olarak enflamasyon az olmakla birlikte, sıklıkla akson kaybının varlığı mevcuttur (Weinshaker,1995). Ayrıca, hastaların bir kısmı, modifiye edici ilaçlar kullanarak hastalığın ilerlemesini yavaşlatmaya çalışır (Hauser ve Goodwin, 2008).



Şekil 2.3: SPMS (İkincil İlerleyici MS)

-**Relapsing Progresif MS (RPMS):** Yineleyici-ilerleyici olan bu MS, ilk başta progresif olarak seyrederken ya da düzelme fazlarının olduğu ataklarla süregelen ve

devamlı bir progresyonun mevcut olduğu MS tipidir (Lassmann, 2002). Hastaların %5'inden daha az bir kısmını etkileyen ender bir formdur (Hauser ve Goodwin, 2008).



Şekil 2.4: RPMS (Yineleyici-İlerleyici MS)

2.2.7. Multiple Skleroz Tedavisi

MS hastalığında yeni gelişmelere karşın, hala etiyolojiye yönelik belirli bir tedavi yöntemi bulunamamıştır (Erdem, 1998). MS tedavisinde temel hedef, hasta bireylerin fiziksel, ruhsal, zihinsel yönden mümkün olduğunca maksimum olarak iyi bir seviyeye getirilmesi ve hastaların sosyal çevreye uyumunun en iyi şekilde sağlanmasıdır (Kesselring ve Beer, 2005). Tam bir tedavi yöntemi bulunamasa da, MS tedavisinde üç temel bileşen mevcuttur. Bunlar:

- ✓ Atakların önlenmesi,
- ✓ Akut atak tedavisi,
- ✓ Semptomatik tedavilerdir (Murray, 2005).

Tedavide ilk olarak **atakların önlenmesi** için temel ilaçlar vardır. Atakları tamamen ortadan kaldırmak mümkün olmasa bile, bu ilaçlarla atakların sıklığı azaltılabilir. Atağın önlenmesinde kullanılan ilaçlar (Betoferon, Rebif, Avonex, IVIG gibi) %35 civarında atakları minimuma indirmektedir (Alp,2004). Atakların önlenmesinde amaç; iyileşme süresini kısaltmak, atağın şiddetini hafifletmek ve atak sonrası meydana gelecek engelliliği minimuma indirmektir (Miller ve ark. 2003).

Akut atak tedavisinde, relaps dönemlerine yönelik uygulanacak hasta eğitim planını, atak döneminin hızlı bir şekilde aşılması amacıyla, semptomların sağaltımını

sağlayarak medikal tedaviyi ve elzem vakalarda rehabilitasyon programı uygulamasını kapsamaktadır (Leary ve ark. 2005). Akut atak tedavisi durumunda, glukokortikoidler kullanılır. Sık olmamakla birlikte ise, adrenokortikotropik hormon (ACTH) kullanılabilir. Bu ilaçların antienflamatuvar ve immunsupresif etkisi vardır. Buna ek olarak MS'in klinik relaps sürecini kısaltırlar (Türk Nöroloji Derneği, 2013). Günümüzde, MS relapslarında uygulanması önerilen tıbbi tedavi yöntemlerinden biri ise, kortikosteroidlerdir (Leary ve ark. 2005). Fakat, oral kortikosteroid tedavisini tolere edemeyen, atak seviyesi şiddetli olan hastalarda veya depresyon, diyabet gibi izlem gerektiren durumlar söz konusu ise; hastalara intravenöz şeklinde 1 mg ve 3-5 gün süresince metilprednizolon tedavisi uygulanabileceği bildirilmiştir (Nice, 2014).

Semptomatik tedavide ise, çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Çünkü, MS hastalığı çok farklı semptomlar meydana getirebilen bir hastalıktır. Dolayısıyla, çok boyutlu semptom gösteren MS hastalığı, hastaların bu semptomlarla baş edebilmesi amacıyla, aynı anda birçok ilaç kullanılmasını gerektirmektedir (Crayton ve Rossman, 2006; Brichetto ve ark. 2003). Gün geçtikçe yeni geliştirilen ilaçlarla birlikte hastalığın semptomlarından ziyade, iyileşme boyutuna odaklanılmaktadır (Costello ve ark. 2003). Bu tedavilere ek olarak, ilerleyici seyrin yavaşlamasında, MS hastalarına, fizik tedavi ve rehabilitasyon önerilmektedir (Alp, 2004; Türk Nöroloji Derneği, 2013). Tedavide en etkili metot, farmakoloji ile fizik tedavi ve rehabilitasyonun beraber kullanılmasıdır (Dombovy, 1998; Sliwa ve Cohen, 1998). MS hastalarında, aerobik egzersizin nörofizyolojik değerler ve fonksiyonellik üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada; aerobik egzersizlerin yürümede denge, yorgunluk düzeyi ve duygusal durumlarda daha çok ilerleme sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (Bilek, 2021). MS rehabilitasyonunun hedefi; semptomlar ve hastalığın kalıcı negatif etkilerini hafifleterek, hastaların günlük yaşam aktivitelerinde özerkliğini ve yaşam kalitelerini maksimum düzeye çıkarmak ve sosyal yaşamlarında sürekliliği sağlamaktır (Mutluay, 2006).

2.3. Multiple Skleroz Bağlamında Sosyal Destek

2.3.1. Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek

Kronik hastalıklar yalnızca hasta bireyi etkilemekle kalmayıp, bireyin etkileşim içinde olduğu çevresini de oldukça etkilemektedir. Bu durum fiziksel, psikolojik ve

sosyoekonomik yönden sorunları beraberinde getirmektedir (Lynch ve Smith, 2005). Kronik hastalığı olan bireylerde, MS'deki gibi ataklar ya da nöbetler söz konusu ise, bu ataklardan dolayı; fiziksel kazalarda artış, umutsuzluk, cinsel sorunlar, kişinin benlik saygısının azalması, saldırgan davranışlar, uyku sorunları, yemek yemede problem, kişi çalışıyorsa iş yaşamında aksamalar ve buna bağlı olarak işsizlik; eğitim alan bir kişi ise akademik hayatında başarısızlıklar, yaşam kalitesinde düşüşler gibi çok yönlü problemlerin, kronik hastalıklar sonucunda meydana geldiğini görmekteyiz (Görgülü ve Fesci, 2011). Dolayısıyla MS hastalığında görülen semptomlar hastaların günlük yaşamlarının hemen hemen her alanını negatif olarak etkilemektedir. MS'in neden olduğu yeti yitiminden dolayı, bireylerin yaşadıkları problemler, sosyal destek ihtiyacını çoğaltabilir (Rector ve ark. 2006). Bireyler; aile, arkadaş gibi çevresinden aldığı sosyal destek ile problemlerin üstesinden gelebilmektedir (Kaşıkçı, 2009). Yaşamın her alanında yaşanan güçlüklerle mücadele edebilmek amacıyla, bireyler psikolojik desteğe gereksinim duymaktadır ve sosyal destek kavramı bu gereksinimlerin temel faktörüdür (Traş ve Arslan, 2013). Aile, kişinin önemli sosyal destek kaynağıdır. Aileye dair özellikler bireye pek çok hususta koruyucu veya riski meydana getirebilir. Buna ek olarak, ailenin işlevselliği, bireyin öz güven noktasında oldukça etkilidir (Öztürk, 2017).

“Covid-19 pandemisinde bireylerin sosyal desteklerini inceleyen çalışmada”, “çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği” kullanılmış olup; aileden algılanan sosyal destek, aile içi ilişkiyi anlamlı yordamıştır. Çalışmada, aileden alınan destek, aile içi ilişkisellik puanının %49'unu oluşturmaktadır (Kabasakal ve Aktaş, 2021).

Literatürde sosyal desteğin pek çok farklı tanımını görmek mümkündür. Bazı tanımlara değinecek olursak; Sarason ve arkadaşlarının 1983 yılında yaptığı tanımlamaya göre sosyal destek; bireyin bir sorunla karşı karşıya kaldığında veya duygusal anlamda ferahlamak istediğinde, sosyal çevresinden alabileceği destek şeklinde tanımlanmaktadır (Sarason ve ark. 1983). Tomanbay'a göre sosyal destek; kişi ya da kurumlar vasıtasıyla sağlanan maddi ve manevi dayanakla beraber verilen bilgiler bütünüdür (Tomanbay, 1999). Caplan, sosyal desteği, bireyin strese maruz kaldığı bir durumda, strese neden olan durumla başa çıkmasını kolaylaştırmakla birlikte, bireyin çevresinden aldığı dönütler olarak tanımlar (Akt. Öntaş, 1999). Mc Elroy sosyal desteği, bireyi koruyan sistemlerle birlikte, stresin olumsuzluklarından korumayı da dahil edecek şekilde bir tanıma ulaşmıştır (Akt. Erdeğer, 2001). Connet,

bir çalışmasında sosyal desteği duygusal ve araçsal destek biçiminde değerlendirmiştir. Bu çalışmaya göre duygusal destek; depresyon, kaygı, gerginlik ve ümitsizliği azaltıcı, telkin edici tutumlardan meydana gelirken; araçsal destek ise, aynı ve nakdi yardımlardan oluşur (Connet, 2005). 1989 yılında Flaherty ve Richman'ın yaptıkları sosyal destek tanımı; yakın çevre dahilindeki kişilerin sosyal olarak etkileşim halinde olmalarıdır (Flaherty ve Richman, 1989). Winemilller ve arkadaşlarının 1993 yılında ortaya koydukları tanımda ise, sosyal desteğin; algılanan sosyal destek, desteğin sağladığı doyum, sosyal desteğin fonksiyonelliği ve çevrenin yapısından oluştuğunu belirtmişlerdir (Winemilller ve ark. 1993).

Tardy'e göre (1985), sosyal destek beş öğeden oluşmaktadır. Bu öğeler; sosyal desteğin yönü, eğilimi (yardım imkanlarının hazır oluşu ve kullanılabilirliği), sosyal desteğin tanımı ve yorumlanması, sosyal desteğin muhtevası (hangi destek türü olduğu) ve sosyal ağın yardımı biçimindedir (Tardy, 1985).

Literatürde sosyal destek türlerinin farklı araştırmacılar tarafından, farklı şekillerde ele alındığını görebiliriz. Tilden (1985), sosyal desteğin dört türünün olduğunu vurgulamıştır. Bunlar; “*duygusal destek, takdir edici destek, bilgisel destek ve araçsal destektir.*”

Duygusal destek: Sevgi, şefkat, anlayış, ilgi, empati gibi olumlu davranışlardan oluşur.

Takdir edici destek: Bu türde, doğrulama ve geri bildirim vardır. Ayrıca birey, olduğu gibi kabul edilmektedir.

Bilgisel destek: Bireyin sorunlarının farkında olmasına yardımcı olarak tavsiyede bulunma, rehberlik yapma, yönlendirme ve bilgi bütünü barındıran bir destek türüdür.

Araçsal destek: Maddi anlamda destek olarak da bilinmektedir. Bireyin gereksinimi olan para, eşya, araç-gereç, zaman, emek gibi faktörleri içeren destektir (Schwartz ve Frohner, 2005).

Sosyal destek; “yapısal ve işlevsel” olarak iki biçimde planlanmıştır. Yapısal destek, kişinin kimlerden destek aldığı, destek olan kişilerin fazlalığı ve kişiye yakınlık düzeyi bakımından önemlidir. İşlevsel destek ise, verilen desteğin kişi için ne derece önemli

olduğu, kişiye ne hissettirdiği ve bununla birlikte kişinin gereksinimi olan desteğin ne kadarının karşılanıp karşılanmadığıdır (Yıldırım, 2005).

Sosyal desteğin, her alanda olduğu gibi sağlık perspektifinden baktığımızda da son derece önemli olduğunu gormekteyiz. Literatürde, sosyal desteğin sağlığı koruyan ve sürdürülebilir etkilerinin olduğunu ortaya koyan çalışmaların varlığı da söz konusudur. Fakat, MS ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar oldukça azdır.

Fusilier ve Ganster, sosyal desteğin sağlığı etkileyen iki faktörü üzerinde durmuştur. Bunlardan birincisi sosyal desteğin, bireyde oluşan iyilik hali noktasında koşulsuz etkiye sahip olduğudur. Bir diğerisi ise, sosyal desteğin, bireyin yaşamı üzerinde tampon görevi görerek, sağlığı olumlu yönde etkilemesidir (Fusilier ve ark. 1987). Carlson ve Perrewé sosyal desteği önemli bir etken olarak gormekle birlikte, bu kavrama, baş etme perspektifinden de bakmıştır. Bu durumda, kişinin hayatındaki stresin meydana getirdiği olumsuzlukları azaltabileceği üzerinde durmuşlardır (Carlson ve Perrewé, 1999). Yine başka bir çalışmada, baş etme gücü iyi düzeyde olan bireylerin, çevresindeki sosyal desteklerden maksimum oranda faydalanabilmeleri noktasına vurgu yapılmıştır (Özgüven ve ark. 2003).

Aileden ve arkadaş çevresinden yeterli düzeyde algılanan sosyal desteğin, tekrarlı bir biçimde hastaneye yatışları azalttığı ve ilaçlara uyumun kolayca sağlanması etkisini ortaya koyarken; duygusal sosyal desteği yeterli olmayan ki özellikle tek başına hayatlarını idame ettirmek zorunda olan bireylerde, hastalığa bağlı olarak kaygı, endişe, huzursuzluk hali görölmüş olup hastalığa uyum da güçleşmiştir. Dolayısıyla bu hastaların yaşam kalitesi de sosyal destek eksikliğine bağlı olarak azalmaktadır (Murberg, 2004; Luttik ve ark. 2005; Pelle ve ark. 2008). Terzi'ye göre, kişilerin en önemli sosyal desteğini anne, baba, ailesi veya eşi oluşurmaktadır (Terzi, 2008). Yapılan bir çalışmada, MS hastası bireylerin sosyal destek süreçlerinde, aileden aldıkları sosyal desteğin olumlu sonuçlar meydana getirdiği vurgulanmıştır (Çakır ve Yurtsever, 2020).

Ayaz ve arkadaşları bir çalışmasında, jinekolojik kanser tanısı alan 200 hastanın sosyal destek düzeylerini belirlemek için, “çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğini” uygulamışlar ve örneklem grubundaki hastaların eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum ve hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olma gibi özelliklerin algılanan sosyal desteği etkilediği; fakat yaş ve medeni durum gibi faktörlerin algılanan sosyal

destekte etkisinin olmadığı sonuca ulaşmışlardır (Ayaz ve ark. 2008). Tan ve Karabulutlu kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, aileden alınan sosyal desteğin yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Tan ve Karabulutlu, 2005).

Şizofreni ve bipolar tanılı bireylerle yapılan bir çalışmada, hastaların algıladıkları sosyal desteğin yetersiz olması ve düşük benlik saygısı ile damgalanma arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Kök ve Demir, 2018).

Tüberküloz hastaları ile yapılan çalışmada, 230 hastaya ulaşılmış ve hastaların büyük bir kısmı hastalık sürecinde yeterli düzeyde sosyal desteği ailelerinden aldığını belirtmiştir (Bıyıklı ve Lotfi, 2021).

Koah hastaları ile ilgili yapılan bir çalışmada, sosyal desteği yüksek olan hastaların sigara kullanım oranı düşük bulunmuştur (Chen ve ark. 2017). Koah tanısı alan bireylerle yapılan bir başka çalışmada ise, “çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği” uygulanmış ve bu bireylerin algıladıkları sosyal destek ile öz bakım gücü incelenmiş olup, algılanan sosyal destek arttıkça öz bakımın da arttığı bildirilmiştir (Sarı, 2020).

Sosyal desteğin yeterli düzeyde alınması, hasta bireyde ve hastaya bakım veren kişide uyumu sağlamakla birlikte, yaşam kalitesinin artırılmasında da önemli rol oynamaktadır (Aras ve Tel, 2009).

MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu, ayrıca maksimum puan ortalamasının aileye, minimum puan ortalamasının ise, arkadaşına ait olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hyarat ve ark. 2018). Gulick, 1994 yılında, 200 MS hastası ile yaptığı bir çalışmada, erkek hastaların kadın hastalara oranla daha çok sosyal destek aldığı sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca çalışmada, evli bireylerin sosyal destek algısı yüksek bulunmuştur (Gulick, 1994).

MS tanılı bireylerle yapılan bir çalışmada, bekar ya da boşanmış hastalar, medeni durumlarına MS’in neden olduğunu belirtmiş ve bu hastaların yeterli düzeyde sosyal destek almadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tek, 2019).

MS tanısı alan 680 bireyle yapılan bir çalışmada, hastalık inançları ve sonuçları arasındaki etkileriyle birlikte, baş etme stratejileri ve sosyal desteğin rolü incelenmiş olup, bu hastalarda sosyal desteğin yeterli olmasının fiziksel sağlıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Bassi ve ark. 2021).

Sosyal desteğin, MS hastalarında anksiyete ile depresyon ilişkisinde iyileştirici bağlamda aracı bir işlevinin olduğu belirtilmiştir (Henry ve ark. 2019). Sosyal desteğin, depresyonda önemli bir etken olduğu ve aile veya arkadaşlardan alınan sosyal desteğin yetersiz olmasının psikolojik morbidite açısından risk oluşturabileceği öne sürülmüştür (Kettmann ve Altmaier, 2008). Çoğu araştırma, sosyal desteğin, fiziksel ve ruhsal hastalıklar esnasında, kişinin sağlığını sürdürebilirliği bakımından mühim olduğunu göstermektedir (Prince ve ark. 1997; Unger ve ark. 1999; Holmen ve Furukawa, 2002; Chalise ve ark. 2007).

Algılanan sosyal destek kavramına ilişkin, literatürde farklı tanımlar mevcuttur ve bu kavram oldukça önemlidir. Algılanan sosyal destek; bireylerin diğer bireylerle sağlıklı ve güçlü bağları olduğuna ve bu kişilerden destek edinebileceğine ilişkin kognitif olarak algılamasıdır. Etkileşim içinde olduğumuz bireylerden sağlanan sevgi, itibar ve çevresel bağların subjektif olarak sistematik değerlendirmesidir (Oktan, 2005). Aslında, algılanan sosyal destek kavramı, bireyin tam anlamıyla fark edilmesi ve anlaşılması halidir.

Sorias, algılanan sosyal desteği, sosyal ağın ihtiyacı olduğu kadar destekleyici olup olmadığı boyutuna ilişkin, bireyin üzerinde bıraktığı etki olarak tanımlamıştır. Ayrıca, depresyonu olan ve olmayan bireylerle yaptığı çalışmasında, sosyal desteğin bireyin psikolojisine iyi yönde etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır (Sorias,1988).

Algılanan sosyal destek, daha çok psikolojik sağlık üzerinde etkindir. Desteğin hangi kaynaktan alındığı da önemlidir. Bu hususta, algılanan sosyal destek kurumsal bağlamda değerlendirildiğinde üç kaynak öne çıkmaktadır. Bu kaynaklar; aile, arkadaş ve birey için önemli olan kişilerdir (Çeçen, 2008).

Uchino, kronik hastalıkların psikososyal süreçlerle gelişebileceğini; alınan ve algılanan sosyal destek ile kronik hastalık gelişimi arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Algılanan sosyal desteğin efektif olması, bireylerin zinde bir şekilde yaşlanmalarına yardımcı olarak, kronik hastalık meydana gelmesi riskini azaltmaktadır. Ayrıca, kronik hastalıkların strese neden olarak, birincil ilişkilerde dahi, algılanan sosyal desteği güçsüzleştireceğini belirtmiştir (Uchino, 2009).

2.3.2. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek kaynakları, çoğunlukla resmi ve resmi olmayan destek kaynakları olarak iki kısımda incelenir. “Resmi kurum ve kuruluşlar, legal olarak hizmet veren sivil toplum kuruluşları ve gönüllü kuruluşlar resmi destek kaynakları iken; aile, arkadaş, komşu, akraba gibi çevremizde bulunan ve yakın etkileşimde olduğumuz kişiler ise, resmi olmayan sosyal destek kaynaklarıdır” (Özbesler, 2001).

Yapılan çalışmalar, sosyal destek kaynakları yardımıyla bireylerin sorunlarına çözüm üretmesi ve zor durumlarla başa çıkabilmesinin kolaylaştığını, kendilerini daha mutlu ve verimli hissedeceğini ortaya koymuştur (Yıldırım, 1997; Arıcıoğlu, 2008).

Bireyler, stres oluşturan durumla karşılaştıklarında, genelde aile, eş, arkadaş gibi yakın çevrelerine başvurumaktadırlar. Bu kaynakların yetersiz olduğunu düşünmeleri durumunda, profesyonel destek almak için resmi kaynaklara da başvurabilmektedirler (Ceyhun, 2009). İformel kaynaklar içinde en güçlü sosyal destek kaynağı ailedir. Birey ailesinden yeterli düzeyde sosyal destek alıyorsa, yaşanan olumsuzluklardan daha az etkilenecektir. Aileden alınan sosyal desteğin yetersiz olması durumunda ise, stres seviyesi artarak, kişinin davranışlarına negatif yönde etki edecektir (Deveci, 2011).

2.3.3. Sosyal Destek Kavramına İlişkin Modeller

Sosyal destek ile sağlık arasında ilişki olduğunu kabul eden iki model vardır. Bunlar “temel etki modeli ve tampon modelidir”.

Temel etki modeli: Sosyal destek ile sağlık arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu varsayar. Model; fiziksel, psikolojik ve sosyal destek üzerinde pozitif etkiye sahiptir. Ancak, sosyal destek almayan bireylerde de olumsuz etkilerin yaşandığını varsayan görüştür. Bu model, sosyal desteğin stres seviyesinden otonom olduğunu ve stres seviyesi ne olursa olsun sosyal desteğin birey üzerinde pozitif etkiler meydana getireceğini belirtmektedir. Model ayrıca, sosyal desteğin sağlık üzerinde doğrudan etkin olduğunu belirten özgün bir modeldir (Cohen ve Wills, 1985).

Tampon modeli: Bu modelde sosyal desteğin en mühim işlevi; kişilerin yaşamlarında var olan stresörlerden uzaklaşarak veya stresörlerin meydana getirdiği zararları azaltıp, ruhsal sağlığı koruma yönündedir. Bu modele göre, kişinin hayatında stres yoksa,

sosyal desteğin olmaması da sağlık üzerinde negatif bir etki oluşturmaz. Fakat şunu da belirtmek gerekir ki, maksimum düzeyde stresörlere maruz kalan bireylerin sosyal destek alması, bireylerin zorluklarla baş etmesini sağlayarak, stresin zararlarını azaltarak tampon görevi görmektedir (Cohen ve Wills, 1985). Modeli bir örnekle açıklarsak; sosyal desteği güçlü olan bireye hastalık tanısı konulmuşsa, birey için hastalık daha az streslidir. Zira gereksinim duyduğunda ulaşabileceği insanlar olduğunun farkındadır. Tersi bir durumda ise, sosyal desteği yetersiz olan bireyler ulaşabilecek birini bulmakta güçlük yaşayabilir (Cohen ve ark. 2000).

Cohen ve Wills'e göre, her iki modelin sosyal desteğe yönelik yaklaşımı doğrudur. Fakat iki modelin de sosyal desteğe etkisinin farklı süreçleri simgelediği belirtilmektedir (Cohen ve Wills, 1985).

2.4. Multiple Skleroz'da Psikiyatrik Semptomlar

Kronik hastalıklar, hastalığın seyrine ve şiddetine göre psikiyatrik semptomları da beraberinde getirmektedir. Kronik bir hastalık olan MS'de de psikiyatrik semptomları görmek mümkündür. Çünkü MS hastalığı yeti yitimine neden olmakla birlikte, bireyin fiziksel işlevlerini de azaltır ve hastalıkta engellilik boyutuna kadar giden durumlar söz konusu olabilmektedir.

MS hastalığının psikiyatrik geçmişine baktığımızda, Cottrel ve Wilson 1926 yılında, ilk olarak MS sürecinde ortaya çıkan psikiyatrik semptomların varlığını ortaya koymuştur (Cottrel ve Wilson, 1926). MS tanısı alan 108 hastanın psikiyatrik semptomlarının sonucunda detaylı verilere ulaşılmıştır. Yapılan bu araştırmada, 108 hastada, %53 oranında duygu durum bozukluğu, %27 oranında depresyon ve kişilik değişikliği, %4 oranında ise psikoz ve bipolar bozukluk olduğu görölmüştür (Diaz ve ark. 1999).

MS hastalarında psikiyatrik bozukluğun yaygınlık oranı %27 ile %66 arasındadır (Siva ve ark. 2003). Bu hastalarda %40 oranında duygu durum bozukluğu bulunurken, %45 oranında ise anksiyete görölmektedir (Barclay ve Lie, 2005). MS'de en fazla oluşan psikiyatrik semptomlar, depresyon ve anksiyete başta olmak üzere, bipolar bozukluk, öfori, kognitif bozukluk, patolojik gülme ve ağlama, intihar düşüncesi, psikoz, kişilik değişimleridir. Saydığımız bu psikiyatrik semptomlar bireyin yaşam kalitesini

fazlasıyla engellemekle birlikte, olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir (DeSousa ve ark. 2002).

MS ve Depresyon; MS’de depresyon oldukça sık görülen psikiyatrik semptomlardandır ve diğer kronik hastalıklara göre, MS’de depresyon görülme oranı oldukça yüksektir (Feinstein ve ark. 2001). MS’de görülen depresyonun nedenleri birbirinden farklı olabilir. Etiyoloji incelediğinde, hastalığın getirisi sosyal stres ve sosyal desteğin yetersizliğine ek olarak, SSS’nin belli alanlarına nüfuz eden MS lezyonlarının, tedavi amacıyla kullanılan ilaçların ve “genişletilmiş özürülük durum ölçeğinin (EDSS)”^{*} oranı araştırmalarda öne çıkmıştır (Onat ve ark. 2015; Baklacioğlu ve ark. 2009). Hastalıktan dolayı artan fiziksel yeti yitimine bağlı olarak, işlev kaybı ile hastalık bulgularının progresyonu ve alevlenmesi, MS tanısı alan bireylerde duygusal stres fazlalığına neden olmaktadır (Devins ve Seland 1987). Stresin fazlalığı, sosyal desteğin az olması, aile üyelerinin yetersiz desteği, MS’in depresyon bazlı etiolojisinde rol oynamaktadır (Giardono, 2011). Ayrıca, stres meydana geldiği andan itibaren, kendini yönetme ve baş etme kapasitesi yetersiz olan hastalarda depresyon ve anksiyete daha fazla yaşanmaktadır (Takaki ve ark. 2003). Nicholl ve arkadaşları yaptığı bir araştırmada, MS hastaların %16-48 arasında depresyon oranının değiştiğini saptamışlardır (Nicholl ve ark. 2001). Bilgi ve arkadaşları 108 MS hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların engellilik oranı arttıkça, depresyona girme olasılığının da arttığı sonucuna ulaşmışlardır (Bilgi ve ark. 2013). Zorzon ve arkadaşlarının MS tanısı alan 95 hastayla yaptıkları araştırmada, MRG’de şiddetli depresyon ile total temporal beyin volümü, sağ hemisfer beyin volümü, engellilik arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Zorzon ve ark. 2001). MS hastalarında görülen depresyonun, gerek psikolojik gerekse organik faktörlerin bileşiminden kaynaklanabileceği söz konusudur (İrkeç ve Işık, 1999).

Yapılan bir çalışmada MS ile beslenme incelenmiş olup; beslenmenin MS üzerinde, depresyona sebep olduğu bildirilmiş olmakla birlikte MS tanısı alan bireylerin dengeli ve sağlıklı beslenmelerinin oldukça önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (İnbaşı, 2020). MS tanısı alan 412 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, depresyon ile hastalarda yoğun olarak görülen yorgunluk arasında orta düzeyde ilişki olduğu bildirilmiştir (Rooney ve ark. 2019).

*Ölçeğin orijinal ismi: “Genişletilmiş Özürülük Durum Ölçeği”

Yapılan birtakım çalışmalar, hastalığın erken periyodunda depresyonun daha az görüldüğünü, hastalığın ilerlemesiyle birlikte depresyon düzeyinin yoğunlaştığını vurgulamaktadır (Maier ve ark. 2015; Sacco ve ark. 2016).

Diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında MS’de intihar eğilimi daha yüksektir. Bazı çalışmalarda, ölümlerin %15’inin sebebi olarak gösterilmektedir. MS tanısı alan hastalarda, intihar risk faktörleri; erkek cinsiyet, MS hastalığının 30 yaştan önce baş göstermesi ve hastalık tanısının yakın zamanda konulmuş olması, depresyonun varlığı ve şiddeti de intihar risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Feinstein, 2006; Stenager ve ark. 1992).

MS ve Anksiyete; MS hastalarında, depresyonla birlikte, sıklıkla anksiyete de görülmektedir (Giardono, 2011). MS tanısı almış bireylerle yapılan bir çalışmada, orta/yüksek oranda depresyon ve anksiyetenin varlığı söz konusudur (Emre ve ark. 2003). Fakat, MS’de görülen psikiyatrik semptomlarda, genelde depresyon üzerine çalışmalar yapılmış ve anksiyete, depresyona oranla yeteri kadar araştırılmamıştır (Korostil ve Feinstein, 2007). Birtakım araştırmacılar, anksiyetenin depresyona göre, %25-46 arasında daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (Janssens ve ark. 2003; Feinstein ve ark. 1999). Anksiyetenin başlıca sebepleri; iç görüsü olan hastaların kendilerindeki kognitif, zihinsel ve işlevsel kayıpları anlamaları (katastrofik anksiyete), çevreden alınan uyaranların yeterince değerlendirilememesi, sorunlarla baş etme sorunu, sosyal kayıplar, yalnızlık, depresyon veya demansla birlikte fiziksel hastalıklara ilişkin problemler yer alabilir (İrkeç ve Işık, 1999). MS’de anksiyetenin etkisinin incelendiği bir araştırmada; atak, yalancı atak, ilaca uyumun kötü olması, sağlık hizmetlerinin yoğun şekilde kullanımı ve yaşam kalitesinin yüksek olmaması arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Théaudin ve ark. 2015; Terrill ve ark. 2015). Kahraman ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada, 27 MS hastası ile 14 sağlıklı bireyi karşılaştırarak şu sonuca ulaşmıştır: MS tanısı alan bireylerde %44.4 oranında anksiyete gözlemlenirken, sağlıklı bireylerde herhangi bir psikiyatrik bulguya rastlanmamıştır (Kahraman ve ark. 2018).

MS ve Bipolar Bozukluk; MS, bipolar bozukluk ile komorbidi en iyi betimlenmiş nörolojik hastalıklardan biridir (Ak, 2008). MS’de bipolar bozukluk görülme oranı, genel popülasyondan fazladır. Joffe ve arkadaşları, MS tanısı alan 100 hastada, %13 oranında bipolar bozukluk görüldüğü sonucuna ulaşmışlardır (Minden ve Schiffer, 1990). MS hastalarında, affektif ve nöroendokrin anormallikler arasında bağıntı

olduğu saptanmıştır (Fassbender ve ark. 1998). Bununla birlikte, MS ve bipolar bozukluğa, biyolojik esaslarla birlikte kalıtsal etkenler de eşlik edebilir. MS ve bipolar affektif hastalık geçmişi olan aileler incelediğinde, 11 ve X kromozomları üzerindeki genlerle, bipolar hastalık genleri benzerlik göstermektedir (İrkeç ve Işık, 1999).

MS ve Öfori; Öfori, nörolojik defisitinin mevcut olduğu durumda, psikolojik ve bedenen iyilik halidir. Ayrıca öforiyi; mani, hipomani, patolojik ağlama ve gülme semptomlarından ayırmak önemli bir husustur. Genelde hastalığın şiddet derecesinin yüksekliğinde görülmekte olup; %25 oranında bir yaygınlık orta noktası belirtilmiştir (Feinstein, 2006). MS'deki öforide, reversible (her iki yönde seyreden) ruh hali ya da duygusal boyutta dalgalanma olmaz (Minden ve Schiffer, 1990). Çoğunlukla, orta ya da yüksek derecede zihinsel bozulma ile ilintilidir (Francis ve ark. 1996). Öfori bulgusu olan hastalarda ilaçla tedavi planlamak yerine; hasta ve ailesine durum anlatılmalı, hastalık sürecinde bu gibi durumların meydana gelebileceği söylenmelidir (İrkeç ve Işık, 1999).

MS ve Kognitif Bozukluk; MS, kognitif bozukluğa da neden olabilmektedir. Yapılan araştırmalar, serebral atrofi daha gelişmemiş erken aşama vakalarda dahi, detaylı testler uygulandığında, bilhassa dikkat ve yürütücü işlevlerde bozulmanın görüleceğine işaret etmektedir (Chiaravallotti ve DeLuca, 2008). Amato ve arkadaşları, uzun yıllar takip ettikleri MS hastalarında, kognitif bozukluğun %56 olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu bozukluğun, hastalığın tipi, yaşın ileri oluşu ve engellilik oranı gibi değişkenlerden etkilendiğini ortaya koymuşlardır (Amato ve ark. 2001). Kognitif bozuklukta; fazlasıyla, bellek, dikkat, bilgi işleme hızı ve görsel-uzaysal fonksiyonlar etkilenmektedir. Kognitif işlevler üzerinde yapılan araştırmaları incelediğimizde; Rao ve arkadaşları tarafından MS hastalarının %25'lik bir kısmında kognitif yakınmalar olmasına rağmen, nöropsikolojik testler uygulandığında bu oranın %50 olduğu ve hastaların %10'luk bir kısmında ise, kognitif bozukluğun demans tanısı ölçütleri niteliğinde olduğu belirtilmiştir (Rao ve ark. 1991). Altun ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada; kognitif bozukluğu olan 32 hasta üzerinde, sekiz hafta süresince, haftada bir defa sürekli olarak bilgisayar destekli kognitif rehabilitasyon programı gerçekleştirilmiş olup; dikkat devamlılığı, çalışma belleği ve bilgi işlem hızı, sözel akıcılık ve öğrenmede gözle görülür bir iyileşme gözlenmiştir (Altun ve ark. 2015). Farmakolojik tedavi doğrultusunda, Evlice ve arkadaşları tarafından yapılan

çalışmada; unutkanlık sorunuyla başvuran ve kortikal MS tanısı konulan bir vakada yedi gün süresince günlük 1 mg doz metilprednisolon tedavisinde kognitif bozuklukta herhangi bir anlamda iyileşme görülmezken, sonrasında günlük 10 mg dozda donepezil tedavisinin fayda sağladığı ve kognitif bozukluğun önlendiği görülmüştür (Evlince ve ark. 2014).

MS ve Patolojik Gülme ve Ağlama; Psödobulber olarak da adlandırılan patolojik gülme ve ağlama nörolojik rahatsızlıklarda ortaya çıkmakla birlikte; hastanın duygudurumundan otonom olarak oluşmaktadır (Emre ve ark. 2003; Feinstein, 2006). MS’de tanı konulduktan itibaren, hastalarda %22 oranında kolayca gülme, %29 oranında kolay ağlama, %7-10’luk kısmında da abartılı duygusal ifade biçiminin olduğu bildirilmiştir (Emre ve ark. 2003).

MS ve Psikoz; Yaygın olmamakla birlikte MS’in kimi zaman şizofreniyi taklit edebileceği veya psikotik bir atak gibi başlayabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (İrkeç ve Işık, 1999). Psikiyatrik sorunlarla baş gösteren MS olgularında çoğunlukla, psikotik durumları görmek mümkündür. Hastalığın başlangıcında, temporal lobu etkileyen plakların olması halinde, psikotik endikasyonlar önceki dönemlerde de görülebilir (Ak, 2008). Yapılan bir araştırmada, psikoz oranı genel popülasyon oranıyla karşılaştırıldığında MS’de %2-3 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ghaffar ve Feinstein, 2007). Psikotik bozukluk gözlemlenen 10 MS hastasının, MRG’de, psikozu olmayan diğer MS hastalarına göre, daha yüksek yerleşimli, bilhassa temporal periventriküler alanda lezyonların varlığı bildirilmiştir. Ayrıca bu hastalarda en çok görülen psikotik belirti perseküsyon sanrılarıdır (Feinstein ve ark. 1992).

MS ve Kişilik Değişimleri; Özellikle frontal lob etkileşiminden dolayı, disfori duygusal dengesizlik ve empati yetersizliği ile karakterize somut kişilik değişiklikleri MS vakalarında görülebilmektedir (Benedict ve ark. 2001). Buna ek olarak, kişilik bozukluğuna ilişkin tanının erken konulması, davranışsal bağlamda tedbirlerin alınmasının ve kişinin hastalığını kabul ederek, tedaviye uyumunu kolaylıkla sağlayabileceği yönünde görüşler bulunmaktadır (Stathopoulou ve ark. 2010).

Sonuç olarak, MS’li bireylerde görülen psikiyatrik semptomların varlığı, hastalığı ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Kehler ve ark. 2009). Hyphantis ve arkadaşları, MS hastaları ile ilgili yaptıkları çalışmada, hem MS’li bireyleri hem de sağlıklı bireyleri karşılaştırmış olup; MS’li bireylerde psikiyatrik

semptomların görülme durumunun, sağlıklı bireylere (kontrol grubuna) göre 6-7 kat fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Hyphantis ve ark. 2008).

Hastanın psikiyatrik semptomlarını minimuma indirmek için, psikiyatri ilaçlarının yanı sıra, bireylerin baş etme mekanizmalarını geliştirmek üzere psikoterapi süreci uygulanabilir. Bu süreçte hem bireyle hem aileyle çalışmak hastalığa karşı bilinçli farkındalık oluşturabilir. Bu bağlamda, çözüm odaklı terapi, bilişsel davranışçı terapi, varoluşçu terapi, grup terapilerinden yararlanıp, uygulamak süreci olumlu yönde etkileyecektir. Ayrıca hastanın, ilaç tedavisinin yanı sıra fizik tedavi ve rehabilitasyondan yararlanmasıyla (egzersizler, kas kuvvet eğitimi ile kas gücünün artırılması ve hastalıkta görülen yorulma semptomundan en az etkilenmesi için tekrarlı hareketlerle yorulmanın geciktirilmesi gibi) birlikte, bireyin bedensel ve ruhsal iyiliğini artırmak gerekmektedir.

2.5. Multiple Skleroz'da Görülen Psikososyal Sorunlar

MS tanısı alan bireyler, hastalığın ilk evresinden başlayarak, biyopsikososyal bağlamda sorunlarla karşı karşıya gelmektedir. MS hastası bireylerle birlikte aile de sorunlardan fazlasıyla etkilenmektedir.

Hastalarda görülen psikososyal sorunlar arasında; mutsuzluk, kızgınlık, çaresizlik, ağlama hali, ümitsizlik, kaygı, içe kapanma, aile içinde kişinin rol, sorumluluk ve işlevselliğinde problemler, iş yaşamında meydana gelen rol kaybı ya da işten ayrılma, buna bağlı olarak ekonomik problemler, öz güven eksikliği, ölüm korkusu, kendine yetememe, bir başkasının bakımına muhtaç olma kaygısı, depresif ruh hali görülebilmektedir (Akdemir, Bostanoğlu ve ark. 2011). Ayrıca nörolojik tanı hastalarda, çevresinden dolayı damgalanma (stigma) yaşamaları yüksek orandaysa, hastaların yaşam kalitesi azalmakla birlikte, ruh sağlığı ve sosyal işlevselliklerinde olumsuzluklar meydana gelecektir (Jacoby, 2002; Ak ve ark. 2015).

MS hastalarıyla yapılan bir araştırmada, MS'e dair yaşanan problemlerin ilkinin fiziksel problemler oluştururken, bunu psikolojik ve sosyal problemler takip etmektedir. Ayrıca çalışma sonucuna göre, hastaların büyük bir kısmı sosyal ortamlarda bulunmak istemediğini belirtmiştir (Altınkaynak Yılmaz, 2019).

Nitel bir araştırmada, katılımcılarının büyük bir kısmının farkındalık yetersizliği nedeniyle hastalığı gizlediği saptanmıştır. Mevcut yanlış anlamalar, acıma ya da toplum tarafından kabul edilmeme gibi durumlar, bireylerin hastalığı saklamasına sebep olmaktadır. Buna ek olarak araştırmada, kimi katılımcılar, etkileşim halinde oldukları kişilerin yaklaşımlarını, gerginlik ve olumsuz enerji meydana getirdiği için hastalığı gizleme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir (Khoshknab ve ark. 2014). Yapılan bir araştırmada, MS tanılı katılımcılara çevreden aldıkları tepkileri nasıl karşıladıkları sonucunda çoğu hastanın “sinir bozucu, sıkıcı, eksik hissetme” tasvir ettikleri bildirilmiştir (Akrami ve Alsancak, 2020).

Issakson, Gunnarsson ve Ahlström’ın (2007) gerçekleştirdiği çalışmada MS tanılı bireylerin hastalığa dair algıları incelenmiştir. Araştırmada, hastaların %62’si sağlıklarına yönelik yitim yaşadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca, hastalık tanısından sonra, gelecek hakkında beklentilerinin azaldığı, yaşamları ve bedenleri üzerinde otorite sahibi olamayarak düşkün duruma geleceklerini ve toplumda rollerinin değişeceğine ilişkin kaygı hissettiklerini belirtmişlerdir. Buna ek olarak çalışmada, yas sürecine karşı korku, öfke ile birlikte, hastalığı tek başına stres etkeni olarak görüp; var olan stresi de kronik hale getirdiği sonucuna ulaşmışlardır (Issakson ve ark. 2007).

MS'den dolayı iş kaybı, boşanma, sosyal çevre ile ilgili problemler meydana gelebilmektedir ve bu problemler yaşam kalitesinin niteliğini bozmaktadır (Mavioğlu ve ark. 2014). Hastalar, hastalıktan dolayı meydana gelen iş kaybı neticesinde ekonomik anlamda da sorun yaşayabilmektedirler. Tedavide kullanılan ilaçların yurt dışı kaynaklı ve pahalı olması hasta bireyleri ve aileyi zorlamaktadır. Airlie ve arkadaşları tarafından 100 MS hastası ile yapılan araştırmada, %28’inin engelliliklerinden dolayı iş hayatını tümüyle bıraktıkları bildirilmiştir. Ayrıca, MS tanısı aldıktan sonra, hastalık nedeniyle bireyin çalışamaması ve buna istinaden, sağlık harcamalarının artmasından dolayı gelir azalmakla birlikte, giderin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Courts, Newton and McNeal, 2005).

Yapılan bir araştırmada, MS hastalarının %71’inin sosyal aktivite düzeyi, hastalık tanısından sonra düşüş göstermiştir. Ayrıca, MS hastalarının %47.5’inin işsiz olduğu belirtilirken; %12.9’unun da hastalık nedeniyle işinden ayrılmak zorunda kaldığı ya da erken emekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Özdemir ve Aşiret, 2011).

MS hastalarının, iş yaşamında ve arkadaşlık ilişkilerinde değişim meydana geldiğini ve bu değişimin MS'den kaynaklı olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur (Yorkston ve ark. 2001). Örneğin yapılan bir çalışmada, MS tanısı alan genç bireyler, MS hastalığını anlamayan kişilerle görüşmemeyi gelecek kaygısı ile ifade ederken; diğer MS tanısı alan bireyler ise, kendi istekleri doğrultusunda sosyal çevrelerini kısıtlamışlardır (Çakır, 2020).

Sonuç olarak, MS hastalarının yaşadıkları olumsuz durumları azaltmak ya da engellemek için, multidisipliner bir ekip tarafından hastaya kapsamlı bir biçimde destek planlanmalıdır. Bu ekibin içinde; doktor, fizyoterapist, rehabilitasyon hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, klinik psikolog, dil ve konuşma terapisti, ergoterapist ve diyetisyen gibi profesyoneller yer almaktadır. Dolayısıyla takım çalışması, MS'in tıbbi ve sosyal rehabilitasyonunda oldukça önemli bir yere sahiptir.

2.6. Multiple Skleroz Hastalarının Baş Etme Mekanizmaları

Stresle baş etme, birey için stres verici olayların neden olduğu duygusal gerilimi yatıştırma, yok etme veya bu gerilime katlanma düşüncesini taşıyan bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünüdür (Üstün ve ark. 2005; Folkman ve Lazarus 1984).

Folkman ve Lazarus'a göre baş etme biçimleri iki kategoride incelenir. Bunlar problem odaklı baş etme ve duygu odaklı baş etmedir. **Problem odaklı baş etme**; merkezinde problem olmakla birlikte; etkili bir stratejidir ve planlı eylem dahilinde mantıksal bir çözümlenmeyi kapsamaktadır. **Duygu odaklı baş etme**; edilgen bir metottur ve hoş olmayan bir olaydan dolayı yaşanan duyguları yok etme girişimidir (Üstün ve ark. 2005; Folkman ve Lazarus 1984).

MS hastalarıyla gerçekleştirilen çalışmalarda; problem odaklı baş etmenin, düşük seviyede depresyon semptomları ve düşük seviyede kaygı ile arasında korelasyon olduğu belirtilmiştir (Goretti ve ark. 2009; Kehler, 2009).

MS hastalığına uyum kapsamında, stres ve baş etme mekanizmasını inceleyen bir çalışmada; duygu odaklı baş etmede, bir yıl süreyle yapılan ölçümlerin ikisinde de MS'e uyum olumsuz sonuçlanmıştır. Yanı sıra, bir yıl sonra yapılan ölçümde ise,

problem odaklı baş etmenin sağlığı minimum düzeyde de olsa pozitif etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Pakenham, 1999).

Bir araştırmada, 193 MS hastası, hastalığa uyum konusunda incelemiş olup; hastaların yalnızca %12.7'lik bir kısmı hastalığa uyum sağlarken; %87.3'lük kısımda ise, hastalığa uyum sorunları yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Stepleman ve ark. 2009).

Yapılan bir çalışmada; hastaların MS atakları yaşamadığı zamanlarda baş etme ve hastalığa uyum yüksek düzeyde bulunmuştur (McIvor ve ark. 1984).

Lode ve arkadaşları, MS tanısını yeni alan 83 hastanın baş etme mekanizmalarını ve depresyon ile ilgili belirtilerini, kontrol grubuna göre karşılaştırmıştır. Karşılaştırma sonucunda, MS hastalarının kontrol grubuna göre problem ve duygu odaklı baş etme mekanizmaları daha düşük seviyede bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubuna göre daha yüksek seviyede depresyon ile ilgili semptomların varlığı söz konusudur (Lode ve ark. 2009).

Bireylerin, problem ve duygu odaklı baş etme yöntemleri aynı anda kullanıldığında, kaygı ve depresyonun azalarak, yaşam kalitesinin iyileştiği ve topluma entegrasyonun kolaylaştığı bildirilmiştir (Tuncay ve Tekin, 2021;64).

Zengin ve arkadaşlarının, 214 MS tanısı alan hasta ile yaptıkları çalışmada, sosyodemografik değişkenlerin (cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi) hastaların baş etme biçimleri üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Buna ek olarak çalışmada, sosyal destek alan hastaların baş etme puanları yüksek oranda bulunmuştur (Zengin ve ark. 2017).

Bireylerin MS'e uyum ve hastalıkla baş edebilmesi için, tedavi ekibinde yer alan meslek elemanlarının, hastayı, MS ile ilgili adeta bir rehber görevi üstlenerek bilgilendirmesi gerekmektedir. Hastalık hakkında hasta ve ailesi bilinlendirilmediir. Hastanın, duygularını, sorunlarını, kaygılarını rahat bir biçimde ifade edebilmesi için uygun bir ortam oluşturularak, hasta ile verimli bir iletişim sağlanmalıdır. Lode ve arkadaşlarının MS tanısı alan 108 hastayla yaptığı bir araştırmada; hastalık tanısı öğrenildikten sonra nitelikli bilgilendirme yapılmasının, hastalığa uyumu kolaylaştırarak, baş etmeyi etkili bir şekilde geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Lode ve ark. 2007).

Baş etme mekanizmalarının öğretildiği müdahale gruplarında, MS hastalarının fiziksel engellerinde artış olmasına karşın, yeni karşılaştıkları olay ya da durumlarla kolaylıkla

başa çıkarak ruh sağlıklarını korudukları ve ilerleme gösterdikleri bildirilmiştir (Schwartz, 1999). Baş etme ve sosyal destek, hastalığa uyum sürecinde oldukça önemlidir. Ayrıca, hastaların bağımsızlıklarını tekrar kazanmaları hususunda motivasyon sağlamaktadır (Lode ve ark. 2009). Psikososyal olarak pek çok sorun teşkil edecek davranış sosyal destek mekanizmaları ve bireyin baş etme kapasitesinin gücüyle çözümlenebilir.

2.7. Sosyal Hizmet Perspektifi ile Multiple Skleroz

Sosyal hizmet, bireyi sosyal içerme dahilinde ele alarak, bireyin yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliğini artırmayı hedefleyen bir meslek ve disiplindir. Dolayısıyla sosyal hizmet, bireyi ekolojik yaklaşımın ve sosyal hizmetin doğası olan “çevresi içinde birey” kavramı kapsamında ele alır. Bireyi ve bununla birlikte, bireyin içinde yaşadığı sosyal çevresini de inceler (Pak, 2017). Sosyal hizmet perspektifiyle MS hastalığını incelediğimizde; MS yaşam boyu süregelen ve engelliliğe varan sonuçlar meydana getirmesi bağlamında, bu hastalığa sahip bireyler risk gruplarında yer alabilir. Buna bağlı olarak, bu bireylerin toplumla etkileşimi oldukça önemlidir ve “çevresi içinde birey” olarak değerlendirilmelidir.

Hastalıkların ortaya çıkmasında ve hastalık sürecinde birey, bir bütün halinde, biyopsikososyal olarak ele alınmalıdır. Biyopsikososyal modelde odak, sağlığın geliştirilmesi ve teşvikidir. Bu odağın gerçekleştirilmesinde kronik hastalık meydana gelmeden önce “koruyucu-önleyici”, hastalık meydana geldikten sonra “iyileştirici-tedavi edici” ve son olarak da “rehabilite edici hizmetler” sunulmalıdır (Sarafino ve Smith, 2014).

Sosyal hizmet mesleğinin önemli boyutlarından biri, tıbbi sosyal hizmettir. Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının merkezinde sosyoekonomik durumlar, sosyal destek ve sosyal sorunlar bulunmaktadır. Diğer kronik hastalıklar gibi MS hastalığı da klinik müdahalenin yanında bireyin ve ailesinin psikososyal desteğe gereksinim duyduğu nörolojik bir hastalıktır. Kronik hastalıklar tanı konulduğu andan itibaren bireyin hayatında zorlukları da beraberinde getirmektedir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanları kilit bir rol üstlenmektedir. Hastalık neticesinde meydana gelen travmalar sonucunda, hasta bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirmesi adına da sosyal hizmet uzmanları önemli bir misyona sahiptir. Bu bağlamda, hastalığa karşı

psikososyal bilinçlendirme ve farkındalık en az ilaç tedavisi kadar önemlidir (Chwastiak ve Edhe, 2007).

Tıbbi sosyal hizmetin amaçları genel olarak şu şekildedir:

- ✓ Hastanın tıbbi bakımı ve tedaviyi onaylamasıyla birlikte, verilen bakımın dinamik bir biçimde uygulanmasını kolaylaştırmak,
- ✓ Hastalıktan dolayı, hasta birey ve ailesinde meydana gelen stresi hafifletmek ya da ortadan kaldırmak,
- ✓ Bireyin hastalığı ile birlikte, içinde bulunduğu şartlar sebebiyle oluşan sorunları çözümlenmek (Duyan, 1996).

2011 yılında yayımlanan “7465 sayılı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesiyle beraber, Sağlık Bakanlığı’nın hastanelerinde kurulan tıbbi sosyal hizmet birimlerinin amacı; hastaların tedavi sürecini etkileyen psikolojik, sosyal, ekonomik problemlerin sosyal hizmet mesleğine özgü yöntem ve uygulamalarla zamanında çözmektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi, 2011).”

Literatürde tıbbi sosyal hizmetin farklı tanımları mevcuttur. Tıbbi sosyal hizmet; hastaların, bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanmalarına engel teşkil eden problemlerin çözümlenmesi için yapılan psikososyal açıdan destekleyici hizmetlerdir (Tomanbay, 1992). Turan’a göre, tıbbi sosyal hizmet; sosyal hizmet yöntem ve ideolojisinin, sağlık ve sağaltım faaliyetlerine uyarlanması, tıp ve halk sağlığı izlencesi dahilinde uygulanmasıdır (Turan, 1992). Riaz ve Sarfaraz, tıbbi sosyal hizmeti; hastalığın ve tedavi sürecinin hem birey hem de ailesi üzerinde, sosyal ve emosyonel etkilerinin farkında olmak şeklinde tanımlamışlardır (Riaz ve Sarfaraz, 2015). Barker’a göre ise tıbbi sosyal hizmet; sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen, hastalığı önleme, sağlığı geliştirme, engellilik ve hastalık gibi hususlarda, hasta birey ve ailenin yaşadığı psikososyal problem ve zorlukların çözümüne dayanak olan bir alandır (Barker, 2003).

Bland ve Renouf’a göre, özellikle tıbbi alandaki sosyal hizmet uygulamalarının amacı; bireysel, ailesel ve toplumsal iyilik halinin maksimize edilmesiyle beraber, bireylerin yaşamlarındaki gücün ve kontrolün geliştirilip, farkında olmasını ve sosyal adalet ilkelerinin sağlanması şeklinde açıklanabilir (Bland ve Renouf, 2001).

Tıbbi tedavi ekibinin önemli bir ayağını sosyal hizmet uzmanları oluşturmaktadır. Bu sebeple, sosyal hizmet uzmanlarının en önemli işlevleri, kriz durumunda, hasta ve ailelerle, sosyal hizmet kurumlarının bağlantısını yapmak, işbirliği ve eşgüdümü sağlayarak toplumsal kaynaklardan faydalanma sürecine destek olmaktır. Bir diğer önemli rolü vaka yöneticisidir. Vaka yönetiminde öncelikli amaç; bireyin farklı ihtiyaçlarının en uygun hizmet biçimiyle etkin ve nitelikli şekilde karşılanarak, sosyal işlevselliğini en üst düzeye çıkarmaktır (Ashman ve ark. 1999).

Tıbbi tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanı, birey ve ailesinin ihtiyaçlarını değerlendirmekle birlikte; hasta ve ailesinin hizmetlerden güvenli bir şekilde faydalanması için; planlama, koordine etme, izleme, yeniden değerlendirme ve savunuculuk izlemlerini kullanır. Çeşitli kurumlar tarafından yapılan hizmetleri birey ve ailesine fayda sağlamak adına araştırır ve hastanın kendi kararını vermesi hususunda danışmanlık yapar (Ashman ve ark. 1999; Bentley, 2002).

Pollin ve Cashion, hastaların bakım ve rehabilitasyonunda, sosyal hizmet uzmanının eğitimci rolüne değinmiştir. Bu rolde; hasta birey ve ailesinin duygularına ve gereksinimlerine hassas bir şekilde davranılmalıdır. Hastanın yaşam kalitesinin maksimum düzeye çıkarılması bazında sosyal hizmet meslek elemanının önemli bir yeri vardır. Hastayı ve ailesini hastalık ile ilgili bilgilendirmek baş etme becerilerini geliştirmek ve farkındalığı sağlamak, hastalığından dolayı azalan yetenekle birlikte güçlü yönlerini ortaya çıkarmak, hastalığın neden olduğu değişim ve dönüşümlere adapte olmasına yardımcı olmak olarak açıklamışlardır (Akt. Türütgen, 2000).

Sosyal destek mekanizmalarını harekete geçiren sosyal hizmet uzmanı, hastanın işlevselliğini artırarak tedavi sürecine olumlu yönde bir katkıda bulunmaktadır (Özdemir, 2000). Hasta bireyin ve ailesinin güçlendirilmesi, iyilik halinin artırılması, hastanın hastalığa uyum sürecinde ve bu süreçte aktif olmasında güçlendirici ve kolaylaştırıcı görevi vardır (Findley, 2014).

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet meslek elemanları, “mikro, mezo ve makro” düzeyde müdahale yöntemlerini kullanarak; sistem kuramı, ekolojik ve güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde incelemelerde bulunur. Yaklaşım ya da kuramlar, sosyal hizmet uygulamalarını güçlü kılmakla birlikte, uygulamalara da kılavuz niteliğindedir.

Sistem ve ekoloji kuramları, 1900'li yıllarda ortaya çıkmış olup; ilk olarak sosyal hizmetin dışındaki alanlar için geliştirilmiştir. Daha sonra sosyal hizmet bilimine de girmiştir. Ekosistem kuramı olarak da adlandırılan bu kuramlar, bireylerin fonksiyonelliğini, “sosyal çevre” bağlamında ifade etmeye çalışır. Buna ek olarak bu kuramlar, bireylerin yaşadıkları problemleri çevresiyle etkileşimine bakarak değerlendirir (Tuncay ve Tekin, 2021). Ekosistem kuramının bakış açısı, mevcut sorunların sistemin diğer parçalarıyla ilintili olduğunu ve yalın olarak görülen bir sorunun derinlemesine incelenmesi gerektiğidir (Ashman ve Hull, 1999; akt. Yolcuoğlu, 2014).

Güçlendirme yaklaşımını incelediğimizde, 1960'lı yıllarda sosyal hizmet, psikoloji, eğitim gibi alanlarda ortaya çıkmıştır (Zoe ve Baden, 1997). Sosyal hizmet uygulamasında çoğunlukla yararlanılan bu yaklaşım, bireylerin, grupların ya da toplumların kendi hayatlarını kontrol edebilme yetisi olarak tanımlanabilir (Anuradha, 2004). Güçlendirme yaklaşımı, ilkte sosyal tıbbi sosyal hizmet alanında uygulanmaya başlanmıştır. Bu yaklaşımın temeli, bireylerin güçlü yanlarının farkına varıp; problemin çözümüne katkı sağlamasıdır (Duyan, Özgür Sayar ve Akbulut, 2008).

Bu bilgiler ışığında sosyal hizmet meslek elemanları, mikro düzeyde gerçekleştirdikleri çalışmalarda; hastaların neye ihtiyacı olduğu belirlenerek, psikososyal ve ekonomik yönden incelemelerde bulunulur. Tedavideki ekip üyeleri ile hasta ve aile arasında yaşanan iletişim problemlerini çözümlenmekle birlikte; hasta bireyde, hastalık sürecinde meydana gelen olumsuz duygu ve davranışların, sağlıklı bir şekilde ifade edilmesi için uygun koşullar oluşturulabilir. Ayrıca bireyin güçlü yönleri, hastalıktan dolayı meydana gelen değişkenlik gösteren duygu durumları ile baş etme becerileri mikro düzeyde müdahale yönteminde yer almaktadır.

Mezzo düzeyde gerçekleştirdikleri çalışmalarda; MS tanısı almış birey ve aileler ile birlikte grup çalışmaları yapılarak bu yöntemle, deneyimler ve bilgi aktarımı sağlanabilir. MS hastaları için, grup çalışmaları sosyal destek mekanizmalarını güçlendirici nitelikte olabilir. Grup çalışmaları, psikolojik sorunları ve somatizasyonu azaltmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, grup ortamında psikososyal açıdan uyum, baş etme becerilerini artırma ve iletişim gibi konulara odaklanabilirler (Callahan, 1998). Dolayısıyla grup çalışması, hastanın, yalnızlık duygusu, hastalık ile ilgili korku, kaygı yaşamamaları için gereklidir. Hastalık süresinde meydana gelebilecek krizlerle baş edebilmek için birey ve aile üyeleri desteklenmelidir.

Makro düzeyde çalışmalar kapsamında ise; MS hastalığına dair politikalar geliştirilip güçlendirilmeli ve toplum, MS hastalığı konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca, sosyal güvenlik ve koruma sistemlerinin daha işlevsel olmasına destek olunmalıdır. Kişinin iş yaşamındaki muhtemel riskler önlenerek, MS hastalarının ekonomik yönden desteklenmesine dair program, hizmet ve politikaların oluşturulmasına katkıda bulunulmalıdır. Hastaların, tıbbi malzeme ve ilaca erişiminin kolaylaştırılması, fizik tedavi ve rehabilitasyondan yararlanamayan hastaların bu tedaviyi almasına imkan sağlamak, ulaşım problemlerini ortadan kaldırmak ve eğer hasta tedavi olmaya şehir dışından geliyorsa, hasta birey ve aileye konaklayacak bir yer sağlanması gibi tüm bu durumlar makro düzeyde çalışmalar kapsamında yer almaktadır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında multidisipliner ekibin önemli bir odağı olan ve holistik bir sağlık hizmeti sunumu için tıbbi sosyal hizmet uygulamaları oldukça önemlidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma “nicel bir araştırma” olmakla birlikte; araştırmanın modeli, tarama modellerinden “genel tarama modelidir.” “Genel tarama modelleri, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir” (Karasar, 2011).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma evrenini, Türkiye genelinden MS tanısı alan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden “amaçsal örnekleme” ile belirlenmiş 410 MS tanısı alan birey oluşturmaktadır. Amaçsal örnekleme yöntemi, çalışmanın amacına bağlı olarak, bilgi açısından zengin durumların seçilerek detaylı bir biçimde araştırma yapılmasına imkân sağlamaktadır (Büyüköztürk ve ark. 2016).

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırma, ilk olarak Ankara’da planlanmıştır. Dünya’da ve ülkemizde yaşanan Covid-19 pandemisi sebebiyle araştırma dijital ortamda yapılmıştır. Bu bağlamda, Ankara dahil, Türkiye genelinden MS tanısı almış bireylere ulaşılmıştır. Araştırmaya, Ankara’dan 126 MS hastası, Ankara dışından ise 284 MS hastası katılmıştır. Dijital ortamda, MS ile ilgili derneklerin sosyal medya sayfaları, MS ile ilgili sosyal medya sayfaları (Türkiye MS Derneği, MS Desteğim Platformu, MS Türkiye Platformu) ve kartopu yöntemiyle kişilere ulaşılmış olup; ayrıca nörolojik rehabilitasyon alanında çalışan fizyoterapistler aracılığıyla toplamda 410 MS hastasına ulaşılarak, katılımcıların gönüllülük esasını doğrultusunda veriler toplanmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Araştırma veri girişi ve analizi, SPSS 21.0 paket programı ile yapılmıştır. Betimsel istatistikler tanımlandıktan sonra; ölçek puanlarının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için “t testi” ve “tek yönlü varyans analizi (Anova testi)” kullanılmıştır. “İki gruplu demografik değişkenlerin analizinde t testi kullanılırken; Anova testi, k (k>2) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır.” Anova testinde farklılık çıkması durumunda, çoklu karşılaştırma için Tukey testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin analizi “Pearson korelasyon testi” ile incelenmiştir. Ölçek puanları arasındaki etki ise, “regresyon” ile analiz edilmiştir. Ayrıca “Cronbach’s alfa katsayısı” ölçeğin güvenirlik düzeyini vermektedir. Katsayı, 0 ile 1 arasında değişmektedir. Alfa (α) katsayısına bağlı olarak, ölçeğin güvenirliği şu şekilde değerlendirilmektedir: (Nunnally,1967).

- $.00 \leq \alpha < .40$ ise, ölçek güvenilir değildir,
- $.40 \leq \alpha < .60$ ise, ölçeğin güvenirliği düşük,
- $.60 \leq \alpha < .80$ ise, ölçek oldukça güvenilir,
- $.80 \leq \alpha < 1.00$ ise, ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

3.5. MS Tanısı Alan Bireylerin Demografik Özellikleri

Bu kısımda, MS tanısı alan bireylerin demografik verilerine yer verilmiştir.

Tablo 3.1: Demografik Veriler

		n	%
Cinsiyet	Kadın	316	77.1
	Erkek	94	22.9
Yaş	30 yaş ve altı	155	37.8
	31-40 yaş	131	32.0
	41-50 yaş	88	21.5
	51 yaş ve üstü	36	8.8
İkamet edilen il	Ankara	126	30.7
	Ankara dışı	284	69.3
Medeni durum	Evli	249	60.7
	Bekar	135	32.9
	Dul	5	1.2
	Boşanmış	21	5.1
Çocuk sayısı	Çocuğum yok	54	19.6
	1	82	29.8
	2	104	37.8
	3	33	12.0
	4	2	.7

Tablo 3.1: Demografik Veriler (Devamı)

		n	%
Eğitim durumu	Okuryazar değil	1	.2
	İlkokul	9	2.2
	Ortaokul	28	6.8
	Lise	101	24.6
	Üniversite	240	58.5
Sosyal güvence durumu	Lisansüstü	31	7.6
	Var	382	93.2
Çalışma bilgileri	Yok	28	6.8
	Çalışıyor	197	48.0
	Çalışmıyor	140	34.1
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	8.3
Aylık gelir durumu	Emekli	39	9.5
	Asgari ücretin altı	60	14.6
	Asgari ücret	75	18.3
	Asgari ücretin üzerinde	275	67.1

Katılımcılardan; kadınların oranı %77.1 (n=316), erkeklerin oranı %22.9 (n=94); 30 yaş ve altı olanların oranı %37.8 (n=155), 31-40 yaş olanların oranı %32.0 (n=131), 41-50 yaş olanların oranı %21.5 (n=88), 51 yaş ve üstü olanların oranı %8.8 (n=36); Ankara’da ikamet edenlerin oranı %30.7 (n=126), Ankara dışında ikamet edenlerin oranı %69.3 (n=284); evli olanların oranı %60.7 (n=249), bekar olanların oranı %32.9 (n=135), dul olanların oranı %1.2 (n=5), boşanmış olanların oranı %5.1 (n=21); çocuğu olmayanların oranı %19.6 (n=54), bir çocuğu olanların oranı %29.8 (n=82), iki çocuğu olanların oranı %37.8 (n=104), üç çocuğu olanların oranı %12.0 (n=33), dört çocuğu olanların oranı %0.7 (n=2); okuryazar olmayanların oranı %0.2 (n=1), ilkokul mezunu olanların oranı %2.2 (n=9), ortaokul mezunu olanların oranı %6.8 (n=28), lise mezunu olanların oranı %24.6 (n=101), üniversite mezunu olanların oranı %58.5 (n=240), lisansüstü mezunu olanların oranı %7.6 (n=31); sosyal güvencesi olanların oranı %93.2 (n=382), sosyal güvencesi olmayanların oranı %6.8 (n=28); çalışanların oranı %48.0 (n=197), çalışmayanların oranı %34.1 (n=140), hastalığından dolayı çalışamayanların oranı %8.3 (n=34), emekli olanların oranı %9.5 (n=39); aylık geliri asgari ücretin altında olanların oranı %14.6 (n=60), aylık geliri asgari ücret olanların oranı %18.3 (n=75), aylık geliri asgari ücretin üzerinde olanların oranı %67.1 (n=275)’dir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; MS tanısı alan bireylerin demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla “demografik bilgi formu” kullanılmıştır. Bu formda, kişisel ve

hastalığa ait sorular olmak üzere toplam 22 soru bulunmaktadır. Buna ek olarak, MS tanısı alan bireylerin, sosyal destek mekanizmalarının incelenmesi için “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)” kullanılmış olup; psikiyatrik semptomların incelenmesi amacıyla da “Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)” kullanılmıştır.

3.6.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

“Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği”, 1988 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde, Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup; bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini ölçmek için kullanılan bir ölçektir (Zimet ve ark. 1988). Dilimize uyarlanan ölçeğin, geçerlik ve güvenirlik çalışması, Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır (Eker ve Arkar, 1995). Ölçek, toplam 12 maddeden oluşmakla birlikte; 3 alt boyutu bulunmaktadır: “Aile”, “arkadaş” ve “özel bir insan” olmak üzere. Her bir boyut dört soru ile değerlendirilir. “Aile boyutu; 3. 4. 8. ve 11. maddelerle, Arkadaş boyutu; 6. 7. 9. ve 12. maddelerle, Özel bir insan boyutu ise, 1. 2. 5. ve 10. maddeler” ile değerlendirilir. Ölçek, “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen yedili likert tipi bir ölçektir. Alt boyutlardan elde edilen puanlar kendi aralarında toplanarak alt ölçek puanı elde edilmekle beraber; bütün alt boyut puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanına ulaşılmaktadır. Elde edilen puanların yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin yönteminde 50’şer kişilik üç gruptan veriler toplanmıştır. Bu gruplar; “yatarak tedavi gören psikiyatri hastaları (psikiyatri grubu),” “cerrahi grubu” ve “rastgele seçilmiş hasta ziyaretçi” grubundan oluşmaktadır. Araştırmanın sonucunda, ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.89 olarak bulunmuştur (Eker ve ark. 2001). Aşağıdaki tabloda ölçeğin Cronbach Alpha değerleri verilmiştir.

Tablo 3.2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Güvenirliği (Cronbach's Alpha)

ÖRNEKLEM				
Ölçek	Psikiyatri	Cerrahi	Normal	Tüm Örneklem
Toplam	0.86	0.91	0.83	0.89
Aile	0.83	0.83	0.80	0.85
Arkadaş	0.84	0.89	0.85	0.88
Özel bir insan	0.88	0.95	0.92	0.92

3.6.2. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

“Psikolojik Belirti Tarama Listesi”, esas adıyla Symptom Check List-90 (SCL-90-R), bireylerin psikolojik semptomlarının hangi düzeyde ve hangi konularda sorun olduğunu ve bireyin kendini anlatması (self-report) yaklaşımını baz alan bir ölçektir (Kılıç,1991; Yeşilyaprak, 2001). SCL-90-R, John Hopkins Üniversitesi, Psikometrik Araştırma Ünitesinde; Derogatis ve arkadaşları tarafından (1977), Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen dokümanlar aracılığıyla geliştirilmiştir (Kılıç,1991). Ölçek, 90 madde ve 10 alt boyuttan oluşan öz bildirim ölçeğidir (Öner, 1997). Ölçeğin alt boyutunda bulunan maddeler; somatizasyon, obsesif- kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotik ve ek maddeler (uyku ve yeme bozuklukları, suçluluk ile ilgili belirtiler) olmak üzere toplam 10 tanedir. Bu boyutlar birbiriyle bağlantılı olarak bir bütün halinde ve her bir maddenin “son 15 gün içinde ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiği” sorusunu içeren bir yönergeyle uygulanmaktadır (Dağ, 1991). Ölçeğin 10 alt boyutunu, Yılmaz (2015) aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

- Somatizasyon alt boyutu:** “Bedensel (fizyolojik) işlevlere ilişkin maddeleri,”
- Obsesif-Kompulsif alt boyutu:** “Bireyin düşünmekten veya yapmaktan vazgeçemediği, istemsiz düşünce ve davranışlara ilişkin maddeleri,”
- Kişiler Arası Duyarlılık alt boyutu:** “Aşağılanma ya da yetersizlik duygularına ilişkin maddeleri,”

•**Depresyon alt boyutu:** “Genel karamsarlık, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri, yaşama olan ilgide azalmaya ilişkin maddeleri,”

•**Anksiyete alt boyutu:** “Yüksek düzeyde kaygıya ilişkin maddeleri,”

•**Öfke alt boyutu:** “Saldırganlık ve kızgınlık duygularına ilişkin maddeleri,”

•**Fobik Anksiyete alt boyutu:** “Bir nesne ya da durum karşısında ısrarlı bir şekilde korkuya ilişkin maddeleri,”

•**Paranoid Düşünce alt boyutu:** “Şüphe ve düşmanca düşünceler ve korkulara ilişkin maddeleri,”

•**Psikotizm alt boyutu:** “İçe kapanma, sosyal hayattan uzaklaşma, şizoid yaşam biçimine ilişkin maddeleri,”

•**Ek Maddeler alt boyutu:** “Uyku ve yeme disfonksiyonu, suçluluk ile ilgili belirtileri yansıtan maddelerdir” (Yılmaz, 2015).

Ölçek; “0:Hiç, 1:Çok az, 2:Orta derece, 3:Oldukça fazla 4:Aşırı düzeyde” olmak üzere beşli likert tipi şeklindedir. Ölçekten üç farklı şekilde genel puan hesaplanmaktadır. Bu puanlar:

1) Genel Semptom Düzeyi (Global Symptom Index: GSI): Tüm sorulardan elde edilen puanlar toplanarak soru sayısına (90’a) bölünür. Rahatsızlığın boyutunu ve anlık düzeyi en iyi ölçen indekstir. 1’in üzerinde olması durumunda psikopatoloji varlığı söz konusudur.

2) Pozitif Semptom Toplamı (Positive Symptom Total:PST): “Hiç” seçeneği işaretlenenler hariç; diğer maddelerin ham sayı toplamıdır.

3) Pozitif Semptom Düzeyi (Positive Symptom Distress Index: PSDI): “Hiç” seçeneği işaretlenenler hariç; diğer maddelerin puan toplamının, pozitif semptom toplamına (PST’ye) bölünmesiyle elde edilir. Bununla birlikte, kişinin kendisinde problem olarak hissettiği semptomların ağırlıklı ortalamasını oluşturur.

Alt boyuttaki puanların hesaplanması (Dağ, 1991); alt boyutu oluşturan sorulardan alınan puanların, soru sayısına bölünmesiyle bulunur. Bu bağlamda, alt boyut hesaplaması aşağıdaki şekilde olur:

Somatizasyon: (1+4+12+27+40+42+48+49+52+53+56+58) / 12

Obsesif-Kompulsif: (3+9+10+28+38+45+46+51+55+65) / 10

Kişiler Arası Duyarlık: (6+21+34+36+37+41+61+69+73) / 9

Depresyon: (5+14+15+20+22+26+29+30+31+32+54+71+79) / 13

Anksiyete: (2+17+23+33+39+57+72+78+80+86) / 10

Öfke : (11+24+63+67+74+81) / 6

Fobik Anksiyete: (13+25+47+50+70+75+82) / 7

Paranoid Düşünce: (8+18+43+68+76+83) / 6

Psikotik: (7+16+35+62+77+84+85+87+88+90) / 10

Ek Maddeler: (19+44+59+60+64+66+89) / 7

SCL-90-R'ın ülkemizde yapılan ilk uygulamalarına baktığımızda; testin ilk kullanımı 1978'de Gökler tarafından yapılmıştır (Gökler, 1978). 1980 yılında Birsöz, SCL-90-R'ı araştırmasında kullanmadan önce, testin anlaşılma düzeyini belirlemek için, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Psikiyatri servisinde yatan ve ayakta tedavi olan ve farklı tanı alan hastalara bu testi uygulamış olup; hastaların maddeleri anlama ve cevaplandırma noktasında herhangi bir zorluk yaşamadığını belirtmiştir (Birsöz, 1980). Ölçeğin, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ise, iki farklı araştırmacı olan, Dağ ve Kılıç tarafından yapılmıştır (Dağ,1991; Kılıç, 1991). Dağ (1991)'ın yaptığı çalışmalarda ölçeğin tümünün Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı .97 bulunmuş, ölçeğin tüm alt ölçekler ve genel göstergelerle bulunan korelasyonların .51 ile .91 değerleri arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. SCL-90-R ile elde edilen ortalama, standart kayma ve ranj değerleri ile test-tekrar test güvenilirlik katsayıları aşağıdaki tabloda verilmiştir (Dağ, 1991).

Tablo 3.3: SCL-90-R ile Elde Edilen Ortalama, Standart Kayma ve Ranj Değerleri ile Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları

	SOMA	OKB	KADU	DEPR	KAYG	DÜŞM	FOKA	PARA	PSİK	EKÖL	GSI	PSDI	PST
X=	1.02	1.34	1.11	1.18	1.04	1.16	0.61	1.18	0.80	1.13	1.06	1.74	52.4
S=	0.67	0.65	0.71	0.72	0.71	0.81	0.60	0.71	0.60	0.70	0.57	0.46	19.4
*Maks=3.67		3.70	3.33	3.54	3.60	3.83	3.14	3.50	3.40	4.00	3.02	3.45	82.0
**r =	.75	.87	.84	.87	.73	.70	.65	.73	.79	.85	.90	.90	.87

*Tüm alt ölçeklerde minimum değer 0.00'dır.

**Test-tekrar test güvenirlilik katsayıları (r) 99 kişilik örneklemden, ortalama, standart kayma ve ranj değerleri 532 kişilik örneklemdir.

Soma: Somatizasyon, **Obko:** Obsesif-Kompulsif, **Kadu:** Kişiler Arası Duyarlılık, **Depr:** Depresyon, **Kayg:** Kaygı, **Düşm:** Düşmanlık, **Foka:** Fobik Anksiyete, **Para:** Paranoid Düşünce, **Psik:** Psikotik, **Eköl:** Ek Ölçekler, **GSI:** Genel Semptom Düzeyi, **PSDI:** Pozitif Semptom Düzeyi, **PST:** Pozitif Semptom Toplamı

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Araştırmanın analizi, SPSS 21.0 programı ile yapılmış olup; %95 güven düzeyinde çalışılmıştır. Değerler incelendiğinde, her bir puanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının “-3 ile +3” arasında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, puanların normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma bulguları, araştırmanın amaçları doğrultusunda aşağıda sunulmuştur.

4.1. MS Tanısı Alan Bireylerin Hastalığa İlişkin Bulguları

Aşağıda yer alan Tablo 4.1’de MS tanısı almış olan katılımcıların hastalığa ilişkin bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 4.1: Hastalığa Ait Bulgular

		n	%
Kaç yıldır MS hastasıdır?	1-5 yıl	190	46.3
	5-10 yıl	109	26.6
	11 yıl ve üzeri	111	27.1
MS tipiniz nedir?	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	78.0
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	13.4
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	5.9
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	2.7
Fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma durumunuz nedir?	Evet	133	32.4
	Hayır	277	67.6
MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Evet	97	23.7
	Hayır	313	76.3
MS hastalığına uyum sağlama düzeyiniz nedir?	Kötü	38	9.3
	Orta	228	55.6
	İyi	144	35.1
MS'den dolayı meydana gelen sorunlar sosyal ilişkilerinizi etkiledi mi?	Evet	247	60.2
	Hayır	163	39.8
MS'e bağlı olarak atak geçiriyor musunuz?	Evet	323	78.8
	Hayır	87	21.2
Atak geçirmeniz halinde sıklığı hangi düzeydedir?	Hiç atak geçirmedi	34	8.3
	Nadiren atak geçiririm	323	78.8
	Sık sık atak geçiririm	53	12.9
MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşıyor musunuz?	Evet	294	71.7
	Hayır	116	28.3
Hastalığınızdan dolayı bir uzman tarafından (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Psikiyatr gibi) herhangi bir psikolojik yardım ya da destek aldınız mı?	Evet	155	37.8
	Hayır	255	62.2

Tablo 4.1: Hastalığa Ait Bulgular (devamı)

		n	%
MS konusunda bilgi sahibi olma durumunuz nedir?	Evet MS konusunda bilgim var	321	78.3
	MS konusunda az çok bilgim var	86	21.0
	Hayır MS konusunda bilgim yok	3	.7
MS'e bağlı olarak çevrenizde en çok kim ya da kimler tarafından sosyal destek aldınız?	Aile(anne, baba, kardeş)	235	57.3
	Eş	129	31.5
	Çocuklar	15	3.7
	Arkadaşlar	31	7.6
Sizden başka, aile üyelerinizde MS tanısı alan birey var mı?	Evet	61	14.9
	Hayır	349	85.1

Katılımcılardan; 1-5 yıldır MS hastası olanların oranı %46.3 (n=190), 5-10 yıl MS hastası olanların oranı %26.6 (n=109), 10 yıl ve üzeri MS hastası olanların oranı %27.1 (n=111); MS tipi Atak ve iyileşmelerle giden MS (RRMS) olanların oranı %78.0 (n=320), birincil ilerleyici MS (PPMS) olanların oranı %13.4 (n=55), ikincil ilerleyici MS (SPMS) olanların oranı %5.9 (n=24), yineleyici ilerleyici MS (RPMS) olanların oranı %2.7 (n=11); Fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlananların oranı %32.4 (n=133), yararlanmayanların oranı %67.6 (n=277); MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olanların oranı %23.7 (n=97), MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olmayanların oranı %76.3 (n=313); MS hastalığına uyum sağlama düzeyi kötü olanların oranı %9.3 (n=38), orta olanların oranı %55.6 (n=228), iyi olanların oranı %35.1 (n=144); MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkilemiş olanların oranı %60.2 (n=247), etkilememiş olanların oranı %39.8 (n=163); MS'e bağlı olarak atak geçirenlerin oranı %78.8 (n=323), atak geçirmeyenlerin oranı %21.2 (n=87); Atak geçirilmesi halinde sıklığı, hiç atak geçirmeyenlerin oranı %8.3 (n=34), nadiren atak geçirenlerin oranı %78.8 (n=323), sık sık atak geçirenlerin oranı %12.9 (n=53); MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşayanların oranı %71.7 (n=294), psikolojik olarak sorun yaşamayanların oranı %28.3 (n=116); Hastalığından dolayı bir uzman tarafından (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Psikiyatrist gibi) herhangi bir psikolojik yardım ya da destek alanların oranı %37.8 (n=155), yardım ya da destek almayanların oranı %62.2 (n=255); MS konusunda bilgi sahibi olanların oranı %78.3 (n=321), MS konusunda az çok bilgisi olanların oranı %21.0 (n=86), MS konusunda bilgisi olmayanların oranı %0.7 (n=3); MS'e bağlı olarak en çok Ailesinden (anne, baba, kardeş) sosyal destek alanların oranı %57.3 (n=235), eşinden sosyal destek alanların oranı %31.5 (n=129), çocuklarından sosyal destek alanların oranı %3.7 (n=15), arkadaşlarından sosyal destek alanların

oranı %7.6 (n=31); Kendisinden başka aile üyelerinde MS tanısı alan bireylerin oranı % 14.9 (n=61), almayanların oranı %85.1 (n=349)'dur.

4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları Madde Toplam Korelasyonu

Aile boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre analizde tüm maddeler alınmıştır. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.918'dir. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

Özel Bir İnsan boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre analizde tüm maddeler alınmıştır. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.926'dır. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

Arkadaş boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre analizde tüm maddeler alınmıştır. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.937'dir. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

4.3. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Alt Boyutları Madde Toplam Korelasyonu

Somatizasyon boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre analizde tüm maddeler alınmıştır. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.872'dir. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

Obsesif-Kompulsif boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre analizde tüm maddeler alınmıştır. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.842'dir. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

Kişiler Arası Duyarlılık boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre analizde tüm maddeler alınmıştır. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.889'dur. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

Depresyon boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre 5. ve 14. madde toplam korelasyon katsayısı 0.300'den küçük olması nedeniyle analize dahil

edilmemiştir. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.908'dir. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

Anksiyete boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre analizde tüm maddeler alınmıştır. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.885'dir. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

Öfke boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre 11. madde toplam korelasyon katsayısı 0.300'den küçük olması nedeniyle analize dahil edilmemiştir. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.879'dur. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

Fobik Anksiyete boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre 75. madde toplam korelasyon katsayısı 0.300'den küçük olması nedeniyle analize dahil edilmemiştir. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.847'dir. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

Paranoid Düşünce boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre analizde tüm maddeler alınmıştır. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.778'dir. Buna göre, güvenilirlik katsayısı oldukça yüksektir.

Psikotik boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre analizde tüm maddeler alınmıştır. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.852'dir. Buna göre, güvenilirlik katsayısı çok yüksektir.

Ek Maddeler boyutu için madde toplam korelasyon tablosuna göre 19. ve 64. maddeler toplam korelasyon katsayısı 0.300'den küçük olması nedeniyle analize dahil edilmemiştir. Boyutun güvenilirlik katsayısı 0.751'dir. Buna göre, güvenilirlik katsayısı oldukça yüksektir.

4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 4.2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler

	1.0		2.0		3.0		4.0		5.0		6.0		7.0		Ort	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	80	19.5	45	11.0	45	11.0	57	13.9	38	9.3	22	5.4	123	30.0	4.19	2.30
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan(örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	87	21.2	52	12.7	43	10.5	39	9.5	33	8.0	28	6.8	128	31.2	4.16	2.38
Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	12	2.9	17	4.1	19	4.6	24	5.9	26	6.3	37	9.0	275	67.1	6.04	1.67
İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	32	7.8	13	3.2	25	6.1	38	9.3	36	8.8	25	6.1	241	58.8	5.61	1.98
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	85	20.7	36	8.8	50	12.2	44	10.7	46	11.2	29	7.1	120	29.3	4.21	2.31
Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	29	7.1	33	8.0	37	9.0	47	11.5	73	17.8	32	7.8	159	38.8	5.03	1.99
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	56	13.7	26	6.3	39	9.5	49	12.0	72	17.6	36	8.8	132	32.2	4.69	2.13
Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle)konuşabilirim.	30	7.3	27	6.6	23	5.6	36	8.8	39	9.5	48	11.7	207	50.5	5.44	2.01
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	30	7.3	34	8.3	32	7.8	35	8.5	69	16.8	42	10.2	168	41.0	5.14	2.01
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	81	19.8	53	12.9	42	10.2	48	11.7	45	11.0	23	5.6	118	28.8	4.13	2.31
Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	27	6.6	18	4.4	23	5.6	27	6.6	45	11.0	46	11.2	224	54.6	5.63	1.91
Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	38	9.3	32	7.8	31	7.6	53	12.9	67	16.3	48	11.7	141	34.4	4.92	2.03

Kesinlikle hayır

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

Kesinlikle evet

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ifadelerine ait betimsel istatistikler aşağıdaki gibidir.

Ortalaması en büyük olan ifadeler:

- Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
- Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.
- İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Ortalaması en küçük olan ifadeler:

- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

4.5. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 4.3: Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler

	.0		1.0		2.0		3.0		4.0		Ort	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baş ağrısı	38	9.3	105	25.6	147	35.9	84	20.5	36	8.8	1.94	1.09
Sinirlilik ya da içinin titremesi	19	4.6	76	18.5	149	36.3	113	27.6	53	12.9	2.26	1.05
Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoşa gitmeyen düşünceler	25	6.1	70	17.1	105	25.6	118	28.8	92	22.4	2.44	1.19
Baygınlık hissi veya baş dönmesi	131	32.0	136	33.2	103	25.1	30	7.3	10	2.4	1.15	1.03

Tablo 4.3: Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler (devamı)

	.0		1.0		2.0		3.0		4.0		Ort	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsel arzuya ilginin kaybı	117	28.5	81	19.8	107	26.1	66	16.1	39	9.5	1.58	1.31
Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	93	22.7	94	22.9	129	31.5	56	13.7	38	9.3	1.64	1.23
Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri	180	43.9	91	22.2	85	20.7	35	8.5	19	4.6	1.08	1.18
Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri	155	37.8	106	25.9	83	20.2	46	11.2	20	4.9	1.20	1.20
Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük	64	15.6	88	21.5	102	24.9	113	27.6	43	10.5	1.96	1.24
Dikkatsizlik veya sakatlıkla ilgili endişeler	28	6.8	75	18.3	116	28.3	113	27.6	78	19.0	2.34	1.18
Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	50	12.2	78	19.0	118	28.8	95	23.2	69	16.8	2.13	1.25
Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	183	44.6	105	25.6	82	20.0	29	7.1	11	2.7	0.98	1.08
Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	225	54.9	80	19.5	52	12.7	32	7.8	21	5.1	0.89	1.20
Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	18	4.4	59	14.4	96	23.4	133	32.4	104	25.4	2.60	1.14
Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri	212	51.7	66	16.1	61	14.9	37	9.0	34	8.3	1.06	1.33
Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	324	79.0	40	9.8	24	5.9	14	3.4	8	2.0	0.40	0.89
Titreme	174	42.4	124	30.2	77	18.8	22	5.4	13	3.2	0.97	1.06
Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi	27	6.6	90	22.0	126	30.7	89	21.7	78	19.0	2.25	1.18
İştah azalması	210	51.2	98	23.9	74	18.0	21	5.1	7	1.7	0.82	1.01
Kolayca ağlama	60	14.6	75	18.3	109	26.6	91	22.2	75	18.3	2.11	1.31
Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi	192	46.8	88	21.5	77	18.8	35	8.5	18	4.4	1.02	1.18

Tablo 4.3: Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler (devamı)

	.0		1.0		2.0		3.0		4.0		Ort	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi	247	60.2	83	20.2	36	8.8	26	6.3	18	4.4	0.74	1.13
Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	152	37.1	110	26.8	75	18.3	46	11.2	27	6.6	1.23	1.24
Kontrol edilmeyen öfke patlamaları	69	16.8	106	25.9	107	26.1	72	17.6	56	13.7	1.85	1.28
Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	250	61.0	63	15.4	41	10.0	38	9.3	18	4.4	0.81	1.20
Olanlar için kendini suçlama	159	38.8	98	23.9	72	17.6	52	12.7	29	7.1	1.25	1.28
Belin alt kısmında ağrılar	86	21.0	103	25.1	118	28.8	78	19.0	25	6.1	1.64	1.18
İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi	98	23.9	83	20.2	106	25.9	85	20.7	38	9.3	1.71	1.29
Yalnızlık hissi	122	29.8	95	23.2	79	19.3	63	15.4	51	12.4	1.58	1.38
Karamsarlık hissi	48	11.7	82	20.0	119	29.0	85	20.7	76	18.5	2.14	1.27
Her şey için çok fazla endişe duyma	48	11.7	84	20.5	102	24.9	96	23.4	80	19.5	2.19	1.29
Her şeye karşı ilgisizlik hali	93	22.7	121	29.5	98	23.9	59	14.4	39	9.5	1.59	1.25
Korku hissi	107	26.1	114	27.8	99	24.1	47	11.5	43	10.5	1.52	1.28
Duyularınızın kolayca incinebilmesi, alınganlık	44	10.7	94	22.9	99	24.1	104	25.4	69	16.8	2.15	1.25
Özel ve gizli düşüncelerinizin başkaları tarafından bilindiği hissi	226	55.1	84	20.5	58	14.1	28	6.8	14	3.4	0.83	1.12
Başkalarının sizi anlamadığı ve size ilgisiz olduğu duygusu	91	22.2	95	23.2	91	22.2	67	16.3	66	16.1	1.81	1.38
Başkalarının size dostça davranmadığı ve sizden hoşlanmadığı duygusu	162	39.5	117	28.5	60	14.6	47	11.5	24	5.9	1.16	1.23

Tablo 4.3: Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler (devamı)

	.0		1.0		2.0		3.0		4.0		Ort	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Doğru ve eksiksiz olmasını garantilemek için her şeyi çok yavaş yapma gereksinimi	100	24.4	111	27.1	119	29.0	46	11.2	34	8.3	1.52	1.21
Kalp çarpıntısı	145	35.4	140	34.1	85	20.7	28	6.8	12	2.9	1.08	1.05
Bulantı ya da midede rahatsızlık hissi	142	34.6	128	31.2	82	20.0	39	9.5	19	4.6	1.18	1.15
Başkaları karşısında aşağılık duygusu	261	63.7	64	15.6	48	11.7	23	5.6	14	3.4	0.70	1.09
Adele (kas) ağrıları	32	7.8	91	22.2	148	36.1	86	21.0	53	12.9	2.09	1.12
Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi	197	48.0	98	23.9	71	17.3	26	6.3	18	4.4	0.95	1.14
Uykuya dalmada güçlük	99	24.1	98	2.9	74	18.0	73	17.8	66	16.1	1.78	1.41
Yaptığımız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme hissi	65	15.9	119	29.0	112	27.3	67	16.3	47	11.5	1.79	1.23
Karar vermede güçlük çekme	70	17.1	99	24.1	116	28.3	75	18.3	50	12.2	1.84	1.25
Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	251	61.2	66	16.1	45	11.0	22	5.4	26	6.3	0.80	1.21
Nefes almada güçlük	232	56.6	94	22.9	65	15.9	15	3.7	4	1.0	0.70	0.93
Ateş basması veya her tarafınızın buz kesmesi	97	23.7	112	27.3	93	22.7	59	14.4	49	12.0	1.64	1.31
Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu	171	41.7	109	26.6	71	17.3	35	8.5	24	5.9	1.10	1.20
Hiçbir şey düşünmeme hali	185	45.1	111	27.1	67	16.3	29	7.1	18	4.4	0.99	1.14
Bedeninizin çeşitli yerlerinde hissizlik, uyuşma ya da karıncalanma	41	10.0	79	19.3	129	31.5	100	24.4	61	14.9	2.15	1.19
Boğazınızda bir yumru tıkandığı hissi	138	33.7	121	29.5	91	22.2	39	9.5	21	5.1	1.23	1.16

Tablo 4.3: Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler (devamı)

	.0		1.0		2.0		3.0		4.0		Ort	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Gelecek hakkında ümitsizlik	53	12.9	72	17.6	124	30.2	79	19.3	82	20.0	2.16	1.29
Dikkatinizi toplamada güçlük çekme	38	9.3	83	20.2	133	32.4	103	25.1	53	12.9	2.12	1.15
Bedeninizin bazı kısımlarında güçsüzlük	50	12.2	80	19.5	122	29.8	98	23.9	60	14.6	2.09	1.23
Gerginlik veya tedirginlik hissi	41	10.0	106	25.9	118	28.8	82	20.0	63	15.4	2.05	1.21
Kol veya bacaklarda ağırlık hissi	66	16.1	75	18.3	118	28.8	95	23.2	56	13.7	2.00	1.27
Ölüm ya da ölme düşünceleri	209	51.0	81	19.8	46	11.2	30	7.3	44	10.7	1.07	1.37
Aşırı yemek yeme hissi	167	40.7	94	22.9	73	17.8	45	11.0	31	7.6	1.22	1.29
Başkaları size bakarken, hakkınızda konuşurken huzursuzluk ve rahatsızlık duyma	144	35.1	96	23.4	82	20.0	44	10.7	44	10.7	1.39	1.34
Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	235	57.3	87	21.2	46	11.2	25	6.1	17	4.1	0.79	1.12
Bir başkasına zarar verme, dövme, yaralama dürtülerinin olması	285	69.5	71	17.3	24	5.9	17	4.1	13	3.2	0.54	1.00
Sabahları erken uyanma	105	25.6	110	26.8	104	25.4	57	13.9	34	8.3	1.52	1.24
Yıkanma, sayma, dokunma gibi hareketleri yenileme hali	232	56.6	82	20.0	60	14.6	23	5.6	13	3.2	0.79	1.09
Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	81	19.8	118	28.8	101	24.6	51	12.4	59	14.4	1.73	1.31
Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	213	52.0	88	21.5	62	15.1	27	6.6	20	4.9	0.91	1.17
Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	260	63.4	72	17.6	57	13.9	9	2.2	12	2.9	0.64	1.00
Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme	151	36.8	115	28.0	86	21.0	34	8.3	24	5.9	1.18	1.19

Tablo 4.3: Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler (devamı)

	.0		1.0		2.0		3.0		4.0		Ort	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	169	41.2	89	21.7	77	18.8	40	9.8	35	8.5	1.23	1.31
Her şeyin bir yük gibi görünmesi	96	23.4	121	29.5	86	21.0	59	14.4	48	11.7	1.61	1.30
Dehşet ve panik nöbetleri	234	57.1	94	22.9	41	10.0	21	5.1	20	4.9	0.78	1.13
Toplumun içinde bir şey yiyip içerken huzursuzluk hissi	216	52.7	84	20.5	60	14.6	28	6.8	22	5.4	0.92	1.19
Sık sık tartışmaya girme	133	32.4	145	35.4	72	17.6	33	8.0	27	6.6	1.21	1.17
Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali	211	51.5	94	22.9	56	13.7	26	6.3	23	5.6	0.92	1.19
Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği hissi	150	36.6	112	27.3	71	17.3	50	12.2	27	6.6	1.25	1.25
Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnız hissetme	172	42.0	108	26.3	59	14.4	40	9.8	31	7.6	1.15	1.27
Yerinizde duramayacak kadar rahatsızlık duymak	212	51.7	101	24.6	56	13.7	27	6.6	14	3.4	0.85	1.10
Değersizlik duygusu	157	38.3	89	21.7	76	18.5	40	9.8	48	11.7	1.35	1.38
Size kötü bir şey olacaktı hissi	104	25.4	131	32.0	91	22.2	43	10.5	41	10.0	1.48	1.25
Bağırma ya da eşyaları fırlatma hali	224	54.6	92	22.4	46	11.2	19	4.6	29	7.1	0.87	1.21
Topluluk içinde bayılacağımız korkusu	284	69.3	66	16.1	36	8.8	13	3.2	11	2.7	0.54	0.97
Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	150	36.6	98	23.9	69	16.8	51	12.4	42	10.2	1.36	1.35
Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması	219	53.4	86	21.0	65	15.9	21	5.1	19	4.6	0.87	1.14

Tablo 4.3: Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) İfadelerine Ait Betimsel İstatistikler (devamı)

	.0		1.0		2.0		3.0		4.0		Ort	ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Suç ve günahlarınızdan dolayı cezalandırılmamız gerektiği düşüncesi	240	58.5	66	16.1	51	12.4	24	5.9	29	7.1	0.87	1.25
Korkutucu türden düşünceler ve hayaller	218	53.2	94	22.9	52	12.7	22	5.4	24	5.9	0.88	1.18
Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	81	19.8	110	26.8	117	28.5	54	13.2	48	11.7	1.70	1.25
Bir başkasına karşı yakınlık duymama hissi	201	49.0	98	23.9	64	15.6	32	7.8	15	3.7	0.93	1.13
Suçluluk duygusu	190	46.3	101	24.6	67	16.3	33	8.0	19	4.6	1.00	1.17
Aklınızda herhangi bir bozukluk olduğu düşüncesi	260	63.4	75	18.3	39	9.5	16	3.9	20	4.9	0.69	1.11

0: Hiç, 1:Çok az, 2:Orta derecede, 3:Oldukça fazla, 4:Aşırı düzeyde

Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ifadelerine ait betimsel istatistikler aşağıdaki gibidir.

Ortalaması en büyük olan ifadeler:

- Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali,
- Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler,
- Dikkatsizlik veya sakatlıkla ilgili endişeler,
- Sinirlilik ya da içinin titremesi,
- Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi,
- Her şey için çok fazla endişe duyma,
- Gelecek hakkında ümitsizlik,
- Bedeninizin çeşitli yerlerinde hissizlik, uyuşma ya da karıncalanma,
- Duygularınızın kolayca incinebilmesi, alınganlık,
- Karamsarlık hissi.

Ortalaması en küçük olan ifadeler:

- Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma,
- Topluluk içinde bayılacağınız korkusu,
- Bir başkasına zarar verme, dövme, yaralama dürtülerinin olması,
- Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması,
- Aklınızda herhangi bir bozukluk olduğu düşüncesi,
- Nefes almada güçlük,
- Başkaları karşısında aşağılık duygusu,
- Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi,
- Dehşet ve panik nöbetleri,
- Size ait olmayan düşüncelere sahip olma.

4.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler ve Normallik Testleri

Tablo 4.4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler ve Normallik Testleri

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss	Çarpıklık	Basıklık
Aile	410	1.00	7.00	5.6805	1.69839	-1.303	.654
Özel Bir İnsan	410	1.00	7.00	4.1720	2.10396	-.041	-1.358
Arkadaş	410	1.00	7.00	4.9445	1.87290	-.575	-.858
Algılanan Sosyal Destek	410	1.00	7.00	4.9323	1.54140	-.490	-.510
Somatizasyon	410	0.00	4.00	1.5652	.74103	.379	.202
Obsesif-Kompulsif	410	0.00	4.00	1.7495	.76871	.220	-.394
Kişiler Arası Duyarlılık	410	0.00	4.00	1.3282	.89798	.644	-.370
Depresyon	410	0.00	4.00	1.6166	.93356	.495	-.602
Anksiyete	410	0.00	3.80	1.3095	.81065	.812	.409
Öfke	410	0.00	4.00	1.0771	.96019	1.146	.797
Fobik Anksiyete	410	0.00	3.67	.8931	.89348	1.107	.504
Paranoid Düşünce	410	0.00	4.00	1.2728	.82109	.760	.038
Psikotik	410	0.00	4.00	.9288	.75519	1.024	.620
Ek Maddeler	410	0.00	3.80	1.3590	.92869	.490	-.540
Genel Semptom Düzeyi	410	0.03	3.74	1.3100	.70347	.679	-.032

Puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayıları -3 ile +3 arasında olduğundan normallik sağlanmış olup; parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

4.7. Psikopatoloji Varlığına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5: Psikopatoloji Varlığı

		n	%
Psikopatoloji Varlığı	Psikopatolojik durum söz konusu değil	161	39.3
	Psikopatolojik durum söz konusu	249	60.7

Psikolojik Belirti Tarama Listesi, Genel Semptom Düzeyine göre, Psikopatolojik durum söz konusu olmayanların oranı %39.3 (n=161) iken; böyle bir durumu olanların oranı %60.7 (n=249)'dur.

4.8. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.6: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş	Algılanan Sosyal Destek
Somatizasyon	-.150**	-.152**	-.249**	-.225**
Obsesif-Kompulsif	-.245**	-.226**	-.342**	-.331**
Kişiler Arası Duyarlılık	-.283**	-.198**	-.386**	-.350**
Depresyon	-.288**	-.241**	-.366**	-.364**
Anksiyete	-.161**	-.126*	-.283**	-.231**
Öfke	-.307**	-.070	-.278**	-.257**
Fobik Anksiyete	-.092	-.084	-.232**	-.166**
Paranoid Düşünce	-.326**	-.168**	-.307**	-.321**
Psikotik	-.237**	-.130**	-.305**	-.270**
Ek Maddeler	-.301**	-.156**	-.333**	-.316**
Genel Semptom Düzeyi	-.292**	-.187**	-.374**	-.344**

*p<0.05; **p<0.01

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi için yapılan Pearson korelasyon testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Aileden algılanan sosyal destek ile Somatizasyon arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.150$, $p=.002$) görülmüş olup, aileden alınan sosyal destek arttıkça, MS

hastalarının somatik şikayetleri azalmaktadır. Aileden algılanan destek ile Obsesif-Kompulsif semptom arasında negatif yönde bir ilişki ($r=-0.245$, $p=.000$) bulunmuş olup, MS hastalarının aileden aldığı sosyal destek arttığı oranda obsesif-kompulsif semptomları azalmaktadır. Aileden algılanan sosyal destek ile Kişiler Arası Duyarlılık arasında negatif yönde bir ilişki ($r=-0.283$, $p=.000$); Depresyon arasında negatif yönlü bir ilişki ($r=-0.288$, $p=.000$); Anksiyete arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.161$, $p=.001$); Öfke arasında negatif yönlü bir ilişki ($r=-0.307$, $p=.000$); Paranoid Düşünce arasında negatif yönlü bir ilişki ($r=-0.326$, $p=.000$); Psikotik arasında negatif yönlü bir ilişki ($r=-0.237$, $p=.000$) bulunmuş olup, aileden alınan sosyal destek arttıkça MS hastaları tarafından belirtilen depresyon, anksiyete, öfke, paranoid düşünce ve psikotik semptomlarında azalma görülmektedir. Buna ek olarak, aileden algılanan sosyal destek ile SCL-90-R Ek Maddeler ($r=-0.301$, $p=.000$) ve Genel Semptom Düzeyi ($r=-0.292$, $p=.000$) arasında negatif yönde bir ilişki saptanmış olup, aileden algılanan sosyal destek arttıkça, MS hastaları tarafından belirtilen Genel Semptom Düzeyinde azalma görülmektedir. Özetle, aileden algılanan sosyal destek MS hastalarının yaşadığı/yaşayabileceği psikiyatrik sorunlar arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, aileden algılanan sosyal desteğin yetersiz olması durumunda ifade edilen psikiyatrik belirtilerde artış olmaktadır.

Özel Bir İnsan ile Somatizasyon arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.152$, $p=.002$); Obsesif-Kompulsif arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.226$, $p=.000$); Kişiler Arası Duyarlılık arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.198$, $p=.000$); Depresyon arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.241$, $p=.000$); Anksiyete arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.126$, $p=.011$); Paranoid Düşünce arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.168$, $p=.001$); Psikotik arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.130$, $p=.009$); Ek Maddeler (uyku ve yeme bozuklukları, suçluluk gibi endikasyonlar) arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.156$, $p=.002$); Genel Semptom Düzeyi arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.187$, $p=.000$) bulunmuştur. Bu bağlamda, özel bir insan boyutundan alınan sosyal destek arttıkça, MS tanısı alan bireylerin psikiyatrik semptomlarında da (somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, paranoid düşünce, psikotik, ek maddeler ve genel semptom düzeyi) azalma görülmektedir. Dolayısıyla sosyal desteğin yetersiz olması durumunda, psikiyatrik semptomlarda artış meydana gelmektedir.

Arkadaş ile Somatizasyon arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.249$, $p=.000$); Obsesif-Kompulsif arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.342$, $p=.000$); Kişiler Arası Duyarlılık arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.386$, $p=.000$); Depresyon arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.366$, $p=.000$); Anksiyete arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.283$, $p=.000$); Öfke arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.278$, $p=.000$); Fobik Anksiyete arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.232$, $p=.000$); Paranoid Düşünce arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.307$, $p=.000$); Psikotik arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.305$, $p=.000$); Ek Maddeler arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.333$, $p=.000$); Genel Semptom Düzeyi arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.374$, $p=.000$) bulunmuştur. MS tanısı alan bireylerde arkadaş boyutundan alınan destek ne kadar yüksek olursa, psikiyatrik semptomlardan etkilenme durumu da azalmaktadır. Bu hususta, arkadaş boyutundan alınan desteğin artması, psişik bağlamda MS tanısı alan bireylere olumlu yansımaktadır.

Algılanan Sosyal Destek ile Somatizasyon arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.225$, $p=.000$); Obsesif-Kompulsif arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.331$, $p=.000$); Kişiler Arası Duyarlılık arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.350$, $p=.000$); Depresyon arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.364$, $p=.000$); Anksiyete arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.231$, $p=.000$); Öfke arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.257$, $p=.000$); Fobik Anksiyete arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.166$, $p=.001$); Paranoid Düşünce arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.321$, $p=.000$); Psikotik arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r=-0.270$, $p=.000$); Ek Maddeler arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.316$, $p=.000$); Genel Semptom Düzeyi arasında negatif yönlü orta bir ilişki ($r=-0.344$, $p=.000$) bulunmaktadır. MS hastası bireylerin çevrelerinden aldıkları sosyal destek düzeyleri ne kadar güçlü olursa, psikiyatrik semptomlardan etkilenme durumu azalmaktadır. Sonuç olarak, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin üç alt boyutuyla (aile, özel bir insan ve arkadaş) MS tanısı alan bireylerde meydana gelmiş ya da gelebilecek psikiyatrik semptomlar (somatik, psikotik, anksiyete, depresyon, obsesif-kompulsif gibi) arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bireylerin, mikro, mezzo ve makro düzeyde aldıkları sosyal destek arttıkça, psikiyatrik semptomlarda azalma olduğu görülmüştür.

4.9. Psikiyatrik Semptomların, Algılanan Sosyal Desteğin Alt Boyutlarına Etkisinin İncelenmesi

Bu kısımda psikiyatrik semptomların, algılanan sosyal desteğin alt boyutlarına etkisini incelemek amacıyla, Stepwise Çoklu Regresyon Yöntemi uygulanmıştır. Regresyon denkleminde bağımlı değişken olarak Algılanan Sosyal Destek ve alt boyutları (aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği) kullanılmış olup bağımsız değişken olarak SCL-90-R Belirti Tarama ölçeğiyle değerlendirilen Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce, Psikotik psikiyatrik semptomlar ve Ek Maddeler olarak cinsiyet, yaş, eğitim, gelir düzeyi, MS hastalığı konusunda bilgi sahibi olma, MS'e bağlı psikolojik sorunlar yaşama, aile bireylerinde MS tanısı olması, MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkilemesi, MS'e bağlı olarak arkadaşları tarafından sosyal destek alıyor olmak, MS hastalığı süresi, MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığın olmaması regresyon denkleminde kullanılmıştır.

Tablo 4.7: Psikiyatrik Semptomların, Aile Desteğine Etkisinin İncelenmesi

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Model F	Model p	Sig. F Change	R Square
	B	Std. Error	Beta						
Sabit	6.481	.163		39.663	.000				
Paranoid Düşünce	-.326	.159	-.158	-2.059	.040				
Öfke	-.366	.124	-.207	-2.957	.003	16.970	.000	.009	.144
Anksiyete	.570	.171	.272	3.335	.001				
Depresyon	-.457	.174	-.251	-2.630	.009				

Bağımlı değişken: Aile

Psikiyatrik semptomların, aile desteğini yordama etkisini incelemek amacıyla uygulanan stepwise çoklu regresyon modeli anlamlıdır ($\Delta R^2 = .144$, $F(1.405) = 16.970$; $p = .000$). Tablo 4.7'de yer alan sonuçlar incelendiğinde Paranoid Düşünce, Öfke ve Depresyon, Aile Desteğini negatif yönde etkilemekte (sırasıyla, $\beta = -0.158$; $\beta = -0.207$; $\beta = -0.251$; $p < 0.05$) iken; Anksiyete pozitif yönde etkilemektedir ($\beta = 0.272$; $p < 0.05$). Aile desteğindeki değişimin %14.4'ü Paranoid Düşünce, Öfke, Anksiyete ve Depresyon tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4.8: Psikiyatrik Semptomların, Özel Bir İnsan Desteğine Etkisinin İncelenmesi

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Model F	Model p	Sig. F Change	R Square
	B	Std. Error	Beta						
Sabit	5.063	.201		25.216	.000				
Depresyon	-.793	.145	-.352	-5.472	.000	16.053	.000	.010	.073
Öfke	.363	.141	.166	2.577	.010				

Bağımlı değişken: Özel Bir İnsan

Psikiyatrik semptomların, özel bir insan desteğini yordama etkisini incelemek amacıyla uygulanan stepwise çoklu regresyon modeli anlamlıdır ($\Delta R^2= 0.73$, $F(41.405)=16.053$; $p=.000$). Tablo 4.8’de yer alan sonuçlar incelendiğinde Depresyon, Özel Bir İnsan Desteğini negatif yönde etkilemekte ($\beta=-0.352$; $p<0.05$) iken; Öfke pozitif yönde etkilemektedir ($\beta=0.166$; $p<0.05$). Özel Bir İnsan desteğindeki değişimin %7.3’ü Depresyon ve Öfke tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4.9: Psikiyatrik Semptomların, Arkadaş Desteğine Etkisinin İncelenmesi

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Model F	Model p	Sig. F Change	R Square
	B	Std. Error	Beta						
Sabit	6.311	.207		30.548	.000				
Kişiler Arası Duyarlılık	-.713	.104	-.342	-6.825	.000	38.345	.000	.035	.159
Somatizasyon	-.268	.127	-.106	-2.116	.035				

Bağımlı değişken: Arkadaş

Psikiyatrik semptomların, arkadaş desteğini yordama etkisini incelemek amacıyla uygulanan stepwise çoklu regresyon modeli anlamlıdır ($\Delta R^2= .159$, $F(1.405) =38.345$; $p=.000$). Tablo 4.9’da yer alan sonuçlar incelendiğinde Kişiler Arası Duyarlılık ve Somatizasyon, Arkadaş Desteğini negatif yönde etkilemektedir (sırasıyla $\beta=-0.342$; $\beta=-0.106$; $p<0.05$). Arkadaş desteğindeki değişimin %15.9’u Kişiler Arası Duyarlılık ve Somatizasyon tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4.10: Psikiyatrik Semptomların, Algılanan Sosyal Desteğe Etkisinin İncelenmesi

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Model F	Model p	Sig. F Change	R Square
	B	Std. Error	Beta						
Sabit	6.117	.174		35.058	.000				
Depresyon	-.644	.169	-.390	-3.819	.000				
Anksiyete	.589	.170	.310	3.469	.001	20.214	.000	.041	.166
Somatizasyon	-.335	.126	-.161	-2.663	.008				
Kişiler Arası Duyarlılık	-.293	.143	-.171	-2.053	.041				

Bağımlı değişken: Algılanan Sosyal Destek

Psikiyatrik semptomların, algılanan sosyal desteği yordama etkisini incelemek amacıyla uygulanan stepwise çoklu regresyon modeli anlamlıdır ($\Delta R^2=.166$, $F(1.405)=20.214$; $p=.000$). Tablo 4.10'da yer alan sonuçlar incelendiğinde Depresyon, Somatizasyon ve Kişiler Arası Duyarlılık, Algılanan Sosyal Desteğini negatif yönde etkilemekte (sırasıyla, $\beta=-0.390$; $\beta=-0.310$; $\beta=-0.171$; $p<0.05$) iken Anksiyete pozitif etkilemektedir ($\beta=0.310$; $p<0.05$). Algılanan sosyal destekteki değişimin %16.6'sı Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Kişiler Arası Duyarlılık tarafından açıklanmaktadır.

4.10. Değişkenlerin, Algılanan Sosyal Desteğe Etkisinin İncelenmesi

Tablo 4. 11: Değişkenlerin, Algılanan Sosyal Desteğe Etkisinin İncelenmesi

Bağımsız değişken	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Model F	Model p	Sig. F Change	R Square
	B	Std. Error	Beta						
Sabit	1.885	.824		2.287	.023				
MS bilginiz var mı?*	-.623	.161	-.176	-3.879	.000				
Sosyal ilişkiler Etkilendi mi?*	.438	.152	.139	2.875	.004				
Arkadaş desteği var mı?*	1.168	.254	.201	4.589	.000	18.577	.000	.007	.244
Ailede MS tanıli bireyi var mı?*	-.683	.190	-.158	-3.597	.000				
Aylık gelir	.300	.095	.144	3.158	.002				
Psikolojik Sorun Yaşıyor mu?*	.545	.165	.159	3.309	.001				
Kronik hastalık var mı?*	.431	.159	.119	2.713	.007				

Bağımlı değişken: Algılanan Sosyal Destek

*1=Evet, 2=Hayır

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aylık gelir durumu, MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığın varlığı, MS hastalığına uyum sağlama düzeyi, MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkilemesi, MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşıyor olması, MS konusunda bilgi sahibi olunması, MS hastalığına bağlı olarak kişinin aldığı destek -aile, eş, çocuklar, arkadaşlar- Ailede bir başka MS tanımlı bireyin olması, MS hastalık süresi değişkenlerinin Algılanan Sosyal Desteği yordama etkisini incelemek amacıyla stepwise çoklu regresyon yöntemi uygulanmıştır. Regresyon denklemi modeli anlamlı bulunmuştur ($\Delta R^2=.244$ $F(7.402)=18.577$; $p=.000$). Tablo 4.11'de yer alan sonuçlar incelendiğinde; MS hakkında bilgi sahibi olmak ($\beta= -.176$; $p=.000$), MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkilemesi ($\beta= .139$; $p=.004$), MS'e bağlı olarak çevresinde en fazla/yalnızca arkadaşlar tarafından sosyal destek alıyor olmamak ($\beta= .201$; $p=.000$), aile üyelerinde MS tanısı alan birey olmasının varlığı ($\beta= -.158$; $p=.000$), gelirin yüksek olması ($\beta=.144$; $p=.002$), MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşıyor olmamak ($\beta = .159$; $p=.001$), MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığın olmaması ($\beta= 0.119$; $p=.007$) Algılanan Sosyal desteği anlamlı düzeyde yordamakta olup, Algılanan Sosyal Desteği artırmaktadır. Algılanan sosyal destekteki değişimin %24.4'ü MS konusunda bilgi sahibi olmak, MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkilememesi, MS'e bağlı olarak en fazla arkadaşları tarafından sosyal destek alıyor olmamak, kendisinden başka aile üyelerinde MS tanısı alan bireyin varlığı, yüksek gelir, MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşıyor olmak, MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığın olmaması ile açıklanmaktadır.

4.11. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Cinsiyet Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi için yapılan t Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.12: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Cinsiyet Açısından İncelenmesi (t Testi)

Cinsiyet		n	\bar{x}	ss	t	p
Aile	Kadın	316	5.67	1.68	-.158	.875
	Erkek	94	5.70	1.76		
Özel Bir İnsan	Kadın	316	4.20	2.08	.414	.679
	Erkek	94	4.09	2.20		
Arkadaş	Kadın	316	4.92	1.84	-.546	.585
	Erkek	94	5.04	1.98		
Algılanan Sosyal Destek	Kadın	316	4.93	1.50	-.091	.928
	Erkek	94	4.95	1.67		
Somatizasyon	Kadın	316	1.64	0.76	4.135	.000*
	Erkek	94	1.32	0.62		
Obsesif-Kompulsif	Kadın	316	1.80	0.75	2.578	.010*
	Erkek	94	1.57	0.80		
Kişiler Arası Duyarlılık	Kadın	316	1.37	0.90	1.656	.099
	Erkek	94	1.19	0.90		
Depresyon	Kadın	316	1.68	0.93	2.728	.007*
	Erkek	94	1.39	0.92		
Anksiyete	Kadın	316	1.37	0.82	2.999	.003*
	Erkek	94	1.09	0.76		
Öfke	Kadın	316	1.07	0.98	-.312	.755
	Erkek	94	1.10	0.90		
Fobik Anksiyete	Kadın	316	0.96	0.93	3.286	.001*
	Erkek	94	0.66	0.72		
Paranoid Düşünce	Kadın	316	1.28	0.82	.377	.706
	Erkek	94	1.24	0.84		
Psikotik	Kadın	316	0.94	0.76	.483	.630
	Erkek	94	0.90	0.74		
Ek Maddeler	Kadın	316	1.41	0.93	1.897	.059
	Erkek	94	1.20	0.90		
Genel Semptom Düzeyi	Kadın	316	1.35	0.70	2.252	.025*
	Erkek	94	1.17	0.69		

* $p < 0.05$

Kadın ile erkekler arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=4.135; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde kadınların puan ortalaması (\bar{x} = 1.64; SS=0.76) erkeklerden (\bar{x} =1.32; SS=0.62) anlamlı şekilde daha yüksektir.

Kadın ile erkekler arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.578; p=.010]. Sonuçlar incelendiğinde kadınların obsesif-kompulsif puan ortalaması (\bar{x} =1.80; SS=0.75) erkeklerden (\bar{x} =1.57; SS=0.80) anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kadın ile erkekler arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.728; p=.007]. Sonuçlar incelendiğinde kadınların puan ortalaması (\bar{x} = 1.68; SS=0.93) erkeklerden (\bar{x} = 1.39; SS=0.92) anlamlı şekilde daha yüksektir.

Kadın ile erkekler arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.999; p=.003]. Sonuçlar incelendiğinde kadınların puan ortalaması (\bar{x} = 1.37; SS=0.82) erkeklerden (\bar{x} = 1.09; SS=0.76) anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kadın ile erkekler arasında Fobik Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=3.286; p=.001]. Sonuçlar incelendiğinde kadınların puan ortalaması (\bar{x} = 0.96; SS=0.93) erkeklerden (\bar{x} = 0.66; SS=0.72) anlamlı şekilde daha yüksektir.

Kadın ile erkekler arasında Genel Semptom Düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.252; p=.025]. Sonuçlara bakıldığında kadınların puan ortalamasınının (\bar{x} = 1.35; SS=1.17) erkeklerden (\bar{x} = 0.70; SS= 0.69) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüş olup, bu bağlamda kadınların genel belirti düzeylerinin erkeklerden anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır.

4.12. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Yaş Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Yaş Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.13: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Yaş Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

Yaş	n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma	
Aile	30 yaş ve altı	155	5.47	1.80	4.253	.006*	1<4
	31-40 yaş	131	5.52	1.77			
	41-50 yaş	88	6.03	1.48			
	51 yaş ve üstü	36	6.33	1.11			
Özel Bir İnsan	30 yaş ve altı	155	4.53	2.10	3.776	.011*	1>2 1>4
	31-40 yaş	131	3.87	2.01			
	41-50 yaş	88	4.27	2.16			
	51 yaş ve üstü	36	3.50	2.06			
Arkadaş	30 yaş ve altı	155	5.05	1.85	1.521	.208	
	31-40 yaş	131	4.68	1.87			
	41-50 yaş	88	5.18	1.90			
	51 yaş ve üstü	36	4.88	1.88			
Algılanan Sosyal Destek	30 yaş ve altı	155	5.02	1.62	1.922	.125	
	31-40 yaş	131	4.69	1.53			
	41-50 yaş	88	5.16	1.46			
	51 yaş ve üstü	36	4.90	1.35			
Somatizasyon	30 yaş ve altı	155	1.47	0.78	1.515	.210	
	31-40 yaş	131	1.63	0.78			
	41-50 yaş	88	1.63	0.64			
	51 yaş ve üstü	36	1.60	0.62			

Tablo 4.13: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Yaş Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

Yaş		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Obsesif-Kompulsif	30 yaş ve altı	155	1.88	0.78	3.852	.010*	1>3
	31-40 yaş	131	1.76	0.77			
	41-50 yaş	88	1.55	0.73			
	51 yaş ve üstü	36	1.62	0.73			
Kişiler Arası Duyarlılık	30 yaş ve altı	155	1.53	0.95	5.676	.001*	1>3
	31-40 yaş	131	1.31	0.87			
	41-50 yaş	88	1.06	0.80			
	51 yaş ve üstü	36	1.18	0.84			
Depresyon	30 yaş ve altı	155	1.81	0.95	5.597	.001*	1>3
	31-40 yaş	131	1.63	0.93			
	41-50 yaş	88	1.33	0.89			
	51 yaş ve üstü	36	1.43	0.77			
Anksiyete	30 yaş ve altı	155	1.42	0.90	3.104	.027*	1>3
	31-40 yaş	131	1.33	0.77			
	41-50 yaş	88	1.10	0.74			
	51 yaş ve üstü	36	1.25	0.63			
Öfke	30 yaş ve altı	155	1.34	1.07	8.075	.000*	1>2
	31-40 yaş	131	1.03	0.92			1>3
	41-50 yaş	88	0.79	0.73			1>4
	51 yaş ve üstü	36	0.80	0.83			
Fobik Anksiyete	30 yaş ve altı	155	0.87	0.87	1.704	.165	
	31-40 yaş	131	1.01	0.92			
	41-50 yaş	88	0.74	0.87			
	51 yaş ve üstü	36	0.96	0.91			
Paranoid Düşünce	30 yaş ve altı	155	1.43	0.91	4.437	.004*	1>3
	31-40 yaş	131	1.26	0.79			
	41-50 yaş	88	1.04	0.64			
	51 yaş ve üstü	36	1.21	0.80			
Psikotik	30 yaş ve altı	155	1.05	0.82	4.365	.005*	1>3
	31-40 yaş	131	0.95	0.72			
	41-50 yaş	88	0.70	0.67			
	51 yaş ve üstü	36	0.88	0.68			
Ek Maddeler	30 yaş ve altı	155	1.52	0.94	3.639	.013*	1>3
	31-40 yaş	131	1.37	0.98			
	41-50 yaş	88	1.17	0.84			
	51 yaş ve üstü	36	1.11	0.79			
Genel Semptom Düzeyi	30 yaş ve altı	155	1.43	0.75	4.310	.005*	1>3
	31-40 yaş	131	1.33	0.70			
	41-50 yaş	88	1.11	0.63			
	51 yaş ve üstü	36	1.20	0.60			

*p<0.05

Yaşı farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=4.253; p=.006]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, 51 yaş ve üstü olanların ortalaması, 30 yaş ve altı olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=3.776; p=.011]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey

testine göre, 30 yaş ve altı olanların ortalaması, 31-40 yaş arası ile 51 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=3.852; p=.010]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, 30 yaş ve altı olanların ortalaması, 41-50 yaş arası olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Kişiler Arası Duyarlılık açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=5.676; p=.001]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, 30 yaş ve altı olanların ortalaması, 41-50 yaş arası olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=5.597; p=.001]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, 30 yaş ve altı olanların ortalaması, 41-50 yaş arası olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=3.104; p=.027]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, 30 yaş ve altı olanların ortalaması, 41-50 yaş arası olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Öfke açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=8.075; p=.000]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, 30 yaş ve altı olanların ortalaması, 31-40 yaş arası, 41-50 yaş arası ile 51 yaş ve üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Paranoid Düşünce açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=4.437; p=.004]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, 30 yaş ve altı olanların ortalaması, 41-50 yaş arası olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Psikotik açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=4.365; p=.005]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, 30 yaş ve altı olanların ortalaması, 41-50 yaş arası olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Ek Maddeler açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=3.639; p=.013]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, 30 yaş ve altı olanların ortalaması, 41-50 yaş arası olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Genel Semptom Düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=4.310; p=.005]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, 30 yaş ve altı olanların ortalaması, 41-50 yaş arası olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.13. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Medeni Durum Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Medeni Durum Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.14: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Medeni Durum Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

Medeni Durum		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Aile	Evli	249	5.91	1.55	6.421	.002*	1>2
	Bekar	135	5.28	1.90			
	Dul/Boşanmış	26	5.55	1.60			
Özel Bir İnsan	Evli	249	4.13	2.04	2.252	.107	
	Bekar	135	4.39	2.27			
	Dul/Boşanmış	26	3.46	1.70			
Arkadaş	Evli	249	4.90	1.87	0.455	.635	
	Bekar	135	5.06	1.89			
	Dul/Boşanmış	26	4.74	1.86			
Algılanan Sosyal Destek	Evli	249	4.98	1.47	0.817	.443	
	Bekar	135	4.91	1.69			
	Dul/Boşanmış	26	4.58	1.33			

Tablo 4.14: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Medeni Durum Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

Medeni Durum		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Somatizasyon	Evli	249	1.65	0.71	3.988	.019*	1>2
	Bekar	135	1.43	0.78			
	Dul/Boşanmış	26	1.46	0.69			
Obsesif-Kompulsif	Evli	249	1.70	0.76	1.156	.316	
	Bekar	135	1.82	0.76			
	Dul/Boşanmış	26	1.81	0.85			
Kişiler Arası Duyarlılık	Evli	249	1.22	0.88	5.242	.006*	1<2
	Bekar	135	1.53	0.93			
	Dul/Boşanmış	26	1.32	0.77			
Depresyon	Evli	249	1.51	0.91	4.345	.014*	1<2
	Bekar	135	1.80	0.97			
	Dul/Boşanmış	26	1.67	0.86			
Anksiyete	Evli	249	1.28	0.74	0.652	.521	
	Bekar	135	1.37	0.93			
	Dul/Boşanmış	26	1.28	0.79			
Öfke	Evli	249	1.04	0.91	1.788	.169	
	Bekar	135	1.18	1.06			
	Dul/Boşanmış	26	0.84	0.86			
Fobik Anksiyete	Evli	249	0.87	0.90	0.302	.740	
	Bekar	135	0.94	0.91			
	Dul/Boşanmış	26	0.88	0.77			
Paranoid Düşünce	Evli	249	1.19	0.78	3.635	.027*	1<2
	Bekar	135	1.41	0.87			
	Dul/Boşanmış	26	1.41	0.85			
Psikotik	Evli	249	0.87	0.74	1.714	.181	
	Bekar	135	1.02	0.77			
	Dul/Boşanmış	26	1.00	0.76			
Ek Maddeler	Evli	249	1.32	0.92	0.861	.424	
	Bekar	135	1.44	0.93			
	Dul/Boşanmış	26	1.27	0.97			
Genel Semptom Düzeyi	Evli	249	1.27	0.68	1.509	.222	
	Bekar	135	1.40	0.74			
	Dul/Boşanmış	26	1.29	0.70			

* $p<0.05$

Medeni durumu farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=6.421; $p=.002$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, evli olanların ortalaması, bekar olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Medeni durumu farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=3.988; $p=.019$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, evli olanların ortalaması, bekar olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Medeni durumu farklı olan gruplar arasında Kişiler Arası Duyarlılık açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=5.242; $p=.006$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan

Tukey testine göre, bekar olanların ortalaması, evli olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Medeni durumu farklı olan gruplar arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=4.345; p=.014]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, bekar olanların ortalaması, evli olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Medeni durumu farklı olan gruplar arasında Paranoid Düşünce açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=3.635; p=.027]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, bekar olanların ortalaması, evli olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.14. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çocuk Sayısı Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çocuk Sayısı Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.15: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çocuk Sayısı Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

Çocuk Sayısı		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Aile	Çocuğum yok	54	6.29	1.21	5.551	.001*	1>3
	1	82	6.09	1.32			2>3
	2	104	5.41	1.82			
	3-4	35	6.14	1.37			
Özel Bir İnsan	Çocuğum yok	54	4.63	1.89	4.166	.007*	1>3
	1	82	4.37	1.98			2>3
	2	104	3.60	2.02			
	3-4	35	3.85	1.99			
Arkadaş	Çocuğum yok	54	4.90	1.74	1.049	.371	
	1	82	5.11	1.92			
	2	104	4.65	1.88			
	3-4	35	5.06	1.89			
Algılanan Sosyal Destek	Çocuğum yok	54	5.27	1.26	4.342	.005*	1>3
	1	82	5.19	1.40			2>3
	2	104	4.55	1.56			
	3-4	35	5.02	1.40			

Tablo 4.15: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çocuk Sayısı Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

Çocuk Sayısı		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Somatizasyon	Çocuğum yok	54	1.40	0.61	3.370	.019*	1<3
	1	82	1.59	0.76			1<4
	2	104	1.72	0.68			
	3-4	35	1.81	0.76			
Obsesif-Kompulsif	Çocuğum yok	54	1.58	0.74	0.814	.487	
	1	82	1.72	0.83			
	2	104	1.75	0.71			
	3-4	35	1.81	0.84			
Kişiler Arası Duyarlılık	Çocuğum yok	54	1.14	0.76	0.304	.823	
	1	82	1.26	1.00			
	2	104	1.23	0.82			
	3-4	35	1.30	0.85			
Depresyon	Çocuğum yok	54	1.46	0.84	0.141	.936	
	1	82	1.55	0.99			
	2	104	1.52	0.87			
	3-4	35	1.57	0.91			
Anksiyete	Çocuğum yok	54	1.18	0.69	0.369	.775	
	1	82	1.30	0.77			
	2	104	1.30	0.75			
	3-4	35	1.31	0.81			
Öfke	Çocuğum yok	54	0.96	1.01	0.209	.890	
	1	82	1.04	0.93			
	2	104	1.07	0.85			
	3-4	35	0.97	0.86			
Fobik Anksiyete	Çocuğum yok	54	0.76	0.67	0.787	.502	
	1	82	0.81	0.87			
	2	104	0.93	0.96			
	3-4	35	0.99	0.98			
Paranoid Düşünce	Çocuğum yok	54	1.10	0.83	0.444	.722	
	1	82	1.23	0.80			
	2	104	1.24	0.80			
	3-4	35	1.23	0.69			
Psikotik	Çocuğum yok	54	0.81	0.63	0.262	.853	
	1	82	0.91	0.83			
	2	104	0.89	0.72			
	3-4	35	0.94	0.78			
Ek Maddeler	Çocuğum yok	54	1.23	0.86	0.305	.822	
	1	82	1.30	0.95			
	2	104	1.37	0.93			
	3-4	35	1.35	0.98			
Genel Semptom Düzeyi	Çocuğum yok	54	1.16	0.60	0.607	.611	
	1	82	1.27	0.75			
	2	104	1.30	0.66			
	3-4	35	1.33	0.70			

* $p<0.05$

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.271)=5.551; p=.001]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey

testine göre, çocuğu olmayan ile bir çocuğu olanların ortalaması, iki çocuğu olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.271)=4.166; p=.007]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, çocuğu olmayan ile bir çocuğu olanların ortalaması, iki çocuğu olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.271)=4.342; p=.005]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, çocuğu olmayan ile bir çocuğu olanların ortalaması, iki çocuğu olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.271)=3.370; p=.019]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, iki çocuğu olan ile 3-4 çocuğu olanların ortalaması, çocuğu olmayanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.15. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.16: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

Eğitim Durumu		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Aile	Ortaokul ve altı	38	5.30	2.10	1.786	.149	
	Lise	101	5.61	1.72			
	Üniversite	240	5.70	1.68			
	Lisansüstü	31	6.23	1.08			
Özel Bir İnsan	Ortaokul ve altı	38	3.50	2.15	2.754	.042*	1<4
	Lise	101	3.92	1.96			
	Üniversite	240	4.32	2.14			
	Lisansüstü	31	4.65	2.04			
Arkadaş	Ortaokul ve altı	38	3.50	2.19	11.361	.000*	1<2 1<3 1<4
	Lise	101	4.69	1.89			
	Üniversite	240	5.22	1.73			
	Lisansüstü	31	5.42	1.53			

Tablo 4.16: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

Eğitim Durumu		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Algılanan Sosyal Destek	Ortaokul ve altı	38	4.10	1.82	6.284	.000*	1<3
	Lise	101	4.74	1.52			1<4
	Üniversite	240	5.08	1.49			
	Lisansüstü	31	5.43	1.27			
Somatizasyon	Ortaokul ve altı	38	1.62	0.68	5.357	.001*	2>3
	Lise	101	1.79	0.69			2>4
	Üniversite	240	1.49	0.76			
	Lisansüstü	31	1.31	0.69			
Obsesif-Kompulsif	Ortaokul ve altı	38	1.78	0.68	1.623	.184	
	Lise	101	1.86	0.76			
	Üniversite	240	1.73	0.78			
	Lisansüstü	31	1.53	0.80			
Kişiler Arası Duyarlılık	Ortaokul ve altı	38	1.49	0.81	1.640	.180	
	Lise	101	1.43	0.95			
	Üniversite	240	1.28	0.90			
	Lisansüstü	31	1.12	0.81			
Depresyon	Ortaokul ve altı	38	1.60	0.83	0.635	.593	
	Lise	101	1.68	0.95			
	Üniversite	240	1.62	0.93			
	Lisansüstü	31	1.42	1.03			
Anksiyete	Ortaokul ve altı	38	1.17	0.70	2.978	.031*	2>4
	Lise	101	1.45	0.76			
	Üniversite	240	1.31	0.87			
	Lisansüstü	31	1.00	0.54			
Öfke	Ortaokul ve altı	38	1.18	0.83	0.409	.747	
	Lise	101	1.04	0.84			
	Üniversite	240	1.09	1.02			
	Lisansüstü	31	0.95	1.01			
Fobik Anksiyete	Ortaokul ve altı	38	0.92	0.87	2.382	.069	
	Lise	101	1.01	0.87			
	Üniversite	240	0.89	0.94			
	Lisansüstü	31	0.53	0.54			
Paranoid Düşünce	Ortaokul ve altı	38	1.20	0.71	0.394	.757	
	Lise	101	1.32	0.74			
	Üniversite	240	1.28	0.87			
	Lisansüstü	31	1.16	0.79			
Psikotik	Ortaokul ve altı	38	1.08	0.72	1.058	.367	
	Lise	101	0.94	0.72			
	Üniversite	240	0.92	0.79			
	Lisansüstü	31	0.76	0.63			

Tablo 4.16: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

Eğitim Durumu		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Ek Maddeler	Ortaokul ve altı	38	1.46	0.90	1.013	.387	
	Lise	101	1.46	0.95			
	Üniversite	240	1.32	0.94			
	Lisansüstü	31	1.20	0.74			
Genel Semptom Düzeyi	Ortaokul ve altı	38	1.35	0.61	1.561	.198	
	Lise	101	1.40	0.67			
	Üniversite	240	1.29	0.74			
	Lisansüstü	31	1.10	0.60			

* $p < 0.05$

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=2.754; $p=.042$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, lisansüstü mezunu olanların ortalaması, ortaokul ve altı mezunu olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Arkadaş açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=11.361; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, lisansüstü, üniversite ile lise mezunu olanların ortalaması, ortaokul ve altı mezunu olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=6.284; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, lisansüstü ile üniversite olanların ortalaması, ortaokul ve altı mezunu olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=5.357; $p=.001$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, lise mezunu olanların ortalaması, üniversite ile lisansüstü mezunu olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=2.978; $p=.031$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, lise mezunu olanların ortalaması, lisansüstü mezunu olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.16. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çalışma Bilgileri Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çalışma Bilgisi Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.17: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çalışma Bilgileri Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

Çalışma bilgileri	n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Aile	Çalışıyor	197	5.81	1.60	2.683	.046*
	Çalışmıyor	140	5.50	1.84		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	5.19	1.83		
	Emekli	39	6.10	1.41		
Özel Bir İnsan	Çalışıyor	197	4.30	2.07	1.268	.285
	Çalışmıyor	140	4.21	2.10		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	3.67	2.08		
	Emekli	39	3.82	2.28		
Arkadaş	Çalışıyor	197	5.18	1.71	2.254	.082
	Çalışmıyor	140	4.69	2.05		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	4.63	1.76		
	Emekli	39	4.95	2.03		
Algılanan Sosyal Destek	Çalışıyor	197	5.10	1.48	2.001	.113
	Çalışmıyor	140	4.80	1.61		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	4.50	1.57		
	Emekli	39	4.96	1.52		
Somatizasyon	Çalışıyor	197	1.44	0.72	4.435	.004*
	Çalışmıyor	140	1.63	0.80		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	1.76	0.64		
	Emekli	39	1.79	0.60		
Obsesif-Kompulsif	Çalışıyor	197	1.68	0.77	2.205	.087
	Çalışmıyor	140	1.86	0.77		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	1.87	0.70		
	Emekli	39	1.63	0.76		

Tablo 4.17: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Çalışma Bilgileri Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

Çalışma bilgileri	n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Kişiler Arası Duyarlılık	Çalışıyor	197	1.21	0.91	3.844	.010*
	Çalışmıyor	140	1.51	0.87		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	1.46	0.91		
	Emekli	39	1.15	0.81		
Depresyon	Çalışıyor	197	1.52	0.97	2.615	.051
	Çalışmıyor	140	1.77	0.90		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	1.74	0.81		
	Emekli	39	1.44	0.90		
Anksiyete	Çalışıyor	197	1.25	0.82	1.065	.364
	Çalışmıyor	140	1.39	0.81		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	1.40	0.79		
	Emekli	39	1.23	0.78		
Öfke	Çalışıyor	197	1.06	0.98	1.483	.219
	Çalışmıyor	140	1.19	0.98		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	0.94	0.78		
	Emekli	39	0.88	0.92		
Fobik Anksiyete	Çalışıyor	197	0.77	0.85	2.700	.045*
	Çalışmıyor	140	1.02	0.95		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	1.08	0.76		
	Emekli	39	0.88	0.94		
Paranoid Düşünce	Çalışıyor	197	1.21	0.83	1.416	.238
	Çalışmıyor	140	1.39	0.85		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	1.27	0.66		
	Emekli	39	1.20	0.79		
Psikotik	Çalışıyor	197	0.87	0.74	1.067	.363
	Çalışmıyor	140	0.98	0.78		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	1.06	0.73		
	Emekli	39	0.93	0.74		
Ek Maddeler	Çalışıyor	197	1.24	0.91	2.720	.044*
	Çalışmıyor	140	1.51	0.96		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	1.51	0.94		
	Emekli	39	1.27	0.83		
Genel Semptom Düzeyi	Çalışıyor	197	1.22	0.71	2.617	.051
	Çalışmıyor	140	1.43	0.71		
	Hastalığından dolayı çalışmıyor	34	1.41	0.64		
	Emekli	39	1.24	0.65		

*p<0.05

Çalışma bilgisi farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=2.683; p=.046]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey

testine göre, emekli olanların ortalaması, hastalığından dolayı çalışmayanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Çalışma bilgisi farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=4.435; p=.004]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, emekli olanların ortalaması, çalışanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Çalışma bilgisi farklı olan gruplar arasında Kişiler Arası Duyarlılık açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=3.844; p=.010]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, çalışmayanların ortalaması, çalışanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Çalışma bilgisi farklı olan gruplar arasında Fobik Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=2.700; p=.045]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, çalışmayanların ortalaması, çalışanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Çalışma bilgisi farklı olan gruplar arasında Ek Maddeler açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=2.720; p=.044]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, çalışmayanların ortalaması, çalışanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.17. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Aylık Gelir Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Aylık Gelir Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.18: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Aylık Gelir Durumu Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

Aylık gelir durumu		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Aile	Asgari ücretin altı	60	4.79	2.07	10.287	.000*	1<2
	Asgari ücret	75	5.75	1.64			1<3
	Asgari ücretin üzerinde	275	5.86	1.57			
Özel Bir İnsan	Asgari ücretin altı	60	3.33	2.18	5.775	.003*	1<2
	Asgari ücret	75	4.34	2.06			1<3
	Asgari ücretin üzerinde	275	4.31	2.06			
Arkadaş	Asgari ücretin altı	60	3.85	2.13	13.381	.000*	1<2
	Asgari ücret	75	4.94	2.01			1<3
	Asgari ücretin üzerinde	275	5.19	1.69			
Algılanan Sosyal Destek	Asgari ücretin altı	60	3.99	1.73	14.222	.000*	1<2
	Asgari ücret	75	5.01	1.61			1<3
	Asgari ücretin üzerinde	275	5.12	1.40			
Somatizasyon	Asgari ücretin altı	60	1.67	0.69	2.339	.098	
	Asgari ücret	75	1.68	0.75			
	Asgari ücretin üzerinde	275	1.51	0.75			
Obsesif-Kompulsif	Asgari ücretin altı	60	2.09	0.65	9.227	.000*	1>3
	Asgari ücret	75	1.85	0.79			
	Asgari ücretin üzerinde	275	1.65	0.76			
Kişiler Arası Duyarlılık	Asgari ücretin altı	60	1.85	0.88	16.561	.000*	1>2
	Asgari ücret	75	1.49	0.95			1>3
	Asgari ücretin üzerinde	275	1.17	0.84			2>3
Depresyon	Asgari ücretin altı	60	2.12	0.88	11.961	.000*	1>2
	Asgari ücret	75	1.68	0.97			1>3
	Asgari ücretin üzerinde	275	1.49	0.90			
Anksiyete	Asgari ücretin altı	60	1.55	0.87	3.485	.032*	1>3
	Asgari ücret	75	1.33	0.79			
	Asgari ücretin üzerinde	275	1.25	0.79			
Öfke	Asgari ücretin altı	60	1.39	1.10	4.283	.014*	1>3
	Asgari ücret	75	1.12	0.88			
	Asgari ücretin üzerinde	275	1.00	0.94			
Fobik Anksiyete	Asgari ücretin altı	60	1.15	0.88	3.002	.051	
	Asgari ücret	75	0.84	0.84			
	Asgari ücretin üzerinde	275	0.85	0.90			
Paranoid Düşünce	Asgari ücretin altı	60	1.73	0.90	11.971	.000*	1>2
	Asgari ücret	75	1.28	0.74			1>3
	Asgari ücretin üzerinde	275	1.17	0.79			
Psikotik	Asgari ücretin altı	60	1.29	0.80	11.652	.000*	1>3
	Asgari ücret	75	1.05	0.79			2>3
	Asgari ücretin üzerinde	275	0.82	0.71			

Tablo 4.18: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Aylık Gelir Durumu Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

Aylık gelir durumu		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Ek Maddeler	Asgari ücretin altı	60	1.84	0.89	15.199	.000*	1>3
	Asgari ücret	75	1.57	0.93			2>3
	Asgari ücretin üzerinde	275	1.20	0.89			
Genel Semptom Düzeyi	Asgari ücretin altı	60	1.67	0.68	11.600	.000*	1>3
	Asgari ücret	75	1.39	0.71			
	Asgari ücretin üzerinde	275	1.21	0.68			

* $p < 0.05$

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=10.287; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücret ya da üzerinde olanların ortalaması, asgari ücretin altı olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=5.775; $p=.003$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücret ya da üzerinde olanların ortalaması, asgari ücretin altı olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Arkadaş açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=13.381; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücret ya da üzerinde olanların ortalaması, asgari ücretin altı olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=14.222; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücret ya da üzerinde olanların ortalaması, asgari ücretin altı olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=9.227; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücretin altı olanların ortalaması, asgari ücretin üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Kişiler Arası Duyarlılık açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=16.561; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için

yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücretin altı olanların ortalaması, asgari ücret ile üstü olanlara göre; asgari ücret olanların ortalaması, asgari ücretin üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=11.961; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücretin altı olanların ortalaması, asgari ücret ile üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=3.485; p=.032). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücretin altı olanların ortalaması, asgari ücretin üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Öfke açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=4.283; p=.014). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücretin altı olanların ortalaması, asgari ücretin üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Paranoid Düşünce açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=11.971; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücretin altı olanların ortalaması, asgari ücret ile üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Psikotik açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=11.652; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücretin altı olanların ortalaması, asgari ücret ile üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Ek Maddeler açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=15.199; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücretin altı olanların ortalaması, asgari ücret ile üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Aylık gelir durumu farklı olan gruplar arasında Genel Semptom Düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=11.600; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, geliri asgari ücretin altı olanların ortalaması, asgari ücretin üstü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.18. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalık Süresi Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalık Süresi Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.19: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalık Süresi Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

Kaç yıldır MS hastası/sınız?	n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma	
Aile	1-5 yıl	190	5.63	1.75	4.387	.013*	2<3
	5-10 yıl	109	5.39	1.85			
	11 yıl ve üzeri	111	6.05	1.38			
Özel Bir İnsan	1-5 yıl	190	4.36	2.09	3.101	.046*	1>2
	5-10 yıl	109	3.75	1.88			
	11 yıl ve üzeri	111	4.27	2.28			
Arkadaş	1-5 yıl	190	5.01	1.77	2.075	.127	
	5-10 yıl	109	4.64	1.95			
	11 yıl ve üzeri	111	5.13	1.94			
Algılanan Sosyal Destek	1-5 yıl	190	5.00	1.52	4.000	.019*	2<3
	5-10 yıl	109	4.59	1.55			
	11 yıl ve üzeri	111	5.15	1.53			
Somatizasyon	1-5 yıl	190	1.56	0.78	0.107	.898	
	5-10 yıl	109	1.55	0.69			
	11 yıl ve üzeri	111	1.59	0.73			
Obsesif-Kompulsif	1-5 yıl	190	1.83	0.77	2.323	.099	
	5-10 yıl	109	1.70	0.77			
	11 yıl ve üzeri	111	1.65	0.74			
Kişiler Arası Duyarlılık	1-5 yıl	190	1.40	0.89	1.251	.287	
	5-10 yıl	109	1.31	0.95			
	11 yıl ve üzeri	111	1.23	0.85			
Depresyon	1-5 yıl	190	1.74	1.00	3.922	.021*	1>3
	5-10 yıl	109	1.60	0.86			
	11 yıl ve üzeri	111	1.43	0.85			
Anksiyete	1-5 yıl	190	1.43	0.87	4.470	.012**	1>3
	5-10 yıl	109	1.25	0.74			
	11 yıl ve üzeri	111	1.16	0.74			
Öfke	1-5 yıl	190	1.22	1.03	5.523	.004**	1>3
	5-10 yıl	109	1.07	0.95			
	11 yıl ve üzeri	111	0.84	0.79			
Fobik Anksiyete	1-5 yıl	190	0.91	0.90	0.535	.586	
	5-10 yıl	109	0.82	0.80			
	11 yıl ve üzeri	111	0.94	0.97			
Paranoid Düşünce	1-5 yıl	190	1.30	0.84	0.876	.417	
	5-10 yıl	109	1.31	0.84			
	11 yıl ve üzeri	111	1.18	0.76			
Psikotik	1-5 yıl	190	1.01	0.78	1.980	.139	
	5-10 yıl	109	0.87	0.75			
	11 yıl ve üzeri	111	0.85	0.70			
Ek Maddeler	1-5 yıl	190	1.44	0.97	1.317	.269	
	5-10 yıl	109	1.31	0.92			
	11 yıl ve üzeri	111	1.27	0.86			
Genel Semptom Düzeyi	1-5 yıl	190	1.38	0.74	2.176	.115	
	5-10 yıl	109	1.28	0.68			
	11 yıl ve üzeri	111	1.22	0.66			

**p<.01; *p<.05

MS hastalık süresi farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=4.387; p=.013]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, hastalık süresi 10 yıl ve üzeri olanların ortalaması, 5-10 yıl olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalık süresi farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=3.101; p=.046]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, hastalık süresi 1-5 yıl olanların ortalaması, 5-10 yıl olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalık süresi farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=4.000; p=.019]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, hastalık süresi 11 yıl ve üzeri olanların ortalaması, 5-10 yıl olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalık süresi farklı olan gruplar arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=3.922; p=.021]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, hastalık süresi 1-5 yıl olanların ortalaması, 11 yıl ve üzeri olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalık süresi farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=4.470; p=.012]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, hastalık süresi 1-5 yıl olanların ortalaması, 11 yıl ve üzeri olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalık süresi farklı olan gruplar arasında Öfke açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=5.523; p=.004]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, hastalık süresi 1-5 yıl olanların ortalaması, 11 yıl ve üzeri olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.19. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Tipi Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Tipi Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.20: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Tipi Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

MS tipiniz nedir?	n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Aile	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	5.67	1.71	1.437	.232
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	5.91	1.54		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	5.13	1.97		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	6.11	1.46		
Özel Bir İnsan	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	4.24	2.10	1.225	.300
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	3.97	2.10		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	3.53	1.96		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	4.68	2.45		
Arkadaş	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	5.01	1.86	2.775	.041*
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	4.90	1.77		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	3.95	2.03		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	5.52	1.88		
Algılanan Sosyal Destek	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	4.97	1.55	2.282	.079
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	4.93	1.40		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	4.20	1.50		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	5.44	1.74		
Somatizasyon	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	1.49	0.73	5.615	.001*
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.78	0.78		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.90	0.65		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.98	0.53		
Obsesif-Kompulsif	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	1.71	0.75	1.492	.216
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.91	0.93		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.88	0.62		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.93	0.72		
Kişiler Arası Duyarlılık	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	1.29	0.88	0.880	.452
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.41	1.03		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.55	0.78		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.45	0.95		
Depresyon	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	1.59	0.93	0.802	.493
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.66	0.93		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.87	0.94		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.74	1.07		

Tablo 4.20: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Tipi Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

MS tipiniz nedir?	n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Anksiyete	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	1.25	0.79	2.251	.082
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.49	0.93		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.53	0.72		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.51	0.87		
Öfke	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	1.05	0.96	0.663	.575
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.20	1.02		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.04	0.77		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.35	1.11		
Fobik Anksiyete	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	0.80	0.83	6.488	.000**
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.09	0.98		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.44	1.07		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.41	1.07		
Paranoid Düşünce	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	1.25	0.83	0.293	.830
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.33	0.82		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.34	0.65		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.39	1.05		
Psikotik	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	0.87	0.72	2.722	.044*
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.10	0.88		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.10	0.59		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.27	1.05		
Ek Maddeler	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	1.32	0.90	1.154	.327
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.47	1.08		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.57	0.88		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.62	0.96		
Genel Semptom Düzeyi	Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)	320	1.26	0.68	2.375	.070
	Birincil ilerleyici MS(PPMS)	55	1.44	0.84		
	İkincil ilerleyici MS(SPMS)	24	1.52	0.62		
	Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)	11	1.56	0.80		

**p<.01; *p<.05

MS tipi farklı olan gruplar arasında Arkadaş açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(3.406)=2.775; p=.041]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, MS tipi Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS) olanların ortalaması, İkincil ilerleyici MS(SPMS) olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS tipi farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(3.406)=5.615$; $p=.001$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, MS tipi İkincil ilerleyici MS(SPMS) ile Birincil ilerleyici MS(PPMS) olanların ortalaması, Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS) olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS tipi farklı olan gruplar arasında Fobik Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(3.406)=6.488$; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, MS tipi İkincil ilerleyici MS(SPMS) olanların ortalaması, Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS) olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS tipi farklı olan gruplar arasında Psikotik açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(3.406)=2.722$; $p=.044$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, MS tipi Yineleyici ilerleyici MS(RPMS) olanların ortalaması, Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS) olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.20. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tedavisinden Yararlanma Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tedavisinden Yararlanma Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan t Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.21: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tedavisinden Yararlanma Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)

Fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma durumunuz nedir?		n	\bar{x}	ss	t	p
Aile	Evet	133	5.81	1.65	1.103	.271
	Hayır	277	5.62	1.72		
Özel Bir İnsan	Evet	133	4.06	2.00	-0.745	.457
	Hayır	277	4.23	2.15		
Arkadaş	Evet	133	5.02	1.69	0.630	.529
	Hayır	277	4.91	1.96		
Algılanan Sosyal Destek	Evet	133	4.97	1.41	0.322	.748
	Hayır	277	4.92	1.60		
Somatizasyon	Evet	133	1.69	0.75	2.300	.022*
	Hayır	277	1.51	0.73		
Obsesif-Kompulsif	Evet	133	1.68	0.75	-1.358	.175
	Hayır	277	1.79	0.77		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	133	1.27	0.78	-1,005	.316
	Hayır	277	1.36	0.95		
Depresyon	Evet	133	1.58	0.88	-0.586	.558
	Hayır	277	1.64	0.96		
Anksiyete	Evet	133	1.38	0.82	1.150	.251
	Hayır	277	1.28	0.80		
Öfke	Evet	133	1.02	0.96	-0.818	.414
	Hayır	277	1.10	0.96		
Fobik Anksiyete	Evet	133	1.21	1.01	4.727	.000**
	Hayır	277	0.74	0.79		
Paranoid Düşünce	Evet	133	1.19	0.74	-1.481	.140
	Hayır	277	1.31	0.86		
Psikotik	Evet	133	0.93	0.75	-0.060	.952
	Hayır	277	0.93	0.76		
Ek Maddeler	Evet	133	1.21	0.92	-2.324	.021*
	Hayır	277	1.43	0.92		
Genel Semptom Düzeyi	Evet	133	1.31	0.71	0.076	.940
	Hayır	277	1.31	0.70		

**p<.01; *p<.05

Fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma durumu farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.300; p=.022]. Sonuçlar incelendiğinde yararlananların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma durumu farklı olan gruplar arasında Fobik Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=4.727; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde yararlananların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma durumu farklı olan gruplar arasında Ek Maddeler açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=-2.324;

p=.021). Sonuçlar incelendiğinde yararlanmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.21. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığı Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalığı Olma Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığı Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalığı Olma Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan t Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.22: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığı Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalığı Olma Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)

MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	n	\bar{x}	ss	t	p	
Aile	Evet	97	5.53	1.87	-1.027	.305
	Hayır	313	5.73	1.64		
Özel Bir İnsan	Evet	97	3.66	2.17	-2.780	.006**
	Hayır	313	4.33	2.06		
Arkadaş	Evet	97	4.48	2.06	-2.589	.011**
	Hayır	313	5.09	1.79		
Algılanan Sosyal Destek	Evet	97	4.56	1.67	-2.776	.006*
	Hayır	313	5.05	1.48		
Somatizasyon	Evet	97	1.87	0.75	4.775	.000**
	Hayır	313	1.47	0.71		
Obsesif-Kompulsif	Evet	97	1.92	0.85	2.572	.010**
	Hayır	313	1.70	0.74		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	97	1.46	1.00	1.496	.137
	Hayır	313	1.29	0.86		
Depresyon	Evet	97	1.77	1.04	1.761	.080
	Hayır	313	1.57	0.89		
Anksiyete	Evet	97	1.47	0.85	2.215	.027*
	Hayır	313	1.26	0.79		
Öfke	Evet	97	1.24	1.07	1.909	.057
	Hayır	313	1.03	0.92		
Fobik Anksiyete	Evet	97	1.04	0.96	1.853	.065
	Hayır	313	0.85	0.87		
Paranoid Düşünce	Evet	97	1.47	0.94	2.412	.017*
	Hayır	313	1.21	0.77		
Psikotik	Evet	97	1.04	0.83	1.572	.118
	Hayır	313	0.89	0.73		
Ek Maddeler	Evet	97	1.62	1.05	2.892	.004**
	Hayır	313	1.28	0.87		
Genel Semptom Düzeyi	Evet	97	1.49	0.78	2.675	.008**
	Hayır	313	1.25	0.67		

**p<.01; *p<.05

MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=-2.780;

p=.006). Sonuçlar incelendiğinde kronik hastalığı olmayanların puan ortalaması anlamlı Şekilde daha bŧyŧktŧr.

MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Arkadaş açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=-2.589; p=.011]. Sonuçlar incelendiğinde kronik hastalığı olmayanların puan ortalaması anlamlı Şekilde daha bŧyŧktŧr.

MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=-2.776; p=.006]. Sonuçlar incelendiğinde kronik hastalığı olmayanların puan ortalaması anlamlı Şekilde daha bŧyŧktŧr.

MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=4.775; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde kronik hastalığı olanların puan ortalaması anlamlı Şekilde daha bŧyŧktŧr.

MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.572; p=.010]. Sonuçlar incelendiğinde kronik hastalığı olanların puan ortalaması anlamlı Şekilde daha bŧyŧktŧr.

MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.215; p=.027]. Sonuçlar incelendiğinde kronik hastalığı olanların puan ortalaması anlamlı Şekilde daha bŧyŧktŧr.

MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Paranoid DŧŐŧnce açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.412; p=.017]. Sonuçlar incelendiğinde kronik hastalığı olanların puan ortalaması anlamlı Şekilde daha bŧyŧktŧr.

MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Ek Maddeler açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.892; p=.004]. Sonuçlar incelendiğinde kronik hastalığı olanların puan ortalaması anlamlı Şekilde daha bŧyŧktŧr.

MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Genel Semptom Düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.675; p=.008]. Sonuçlar incelendiğinde kronik hastalığı olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.22. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığına Uyum Sağlama Düzeyi Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığına Uyum Sağlama Düzeyi Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.23: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığına Uyum Sağlama Düzeyi Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

MS hastalığına uyum sağlama düzeyiniz nedir?		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Aile	Kötü	38	5.22	2.06	2.443	.088	
	Orta	228	5.63	1.73			
	İyi	144	5.88	1.51			
Özel Bir İnsan	Kötü	38	3.27	1.86	26.044	.000**	1<3
	Orta	228	3.72	1.97			2<3
	İyi	144	5.12	2.05			
Arkadaş	Kötü	38	4.34	1.67	7.631	.001**	1<3
	Orta	228	4.76	1.89			2<3
	İyi	144	5.40	1.80			
Algılanan Sosyal Destek	Kötü	38	4.28	1.51	15.545	.000**	1<3
	Orta	228	4.70	1.46			2<3
	İyi	144	5.47	1.53			
Somatizasyon	Kötü	38	1.89	0.62	27.097	.000**	1>3
	Orta	228	1.73	0.69			2>3
	İyi	144	1.23	0.73			
Obsesif-Kompulsif	Kötü	38	1.91	0.72	10.510	.000**	1>3
	Orta	228	1.87	0.73			2>3
	İyi	144	1.52	0.80			
Kişiler Arası Duyarlılık	Kötü	38	1.62	0.80	6.724	.001**	1>3
	Orta	228	1.41	0.91			2>3
	İyi	144	1.13	0.87			
Depresyon	Kötü	38	1.98	0.91	14.366	.000**	1>3
	Orta	228	1.76	0.92			2>3
	İyi	144	1.30	0.88			
Anksiyete	Kötü	38	1.70	0.69	19.149	.000**	1>3
	Orta	228	1.44	0.81			2>3
	İyi	144	1.00	0.75			
Öfke	Kötü	38	1.20	0.97	1.184	.307	
	Orta	228	1.12	1.00			
	İyi	144	0.98	0.88			

Tablo 4.23: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Hastalığına Uyum Sağlama Düzeyi Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

MS hastalığına uyum sağlama düzeyiniz nedir?		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Fobik Anksiyete	Kötü	38	1.25	0.90	18.612	.000**	1>3
	Orta	228	1.05	0.94			2>3
	İyi	144	0.55	0.68			
Paranoid Düşünce	Kötü	38	1.48	0.84	2.177	.115	
	Orta	228	1.30	0.83			
	İyi	144	1.18	0.80			
Psikotik	Kötü	38	1.18	0.74	8.252	.000**	1>3
	Orta	228	1.01	0.79			2>3
	İyi	144	0.74	0.66			
Ek Maddeler	Kötü	38	1.61	1.02	4.351	.014**	1>3
	Orta	228	1.42	0.96			2>3
	İyi	144	1.19	0.82			
Genel Semptom Düzeyi	Kötü	38	1.58	0.68	13.398	.000**	1>3
	Orta	228	1.41	0.71			2>3
	İyi	144	1.08	0.64			

**p<.01

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=26.044; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi iyi olanların ortalaması, orta ya da kötü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Arkadaş açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=7.631; p=.001). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi iyi olanların ortalaması, orta ya da kötü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=15.545; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi iyi olanların ortalaması, orta ya da kötü olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=27.097; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi kötü olanların ortalaması, orta ya da iyi olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=10.510; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi kötü olanların ortalaması, orta ya da iyi olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Kişiler Arası Duyarlılık açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=6.724; p=.001). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi kötü olanların ortalaması, orta ya da iyi olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=14.366; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi kötü olanların ortalaması, orta ya da iyi olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=19.149; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi kötü olanların ortalaması, orta ya da iyi olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Fobik Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=18.612; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi kötü olanların ortalaması, orta ya da iyi olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Psikotik açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=8.252; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi kötü olanların ortalaması, orta ya da iyi olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Ek Maddeler açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=4.351; p=.014). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi kötü olanların ortalaması, orta ya da iyi olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS hastalığına uyum sağlama düzeyi farklı olan gruplar arasında Genel Semptom Düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=13.398; p=.000). Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, uyum sağlama düzeyi kötü olanların ortalaması, orta ya da iyi olanlara göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.23. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'den Dolayı Meydana Gelen Sorunların Sosyal İlişkileri Etkileme Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'den Dolayı Meydana Gelen Sorunların Sosyal İlişkileri Etkileme Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan t Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.24: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'den Dolayı Meydana Gelen Sorunların Sosyal İlişkileri Etkileme Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)

MS'den dolayı meydana gelen sorunlar sosyal ilişkilerinizi etkiledi mi?		n	\bar{x}	ss	t	p
Aile	Evet	247	5.52	1.78	-2.405	.017*
	Hayır	163	5.92	1.54		
Özel Bir İnsan	Evet	247	3.69	1.98	-5.900	.000**
	Hayır	163	4.90	2.09		
Arkadaş	Evet	247	4.66	1.85	-3.894	.000**
	Hayır	163	5.38	1.83		
Algılanan Sosyal Destek	Evet	247	4.62	1.50	-5.135	.000**
	Hayır	163	5.40	1.49		
Somatizasyon	Evet	247	1.76	0.72	6.907	.000**
	Hayır	163	1.27	0.68		
Obsesif-Kompulsif	Evet	247	1.89	0.77	4.637	.000**
	Hayır	163	1.54	0.72		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	247	1.48	0.90	4.356	.000**
	Hayır	163	1.10	0.85		
Depresyon	Evet	247	1.83	0.91	5.907	.000**
	Hayır	163	1.29	0.88		
Anksiyete	Evet	247	1.52	0.81	6.946	.000**
	Hayır	163	0.99	0.70		
Öfke	Evet	247	1.19	1.04	3.199	.001**
	Hayır	163	0.90	0.80		
Fobik Anksiyete	Evet	247	1.15	0.98	8.535	.000**
	Hayır	163	0.50	0.56		
Paranoid Düşünce	Evet	247	1.38	0.86	3.326	.001**
	Hayır	163	1.11	0.74		
Psikotik	Evet	247	1.07	0.80	4.953	.000**
	Hayır	163	0.72	0.62		
Ek Maddeler	Evet	247	1.47	0.99	3.011	.003**
	Hayır	163	1.20	0.80		
Genel Semptom Düzeyi	Evet	247	1.47	0.72	6.278	.000**
	Hayır	163	1.06	0.59		

**p<.01; *p<.05

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=-2.405; p=.017). Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmemiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=-5.900; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmemiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Arkadaş açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=-3.894; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmemiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=-5.135; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmemiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=6.907; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=4.637; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Kişiler Arası Duyarlılık açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=4.356; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=5.907; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=6.946; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Öfke açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=3.199$; $p=.001$]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Fobik Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=8.535$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Paranoid Düşünce açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=3.326$; $p=.001$]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Psikotik açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=4.953$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Ek Maddeler açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=3.011$; $p=.003$]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkileme durumu farklı olan gruplar arasında Genel Semptom Düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=6.278$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.24. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Atak Geçirme Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Atak Geçirme Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan t Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.25: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Atak Geçirme Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)

MS'e bağlı olarak atak geçiriyor musunuz?		n	\bar{x}	ss	t	p
Aile	Evet	323	5.72	1.67	.974	.330
	Hayır	87	5.52	1.80		
Özel Bir İnsan	Evet	323	4.20	2.06	.405	.686
	Hayır	87	4.09	2.27		
Arkadaş	Evet	323	5.02	1.83	1.538	.127
	Hayır	87	4.66	2.01		
Algılanan Sosyal Destek	Evet	323	4.98	1.50	1.130	.261
	Hayır	87	4.75	1.69		
Somatizasyon	Evet	323	1.66	0.74	5.065	.000**
	Hayır	87	1.22	0.64		
Obsesif-Kompulsif	Evet	323	1.80	0.77	2.516	.012**
	Hayır	87	1.57	0.74		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	323	1.34	0.91	.672	.502
	Hayır	87	1.27	0.86		
Depresyon	Evet	323	1.65	0.94	1.438	.151
	Hayır	87	1.49	0.90		
Anksiyete	Evet	323	1.37	0.81	2.860	.004**
	Hayır	87	1.09	0.77		
Öfke	Evet	323	1.09	0.99	.717	.474
	Hayır	87	1.01	0.86		
Fobik Anksiyete	Evet	323	0.96	0.91	2.978	.003**
	Hayır	87	0.66	0.78		
Paranoid Düşünce	Evet	323	1.28	0.84	.426	.671
	Hayır	87	1.24	0.76		
Psikotik	Evet	323	0.96	0.78	1.410	.159
	Hayır	87	0.83	0.66		
Ek Maddeler	Evet	323	1.36	0.95	.083	.934
	Hayır	87	1.35	0.83		
Genel Semptom Düzeyi	Evet	323	1.35	0.72	2.056	.040*
	Hayır	87	1.17	0.63		

**p<.01; *p<.05

MS'e bağlı olarak atak geçirme durumu farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=5.065; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde atak geçirmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'e bağlı olarak atak geçirme durumu farklı olan gruplar arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.516; p=.012]. Sonuçlar incelendiğinde atak geçirmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'e bağlı olarak atak geçirme durumu farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.860; p=.004]. Sonuçlar incelendiğinde atak geçirmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'e bağılı olarak atak geçirme durumu farklı olan gruplar arasında Fobik Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.978; p=.003]. Sonuçlar incelendiğinde atak geçirmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'e bağılı olarak atak geçirme durumu farklı olan gruplar arasında Genel Semptom Düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=2.056; p=.040]. Sonuçlar incelendiğinde atak geçirmiş olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.25. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Atak Geçirme Sıklığı Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Atak Geçirme Sıklığı Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşığıda verilmiştir.

Tablo 4.26: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Atak Geçirme Sıklığı Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

Atak geçirmeniz halinde sıklığı hangi düzeydedir?		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Aile	Hiç atak geçirmedim	34	5.90	1.29	.740	.478	
	Nadiren atak geçiririm	323	5.69	1.76			
	Sık sık atak geçiririm	53	5.46	1.56			
Özel Bir İnsan	Hiç atak geçirmedim	34	3.89	2.49	1.434	.239	
	Nadiren atak geçiririm	323	4.13	2.09			
	Sık sık atak geçiririm	53	4.59	1.86			
Arkadaş	Hiç atak geçirmedim	34	5.00	1.96	.700	.497	
	Nadiren atak geçiririm	323	4.99	1.89			
	Sık sık atak geçiririm	53	4.66	1.73			
Algılanan Sosyal Destek	Hiç atak geçirmedim	34	4.93	1.56	.009	.991	
	Nadiren atak geçiririm	323	4.94	1.56			
	Sık sık atak geçiririm	53	4.91	1.43			
Somatizasyon	Hiç atak geçirmedim	34	1.09	0.63	14.577	.000*	1<2
	Nadiren atak geçiririm	323	1.55	0.71			1<3
	Sık sık atak geçiririm	53	1.94	0.83			2<3

Tablo 4.26: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Atak Geçirme Sıklığı Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

Atak geçirmez halde sıklığı hangi düzeydedir?	n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma	
Obsesif-Kompulsif	Hiç atak geçirmedi	34	1.55	0.70	9.202	.000*	1<3
	Nadiren atak geçiririm	323	1.70	0.74			2<3
	Sık sık atak geçiririm	53	2.15	0.85			
Kişiler Arası Duyarlılık	Hiç atak geçirmedi	34	1.25	0.90	4.533	.011*	2<3
	Nadiren atak geçiririm	323	1.28	0.89			
	Sık sık atak geçiririm	53	1.67	0.90			
Depresyon	Hiç atak geçirmedi	34	1.53	0.90	5.263	.006*	2<3
	Nadiren atak geçiririm	323	1.56	0.91			
	Sık sık atak geçiririm	53	2.00	0.99			
Anksiyete	Hiç atak geçirmedi	34	0.97	0.61	10.485	.000*	1<3
	Nadiren atak geçiririm	323	1.28	0.78			2<3
	Sık sık atak geçiririm	53	1.72	0.98			
Öfke	Hiç atak geçirmedi	34	0.93	0.94	4.926	.008*	1<3
	Nadiren atak geçiririm	323	1.03	0.95			2<3
	Sık sık atak geçiririm	53	1.45	0.97			
Fobik Anksiyete	Hiç atak geçirmedi	34	0.63	0.59	10.098	.000*	1<3
	Nadiren atak geçiririm	323	0.84	0.84			2<3
	Sık sık atak geçiririm	53	1.37	1.20			
Paranoid Düşünce	Hiç atak geçirmedi	34	1.24	0.73	2.091	.125	
	Nadiren atak geçiririm	323	1.24	0.82			
	Sık sık atak geçiririm	53	1.49	0.87			
Psikotik	Hiç atak geçirmedi	34	0.81	0.65	5.698	.004*	1<3
	Nadiren atak geçiririm	323	0.89	0.74			2<3
	Sık sık atak geçiririm	53	1.25	0.86			
Ek Maddeler	Hiç atak geçirmedi	34	1.34	0.87	4.621	.010*	2<3
	Nadiren atak geçiririm	323	1.30	0.92			
	Sık sık atak geçiririm	53	1.72	0.95			

Tablo 4.26: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Atak Geçirme Sıklığı Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

Atak geçirmez halinde sıklığı hangi düzeydedir?	n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma	
Genel Semptom Düzeyi	Hiç atak geçirmedi	34	1.13	0.60	9.142	.000*	1<3
	Nadiren atak geçiririm	323	1.27	0.69			2<3
	Sık sık atak geçiririm	53	1.68	0.77			

* $p<0.01$

Atak geçirme sıklığı farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(2.407)=14.577$; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, sık sık atak geçirenlerin ortalaması, nadiren ya da hiç geçirmeyenlere göre; nadiren geçirenlerin ortalaması hiç geçirmeyenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Atak geçirme sıklığı farklı olan gruplar arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(2.407)=9.202$; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, sık sık atak geçirenlerin ortalaması, nadiren ya da hiç geçirmeyenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Atak geçirme sıklığı farklı olan gruplar arasında Kişiler Arası Duyarlılık açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(2.407)=4.533$; $p=.011$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, sık sık atak geçirenlerin ortalaması, nadiren geçirenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Atak geçirme sıklığı farklı olan gruplar arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(2.407)=5.263$; $p=.006$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, sık sık atak geçirenlerin ortalaması, nadiren geçirenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Atak geçirme sıklığı farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(2.407)=10.485$; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, sık sık atak geçirenlerin ortalaması, nadiren ya da hiç geçirmeyenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Atak geçirme sıklığı farklı olan gruplar arasında Öfke açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(2.407)=4.926$; $p=.008$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey

testine göre, sık sık atak geçirenlerin ortalaması, nadiren ya da hiç geçirmeyenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Atak geçirme sıklığı farklı olan gruplar arasında Fobik Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=10.098; p=.000]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, sık sık atak geçirenlerin ortalaması, nadiren ya da hiç geçirmeyenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Atak geçirme sıklığı farklı olan gruplar arasında Psikotik açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=5.698; p=.004]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, sık sık atak geçirenlerin ortalaması, nadiren ya da hiç geçirmeyenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Atak geçirme sıklığı farklı olan gruplar arasında Ek Maddeler açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=4.621; p=.010]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, sık sık atak geçirenlerin ortalaması, nadiren geçirenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

Atak geçirme sıklığı farklı olan gruplar arasında Genel Semptom Düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [F(2.407)=9.142; p=.000]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, sık sık atak geçirenlerin ortalaması, nadiren ya da hiç geçirmeyenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.26. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'den Dolayı Psikolojik Olarak Sorun Yaşama Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'den Dolayı Psikolojik Olarak Sorun Yaşama Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan t Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.27: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'den Dolayı Psikolojik Olarak Sorun Yaşama Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşıyor musunuz?	n	\bar{x}	ss	t	p
Aile	Evet Hayır	294 116	5.51 6.11	1.79 1.37	-3.631 .000*
Özel Bir İnsan	Evet Hayır	294 116	3.88 4.92	2.04 2.09	-4.607 .000*
Arkadaş	Evet Hayır	294 116	4.70 5.56	1.87 1.73	-4.269 .000*
Algılanan Sosyal Destek	Evet Hayır	294 116	4.70 5.53	1.54 1.39	-5.061 .000*
Somatizasyon	Evet Hayır	294 116	1.70 1.23	0.72 0.68	6.067 .000*
Obsesif-Kompulsif	Evet Hayır	294 116	1.88 1.42	0.75 0.73	5.722 .000*
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet Hayır	294 116	1.47 0.96	0.89 0.82	5.394 .000*
Depresyon	Evet Hayır	294 116	1.85 1.04	0.90 0.74	8.598 .000*
Anksiyete	Evet Hayır	294 116	1.50 0.83	0.80 0.64	8.863 .000*
Öfke	Evet Hayır	294 116	1.20 0.76	1.01 0.75	4.863 .000*
Fobik Anksiyete	Evet Hayır	294 116	1.05 0.50	0.94 0.60	7.066 .000*
Paranoid Düşünce	Evet Hayır	294 116	1.39 0.97	0.83 0.72	5.084 .000*
Psikotik	Evet Hayır	294 116	1.06 0.61	0.78 0.57	6.453 .000*
Ek Maddeler	Evet Hayır	294 116	1.48 1.06	0.96 0.78	4.650 .000*
Genel Semptom Düzeyi	Evet Hayır	294 116	1.46 0.94	0.70 0.56	7.865 .000*

* $p < 0.01$

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408) = -3.631$; $p = .000$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408) = -4.607$; $p = .000$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Arkadaş açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408) = -4.269$; $p = .000$]. Sonuçlar

incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=-5.061$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=6.067$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=5.722$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Kişiler Arası Duyarlılık açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=5.394$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=8.598$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=8.863$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Öfke açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=4.863$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Fobik Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=7.066; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Paranoid Düşünce açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=5.084; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Psikotik açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=6.453; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Ek Maddeler açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=4.650; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu farklı olan gruplar arasında Genel Semptom Düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=7.865; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik olarak sorun yaşamış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.27. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Hastalığından Dolayı Bir Uzman Tarafından Herhangi Bir Psikolojik Yardım ya da Destek Alma Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Hastalığından Dolayı Bir Uzman Tarafından Herhangi Bir Psikolojik Yardım ya da Destek Alma Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan t Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.28: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Hastalığından Dolayı Bir Uzman Tarafından Herhangi Bir Psikolojik Yardım ya da Destek Alma Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)

Hastalığınızdan dolayı bir uzman tarafından (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Psikiyatrist gibi) herhangi bir psikolojik yardım ya da destek aldınız mı?		n	\bar{x}	ss	t	p
Aile	Evet	155	5.82	1.69	1.277	.202
	Hayır	255	5.60	1.70		
Özel Bir İnsan	Evet	155	4.25	2.01	0.573	.567
	Hayır	255	4.13	2.16		
Arkadaş	Evet	155	4.98	1.83	0.318	.751
	Hayır	255	4.92	1.90		
Algılanan Sosyal Destek	Evet	155	5.02	1.45	0.858	.391
	Hayır	255	4.88	1.59		
Somatizasyon	Evet	155	1.63	0.77	1.360	.174
	Hayır	255	1.53	0.72		
Obsesif-Kompulsif	Evet	155	1.77	0.78	0.361	.718
	Hayır	255	1.74	0.76		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	155	1.31	0.87	-0.237	.813
	Hayır	255	1.34	0.92		
Depresyon	Evet	155	1.66	0.93	0.690	.490
	Hayır	255	1.59	0.93		
Anksiyete	Evet	155	1.44	0.88	2.558	.011*
	Hayır	255	1.23	0.76		
Öfke	Evet	155	0.98	0.99	-1.653	.099
	Hayır	255	1.14	0.94		
Fobik Anksiyete	Evet	155	1.05	1.00	2.734	.007*
	Hayır	255	0.79	0.81		
Paranoid Düşünce	Evet	155	1.28	0.82	0.131	.896
	Hayır	255	1.27	0.82		
Psikotik	Evet	155	0.96	0.77	0.585	.559
	Hayır	255	0.91	0.75		
Ek Maddeler	Evet	155	1.33	0.99	-0.553	.580
	Hayır	255	1.38	0.89		
Genel Semptom Düzeyi	Evet	155	1.34	0.73	0.679	.497
	Hayır	255	1.29	0.68		

* $p < 0.01$

Hastalığından dolayı bir uzman tarafından (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Psikiyatrist gibi) herhangi bir psikolojik yardım ya da destek alma durumu farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=2.258$; $p=.011$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik destek ya da yardım almış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Hastalığından dolayı bir uzman tarafından (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Psikiyatrist gibi) herhangi bir psikolojik yardım ya da destek alma durumu farklı olan gruplar arasında Fobik Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=2.734$; $p=.007$]. Sonuçlar incelendiğinde psikolojik destek ya da yardım almış olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.28. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan t Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.29: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)

MS konusunda bilgi sahibi olma durumunuz nedir?		n	\bar{x}	ss	t	p
Aile	Evet MS konusunda bilgim var	321	5.86	1.57	3.737	.000**
	MS konusunda az çok bilgim var	86	4.99	1.99		
Özel Bir İnsan	Evet MS konusunda bilgim var	321	4.43	2.05	4.657	.000**
	MS konusunda az çok bilgim var	86	3.27	2.05		
Arkadaş	Evet MS konusunda bilgim var	321	5.17	1.78	4.199	.000**
	MS konusunda az çok bilgim var	86	4.17	2.01		
Algılanan Sosyal Destek	Evet MS konusunda bilgim var	321	5.15	1.45	5.184	.000**
	MS konusunda az çok bilgim var	86	4.15	1.64		
Somatizasyon	Evet MS konusunda bilgim var	321	1.53	0.75	-2.105	.036*
	MS konusunda az çok bilgim var	86	1.72	0.68		
Obsesif-Kompulsif	Evet MS konusunda bilgim var	321	1.68	0.77	-3.469	.001**
	MS konusunda az çok bilgim var	86	2.00	0.71		
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet MS konusunda bilgim var	321	1.26	0.89	-2.717	.007**
	MS konusunda az çok bilgim var	86	1.56	0.89		
Depresyon	Evet MS konusunda bilgim var	321	1.56	0.94	-2.302	.022*
	MS konusunda az çok bilgim var	86	1.82	0.90		
Anksiyete	Evet MS konusunda bilgim var	321	1.26	0.82	-2.366	.018*
	MS konusunda az çok bilgim var	86	1.49	0.77		
Öfke	Evet MS konusunda bilgim var	321	1.03	0.97	-1.840	.066
	MS konusunda az çok bilgim var	86	1.24	0.91		
Fobik Anksiyete	Evet MS konusunda bilgim var	321	0.90	0.93	0.028	.977
	MS konusunda az çok bilgim var	86	0.89	0.76		
Paranoid Düşünce	Evet MS konusunda bilgim var	321	1.24	0.83	-1.701	.090
	MS konusunda az çok bilgim var	86	1.41	0.76		
Psikotik	Evet MS konusunda bilgim var	321	0.88	0.75	-2.671	.008**
	MS konusunda az çok bilgim var	86	1.12	0.76		
Ek Maddeler	Evet MS konusunda bilgim var	321	1.31	0.93	-1.929	.054
	MS konusunda az çok bilgim var	86	1.53	0.91		
Genel Semptom Düzeyi	Evet MS konusunda bilgim var	321	1.27	0.71	-2.513	.012**
	MS konusunda az çok bilgim var	86	1.48	0.67		

**p<.01; *p<.05.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(405)=3.737; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(405)=4.657; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Arkadaş açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(405)=4.199; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(405)=5.184; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Somatizasyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(405)=-2.105; p=.036]. Sonuçlar incelendiğinde az çok bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(405)=-3.469; p=.001]. Sonuçlar incelendiğinde az çok bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Kişiler Arası Duyarlılık açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(405)=-2.717; p=.007]. Sonuçlar incelendiğinde az çok bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(405)=-2.302; p=.022]. Sonuçlar incelendiğinde az çok bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Anksiyete açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(405)=-2.366; p=.018]. Sonuçlar incelendiğinde az çok bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Psikotik açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(405)=-2.671; p=.008]. Sonuçlar incelendiğinde az çok bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS konusunda bilgi sahibi olma durumu farklı olan gruplar arasında Genel Semptom Düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(405)=-2.513$; $p=.012$]. Sonuçlar incelendiğinde az çok bilgi sahibi olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.29. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Çevresinde En Çok Destek Alınan Kişi ya da Kişiler Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Çevresinde En Çok Destek Alınan Kişi ya da Kişiler Açısından İncelenmesi için yapılan Anova Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.30: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Çevresinde En Çok Destek Alınan Kişi ya da Kişiler Açısından İncelenmesi (Anova Testi)

MS'e bağlı olarak çevrenizde en çok kim ya da kimler tarafından sosyal destek aldınız?		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Aile	Aile(anne, baba, kardeş)	235	5.75	1.55	37.640	.000*	1<2
	Eş	129	6.23	1.26			1>4
	Çocuklar	15	5.35	1.95			2>4
	Arkadaşlar	31	3.05	1.85			3>4
Özel Bir İnsan	Aile(anne, baba, kardeş)	235	4.34	2.13	2.706	.045*	1>3
	Eş	129	4.14	2.04			
	Çocuklar	15	3.32	2.16			
	Arkadaşlar	31	3.42	1.98			
Arkadaş	Aile(anne, baba, kardeş)	235	5.04	1.80	0.803	.493	
	Eş	129	4.88	1.94			
	Çocuklar	15	4.42	1.96			
	Arkadaşlar	31	4.72	2.07			
Algılanan Sosyal Destek	Aile(anne, baba, kardeş)	235	5.04	1.51	8.237	.000*	1>4
	Eş	129	5.09	1.41			2>4
	Çocuklar	15	4.36	1.76			
	Arkadaşlar	31	3.73	1.67			

Tablo 4.30: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Çevresinde En Çok Destek Alınan Kişi ya da Kişiler Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

MS'e bağlı olarak çevrenizde en çok kim ya da kimler tarafından sosyal destek aldınız?		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Somatizasyon	Aile(anne, baba, kardeş)	235	1.52	0.78	1.982	.116	
	Eş	129	1.57	0.69			
	Çocuklar	15	1.97	0.68			
	Arkadaşlar	31	1.67	0.67			
Obsesif-Kompulsif	Aile(anne, baba, kardeş)	235	1.77	0.81	1.042	.374	
	Eş	129	1.69	0.71			
	Çocuklar	15	1.63	0.77			
	Arkadaşlar	31	1.93	0.64			
Kişiler Arası Duyarlılık	Aile(anne, baba, kardeş)	235	1.36	0.91	1.128	.337	
	Eş	129	1.23	0.88			
	Çocuklar	15	1.29	0.74			
	Arkadaşlar	31	1.53	0.90			
Depresyon	Aile(anne, baba, kardeş)	235	1.66	0.96	1.572	.196	
	Eş	129	1.49	0.90			
	Çocuklar	15	1.61	0.84			
	Arkadaşlar	31	1.83	0.92			
Anksiyete	Aile(anne, baba, kardeş)	235	1.32	0.86	0.535	.658	
	Eş	129	1.25	0.73			
	Çocuklar	15	1.45	0.66			
	Arkadaşlar	31	1.39	0.79			
Öfke	Aile(anne, baba, kardeş)	235	1.09	1.00	1.068	.363	
	Eş	129	1.02	0.91			
	Çocuklar	15	0.92	0.83			
	Arkadaşlar	31	1.34	0.90			
Fobik Anksiyete	Aile(anne, baba, kardeş)	235	0.90	0.91	1.005	.391	
	Eş	129	0.86	0.83			
	Çocuklar	15	1.27	1.16			
	Arkadaşlar	31	0.81	0.88			
Paranoid Düşünce	Aile(anne, baba, kardeş)	235	1.29	0.85	1.320	.267	
	Eş	129	1.20	0.78			
	Çocuklar	15	1.10	0.87			
	Arkadaşlar	31	1.49	0.75			
Psikotik	Aile(anne, baba, kardeş)	235	0.94	0.79	1.186	.315	
	Eş	129	0.88	0.71			
	Çocuklar	15	0.73	0.71			
	Arkadaşlar	31	1.12	0.71			
Ek Maddeler	Aile(anne, baba, kardeş)	235	1.36	0.95	2.261	.081	
	Eş	129	1.30	0.89			
	Çocuklar	15	1.13	0.96			
	Arkadaşlar	31	1.74	0.86			

Tablo 4.30: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin MS'e Bağlı Olarak Çevresinde En Çok Destek Alınan Kişi ya da Kişiler Açısından İncelenmesi (Anova Testi) (devamı)

MS'e bağlı olarak çevrenizde en çok kim ya da kimler tarafından sosyal destek aldınız?		n	\bar{x}	ss	F	p	Çoklu karşılaştırma
Genel Semptom Düzeyi	Aile(anne, baba, kardeş)	235	1.32	0.74	0.986	.399	
	Eş	129	1.25	0.65			
	Çocuklar	15	1.31	0.66			
	Arkadaşlar	31	1.49	0.64			

* $p < 0.05$

MS'e bağlı olarak çevresinde en çok destek aldığı kişi ya da kişiler farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(3.406)=37.640$; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, en çok eşinden destek görme aileden destek görmeden anlamlı düzeyde daha yüksek iken, eşinden, ailesinden, çocuklarından destek görme düzeyi arkadaşlarından destek alma düzeyine göre anlamlı şekilde daha fazladır.

MS'e bağlı olarak çevresinde en çok destek aldığı kişi ya da kişiler farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(3.406)=2.706$; $p=.045$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, en çok ailesinden destek görenlerin ortalaması, çocuklarından görenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

MS'e bağlı olarak çevresinde en çok destek aldığı kişi ya da kişiler farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(3.406)=8.237$; $p=.000$]. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre, en çok ailesinden ya da eşinden destek görenlerin ortalaması, arkadaşlarından görenlere göre anlamlı şekilde daha büyüktür.

4.30. Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Ailesinde Kendisinden Başka MS Tanısı Alan Birey Olma Durumu Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular

Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Ailesinden Kendinden Başka MS Tanısı Alan Birey Olma Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan t Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.31: Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyinin Ailesinde Kendisinden Başka MS Tanısı Alan Birey Olma Durumu Açısından İncelenmesi (t Testi)

Sizden başka, aile üyelerinizde MS tanısı alan birey var mı?	n	\bar{x}	ss	t	p
Aile	Evet	61	6.29	1.12	4.171 .000**
	Hayır	349	5.57	1.76	
Özel Bir İnsan	Evet	61	5.00	1.92	3.391 .001**
	Hayır	349	4.03	2.10	
Arkadaş	Evet	61	5.57	1.52	3.371 .001**
	Hayır	349	4.83	1.91	
Algılanan Sosyal Destek	Evet	61	5.62	1.20	4.623 .000**
	Hayır	349	4.81	1.56	
Somatizasyon	Evet	61	1.56	0.74	-0.074 .941
	Hayır	349	1.57	0.74	
Obsesif-Kompulsif	Evet	61	1.57	0.73	-2.033 .043*
	Hayır	349	1.78	0.77	
Kişiler Arası Duyarlılık	Evet	61	1.05	0.83	-2.632 .009**
	Hayır	349	1.38	0.90	
Depresyon	Evet	61	1.35	0.79	-2.444 .015*
	Hayır	349	1.66	0.95	
Anksiyete	Evet	61	1.27	0.83	-0.373 .709
	Hayır	349	1.32	0.81	
Öfke	Evet	61	0.91	0.89	-1.433 .153
	Hayır	349	1.11	0.97	
Fobik Anksiyete	Evet	61	0.92	0.95	0.262 .794
	Hayır	349	0.89	0.88	
Paranoid Düşünce	Evet	61	1.04	0.77	-2.461 .014*
	Hayır	349	1.31	0.82	
Psikotik	Evet	61	0.77	0.68	-1.816 .070
	Hayır	349	0.96	0.76	
Ek Maddeler	Evet	61	1.10	0.78	-2.420 .016*
	Hayır	349	1.41	0.95	
Genel Semptom Düzeyi	Evet	61	1.15	0.67	-1.894 .059
	Hayır	349	1.34	0.71	

**p<.01; *p<.05

Kendisinden başka aile üyeleri içinde MS tanısı alan birey olma durumu farklı olan gruplar arasında Aile açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=4.171; p=.000]. Sonuçlar incelendiğinde ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinden başka aile üyeleri içinde MS tanısı alan birey olma durumu farklı olan gruplar arasında Özel Bir İnsan açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=3.391; p=.001]. Sonuçlar incelendiğinde ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinden başka aile üyeleri içinde MS tanısı alan birey olma durumu farklı olan gruplar arasında Arkadaş açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [t(408)=3.371;

$p=.001$). Sonuçlar incelendiğinde ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinden başka aile yeleri içinde MS tanısı alan birey olma durumu farklı olan gruplar arasında Algılanan Sosyal Destek açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=4.623$; $p=.000$]. Sonuçlar incelendiğinde ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinden başka aile yeleri içinde MS tanısı alan birey olma durumu farklı olan gruplar arasında Obsesif-Kompulsif açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=-2.033$; $p=.043$]. Sonuçlar incelendiğinde ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinden başka aile yeleri içinde MS tanısı alan birey olma durumu farklı olan gruplar arasında Kişiler Arası Duyarlılık açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=-2.632$; $p=.009$]. Sonuçlar incelendiğinde ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinden başka aile yeleri içinde MS tanısı alan birey olma durumu farklı olan gruplar arasında Depresyon açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=-2.444$; $p=.015$]. Sonuçlar incelendiğinde ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinden başka aile yeleri içinde MS tanısı alan birey olma durumu farklı olan gruplar arasında Paranoid Düşünce açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=-2.461$; $p=.014$]. Sonuçlar incelendiğinde ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Kendisinden başka aile yeleri içinde MS tanısı alan birey olma durumu farklı olan gruplar arasında Ek Maddeler açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(408)=-2.420$; $p=.016$]. Sonuçlar incelendiğinde ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma

Bu kısımda, MS tanısı alan bireylerin demografik özellikleri, sosyal destek mekanizmaları ve psikiyatrik semptomları, elde edilen bulgular, araştırma problemleri altında gruplandırılarak, literatür kapsamında tartışılmıştır.

5.1.1. MS Tanısı Alan Bireylerin Demografik Özellikleri ile İlgili Verilerin Tartışılması

Araştırmaya katılan MS tanısı alan bireyleri, cinsiyet açısından incelediğimizde; araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Yapılan pek çok çalışma, araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Haliloğlu ve arkadaşlarının 60 MS hastası ile yaptığı çalışmada, hastaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Haliloğlu ve ark. 2009). 108 MS hastası ile yapılan bir çalışmada, hastaların büyük bir çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır (Bilgi, 2010). MS hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada ise, 100 MS hastası çalışmaya katılmış olup, bu hastaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Atak, 2017). MS ve cinsiyet üzerine yapılan çalışmalarda, kadın hastaların erkeklere oranla yüksek olması, otoimmün ve inflamatuvar rahatsızlıkların, kadınlarda daha fazla görülmesiyle yorumlanabilir (Ropper ve Brown, 2006).

Araştırmada, MS hastaları yaş açısından incelendiğinde, çoğunluğun genç bireylerden oluştuğu bilgisine ulaşılmıştır. Terzi ve arkadaşlarının, 132 MS hastasıyla yaptığı bir çalışmada, ortalama yaş 30 iken, en yoğun görülen başlangıç yaşının ise, 23-24 olduğu bildirilmiştir (Terzi ve ark. 2009). Literatürde yaş ile ilgili çalışmaları değerlendirdiğimizde, araştırmamızın bulgusu MS'in daha çok genç erişkinleri etkilediği bilgisiyle örtüşmektedir (Azzimondi ve ark. 1994).

Araştırmada, MS hastaları medeni durum açısından incelendiğinde, hastaların büyük bir kısmının evli olduğu bilgisine ulaşılmıştır. 2018 yılında, MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun evli olduğu bildirilmiştir (Güleç ve Gümüş, 2018). Bek ve Yurttaş'ın, 90 MS hastası ile yaptığı çalışmada, hastaların çoğunluğunun evli olduğu belirtilmiştir (Bek ve Yurttaş, 2016). Bir başka

çalışmada ise, 216 MS hastası ile çalışılmış olup, bu hastaların büyük bir çoğunluğunun evli olduğu saptanmıştır (Akrami, 2019). Konu ile ilgili yapılan çoğu araştırmanın bulguları, bizim araştırmamızın bulguları ile örtüşmekle birlikte; medeni durum bazı çalışmalarda farklılık gösterebilmektedir.

Araştırmada, MS hastaları çocuk sahibi olma açısından incelediğinde, iki çocuğu olanların oranının yüksek olduğu bilgisine varılmıştır. 140 MS hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların büyük bir kısmının çocuk sahibi olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Polat, 2013). Yine yapılan başka bir çalışmada, hastaların büyük bir kısmının çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir (Atak, 2017). Yapılan çalışmalar, bizim araştırmamızın bulgularını desteklemektedir. Araştırmamıza katılan hastaların büyük çoğunluğu evlidir ve dolayısıyla çocuk sahibi olmaları bağlamında yüksek oranda ilişkinin olduğunu belirtebiliriz.

Araştırmada, MS hastaları eğitim durumu açısından incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Yapılan çalışmaları değerlendirdiğimizde, MS hastalarının eğitim durumunun yüksek olduğunu görmekteyiz. Danimarka'da bir grup araştırmacı tarafından yapılan çalışmada, MS tanısı alan bireylerin eğitim durumlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Skovgaard ve ark. 2013).

Araştırmada, MS hastaları sosyal güvence varlığı açısından incelendiğinde, büyük bir kısmının sosyal güvencesinin olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Yapılan çalışmaları incelediğimizde ise, MS hastalarının çoğunun sosyal güvencesinin olması, araştırmamızın bulguları ile örtüşmektedir.

Araştırmada, MS hastaları çalışma bilgileri açısından incelendiğinde, hastaların çoğunun çalıştığı bilgisine ulaşmaktayız. Literatürü incelediğimizde, MS tanısı alan bireylerin çalışıyor ya da çalışmıyor olması araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte; bizim araştırmamızda, hastaların büyük oranının çalışma hayatı vardır.

Araştırmada, MS hastaları aylık gelir durumu açısından incelendiğinde, hastaların çoğunun geliri asgari ücretin üzerindedir. Tek, 2019 yılında, MS hastalarıyla yaptığı çalışmasında, hastaların büyük bir kısmının orta gelirli ve hastaların bir kısmının ise, yüksek gelirli olduğunu bildirmiştir (Tek, 2019). Yapılan araştırmalarda gelir durumu değişkenlik göstermektedir. Bizim araştırma bulgularımıza göre, hastaların aylık gelir durumu orta/yüksek seviyede değerlendirilebilir.

Araştırmada, MS hastalarının çoğunluğunun 1 ile 5 yıldır MS hastası oldukları bilgisine ulaşılmaktadır. 50 MS hastası ile yapılan bir çalışmada, bu hastaların hastalık süresi 3-5 yıl arasında olanların yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Dişçi, 2014). Atak, çalışmasında 70 MS hastasıyla çalışmış olup; hastaların büyük bir kısmının 0-14 yıl arasında MS hastası olduğu sonucuna ulaşmıştır (Atak, 2017). Çalışılan yaş grubu, klinik özellikler gibi faktörler bakımından araştırmalarda farklılık görmek mümkündür. Bizim araştırmamızda, hastaların çoğu genç bireylerden oluştuğu için, 1-5 yıl arasında olmasını olağan bir durum olarak yorumlayabiliriz.

Araştırmada, MS hastaları, MS tipine göre incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun atak ve iyileşmelerle giden MS (RRMS) tipine sahip olduğu bilgisine ulaşılmaktadır. Konu ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Araştırma bulgularımız, gerek ülkemiz gerekse dünyada MS tipini inceleyen çalışmalarla örtüşmektedir.

Araştırmada, MS hastaları fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma durumuna göre incelendiğinde, hastaların büyük bir kısmı fizyoterapi ve rehabilitasyondan yararlanmamaktadır. Yapılan bir çalışmada, 216 MS hastasından pek çoğunun fizyoterapi ve rehabilitasyondan yararlanmadığı bildirilmiştir (Akrami, 2019). Araştırma bulgularımızı, hastaların MS'den dolayı meydana gelen engellilik ya da yeti yitiminden az miktarda etkilenmiş olabileceği bağlamında yorumlayabiliriz.

Araştırmada, MS hastaları, MS dışında herhangi bir kronik hastalığı olma açısından incelendiğinde, hastaların çoğunluğu kronik bir hastalık olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yüksek oranda genç bireylerden oluşması bu hususta etken olabilir.

Araştırmada, MS hastaları hastalığa uyum sağlama açısından incelendiğinde, hastaların çoğu, MS'e orta seviyede uyum sağladıkları cevabını vermiştir. Altınkaynak Yılmaz, 123 MS hastası ile yaptığı çalışmasında, hastaların, MS hastalığına orta seviyede uyum sağladığı sonuca ulaşmıştır (Altınkaynak Yılmaz, 2019). Dolayısıyla çalışmanın bulguları, bizim araştırmamızın bulguları ile örtüşmektedir.

Araştırmada, MS hastalarının, MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkilerini etkilemesi incelendiğinde, hastaların yüksek oranda sosyal ilişkilerinin etkilendiği bilgisine ulaşılmıştır. Sosyal ilişkilerin etkilenmesini, hastalığın meydana getirdiği damgalanma faktörüyle de bağdaştırabiliriz. Çünkü damgalanma, bireylerde

sosyal itibar kaybına neden olmaktadır (Goffman, 1963). Yapılan bir çalışmada, nörolojik hastalıklar arasında, en yüksek damgalanma puan ortalamasının MS hastalarında olduğu bildirilmiştir (Tünerir, 2019). MS hastalarıyla ilgili yapılan bir başka çalışmada ise, MS'in sosyal ilişkileri etkileme durumu yüksek oranda bulunmuş olup, hastaların sosyal ilişkilerinin devamlı etkilendiği sonucuna varılmıştır (Altınkaynak Yılmaz, 2019). Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal ilişkilerinin etkilendiğine dair çalışmalar literatürde mevcuttur. Dolayısıyla araştırmamızın bulguları, dünya genelindeki çalışmalar da dahil olmak üzere diğer çalışmalarla örtüşmektedir.

Araştırmada, MS hastalarının, MS'e bağlı olarak atak geçirmeleri incelediğinde, hastaların büyük çoğunluğu atak geçirdiğini ifade etmiştir. Ve yine bu hastalar atak geçirme sıklığı açısından incelediğinde, yine büyük bir kısmı nadiren atak geçirdiğini belirtmiştir. Araştırmamızın bulguları, MS ile ilgili yapılan diğer araştırmaların sonuçları ile örtüşmektedir. MS, atakların eşlik ettiği nörolojik bir rahatsızlıktır.

Araştırmada, MS hastaları MS'den dolayı psikolojik sorun yaşama açısından incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun psikolojik olarak sorun yaşadığı bilgisine ulaşılmıştır. Psikolojik sorunlar, MS hastalığına eşlik etmektedir. Literatürde, MS hastaların depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunlar yaşadığına dair pek çok çalışma vardır. Ron ve Logsdail, 1989 yılında yaptıkları çalışmada fiziksel engelli kontrol grubu ile 116 MS hastasında psikiyatrik hastalık halini kıyaslamış olup; MS hastalarında psikiyatrik olguların yüksek düzeyde arttığını bildirmişlerdir (Ron ve Logsdail, 1989). Bizim araştırmamız, literatürdeki çalışma bulgularıyla örtüşmektedir.

Araştırmada, MS hastaları hastalığından dolayı bir uzman (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Psikiyatr gibi) tarafından herhangi bir psikolojik yardım ya da destek alma durumu açısından incelendiğinde, hastaların büyük bir kısmının destek almadığı bilgisine ulaşılmıştır. Araştırmamızın konuyla ilgili bulguları ile örtüşen bir çalışmada, hastaların çoğunluğunun psikolojik destek almadığı ve büyük bir kısmının da sosyal hizmet uzmanı ile görüşme yapmadığı bildirilmiştir (Akrami, 2019). Araştırmamızın bulguları, bu çalışmanın bulgularıyla örtüşmektedir.

Araştırmada, MS hastalarının MS konusunda bilgi sahibi olma durumu incelendiğinde, hastaların çoğunluğu MS konusunda bilgisi olduğunu belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada, MS hastalarının hastalık konusunda bilgisi olmadığı sonucu yüksek

çıkıştır (Altınkaynak Yılmaz, 2019). Bu çalışmanın bulgusu, bizim araştırmamızın bulgusu ile çelişmektedir. Bizim araştırma bulgularımızda, hastalarının çoğunun MS konusunda bilgisi olmasını hastaların eğitim düzeylerinin yüksek olması ile bağlantılandırabiliriz.

Araştırmada, MS hastalarının MS'e bağlı olarak çevrelerinde kim ya da kimler tarafından sosyal destek aldıkları incelendiğinde, hastaların büyük bir çoğunluğunun ailesinden sosyal destek aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Zengin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların en fazla ailelerinden sosyal destek aldığı ifade edilmiştir (Zengin ve ark. 2017). Fiziksel engelli bireylerle yapılan bir çalışmada, aileden alınan sosyal desteğin yüksek olduğu bildirilmiştir (Bursa, 2010). Okanlı, diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmasında, hastaların en fazla sosyal desteği ailesinden aldığı sonucuna ulaşmıştır (Okanlı, 2002). Literatürü incelediğimizde pek çok çalışma araştırmamızın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada, MS hastalarının kendilerinden başka aile üyelerinde MS tanısı alan birey olup olmadığı incelendiğinde, hastaların çoğunun aile üyelerinde, kendilerinden başka MS tanısı alan birey olmadığı bilgisine ulaşılmıştır. 70 MS hastası ile yapılan bir çalışmada, hastaların büyük bir çoğunluğunda aile üyelerinde kendilerinden başka MS tanısı alan birey olmadığı belirtilmiştir (Atak, 2017). Bir çalışmada, MS tanısı alan bireylerin yakınlarında yüksek oranda MS öyküsü görülmezken, kimi ailelerde ise, birden çok aile ferdinde MS hastalığı ile karşılaşılabilir (Eraksoy, 2004). Literatürü incelediğimizde konu ile ilgili yapılan çalışma bulguları değişkenlik gösterebilmektedir.

5.1.2. MS Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları ile Psikiyatrik Semptomları Arasındaki İlişkinin Analizi

Araştırmanın temel problemi olan MS tanılı hastalarda sosyal destek algısının psikiyatrik semptomlar ve diğer sosyodemografik veriler arasındaki ilişkiyi yordamak amacıyla beş farklı regresyon analizi yapılmıştır. Algılanan sosyal desteği, psikiyatrik semptomların yordama derecesine bakıldığında; aile desteği, arkadaş, özel bir insan ve algılanan sosyal desteği yordamada paranoid düşünce, depresyon, somatizasyon kişiler arası duyarlılık arasında ters yönde bir ilişki görülürken; anksiyete ve öfke arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bir başka ifadeyle algılanan

sosyal destek arttıkça MS tanılı bireylerin depresyon, somatizasyon, paranoid düşüncesi azalmaktadır. Öte yandan algılanan sosyal destek arttığında, MS tanılı bireylerin anksiyete ve öfkesi de artmaktadır. Aileden alınan sosyal destek arttığında, anksiyetenin/kaygının artmış olması muhtemelen hastalık konusunda MS tanılı birey ve aile üyelerinin ortak kaygısından kaynaklanıyor olabilir. Nitekim aile bireylerinden birisinin MS tanılı olması, MS tanılı birey tarafından algılanan sosyal desteği olumlu yönde etkilemekte olup; birey, sosyal çevresi tarafından daha fazla sosyal destek aldığını düşünmektedir.

Algılanan sosyal desteği yordayan değişkenlere bakıldığında; hastalık hakkında bilgi sahibi olmak, MS'li bireyin bir başka kronik hastalığının olmaması, aile içinde bir başka MS tanılı bireyin olması, gelirin yüksek olması, MS hastalığının bireyde psikolojik sorunlara sebep olmaması, yine MS hastalığının bireyin sosyal yaşantısında problem oluşturmaması ve MS tanılı bireyin hastalığa bağlı olarak en fazla arkadaşlarından sosyal destek almaması olduğu görülmüştür.

MS tanılı hastalarda sosyal destek algısının psikiyatrik semptomlar ve diğer sosyodemografik veriler arasındaki ilişki aşağıda yer alan alt problem başlıkları altında detaylı bir şekilde literatür verilerine dayandırılarak tartışılacaktır.

5.1.2.1. MS Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları/Psikiyatrik Semptomları Katılımcılardan Elde Edilen Demografik Verilere Göre Analizi

Bu bölümde, MS tanısı alan bireylerin, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve psikiyatrik semptomları arasındaki ilişki demografik verilere göre -cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, çalışma durumu- analiz edilmesinden elde edilen bulgular tartışılacaktır.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği cinsiyet açısından incelediğimizde, kadın ile erkekler arasında algılanan sosyal destek ve alt boyutları açısından herhangi bir farklılık bulunmamıştır. Araştırmamızın bulgularına benzer şekilde, MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada cinsiyet açısından farklılık bulunmamıştır (Tek, 2019). Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmaları incelediğimizde, kadınların erkeklere göre daha fazla sosyal destek aldığına ilişkin çalışmalar mevcuttur. Bedensel engelli bireylerin sosyal destek düzeyleri ile ilgili

yapılan bir çalışmada ise, erkek engelli bireylerin kadınlara göre, toplumda daha çok rol aldığı ve sosyal destek kaynaklarına rahat bir biçimde ulaşarak, algılanan sosyal desteği daha fazla aldığı sonucuna varılmıştır (Yaman, 2019).

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları cinsiyet açısından incelediğimizde, genel semptom düzeyinde ve ölçeğin alt boyutlarında farklılık bulunmaktadır. Kadınların erkeklere oranla somatizasyon, obsesif-kompulsif, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete alt boyutları ile genel semptom düzeyi yüksek bulunmuştur. Araştırma bulgularımıza göre, psikiyatrik semptomlardan kadınlar daha çok etkilenmiştir. Literatürde, araştırma bulgularımıza benzer şekilde çalışmalar mevcuttur. MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada, kadınların anksiyete puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Ploughman ve ark. 2017). Bir başka çalışmada, kadınlarda depresyonun erkeklere oranla daha çok görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Bilgi ve ark. 2013). Yapılan başka bir çalışmada, kadınların erkeklere göre daha çok somatizasyon problemi yaşadığı belirtilmiştir (Seki Öz, 2013). Bazı çalışmalarda, araştırma bulgularımızın aksine, erkeklerde depresyon ve anksiyete problemleri kadınlara oranla yüksek bulunmuştur (Dahl ve ark. 2009).

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği yaş açısından incelediğimizde, yaşı farklı olan gruplar arasında aile ve özel bir insan alt boyutlarında farklılık bulunmaktadır. Aile alt boyutunda, ileri yaş olanların puan ortalaması yüksek bulunmakla birlikte; aile alt boyutunda, yaş azaldıkça puan ortalaması da azalmaktadır. Araştırma bulgularımızda, evli olanlar sayıca fazladır ve dolayısıyla bunu aile boyutundan alınan sosyal destek ile bağlantılandırabiliriz. Ayrıca evli olmanın sosyal destek yönünden olumlu etkilerinin olduğu çalışmalar da mevcuttur (Ören, 2004). MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada algılanan sosyal desteğin yaş açısından etkilendiği ifade edilmiş olup; yaşı büyük olan hastaların daha çok sosyal destek aldığı belirtilmiştir (Hyarat ve ark. 2018). Bu çalışmanın bulgusu, bizim araştırmamızın bulguları ile örtüşmektedir. Özel bir insan alt boyutunu incelediğimizde de, yaşça genç olanların puan ortalaması, yaşça büyük olanlara göre yüksek bulunmuştur.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları yaş açısından incelediğimizde, genel semptom düzeyinde ve obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, paranoid düşünce, psikotik alt boyutlarında farklılık bulunmaktadır. Genç bireyler, psikiyatrik semptomlardan diğer yaş gruplarına göre daha çok

etkilenmiştir. Araştırma bulgularımıza göre, yaş arttıkça psikiyatrik semptomlardan etkilenme oranı da azalmaktadır. MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada anksiyetenin yaştan etkilenmediği sonucuna varılmıştır (Baklacıoğlu ve ark. 2009). Genç ve yaşlı hastalarda psikiyatrik semptomları karşılaştıran bir çalışmada, depresyon düzeyinin genç hastalarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kneebone ve ark. 2003). Araştırmamızda daha çok 30 yaş ve altı genç bireylerin psikiyatrik semptom göstermesi; bu bireylerin hastalıkla ilgili kaygıları, gelecek kaygıları, damgalanma, hastalıktan dolayı yeti yitimi yaşanabileceği kaygısı ya da itibar kaybı gibi nedenlerden kaynakladığını düşündürebilir.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği medeni durum açısından incelediğimizde, evli olanların aile alt boyut puanı yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda, evlilerin bekarlara göre aile alt boyutundan yüksek puan alması, bireylerin en önemli sosyal desteği ailesinden aldığına göstergesi olabilir. Bu bağlamda, literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalar, araştırma bulgularımızı desteklemektedir.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları medeni durum açısından incelediğimizde, evli olanlar bekarlara göre somatizasyondan daha çok etkilenmiştir. Kişiler arası duyarlılık, depresyon ve paranoid düşünce alt boyutunda ise, bekar olanlar evlilere göre bu boyutlardan daha çok etkilenmiştir. Yapılan bir çalışmada, medeni durum açısından psikiyatrik semptom bağlamında farklılık bulunmamıştır (Soyuer ve ark. 2010). Bekar olanların, yaş olarak genç bireylerden oluştuğunu varsayarsak, MS'in daha çok genç yaşta görülmesiyle birlikte, bekar hastaların bu boyutlardan etkilenmiş olabileceği yorumunu yapabiliriz.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği eğitim düzeyi açısından incelediğimizde, özel bir insan ve arkadaş alt boyutları ile algılanan sosyal puanları lisansüstü mezunu olanlarda yüksek bulunmuştur. MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi iyi olan hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Zengin ve ark. 2017). Bu çalışmanın bulguları, bizim araştırmamızın bulguları ile paraleldir. Yapılan çalışmaları incelediğimizde, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe algılanan sosyal destek puanlarının da yüksek olduğuna dair çalışmalar mevcuttur.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları eğitim durumu açısından incelediğimizde, eğitim durumu farklı olan gruplar arasında farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelediğinde, lise mezunu olanların lisansüstü mezunu olanlara göre somatizasyon ve anksiyete alt boyutlarından etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla eğitim düzeyi yükseldikçe, psikiyatrik semptomların azaldığını araştırma sonuçlarımızda görmekteyiz. Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde, yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça; depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite gibi durumlarda azalma olduğu bildirilmiştir (Seki Öz, 2013). MS hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada ise, MS ile baş etmeyi destekleyen dinamik eğitimlerin, sosyal desteği yetkinleştirdiği ve hastalığın yükünü minimuma indirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Kouzoupis ve ark. 2010). Eğitim düzeyinin yüksek olması, bireyin kendisini ifade edebilmesi, benlik saygısı, yaşam kalitesi, sosyal ağlarının güçlü olması vasıtasıyla sosyal destek kaynaklarına ulaşabilme, baş etme, sosyal itibar gibi pek çok açıdan önemli bir husustur.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği çalışma bilgisi açısından incelediğimizde, aile alt boyutunda farklılık bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre, emekli olan hastaların aile alt boyut puanı, hastalığından dolayı çalışamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Yaş, kişinin çalışma hayatının olmuş olması, ekonomik durum ile ilgili faktörler aile alt boyutundan alınan puanın yüksek çıkmasında rol oynuyor olabilir.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları çalışma bilgisi açısından incelediğimizde, çalışma durumu farklı olan gruplar arasında somatizasyon, kişiler arası duyarlılık, fobik anksiyete ve ek maddeler alt boyutlarında farklılık bulunmaktadır. Emekli olanların somatizasyon puan ortalaması, çalışanlara göre yüksek çıkmıştır. Bu bağlamda, iş yaşamından ayrılan emekli bireyler, üretken olamamakla birlikte, sosyal çevrelerinin de azalmasıyla, hastalığın ruhsal semptomlarından olumsuz olarak etkilenmektedir yorumunu yapabiliriz. Hastalığından dolayı çalışamayanların fobik anksiyete puan ortalaması çalışanlara göre yüksek çıkmıştır. Dolayısıyla hastalığından dolayı çalışamamak, anksiyeteye neden olabilmektedir. İşgücüne katılamamak, maddi imkanların yetersizliği, sosyal destek eksikliği gibi faktörler bu nedenlerin içinde yer alabilir.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği aylık gelir durumu açısından incelediğimizde, geliri asgari ücretin üzerinden olanların alt boyut puanları ve

algılanan sosyal destek puanları yüksek çıkmıştır. Gelir arttıkça, algılanan sosyal desteğin arttığını araştırma sonuçlarımızda görmekteyiz. Dolayısıyla araştırmamızda gelir ile algılanan sosyal destek doğru orantılıdır. Kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada, gelir durumu iyi olan hastaların sosyal destek puanlarının da yüksek olduğu bildirilmiştir (Dansuk ve ark. 2002). Konu ile ilgili yapılan çalışmalar, araştırmamızın bulguları ile örtüşmektedir.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları aylık gelir durumu açısından incelediğimizde, gelir durumu farklı olan gruplar arasında obsesif- kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, paranoid düşünce, psikotik, ek maddeler ve genel semptom düzeyi açısından farklılık bulunmaktadır. Geliri asgari ücretin altında olanlar bu semptomlardan daha çok etkilenmiştir. Bireylerin geliri arttıkça bu semptomlardan etkilenme düzeyi de azalmıştır. Yapılan bir çalışmada, bireylerin gelir düzeyi azaldıkça, depresyon da daha sık görülmektedir (Erkenekli ve ark. 2012). Yapılan bir başka çalışmada ise, gelir düzeyi minimum olan bireylerin anksiyete puanının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Akçalı ve ark. 2009; Aydemir ve ark. 2015). Bu bağlamda, bireylerin gelir düzeyinin artması ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu yorumunu yapabiliriz.

5.1.2.2. MS Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları/Psikiyatrik Semptom Bulgularının MS Hastalığının Tanı Sürecine Göre Analizi

Bu başlık altında araştırmada uygulanan çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve psikolojik belirti tarama ölçeğinden elde edilen bulguların MS hastalığının tanı süreci ile ilişkilendirilen verilerle -MS hastalığına sahip olma süresi, MS tipi, fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma durumu, MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu, MS'e bağlı olarak atak geçirme durumu, MS konusunda bilgi sahibi olma durumu, aile üyelerinde MS tanısı alan bireylerin olma durumu- göre yapılan analiz sonuçları literatür bilgisi altında tartışılacaktır.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları hastalık süresi açısından incelediğimizde, hastalık süresi farklı olan gruplar arasında farklılık bulunmuştur. Hastalık süresi az olanların depresyon, anksiyete ve öfke alt boyutlarından daha çok etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla hastalık süresi arttıkça ortalama da azalmaktadır. Araştırma bulgularımıza benzer şekilde çalışmalar mevcuttur. 2013

yılında yapılan bir çalışmada; MS’de anksiyetenin genç yaş, hastalık süresinin azlığı, depresyon niceliğinin fazla olması ve sosyal aktivite eksikliği ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Leonavičius ve Adomaitienė, 2013). Yapılan bir çalışmada, hastalık süresi ile depresyon arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (Whitlock ve ark. 1980; Iwasaki ve ark. 2005). Konu ile ilgili farklı sonuç gösteren araştırmalar literatürde mevcuttur. Hastalık ortaya çıktığında yaşanan şok hali, hastalığı kabullenmeme, uyum sağlayamama, endişe ve hastalığın nelere neden olabileceğini tahmin edememek gibi durumlar hastalığın ilk yıllarında bireyleri olumsuz etkileyerek; depresyon, anksiyete ve öfkeye sebep olabilmektedir.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği, MS tipi açısından incelediğimizde, arkadaş alt boyutunda farklılık bulunmaktadır. Yineleyici ilerleyici MS (RPMS) olanların daha çok sosyal destek aldığı sonucuna ulaşılmıştır. MS tipinin; kişiden kişiye değişmesi, semptomları ve seyri gibi etkenlerden dolayı algılanan sosyal desteğin bu MS tipinde yüksek bulunduğu yorumunu yapabiliriz.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları MS tipi açısından incelediğimizde, MS tipi farklı olan gruplar arasında somatizasyon, fobik anksiyete ve psikotik alt boyutlarında farklılık bulunmuştur. Yineleyici ilerleyici MS (RPMS) olanlar somatizasyondan; ikincil ilerleyici MS (SPMS) olanlar fobik anksiyeteden; yineleyici ilerleyici MS (RPMS) olanlar ise, psikotik alt boyutundan daha çok etkilenmiştir. MS tipinin seyri, şiddeti ve her bir MS tipinin birbirinden farklı etkileri olması dolayısıyla hastalar bu boyutlardan olumsuz yönde etkilenebilir.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği, MS konusunda bilgi sahibi olma durumu açısından incelediğimizde, aile, özel bir insan, arkadaş alt boyutları ile algılanan sosyal destek puanlarında farklılık bulunmaktadır. MS konusunda bilgi sahibi olanların, daha çok sosyal destek aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeylerinin yüksek olmasından dolayı hastalık konusunda bilgi sahibi olmaları ve araştırmaları neticesinde sosyal destek kaynaklarına ulaşmada sorun yaşamadıkları düşünülebilir.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları MS konusunda bilgi sahibi olma durumu açısından incelediğimizde, az çok bilgisi olanlar somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, psikotik ve genel semptom düzeyinden daha fazla etkilenmiştir. Hastalık ile ilgili bilgi sahibi olma durumu

arttıkça psikiyatrik semptomların görülme sıklığı azalmaktadır. Çünkü hastalık hakkında bilgi edinmek, hastalığın meydana getirdiği stresörleri de azaltarak bireyin hastalığa uyumunu ve yaşam kalitesini arttırabilir. McCabe ve arkadaşları tarafından 381 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastalara uygulanan eğitim programlarının ardından, hastaların problem çözme becerilerinin daha iyi olduğu ve hastalığa uyumun arttığı sonucuna ulaşılmıştır (McCabe ve ark. 2004).

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği, atak geçirme durumu açısından incelediğimizde, alt boyutlar ve algılanan sosyal destek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fakat konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, atak geçirmeyen hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hyarat ve ark. 2018).

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları atak geçirme durumu açısından incelediğimizde, atak geçirmiş olanların somatizasyon, obsesif-kompulsif, anksiyete, fobik anksiyete ve genel semptom düzeyinden daha çok etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. MS'e bağlı olarak atak geçirmek, bireyin psikiyatrik semptomlarını arttırabilir ve birey atak geçirme kaygısıyla daha çok ruhsal sorun yaşayabilir. Fakat konu ile ilgili literatürde farklı çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; Şen ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada, atak geçirme durumu ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (Şen ve ark. 2015). Buna ilaveten, araştırma bulgularımıza göre, sık atak geçirenler somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobik anksiyete, psikotik ve genel semptom düzeyinden daha fazla etkilenmekle birlikte atak sıklığı azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Sık sık atak geçirmek, bireyleri ruhsal açıdan negatif olarak etkilemektedir.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma açısından incelediğimizde, yararlanan hastalar somatizasyon, fobik anksiyete boyutlarından daha fazla etkilenmiştir. Bu durum, MS'in seyri ve şiddetinin daha ağır ve MS nedeniyle yeti yitimi yaşayan hastalarının fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlandığını düşündürülebilir. Hastalığın şiddeti yoğun olduğundan dolayı, fizyoterapi ve rehabilitasyon sürecinden yararlanan hastaların psikiyatrik semptomları yaşamaları olağandır.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu açısından incelediğimizde, MS'den başka kronik hastalığı olanların somatizasyon, obsesif-kompulsif, anksiyete, paranoid düşünce, ek maddeler ve genel semptom düzeyinden daha fazla etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. İkincil hastalıklar, psikiyatrik semptomları arttırarak, bu boyutların yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

5.1.2.3. MS Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları/Psikiyatrik Semptomları MS Hastalığı Seyri ile Birlikte Bireysel ve Çevresel Değişkenlere Göre Analizi

Bu kısımda, MS tanısı alan bireylerin, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve psikiyatrik semptomları arasındaki ilişki MS hastalığı seyri ile birlikte bireysel ve çevresel değişkenlere göre -MS hastalığına uyum sağlama düzeyi, MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkileri etkileme hususu, MS'den dolayı psikolojik sorun yaşamaları, MS'den dolayı bir uzman tarafından -Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Psikiyatrist gibi- herhangi bir yardım ya da destek almaları, MS'e bağlı olarak çevresinde en çok sosyal destek alınan kişi ya da kişiler- analiz edilmesinden elde edilen bulgular literatür verileri ile karşılaştırılarak tartışılacaktır.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği, MS hastalığına uyum sağlama düzeyi açısından incelediğimizde, özel bir insan ve arkadaş alt boyutları ile algılanan sosyal destek puanlarında farklılık bulunmuştur. Hastalığa uyum sağlama düzeyi iyi olanların puan ortalaması yüksek çıkmıştır. Araştırma bulgularımıza benzer olarak, MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada, MS hastalığına uyumu iyi olan hastaların algıladıkları sosyal desteğinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Ploughman ve ark. 2017).

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları MS hastalığına uyum sağlama açısından incelediğimizde, hastalığa uyum sağlama düzeyi kötü olan hastalar somatizasyon, obsesif- kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, psikotik, ek maddeler ve genel semptom düzeyinden olumsuz yönde etkilenebilir. Hastalığa uyum düzeyi arttıkça ortalama azalmaktadır. MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların sağlık ve yaşam biçimleri incelenmiş olup, MS'e uyumu kötü olan hastaların anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ploughman ve ark. 2017). Uyum sağlama düzeyi kötü olan hastaların, baş

etme ve sosyal destek mekanizmaları yetersiz olabilir. Dolayısıyla bu durum bireyin işlevselliğini her yönden olumsuz olarak etkileyebilir.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği, MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkileri etkileme durumu açısından incelediğimizde, aile, arkadaş, özel bir insan alt boyutları ile algılanan sosyal destek puanlarında farklılık bulunmaktadır. Sosyal ilişkileri etkilenmemiş olanların puan ortalamasının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla, araştırma bulgularımıza göre, sosyal ilişkileri etkilenmemiş olanlar, etkilenen bireylere oranla daha çok sosyal destek almaktadır. Baylor ve arkadaşlarının MS hastalarıyla yaptıkları araştırmada, sosyal ilişkileri MS'den etkilenmeyen ve iletişimi güçlü olan hastaların algıladıkları sosyal destek puanının yüksek olduğu bildirilmiştir (Baylor ve ark. 2010). Sosyal ilişkileri etkilenmeyen bireylerin, sosyal ağlarının daha geniş olduğu ve bu hususta çevresindeki bireylerden daha çok sosyal destek aldıkları yorumunu yapabiliriz.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkileri etkileme durumu açısından incelediğimizde, sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotik, ek maddeler ve genel semptom düzeyi etkilenmeyenlere göre yüksek çıkmıştır. Özellikle kronik hastalıklar sürecinde sosyal ilişkilerin güçlü olması ve bireylerin aldıkları sosyal destek oldukça önemlidir. Sosyal ilişkileri güçlü olmayan ve yalnız yaşayan bireylerin hastalıktan olumsuz etkilendiğine dair çalışmalar mevcuttur. Dolayısıyla bizim araştırma bulgularımız, diğer çalışma bulguları ile paraleldir.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği, MS'den dolayı psikolojik sorun yaşama durumu açısından incelediğimizde, aile, özel bir insan, arkadaş alt boyutu ile algılanan sosyal destek puanlarında farklılık bulunmaktadır. MS'den dolayı psikolojik sorun yaşamayanların daha çok sosyal destek aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre, psikolojik olarak sorun yaşamayanların, dışarıya daha çok açıldığı, sosyal ağlarının geniş olduğu ve hastalığa uyum sağlayan bireyler olduğu yorumunu yapabiliriz.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları MS'den dolayı psikolojik sorun yaşama durumu farklı olan gruplar açısından incelediğimizde, hastalıktan dolayı psikolojik sorun yaşamış olanlar somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası

duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotik ve genel semptom düzeyi boyutlarından olumsuz etkilenmiştir. Dolayısıyla hastalıktan dolayı psikolojik sorun yaşamak, psikiyatrik semptomlara neden olmaktadır. Literatürde, MS hastalarının takribi beşte dördünde anksiyete ve depresyon başta olmak üzere, en az bir psişik semptom gözlenmekte olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Figved ve ark. 2005). Araştırma bulgularımız, literatürdeki diğer çalışma bulguları ile uyumludur.

Araştırmada, MS hastalarında psikiyatrik semptomları, hastalığından dolayı bir uzman tarafından (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Psikiyatrist gibi) herhangi bir psikolojik yardım ya da destek alma durumu farklı olan gruplar açısından incelediğimizde, psikolojik yardım ya da destek alanların almayanlara göre, anksiyete ve fobik anksiyete alt boyutlarından etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma bulgularımıza benzer şekilde, MS hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların hastalık sürecinde destek alma durumları incelendiğinde ise; hastalık sürecinde destek alan bireylerin anksiyete ve somatizasyon boyutları, destek almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Seki Öz, 2013).

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği, en çok destek alınan kişi ya da kişiler açısından incelediğimizde, aile alt boyutu açısından farklılık bulunmaktadır. Buna göre, en çok eşinden destek alanların puan ortalaması arkadaşlarından destek alanlara oranla yüksek bulunmuştur. Özel bir insan alt boyutunda da farklılık bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, en çok ailesinden sosyal destek alanların puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde, bireylerin en çok ailesinden sosyal destek aldığı yönünde çalışmalar mevcuttur. Bizim araştırmamız, bu yöndeki çalışma bulgularıyla örtüşmektedir.

Araştırmada, MS hastalarında algılanan sosyal desteği, ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan birey olma durumu açısından incelediğimizde, aile, özel bir insan, arkadaş boyutları ile algılanan sosyal destek puanlarında farklılık bulunmuştur. Ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olanların puan ortalamaları yüksek çıkmıştır. Bu bireyler, hastalığın getirilerini, hastalıkla ilgili konuları ya da yaşadıkları sorunları karşılıklı paylaşarak, sosyal desteğin yüksek olmasına önemli bir katkı sağlıyor olabilir.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Araştırmada temel problemin sonucu: “Algılanan Sosyal Destek ile Genel Semptom Düzeyi arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla algılanan sosyal desteğin yeterli düzeyde olması psikiyatrik semptomlar üzerinde olumlu ve aktif rol oynamaktadır. Bu durum, bireylerin yaşam kalitelerinin yükselerek daha işlevsel, statü ve itibarının da daha nitelikli olacağına işaret etmektedir.”

MS tanısı alan bireylerin sosyal destek mekanizmaları ile psikiyatrik semptomları incelenmiş olup, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğine (ÇBASDÖ) ilişkin sonuçlar:

- Yaş açısından, yaşı farklı olan gruplar arasında aile ve özel bir insan alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Aile boyutunda, yaş arttıkça aileden alınan destek yüksek bulunmuştur. Özel bir insan boyutunda ise, yaş azaldıkça puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla bu boyutlardan elde edilen puanlar yüksek çıktığı için, bu yaş grupları olumlu yönde etkilenmiştir.
- Medeni durum açısından, aile boyutunda evli olanların puan ortalaması bekar olanlara göre yüksek bulunmuştur. Evli olanlar aile boyutundan olumlu yönde etkilenmiştir.
- Çocuk sayısı açısından, çocuğu olmayanların, iki çocuğu olanlara göre aile, özel bir insan boyutları ile algılanan sosyal destek düzeyleri yüksek çıkmıştır. Çocuğu olmayanlar, daha fazla sosyal destek almaktadır.
- Eğitim durumu açısından, lisansüstü mezunu olanların özel bir insan, arkadaş boyutları ile algılanan sosyal desteği yüksek çıkmıştır. Eğitim durumu arttıkça sosyal desteğin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Çalışma bilgisi açısından, aile boyutundan, emekli olanlar, hastalığından dolayı çalışamayanlara göre olumlu yönde etkilenmiştir.
- Aylık gelir durumu açısından, geliri asgari ücretin üzerinde olanlar, aile özel bir insan, arkadaş boyutları ile algılanan sosyal destekleri, asgari ücretin altında olanlara göre olumlu yönde etkilenmiştir. Dolayısıyla gelir arttıkça algılanan sosyal desteğin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

- MS hastalık süresi açısından, uzun süredir MS hastası olanların algılanan sosyal destek düzeyleri yüksek çıkmıştır.
- MS tipi farklı olan gruplar açısından, arkadaş boyutunda, yineleyici ilerleyici MS (RPMS) olanlar, ikincil ilerleyici MS (SPMS) olanlara göre daha fazla sosyal destek almaktadır. Çoklu karşılaştırma için yapılan Tukey Testine göre, MS tipi atak ve iyileşmelerle gidenler (RRMS), ikincil ilerleyici MS (SPMS) olanlara göre daha fazla sosyal destek aldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma açısından, özel bir insan, arkadaş boyutları ile algılanan sosyal destekleri, kronik hastalığı olmayanlarda, olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayanların daha fazla sosyal destek aldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- MS hastalığına uyum sağlama düzeyi açısından, hastalığa uyum sağlayanların özel bir insan, arkadaş boyutları ile algılanan sosyal destekleri, sağlamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Hastalığa uyum sağlayanların daha fazla sosyal destek aldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkileri etkileme durumu açısından, sosyal ilişkileri etkilenmemiş olanların aile, özel bir insan, arkadaş boyutları ile algılanan sosyal destekleri, etkilenmiş olanlara göre yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla sosyal ilişkileri etkilenmemiş olanların daha fazla sosyal destek aldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu açısından, psikolojik olarak sorun yaşamamış olanların, aile, özel bir insan, arkadaş boyutları ile algılanan sosyal destekleri, psikolojik sorun yaşamış olanlara göre yüksek bulunmuştur. MS'den dolayı psikolojik sorun yaşamamış olanların, sosyal desteğinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- MS konusunda bilgi sahibi olma durumu açısından, hastalık konusunda bilgi sahibi olanların, aile, özel bir insan, arkadaş boyutları ile algılanan sosyal destekleri, bilgi sahibi olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Hastalık konusunda bilgi sahibi olanların, sosyal desteğinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- MS'e bağlı olarak çevresinde en çok destek alınan kişi ya da kişiler açısından, aile boyutunda, en çok eşinden destek alanların puan ortalaması yüksek iken;

arkadaşlarından destek alanların ortalaması küçüktür. Özel bir insan boyutunda, en çok ailesinden destek alanların puan ortalaması çocuklarından destek alanlara göre yüksek bulunmuştur.

- Ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan birey olma durumu açısından, kendisinden başka aile üyelerinde MS tanısı alanların aile, özel bir insan, arkadaş boyutları ile algılanan sosyal destekleri, kendisinden başka aile üyelerinde MS tanısı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla kendisinden başka aile üyelerinde MS tanısı alanların sosyal desteği daha yüksektir.

Psikolojik belirti tarama listesine (SCL-90-R) ilişkin sonuçlar:

- Cinsiyet açısından, kadın ile erkekler arasında somatizasyon, obsesif-kompulsif, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete boyutları ile genel semptom düzeyinde farklılık bulunmuştur. Kadınların puan ortalaması erkeklere göre yüksek bulunmuş olup, kadınlar, bu boyutlardan ve genel semptom düzeyinden olumsuz olarak etkilenmişlerdir.
- Yaş açısından, yaşı farklı olan gruplar arasında obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, paranoid düşünce, psikotik, ek maddeler boyutları ile genel semptom düzeyinde farklılık bulunmuştur. Genç bireylerin puan ortalamaları yüksek olup; bu boyutlardan ve genel semptom düzeyinden olumsuz yönde etkilenmişlerdir.
- Medeni durum açısından, bekar olanlar kişiler arası duyarlılık, depresyon ve paranoid düşünce boyutlarından evli bireylere göre olumsuz yönde etkilenirken; evli olanlar ise, somatizasyon boyutundan bekarlara göre olumsuz olarak etkilenmiştir.
- Çocuk sayısı açısından, çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında somatizasyon boyutunda farklılık bulunmuştur. Çocuk sayısı fazla olanlar somatizasyondan daha fazla etkilenirken, çocuk sayısı azaldıkça somatizasyondan etkilenme durumunun da azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Eğitim durumu açısından, lise mezunu olanlar somatizasyon ve anksiyete boyutlarından lisansüstü mezunu olanlara göre olumsuz etkilenmiştir. Eğitim

düzeyi arttıkça bu boyutlardan etkilenme oranının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

- Çalışma bilgisi açısından, emekli olanlar somatizasyon boyutundan çalışanlara göre daha fazla etkilenmiştir. Kişiler arası duyarlılık boyutunda çalışmayanların puan ortalaması emeklilere göre yüksek bulunmuştur. Fobik anksiyete boyutunda hastalığından dolayı çalışmayanların puan ortalaması çalışanlara göre yüksek bulunmuştur. Ek maddeler boyutunda ise, çalışmayanların ya da hastalığından dolayı çalışmayanların puan ortalaması çalışanlara göre yüksek bulunmuştur. Yüksek bulunan gruplar bu boyutlardan olumsuz yönde etkilenmiştir.
- Aylık gelir durumu açısından, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, paranoid düşünce, psikotik, ek maddeler ile genel semptom düzeyinde farklılık bulunmaktadır. Geliri asgari ücretin altında olanlar bu boyutlardan ve genel semptom düzeyinden olumsuz yönde etkilenmiştir. Gelir arttıkça genel semptom düzeyi ve alt boyutlarından etkilenme oranının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- MS hastalık süresi açısından, hastalık süresi farklı olan gruplar arasında depresyon, anksiyete ve öfke boyutlarında farklılık bulunmuştur. Hastalık süresi az olanlar bu boyutlardan olumsuz yönde etkilenmiştir. Hastalık süresi arttıkça, bu boyutlardan etkilenme oranının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- MS tipi açısından, farklı olan gruplar arasında somatizasyon, fobik anksiyete ve psikotik boyutlarında farklılık bulunmuştur. MS tipi yineleyici ilerleyici (RPMS) olanlar somatizasyon ve psikotik boyutundan; MS tipi ikincil ilerleyici (SPMS) olanlar ise, fobik anksiyete boyutundan olumsuz yönde etkilenmiştir.
- Fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma durumu açısından, yararlanan bireyler, somatizasyon ve fobik anksiyete boyutlarından olumsuz yönde etkilenmişlerdir. Ek maddeler boyutunda ise, yararlanmayanların olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.
- MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olma açısından, somatizasyon, obsesif-kompulsif, anksiyete, paranoid düşünce, ek maddeler boyutları ile genel semptom düzeyinde farklılık bulunmuştur. Kronik hastalığı

olanların puan ortalaması yüksek çıktığından dolayı, bu boyutlardan ve genel semptom düzeyinden olumsuz yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.

- MS hastalığına uyum sağlama düzeyi açısından, somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, psikotik, ek maddeler boyutları ile genel semptom düzeyinde farklılık bulunmuştur. MS hastalığına uyum sağlama düzeyi kötü olanların bu boyutlardan ve genel semptom düzeyinden olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmış olup; uyum sağlama düzeyi arttıkça etkilenme oranı da azalmıştır.
- MS'den dolayı meydana gelen sorunların sosyal ilişkileri etkileme durumu açısından, somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotik, ek maddeler boyutları ile genel semptom düzeyinde farklılık bulunmaktadır. Sosyal ilişkileri etkilenmiş olanların puan ortalamaları yüksek bulunmuş olup; bu boyutlardan ve genel semptom düzeyinden olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.
- MS'e bağlı olarak atak geçirme durumu açısından, somatizasyon, obsesif-kompulsif, anksiyete, fobik anksiyete boyutları ile genel semptom düzeyinde farklılık bulunmuştur. Atak geçirmiş olanların puan ortalaması yüksek çıkmıştır. Dolayısıyla atak geçirmiş olanlar bu boyutlardan ve genel semptom düzeyinden olumsuz yönde etkilenmişlerdir.
- Atak geçirme sıklığı açısından, somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobik anksiyete, psikotik, ek maddeler boyutları ile genel semptom düzeyinde farklılık bulunmuştur. Sık sık atak geçirenler bu boyutlardan ve genel semptom düzeyinden olumsuz olarak etkilenmiştir. Atak sıklığı azaldıkça etkilenme oranının da azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşama durumu açısından, somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotik, ek maddeler boyutları ile genel semptom düzeyinde farklılık bulunmaktadır. MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşamış olanlar bu boyutlardan ve genel semptom düzeyinden olumsuz yönde etkilenmiştir.

- Hastalığından dolayı bir uzman tarafından herhangi bir psikolojik yardım ya da destek alma durumu açısından, psikolojik yardım ya da destek alanların anksiyete ve fobik anksiyete boyutları yüksek bulunmuştur. Bu bireylerin, anksiyete ve fobik anksiyete boyutlarından olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır.
- MS konusunda bilgi sahibi olma durumu açısından, az çok bilgi sahibi olanların somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, psikotik boyutları ile genel semptom düzeyi yüksek bulunmuştur. Hastalık konusunda az çok bilgi sahibi olanlar bu boyutlardan ve genel semptom düzeyinden olumsuz yönde etkilenmiştir. Hastalık konusunda bilgi sahibi olma durumu arttıkça etkilenme durumu da azalmaktadır.
- Ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan birey olma durumu açısından, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, paranoid düşünce ve ek maddeler boyutlarında farklılık bulunmaktadır. Ailesinde kendisinden başka MS tanısı alan başka bir birey olmayanların puan ortalaması yüksek çıkmıştır. Dolayısıyla bu bireylerin, bu boyutlardan olumsuz yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.

5.2.1. Öneriler

Uygulayıcılara yönelik öneriler:

- MS tanısı alan bireyler, sosyal destek mekanizmalarının güçlü olması, daha az psikiyatrik semptom yaşamaları, hastalıkla baş etme becerileri, sosyal çevresi, sosyoekonomik durum gibi hususları güçlendirmek amacıyla multidisipliner sağlık profesyonellerinden (doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi) oluşturulan bir grupla değerlendirilmeli ve takibi yapılmalıdır. Ekibin diğer üyeleriyle eşgüdüm halinde çalışmalar yürütülmeli ve bu çalışmalar güçlendirilmelidir.
- MS tanısı alan bireylerin hastalığından dolayı çalışmıyor olması önemli sorunlardan biridir. Birey, ekonomik yetersizlikten, sosyal çevresinin kısıtlı olmasından olumsuz etkilenebilir. Dolayısıyla hastalığı nedeniyle çalışamayan bireylere, esnek çalışma saatleri ya da evden çalışma imkanları sunulmalıdır. Bireyin işgücüne katılması, yaşam kalitesini yükselterek, sosyal ağlarının

gelişmesine ve psişik yönden de kendisini daha iyi hissetmesine katkı sağlayabilir.

- Tıbbi odaklı çalışan sosyal hizmet uzmanları hastalara ve ailelerine psikososyal destek sağlamalıdır. Örneğın; grup terapileri ya da bireysel terapiler yapılabilir. Hastalık sürecinde, hastayla birlikte aileyi de güçlendirecek faaliyetler oldukça önemlidir.
- Araştırma sonucumuza göre, özellikle yaşı genç olan MS tanısı almış bireylere, hastalık tanısı konulduğu andan itibaren, hastalıkla ilgili gerekli enformasyon sağlamalı ve akran yaş grupları ile mezzo düzeyde psikososyal terapötik çalışmalara yer verilmelidir. Ayrıca grup terapisinde, bireylere, hastalık hakkında bilgi verilmesinin yanında hastalık hakkında doğru bilinen yanlışları ortadan kaldırmaya yönelik bilişsel terapi yaklaşımı da özümsemelidir.
- Hastalığı hakkında bilgi sahibi olmayan bireyler ve aileler hastalık konusunda bilgilendirilmelidir. Hastalık konusunda bilgi sahibi olmak, bireyin daha işlevsel ve güçlü olmasına ışık tutabilir.

Araştırmacılara yönelik öneriler:

- Araştırmacılar, MS hastalığı ile ilgili yapılan çalışmaların eksik görüldüğü alanlarda çalışmalar yapabilir. Örneğın; MS tanılı hastaların yaşam kalitesi, sosyal işlevselliğı, baş etme biçimleri, ruh sağılığı gibi alanlarda çalışmaların çeşitliliğine ihtiyaç vardır. Ergenler, yaşlılar, kadınlar, erkekler gibi genelden özele indirgenerek de çalışmaların yapılması önemlidir.
- MS tanısı alan bireylerle psikososyal, sosyoekonomik ya da kültürel gibi tüm nitelikleri inceleyen çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışmaların yapılması önerilebilir.
- MS ile ilgili, nicel, nitel ya da karma yöntemli çalışmaların yapılması, çalışmaların çeşitliliğini arttırarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Ak, P., Ataklı, D., Yüksel, B., Güveli, B.T., Sarı, H. (2015). Stigmatization and Social Impacts of Epilepsy in Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 50:50-54.
- Ak, T. (2008). Multipl Skleroz ve Tedavisindeki Gelişmelerin Psikiyatrik Yönü. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 37-43.
- Akçalı, A., Altındağ, A., Geyik, S., Cansel, N. (2009). Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek/Quality of Life, Depression, Anxiety and Multidimensional Perceived Social Support in Patients with Epilepsy. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(3):91.
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., vd. (2011). Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Bakım Hizmeti. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal*, 38(1): 57-65.
- Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (2):1-8.
- Akrami, E. (2019). *Genç yetişkin multiple skleroz hastalarının psikososyal sorunlarının ve gereksinimlerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Akrami, E., Alsancak, F. (2020). Multiple Skleroz Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Bir İnceleme. *Pearson Journal of Social Sciences & Humanities*, 304-315.
- Alp, R. (2004). *Multipl skleroz hastalarında gastrointestinal sistem motilite bozuklukları ve amiloidoz ilişkisi* (Doktora Tezi). Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Altınkaynak Yılmaz, T. (2019). *Multiple sklerozlu hastaların aldıkları sosyal desteğin anksiyete düzeyine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Samsun.
- Altıntaş, A., Uygunoğlu, U., Zeydan, B., & Coşkun, T. (2013). Özel Durumlarda Multipl Skleroz'lu Hastaya Yaklaşım. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi*, 19(3).

- Altun, I.G., Kırbaş, D., Altun, D.U., Soysal, A., et. al., (2015). The Effects of Cognitive Rehabilitation on Relapsing Remitting Multiple Sclerosis Patients. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(2): 174.
- Amato, M.P., Ponziani, G., Siracusa, G., Sorbi, S. (2001). Cognitive Dysfunction in Early-Onset Multiple Sclerosis: A Reappraisal After 10 Years. *Archives of Neurology*, 58(10):1602-1606.
- Anuradha, K. (2004). Empowering Families with Mentally Ill Members: A Strengths Perspective. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 26(4):383-391.
- Aras, A., Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 10(2):63-68.
- Arıcioğlu, A. (2008). *Hacettepe Üniversitesi eğitim fakültesi öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Ashman, K. Karen, Grafton H. Hull Jr. (1999). *Understanding Generalist Practice*. Second Edition. Nelson - Hall Publishers / Chicago.
- Ata, E., Unubol, T.O., Demir, S. (2021). Multiple Sklerozda Nöropatik Ekstremitte Ağrısının Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 58(3):213-216.
- Atak, F.M. (2017). *MS hastalarının yaşam kalitesi: karşılaştıkları güçlükler ve uğradıkları hak kayıplarına ilişkin bir değerlendirme* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Ayaz, S., Yaman Efe, Ş., Korukoğlu, S. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 28(6):880-885.
- Aydemir, Y., Doğu, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu, E. Ö., Gündüz, H. (2015). Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 5(4):199-203.
- Aytaç, Ö., Kurtdaş, M.Ç. (2015). Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1): 231-250.

- Azzimondi, G., Stracciari, A., Rinaldi, R., D'Alessandro, R., Pazzaglia, P. (1994). Multiple Sclerosis with Very Late Onset: Report of Six Cases and Review of the Literature. *European Neurology*, 34(6): 332-336.
- Baklacioğlu, H.Ş., İçağasioğlu, A., Haliloğlu, S., oban, R.Ş., Demir, Y., Öcal-Eriman, E., Arıcı-Düz, Ö. ve Aydın-Cantürk, İ. (2009). Multiple Skleroz Hastalarında Genişletilmiş Durum Özürlülük Skalası ile Anksiyete Depresyon İlişkisi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 24(4):178-182.
- Baral, I., Enderer, M., Gök, S., Özkan, S. (1995). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Yönünden Psikiyatri Dışı Kliniklerde Değerlendirilen Deliryum Olguları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 32: 32-36.
- Bassi, M., Grobberio, M., Negri, L., Cilia, S., Minacapelli, E., Niccolai, C., ... & Delle Fave, A. (2021). The Contribution of Illness Beliefs, Coping Strategies, and Social Support to Perceived Physical Health and Fatigue in Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1):149-160.
- Barclay, L., Lie, D. (2005). International Panel Revises McDonald Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis. *Ann Neurol*, 58: 840-846.
- Barker, R.L. (2003). *The Social Work Dictionary*. USA: National Association of Social Workers.
- Bayıl, Y.Ş., Ko, E.R., Erdemoğlu, A.K. (2012). Multipl Skleroz Hastalarında Otonom Sinir Sistemi ile İlişkili Sempatik Cilt Yanıtlarının Değerlendirilmesi ve Yorgunluk Skorları. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 3(3): 387-391.
- Baylor, C., Yorkston, K., Bamer, A., Britton, D., Amtmann, D. (2010). Variables Associated with Communicative Participation in People with Multiple Sclerosis: A Regression Analysis. Department of Rehabilitation Medicine, University of Washington. *Journal of Speech-Language Pathology*, 19 (2):143-153.
- Bek, S., Yurttaş, A. (2016). Multipl Skleroz Hastalarının Hastalık Öncesi ve Sonrası Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 17(1): 8-12.

- Benedict, R.H., Priore, R.L., Miller, C., Munschauer, F., Jacobs, L. (2001). Personality Disorder in Multiple Sclerosis Correlates with Cognitive Impairment. *Journal Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13(1): 70-76.
- Bentley, J. Kia (Ed.) (2002). *Social Work Practice in Mental Health. Contemporary Roles, Tasks and Techniques*. Books/Cole. Thomson Learning. USA.
- Bıyıklı, N., Lotfi, S. (2021). Tüberküloz Hastalarının Tedavi Süresinde Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(3):457-468
- Bilek, F. (2021). *Multiple skleroz tanılı bireylerde aerobik egzersizin nörofizyolojik değerler ve fonksiyonellik üzerine etkisinin araştırılması* (Doktora Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli.
- Bilgi, E. (2010). *Multipl sklerozlu hastalarda depresyon ve nörodejenerasyonun kognitif bozulma üzerine etkileri* (Uzmanlık Tezi). Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Elazığ.
- Bilgi, E., Özdemir, H.H., & Bulut, S. (2013). Multipl Sklerozlu Hastalarda Depresyon ve Kognitif Fonksiyon Bozukluğu Sıklığının Belirlenmesi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 19: 11-4.
- Bilgi, E., Özdemir, H.H., Bulut, S. (2013). Multipl Sklerozlu Hastalarda Depresyon ve Kognitif Fonksiyon Bozukluğu Sıklığının Belirlenmesi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 19(1): 11-14.
- Birsöz, S. (1980). *Hastalık öncesi yaşam değişimleri ve ruhsal sonuçları üzerine bir inceleme* (Yayınlanmamış Doçentlik Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri, Ankara.
- Bland, R., Renouf, N. (2001). Social Work and the Mental Health Team. *Australasian Psychiatry*, 9(3): 238-241.
- Bol, Y., Duits, A.A., Hupperts, R.M.M., Vlaeyen, J.W.S., Verhey, F.R.J. (2009). The Psychology of Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis: A review. *Journal Psychosom Res*, 66(1):3-11.
- Boz, C. (2009). Multipl Skleroz'da Klinik Bulgular ve Semptomlar. *Türkiye Klinikleri Journal Neur.* 2, 9-14.

- Bradley, W.G. (2008). *Neurology In Clinical Practice*, Türkçe 5. Baskı, sf:1583-1613.
- Bradley, W.G., Daroff, R.B., Fenichel, G.M., Jankovic, J. (2001). *Neurology in Clinical Practice*, 5. Edition. Mc Graw-Hill international editions, 954-979.
- Brichetto, G., Uccelli, M.M., Mancardi, G.L., Solaro, C. (2003). Symptomatic Medication Use in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 9(5): 458-460.
- Bulunmaz Güler, S. (2016). *Harran üniversitesinde tedavi görmekte olan multiple skleroz hastalarının yaşam kalitesi* (Yüksek Lisans Tezi). Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Şanlıurfa.
- Bursa, D. (2010). *Fiziksel engelli bireylerde depresyon ve çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi* (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E.K., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (21. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Callahan, M.B. (1998). The Role of the Nephrology Social Worker in Optimizing Treatment Outcomes for End-Stage Renal Disease Patients. *Dialysis & Transplantation*, 27(10): 144-155.
- Carlson, D.S., Perrewe, P.L. (1999). The Role of Social Support in the Stressor-Strainrelationship: An Examination of Work-Family Conflict. *Journal of Management*, 25(4):513-540.
- Ceyhun, A.T. (2009). *Zihinsel yetersizliği olan çocuklarla çalışan öğretmenlerde iş stres, algılanan sosyal destek ve iş doyumu* (Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Eğitim Bölümü, Bolu.
- Chalise, H.N., Saito, T., Takahashi, M. ve Kai, I. (2007). Sosyal Destek Kaynakları ve Alıcıları Arasındaki İlişki Uzmanlığı ve Bunun Yalnızlık ve Öznel İyi Oluş ile İlişkisi: Nepalli Yaşlı Yetişkinlerin Kesitsel Bir Çalışması. *Gerontoloji ve Geriatri Arşivleri*, 44(3): 299-314.
- Chen, Z., Fan, V.S., Belza, B., Pike, K., Nguyen, H.Q. (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Erişkinlerde Sosyal Destek ve Öz Bakım Davranışları Arasındaki İlişki. *Amerikan Toraks Derneği Yıllıkları*, 14(9):1419-1427.

- Chiaravalloti, N.D., DeLuca, J. (2008). Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. *Lancet Neurol* 7(12):1139-1151.
- Chwastiak, L.A., Ehde, D.M. (2007). Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4): 803–817.
- Cimili, C. (2001). Diyabette ve Kronik Hastalıklarda Ruh Sağlığı. Akalın, M.A.(Editör). *Birinci basamakta diyabetik hastanın yönetimi*, İzmir, 91-100.
- Cohen, L., Savary, C., de Moor C. (2000). Stres and Social Support Affect Immune Function in Cancer Patients Receiving Vaccine Treatment. *Psychosomatic Medicine*, 62(1): 1137.
- Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stres, Social Support and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2): 310-357.
- Compston, A., Confavreux, C., Lassman, H., McDonald, I., Miller, D., Noseworthy, J. (2006). The Story of Multiple Sclerosis. McAlphine's Multiple Sclerosis. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier.
- Connett, D.F. (2005). Clarification of Social Support. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1):4-9.
- Cosh, A., Carslaw, H. (2014). Multiple Sclerosis: Symptoms and Diagnosis. *Innovait* 7(11):651-657.
- Costello, K., Halper, J., Harris, C. (2003). *Nursing Practice in MS, A Core Curriculum*. New York: Demos Med Publ.
- Cottrel, S.S., Wilson, S.K. (1926). The Affective Symptomatology of Disseminated Sclerosis: A Study of 100 Cases. *Journal of Neurology and Psychopathology* 7(25):1.
- Courts, N.F., Newton, A.N., McNeal, L.J. (2005). Husbands and Wives Livig with Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 37(1):20-27.
- Crayton, H.J., Rossman, H.S. (2006). Managing the Symptoms of Multiple Sclerosis: A Multimodal Approach. *Clinical therapeutics*, 28(4): 445-460.
- Çakır, M. (2020). *Multiple skleroz hastalarının hastalık deneyimlerinin sosyal hizmet perspektifinden incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim

Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, İstanbul.

- Çakır, M., Yurtsever, E. (2020). Multiple Skleroz Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(4): 1441-1466.
- Çeçen, A.R. (2008). Öğrencilerin Cinsiyetlerine ve Ana Baba Tutumlarına Göre Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(3): 415-431.
- Çelik, Y., Birgili, O., Güldiken, B., Özkan, H., Yılmaz, H., Saip, S. (2003, Ekim). Türk Multipl Skleroz Çalışma Grubu: Edirne Şehir Merkezinde Multipl Skleroz Prevalansı Çalışması. 39. *Ulusal Nöroloji Kongresi*. Antalya.
- Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için Güvenirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2(1): 5-12.
- Dahl, O.P., Stordal, E., Lydersen, S., & Midgard, R. (2009). Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis. A Comparative Population-Based Study in Nord-Trøndelag County, Norway. *Multiple Sclerosis Journal*, 15(12): 1495-1501.
- Dalgas, U., Langeskov-Christensen, M., Skjerbaek, A., Jensen, E., Baert, I., Romberg, A., ... & Feys, P. (2018). Is the Impact of Fatigue Related to Walking Capacity and Perceived Ability in Persons with Multiple Sclerosis? A Multicenter Study. *Journal of the Neurological Sciences*, 387:179-186.
- Dansuk, R., Ağargün, M., Kars, B., Pars Ağargün, H., Turan, C., Ünal, O. (2002). Evaluation of the Psychosocial Characteristics of Gynecologic Cancer Patients. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 12(2): 142-7.
- Demirağ, S.A. (2009). Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 2: 58-65.
- DeSousa, E.A, Albert, R.H, Kalman, B. (2002). Cognitive Impairments in Multiple Sclerosis: A review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 17(1): 23-29.
- De Sire, A., Bigoni, M., Priano, L., Baudo, S., Solaro, C., Mauro, A. (2019). Constraint-Induced Movement Therapy in Multiple Sclerosis: Safety and

- Three-Dimensional Kinematic Analysis of Upper Limb Activity. A Randomized Single-Blind Pilot Study. *NeuroRehabilitation*, 45(2): 247-254.
- Deveci, F. (2011). *Ergenlerde karar verme stilleri ile algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri, Adana.
- Devins, G.M, Seland, T.P. (1987) Emotional Impact of Multiple Sclerosis: Recent Findings and Suggestions for Future Research. *Psychological Bulletin*, 101(3): 363.
- Diaz-Olavarrieta, C., Cummings, J.L., Velazquez, J., Garcia de al Cadena, C. (1999). Neuropsychiatric Manifestations of Multiple Sclerosis. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11(1): 51–57.
- Dikeç, G., Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1): 40-46.
- Disanto, G., Morahan, J.M., Barnett, M.H., Giovannoni, G., Ramagopalan, S.V. (2012). The Evidence For a Role of B Cells in Multiple Sclerosis. *Neurology*. 78(11):823-832.
- Dişçi, Z. (2014). *Multiple sklerozlu hastalarda stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Dobson, R., Ramagopalan, S., Topping, J., Smith, P., Solanky, B., Schmierer, K., Chard, D., Giovannoni, G. (2016). A Risk Score for Predicting Multiple Sclerosis. *Plos One*, 11(11): e0164992.
- Dombovy, M.L. (1998). *Multiple Sclerosis and Parkinson's Disease Rehabilitation; Principles of Neurologic Rehabilitation*, (Lazar, R.B. ed.) New York, McGraw-Hill 173-198.
- Duman, A., Alp, R., Yavuzer, D., Börü, Ü.T., Bayramiçli, O.U., Dabak, R. (2012). Multiple Sklerozda Barsak Hareket Bozuklukları ve Amiloidoz ile İlişkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 22(1):6-10.
- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*, Ankara.

- Duyan, V., Sayar, Ö.Ö., Özbulut, M. (2008). *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Efendi, H. (2018). *Multiple Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Türk Nöroloji Derneği.
- Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği [Factorial Structure, Validity and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34:17-25.
- Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*,12(1):17-25.
- Emre, U., Ergün, U., Yıldız, H., Coşkun, Ö., İnan, L.E. (2003). Multipl Sklerozda Depresyon. *Düşünen Adam*, 16(1): 53-56.
- Er, F., Mollaoğlu, M. (2011). Multiple sklerozlu hastalarda yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerinin incelenmesi. *Journal of Neurological Sciences Turkish*, 28(2): 190-203.
- Eraksoy, M. (2004). Multiple Skleroz'un Genetiği. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology*, 2(3): 166-170.
- Eraksoy, M., vd. (2003). A Whole Genome Screen for Linkage in Turkish Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroimmunology*, 143(1-2): 17-24.
- Erdeğer, N. (2001), *Lise öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı, Ankara.
- Erdem, H.(1998). Multipl Sklerozda Semptomatik Tedavi. *Ankara Üniversitesi Tıp Dergisi*, 51: 225-230.
- Erkenekli, M., Uzun, Z., Gümüş, Ö.D. (2012). Sosyoekonomik Statü ve Sosyal Değerler İlişkisine Yönelik Bir İnceleme. *Savunma Bilimleri Dergisi*, 11(2):125-147.
- Evlice, A., Demirkıran, M., Aslan, K. ve Bozdemir, H. (2014). Kortikal Multipl Sklerozlu Bir Olgu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51: 408-409.

- Fassbender, K., Schmidt, R., Mossner, R., et al. (1998). Mood Disorders and Dysfunction of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Multiple Sclerosis: Association with Cerebral Inflammation. *Arch Neurol*, 55:66-72.
- Feinstein, A. (2006). Mood Disorders in Multiple Sclerosis and the Effects on Cognition. *Journal of the Neurological Sciences*, 245(1):63-66.
- Feinstein, A., Du Boulay, G., Ron, M.A. (1992). Psychotic Illness in Multiple Sclerosis. A Clinical and Magnetic Resonance Imaging Study. *The British Journal of Psychiatry*, 161(5): 680-685.
- Feinstein, A., et al. (1999). The Effects of Anxiety on Psychiatric Morbidity in Patients with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 5(5): 323-326.
- Feinstein, A., Feinstein, K. (2001). Multipl Skleroz ile İlişkili Depresyon: Teşhisin Ötesine Semptom İfadesine Bakmak. *Duyuşsal Bozukluklar Dergisi*, 66(2-3): 193-198.
- Feys, P., Lamers, I., Francis, G., Benedict, R., Phillips, G., LaRocca, N. (2017). The Nine-Hole Peg Test as a Manual Dexterity Performance Measure for Multiple Sclerosis. *Mult Scler*, 23(5):711–720.
- Figved, N., Klevan, G., Myhr, K. M., Glad, S., Nyland, H., Larsen, J. P., ... & Aarsland, D. (2005). Neuropsychiatric Symptoms in Patients with Multiple Sclerosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(6): 463-468.
- Findley, P.A. (2014). Social Work Practice in the Chronic Care Model: Chronic Illness and Disability Care. *Journal of Social Work*, 14(1): 83-95.
- Flaherty, J., Richman, J. (1989). Gender Differences in the Perception and Utilization of Social Support: Theoretical Perspectives and an Empirical Test. *Social Science & Medicine*, 28(12):1221-1228.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1984). *Stres, Değerlendirme ve Başa çıkma*. New York: Springer Yayıncılık Şirketi, 150-153.
- Francis, G.S., Duquette, P., Antel, J.P. (1996). *Inflammatory Demyelinating Diseases of the Central Nervous System*. In: *Neurology in Clinical Practice*, 2nd edn. Volume II. Bradley, W.G., Daroff, R.B., Fenichel, G.M., Marsden, C.D. (eds). Butterworth-Heinemann, USA,1307-1343.

- Fraser, C., Mahoney, J., McGurl, J. (2008). Corraletes of Sexual Dysfunction in Man and Women with Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience. Nursing*, 40(5):312-317.
- Fusilier, R., Ganster, C., Mayes, T.B. (1987). Effects of Social Support, Role Stress and Locus of Control on Health. *Journal of Management*, 13(3):517-528.
- Gadea, M., Martinez-Bisbal, M.C., Marti Bonmati, L. (2004). Spectroscopic Axonal Damage of the Right Locus Coeruleus Relates to Selective Attention Impairment in Early Stage Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *Brain*, 127:89-98.
- Ghaffar, O., Feinstein, A. (2007). The Neuropsychiatry of Multiple Sclerosis: A Review of Recent Developments. *Current Opinion in Psychiatry*, 20: 278–285.
- Giardono, A. (2011). Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis Patients Around Diagnosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 307(1-2):86-91.
- Gilroy, J. (2002). *Basic Neurology*. Çeviri: Karabudak R. *Temel Nöroloji*, 3.baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 199-225.
- Giesser, B.S. (2011). Diagnosis of Multiple Sclerosis. *Neurologic Clinics*, 29(2): 381-388.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*.
- Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., Hakiki, B., Siracusa, G., Sorbi, S., Amato, M.P. (2009). Coping Strategies, Psychological Variables and Their Relationship with Quality of Life in Multiple Sclerosis. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 30(1): 15–20.
- Gökler, B. (1978). *Nevrotik kadın hastaların ilkökul çağındaki çocuklarının ruhsal belirtiler yönünden değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara.
- Görgülü, Ü., Fesci, H. (2011). Epilepsi ile Yaşam: Epilepsinin Psikososyal Etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi*, 26(1):27-32.

- Gulick, E.E. (1994). Social Support Among Persons with Multiple Sclerosis. *Research in Nursing & Health*, 17(3): 195-206.
- Gullo, H.L., Fleming, J., Bennett, S., Shum, D.H.K. (2019). Cognitive and Physical Fatigue are Associated with Distinct Problems in Daily Functioning, Role Fulfilment and Quality of Life in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis Related Disorder*, 31: 118-123.
- Gungen, A.C., Doğan, H., Doğan, B., et al. (2014). Effect of Smoking on Disability for Multiple Sclerosis Patients. *Istanbul Medical Journal*, 15(1):24-26.
- Güleç, S., Gümüş, K. (2018). Multiple Skleroz Hastalarında Tamamlayıcı ve Bütünleşik (İntegratif) Yöntemlerin Kullanımının Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Journal of International Social Research*, 11(56).
- Hahnel, S. (2009). In *Inflammatory Diseases of the Brain*. Springer, Berlin, Heidelberg, 97-111.
- Haliloğlu, S., İçağasıoğlu, A., Baklacioğlu, H.Ş., Yumuşakhuylu, Y., Atlı, R.Ş., Demirhan, E., Işık, N. (2009). Multipl Sklerozda Yaşam Kalitesinin Fonksiyonel Durum ile İlişkisi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 24(3): 129-133.
- Hanken, K., Eling, P., Hildebrandt, H. (2014). Is There a Cognitive Signature for MS-Related Fatigue? *Multiple Sclerosis*, 21(4): 376-381.
- Hauser, S. et al. (2008). B-Cell Depletion with Neuroparalytic Accidents in Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *New England Journal of Medicine*, 358:676-88.
- Hauser, S.L., Goodwin, D.S. (2008). *Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases*. In: Fauci, A.S, Braunwald, E., Kasper, D.L, Hauser, S.L. (editors). Harrison's Principles of Internal Medicine, vol II, 17tg ed. New York: McGraw-Hill Medical. P.2611-2621.
- Henry, A., Tourbah, A., Camus, G., Deschamps, R., Mailhan, L., et.al. (2019). Anxiety and Depression in Patients with Multiple Sclerosis: The Mediating Effects of Perceived Social Support. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 27(1):46–51.
- Hernan, M.A. (2005). Cigarette Smoking and The Progression of Multiple Sclerosis. *Brain*. 128(6): 1461-1465.

- Holmén, K., Furukawa, H. (2002). Loneliness, Health and Social Network Among Elderly People a Follow-up Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35(3): 261-274.
- Holmoy, T. (2009). The Discovery of Oligoclonal Bands: A 50-Year Anniversary. *European Neurology*. 62: 311-315.
- Hyarat, S., Gamal, E., Rama, E. (2018). Depression and Perceived Social Support among Saudi Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Wiley. Perspect Psychiatr Care*. 1–8.
- Hyphantis, N.T., Christou, K., Kontoudoki, S., Mantas, C., Papamicheal, G., Goulia, P. et al. (2008). Disability Status, Disease Parameters, Defense Styles and Ego Strength Associated with Psychiatric Complications of Multiple Sclerosis. *The Internal of Journal Psychiatry in Medicine*, 38(3): 307-327.
- Incerti, C.C., Argento, O., Nocentini, U. (2018) Cognition and Behavior in Multiple Sclerosis Personality and Behavioral Problems in Multiple Sclerosis, Eds. DeLuca, J., Sandroff, B.M. *American Psychological Association*, 149–177.
- Isaksson, A.K., Gunnarsson, L.G., Ahlström, G. (2007). The Presence and Meaning of Chronic Sorrow in Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11c): 315-324.
- Iwasaki, Y., Iwamoto, K., Igarashi, O., Kiyozuka, T., Aoyagi, J., Hirano, K., Sato, R., Kawase, Y., Iwasa, Y., Ikeda, K. (2005). Depression in Multiple Sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 111(3):209.
- İdiman, E. (2004). Multiple Sklerozun İmmunopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Multiple Skleroz Özel Sayısı*, 2(3): 171-176.
- İnbaşı, E.G. (2020). *Ataklarla seyreden multiple skleroz (ms) hastalarında yorgunluk, duygusal iştah ve beslenme alışkanlıkları ile depresyon durumunun değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı, Ankara.
- İrkeç, C., Işık, E. (1999). *Multiple Skleroz. Organik Psikiyatri*. (ed) Işık E. Ankara, 219-248.

- Jacoby, A. (2002). Stigma, Epilepsy and Quality of Life. *Epilepsy & Behavior*, 3(6):10- 20.
- Janssens, A., et al. (2003). Impact of Recently Diagnosed Multiple Sclerosis on Quality of Life, Anxiety, Depression and Distress of Patients and Partners. *Acta Neurologica Scandinavica*, 108(6): 389-395.
- Kabasakal, Z., Aktaş, A. (2021). Covid-19 Pandemi Sürecinde Bireylerin Sosyal Destek ve Aile İklimi Algılarının İncelenmesi. *Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi*, 12(1): 145-157.
- Karasar, N. (2011). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Kahraman, T., Savcı, S., Özdoğan, A., Gedik, Z., İdiman, E. (2018). Multiple Skleroz Hastalarında Anksiyetenin Motor İmgeleme Becerisine Etkisi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 29(1):19-26.
- Kapucu, S., Akkuş, Y., Akdemir, N. (2011). Knowledge of Patients with Multiple Sclerosis About Their Disease and Prevention of Complications. *Journal of Neurological Sciences*, 28(3):362-365.
- Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2010). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri, 99-111.
- Kaşıkcı, M. (2009). Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinde Aileden ve Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek ve Benlik Saygısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17(3): 158-165.
- Kehler, M.D., Hadjistavropoulos, H.D. (2009). Is Health Anxiety a Significant Problem for Individuals with Multiple Sclerosis? *Journal of Behavioral Medicine*, 32(2): 150.
- Kesselring, J., Beer, S. (2005). Symptomatic Therapy and Neurorehabilitation in Multiple Sclerosis. *The Lancet Neurology*, 4(10): 643-652.
- Kessler, T. M., Fowler, C.J., Panicker, J.N. (2009). Sexual Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(3): 341-350.
- Kettmann Jenks, J.D., Altmaier, E.M. (2008). Social Support and Depression Among Bone Marrow Transplant Patients. *Journal of Health Psychology*, 13 (1):39-46.

- Khoshknab, M.F., 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.
- Kılıç, M. (1987). *Değişik psikolojik arazlara sahip olan ve olmayan öğrencilerin sorunları* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kılıç, M. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Geçerlilik ve Güvenirliği. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1(2): 45-52.
- Kneebone, I., Dunmore, E.C., Evans, E. (2003). Symptoms of Depression in Older Adults with Multiple Sclerosis (MS): Comparison with a Matched Sample of Younger Adults. *Aging & Mental Health*, 7(3): 182-185.
- Korostil, M., Feinstein, A. (2007). Anxiety Disorders and Their Clinical Correlates in Multiple Sclerosis Patients. *Multiple Sclerosis Journal*, 13(1):67-72.
- Kouzoupis, A.B., Paparrigopoulos, T., Soldatos, M., Papadimitriou, G.N. (2010). The Family of the Multiple Sclerosis Patient: A Psychosocial Perspective. *International review of psychiatry*, 22(1): 83-89.
- Kök, H., Demir, S. (2018). Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1):99-106.
- Kurtzke, J.K. (1975). A reassessment of the distribution of Multiple Sclerosis: Parts I and II. *Acta Neurologica Scandinavica*, 51(2): 110-136.
- Kurtzke, J.K. (1995). Multiple Sclerosis Epidemiology World Wide. One view of current status. *Acta Neurologica Scandinavica*, 161: 23-33.
- Lassmann, H. (2002). Mechanisms of Demyelination and Tissue Destruction in Multiple Sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 104(3):168-171.
- Lauer, K. (1995). Environmental Associations with the Risk of Multiple Sclerosis: The Contribution of Ecological Studies. *Acta Neurologica Scandinavica*, 91 (Suppl 161): 77-81.
- Lauer, K. (1999). *Ecological Features of Multiple Sclerosis*. In: Ebers G (ed), *Environmental Factors in Multiple Sclerosis. 10th MS Forum Modern Management Workshop, Schering AG, Educational Service, Berlin*, pp 1-5.

- Lavigne, J.V. & Faier-Routman, J. (1993). Correlates of psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review and comparison with existing models. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14 (2):117-123.
- Leary, S.M., Porter, B., Thompson, A.J. (2005). Multiple Sclerosis: Diagnosis and the Management of Acute Relapses. *Postgraduate Medical Journal*, 81(955):302-308.
- Leonavičius, R., Adomaitienė, V. (2013). Anxiety and Social Activities in Multiple Sclerosis Patients. *Central European Journal of Medicine*, 8(1): 56-61.
- Leray, E., et al. (2016). Epidemiology of Multiple Sclerosis. *Revue Neurologique*, 172(1): 3-13.
- Lode, K., Bru, E., Klevan, G., Myhr, K.M., Nyland, H., & Larsen, J.P. (2009). Depressive Symptoms and Coping in Newly Diagnosed Patients with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 15(5): 638-643.
- Lode, K., Larsen, J.P., Bru, E., Klevan, G., Myhr, K.M. et al. (2007). Patient Information and Coping Styles in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*, July;13(6): 792-799.
- Lublin, F.D., Reingold, S.C. (1996). Defining the Clinical Course of Multiple Sclerosis: Results of an International Survey. *Neurology*, 46(4): 907-911.
- Lublin, F.D., Reingold, S.C. (2003). *Clinical Features and Subtypes of Multiple Sclerosis*. In: *Multiple Sclerosis 2*. Eds: McDonald, W.I, Noseworthy, J.H. Blue Books of Practical Neurology. Butterworth Heinemann. USA, 13-20.
- Luttik, M.L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., Van Veldhuisen, D.J. (2005). The Importance and Impact of Social Support on Outcomes in Patients with Heart Failure: An Overview of The Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3): 162-169.
- Lynch, J., Smith, G.D. (2005). A Life Course Approach To Chronic Disease Epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 1-38.
- Maier, S., Balasa, R., Buruian, M., Maier, A., Bajko, Z. (2015). Depression In Multiple Sclerosis-Review. *Ro J Neurol*, 14(1): 22-29.

- Marrie, R.A., Zhang, L., Lix, L.M., Graff, L.A., Walker, J.R., Fisk, J.D. et al. (2018). The validity and Reliability of Screening Measures for Depression and Anxiety Disorders in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 20:9-15
- Mavioğlu, H., Tülek, Z., Bakar, E., Tavşanlı, N.G. (2014). Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesi ve Ölçümü. *Türk Nöroloji Dergisi*, 1: 18-23.
- Mc Donald, I.R., Compston, A. (2006). *The Symptoms and Signs of Multiple Sclerosis*. In: Compston, A., Confavreux, C., Lassman, H., Mc Donald, I.R., Miller, D.H., Noseworthy, J., Smith, K.J., Wekerle, H. (Eds.), *Mc Alpine's Multiple Sclerosis* 4th edition. Churchill Livingstone Elsevier, 183-269.
- Mc Donell, G.V. (2009). *Clinical Features of Multiple Sclerosis*. In Oger Joel, ed. *Multiple Sclerosis for the Practicing Neurologist*. 1ed. Vancouver: World Federation Of Neurology,7-18.
- McCabe, M.P., McKern, S., McDonald, E. (2004). Coping and Psychological Adjustment among People with Multiple Sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*; 56: 355-361.
- McDonald, W.I., Compston, A., Edan, G., Goodkin, D., Hartung, H.P., Lublin, F.D. (2001). Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from the International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis. *Ann. Neurol.* 50(1):121-127.
- McIvor, G.P., Riklan, M., Reznikoff, M. (1984). Depression in Multiple Sclerosis as a Function of Length and Severity of Illness, Age, Remissions and Perceived Social Support. *Journal of clinical psychology*, 40(4): 1028-1033.
- Midence, K. (1994). The effects of chronic illness on children and their families: an overview. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 120(3): 311-326.
- Miller, A.E, Lublin, F.D, Coyle, P.K. (2003). *Pathology, Pathogenesis and Pathophysiology Multiple Sclerosis in Clinical Practice*. 1th ed. London, Martin Dunitz.

- Miller, A.E., Lublin, F.D., Coyle, P.K. (2003). *Epidemiology and genetics*. In Miller A.E., Lublin F.D., Coyle P.K. *Multiple sclerosis in Clinical Practise*. London-Newyork. Martin Dunitz Publishing; 2: 31-33.
- Minden, S.L., Schiffer, R.B. (1990). Affective Disorders in Multiple Sclerosis. *Arch Neurol*, 47:98-104.
- Mirza, M. (2002). Multiple Skleroz'un Etiyoloji ve Epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 24(1):40-47.
- Mollaoglu, M. (2016). *Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi*. Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. (Editörler). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 98-108.
- Murberg, T.A.(2004). Long-Term Effect of Social Relationships on Mortality in Patients with Congestive Heart Failure. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(3):207-217.
- Murray, J.M. (2005). *Multipl Sclerosis: The History of a Disease* (Vol.11), Demos Medical Publishing.
- Murray, T.J. (2009). The History of Multiple Sclerosis: The Changing Frame of The Disease Over The Centuries. *Journal of the Neurological Sciences*, 277: 3-8.
- Mutluay, F.K. (2006). Multipl Skleroz Rehabilitasyonu. *Türk Nöroloji Dergisi*, 12(2): 134-143.
- Nevin, M.S., Moshera, H.D., Habiba, Z.S., Ahmed, S. (2019). Effect of Task Oriented Approach on Balance in Ataxic Multiple Sclerosis Patients. *Med. J. Cairo Univ*, 87(7): 4789- 4794.
- NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) (2014). Multiple Sclerosis in Adults: *Management*. October: 1-36.
- Nicholl, C.R., Catherine, R., Lincoln, N.B., Francis, V.M., Stephan, T.F. (2001). Assessment of Emotional Problems in People with Multiple Sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 15(6): 657–668.
- Nunnally, J.C. (1967). *Psychometric Theory*, McGraw-Hill, Inc., 1. Baskı, New York.

- Okanlı, A. (2002). Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu. *Konsültasyon Liyezon-Psikiyatrisi Psikiyatrik Tıp*, 2004.
- Oktan, V. (2005). Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Ergenlerdeki Öfkenin Gelişmesine Etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21: 183-192.
- Onat, Ş.Ş. (2012) Multipl Sklerozda Görülen Uyku Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Neur*, 7(1):8-16.
- Onat, Ş.Ş., Delialioğlu, S.Ü., Özel, S. (2015). Multipl Sklerozda Depresyon, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi İlişkisi: Bir Rehabilitasyon Merkezi Deneyimi. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 18(3).
- Öner, N. (1997). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. Bir Başvuru Kaynağı*. 3. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, s.461-4.
- Öntaş, Ö. (1999). *Prof. Dr. Sema Kut'a Armağan Yaşam Boyu Sosyal Hizmet*, Nesrin G. Koşar, Veli Duyan (Ed.), *sosyal hizmet mesleğinde sosyal destek kavramı* (s.146-151). Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını.
- Ören, B. (2004). Acil Olarak Diyalize Alınan Hastaların Demografik Özellikleri ve Prognozları. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(1): 28-31.
- Özbesler, C. (2001). *Çocukluk çağı lösemileri ve sosyal destek sistemlerinin aile işlevlerine etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özdemir, D. (2000). Ekip Çalışması. *Sağlık ve Toplum*, 10(1): 56-59.
- Özdemir, L., Aşiret, G.D. (2011). A Holistic at Patients with Multiple Sclerosis: Focusing on Social Life, Household and Employment Issues. *Turkish Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, 57:19-24.
- Özgüven, H.D., Soykan, Ç., Haran, S., Gençöz, T. (2003). İntihar Girişiminde Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(52):1-11.

- Öztürk, N. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Aile İklimi ve Anne-Babaya Bağlanma Biçimleri ile Özgüven Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *The Journal of International Lingual Social and Educational Sciences*, 3(1):9-22.
- Pak, M.D. (2017). *Kronik Hastalıklar ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları*. Editörler: Özden, S.A., Özcan, E. *Tıbbi Sosyal Hizmet*, 1.Baskı, Ankara: Nobel Yayıncılık, 195-197.
- Pakenham, K.I. (1999). Adjustment to Multiple Sclerosis. Application of a Stress and Coping Model. *Health Psychology*, 18(4): 383-392.
- Pelle, A., Gidron, Y., Szabo, B., Denollet, J. (2008). Psychological Predictors of Prognosis in Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 14(4): 341-350.
- Ploughman, M., Collins, K., Wallack, E., Monks, M., Mayo, N. (2017). Women's and Men's Differing Experiences of Health, Lifestyle and Aging with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 19:165-171.
- Polat, C. (2013). *Multipl skleroz izlem ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Polman, C.H., Reingold, S.C., Banwell, B., Clanet, M., Cohen, J.A, Filippi, M., et. al. (2011). Multipl Skleroz için Tanı Kriterleri: McDonald Kriterlerine 2010 Revizyonları. *Nöroloji Annals*, 69(2): 292-302.
- Poser, C.M., Paty, D.W., Scheinberg, L.C., Mc Donald, W.I., Davis, F.A., Ebers, G.C. (1983). New Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines for Research Protocols. *Annals of Neurology*, 13 (3):227-231.
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A., Mann, A.H. (1997). Social Support Deficits, Loneliness and Life Events as Risk Factors for Depression in Old Age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27(2):3 23-332.
- Rao, S.M., Leo, G.J., Bernardin, L., Unverzagt, F. (1991). Cognitive Dysfunction in Multiple Sclerosis.: I. Frequency, Patterns and Prediction. *Neurology*, 41(5): 685-691.

- Rector, T.S., Anald, I.S, Cohn, J.N. (2006). Relationships Between Clinical Assessments And Patients Perceptions Of The Effects Of Heart Failure On Their Quality of Life. *Journal of Cardiac Failure*, 12(2): 87-92.
- Riaz, S., Sarfaraz, S.F. (2015). Need and Importance of Medical Social Work Practice in Pakistan with Special Reference to Karachi City. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 2(12).
- Rodriguez, M. (2008). *Advances in Multiple Sclerosis and Demyelinating Diseases*, 1 Springer-Verlag. Berlin Heidelberg.
- Rolak, L. (2003). MS: The Basic Facts. *Clinical Medicine & Research*, 1(1):61-62.
- Rolak, L. (2009). The Basic Facts. The History of MS. *National MS Society*. 1-11.
- Rolland, J.S. (1987). Chronic Illness and The Life Cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26(2): 203-221.
- Rolland, J.S. (1999). Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy*, 21(3): 242-266.
- Ron, M.A., Logsdail, S.J. (1989). Psychiatric Morbidity in Multiple Sclerosis: A Clinical and MRI Study. *Psychol Med*, 19: 887-895.
- Rooney, S., Wood, L., Moffat, F., Paul, L. (2019). Prevalence of Fatigue and Its Association with Clinical Features in Progressive and Non-Progressive Forms of Multiple Sclerosis. *Mult Scler Relat Disord*, 28: 276–282.
- Ropper, A.H., Brown, H.R. (2006). *Adams and Victor's Principles of Neurology*. Çeviri Editörü: Murat Emre. Güneş Kitabevi: Ankara, p. 771-790.
- Rosso, M., Chitnis, T. (2020). Association Between Cigarette Smoking and Multiple Sclerosis: A review. *JAMA Neurology*, 77(2): 245-253.
- Sacco, R., Santangelo, G., Stamenova, S., Bisecco, A., Bonavita, S., Lavorgna, L., Gallo, A. (2016). Psychometric Properties and Validity of Beck Depression Inventory II in Multiple Sclerosis. *Europ J Neurol*, 23(4):744-750.
- Sadovnick, A.D., Baird, P.A. (1988). The Familial Nature of Multiple Sclerosis: Agecorrected Empiric Recurrence Risks for Children and Siblings of Patients. *Neurology*, 38(6): 990-1.

- Sarafino, E.P., Smith, T.W. (2014). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (s.1-23). John Wiley & Sons.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1): 127-139.
- Sarı, E. (2020). *Koah hastalarında algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
- Saruhan-Direskeneli, G., vd. (1997). HLA-DR and DQ Associations with Multiple Sclerosis in Turkey. *Hum Immunol*, 55(1): 59-65.
- Schumacher, G.A, Beebe, G., Kibler, R.F, Kurland, L.T, Kurtzke, J.F, McDowell, F., et.al. (1965). Multipl Sklerozda Deneysel Terapi Denemelerinin Sorunları: Multipl Sklerozda Deneysel Terapi Denemelerinin Değerlendirilmesi Üzerine Panel Tarafından Rapor. *New York Bilimler Akademisi Yıllıkları*, 122 (1):552-568.
- Schwartz, C., Frohner, R. (2005). Contribution of Demographic, Medical and Social Support Variables in Predicting the Mental Health Dimension of Quality of Life Among People with Multiple Sclerosis. *Health Social Work*, 30(3): 203-212.
- Schwartz, C.E., Foley, F. W., Rao, S.M., Bernardin, L.J., Lee, H. & Genderson, M.W. (1999). Stress and Course of Disease in Multiple Sclerosis. *Behavioural Medicine*, 25(3):110-117.
- Seki Öz, H. (2013). *Multiple sklerozlu hastaların stresle baş etme tarzlarının ve psikiyatrik belirtilerinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Ankara.
- Simpson, S., Blizzard, L., Otahal, P., Van der Mei, I., Taylor, B. (2011). Latitude is Significantly Associated with the Prevalance of Multiple Sclerosis: A Meta-Analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 82(10): 1132-1141.

- Siva, A. ve Türk Multipl Skleroz Çalışma Grubu (2003). Edirne Şehir Merkezinde MS Prevalans Çalışması. *39. Ulusal Nöroloji Kongresi program ve bildiri özet kitabı*, 248.
- Skerett, T.N., Moss-Morris, R. (2006). Fatigue and Social Impairment in Multiple Sclerosis: The Role of Patients Cognitive and Behavioral Responses to Their Symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5): 587-593.
- Skovgaard, L., Nicolajsen, P. H., Pedersen, E., Kant, M., Fredrikson, S., Verhoef, M., & Meyrowitsch, D. (2013). Differences Between Users and Non-users of Complementary and Alternative Medicine among People with Multiple Sclerosis in Denmark: A Comparison of Descriptive Characteristics. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(5): 492-499.
- Sliwa, J.A, Cohen, B.A. (1998). *Multiple Sclerosis; Rehabilitation Medicine*. (DeLisa, J.A, Gans, B.M. eds.) 3. Baskı, New York, Philadelphia, Lippincott-Raven 1241-1258.
- Solaro, C., Cella, M., Signori, A., Martinelli, V., Radaelli, M., Centonze, D., Sica, F., Grasso, M.G., Clemenzi, A., Bonavita, S., Esposito, S., Patti, F., D'Amico, E., Cruccu, G., Truini, A. (2018). Identifying Neuropathic Pain in Patients with Multiple Sclerosis: A Cross-Sectional Multicenter Study Using Highly Specific Criteria. *Journal Neurology*, 265(4):828-835.
- Sorias, O. (1988b). Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi II: Toplumdan Seçilmiş Bir Örnekte Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri ile Algılanan Destek. *Seminer Psikoloji Dergisi*, 6: 26-40.
- Soyuer, F., Ünalın, D., Mirza, M. (2010). Multipl Sklerozda Depresif Semptomlar; Sosyodemografik Faktörler ve İşlevsellik ile İlişkisi. *Turkish Journal of Neurology/Türk Nöroloji Dergisi*, 16(1).
- Stathopoulou, A., Christopoulos, P., Soubasi, E., Gourzis, P. (2010). Personality Characteristics and Disorders in Multiple Sclerosis Patients: Assessment and Treatment. *International Review of Psychiatry*, 22(1): 43-54.
- Steinman, L. (2003). Optic Neuritis, A New Variant of Experimental Encephalomyelitis, A Durable Model for All Seasons, Now In Its Seventieth Year. *The Journal of Experimental Medicine*. 197(9):1065-1071.

- Stenager, E. N., et.al. (1992). Suicide and Multiple Sclerosis: An Epidemiological Investigation. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 55(7): 542-545.
- Stepleman, L.M., Jumb, R., Shelton, S.F., Hughes, M.D. (2009). Psychological Consultation Services at a Multiple Sclerosis Clinic. *Internal Journal of MS Care*, 11:180-186.
- Sungur, M. (2018). *Multiple skleroz hastalarına uygulanan acupressure'un yorgunluğa etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.
- Şen, N., Gürbüz Genç, Ş., Kılıç Aydın, N., Kılınçel, O., Altınışık, İ., Kılınçel, Ş., Köle, İ., Eker, S. (2015). Multiple Sklerozda Depresyon ve Anksiyete. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 41(2):73-77.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi. Erişim Tarihi: 4.12.2021 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2008). *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı*. Ankara: Anıl Matbaacılık Ltd. Şti.
- Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H., Kuboki, T. (2003). Interactions Among a Stressor, Self-Efficacy, Coping with Stress, Depression and Anxiety in Maintenance Hemodialysis Patients. *Behavioral Medicine*, 29(3): 107-112.
- Tan, M., Karabulutlu, E. (2005). Social Support and Hopelessness in Turkish Patients with Cancer. *Cancer Nursing*, 28(3):236.
- Tanık, N. (2006). *Multipl skleroz'da depresyon ve hastalık parametreleri ile ilişkisi*, (Uzmanlık Tezi) Nöroloji Anabilim Dalı, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.
- Tardy, C. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 113(2): 187-202.
- Théaudin, M., Romero, K., Feinstein, A. (2015). In Multiple Sclerosis Anxiety, Not Depression, is Related to Gender. *Mult Scler*, 22(2): 239-244.

- Tek, Ş. (2019). *Multipl skleroz hastalarının algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sivas.
- Terrill, A.L., Hartoonian, N., Beier, M., Salem, R., Alschuler, K. (2015). The 7-Item Generalized Anxiety Disorder Scale as a Tool for Measuring Generalized Anxiety in Multiple Sclerosis. *Int J MS Care*, 17(2): 49-56.
- Terzi, M., Çelik, Y., Kılınç, M., Seleker, F., Işık, N., Gedizlioglu, M., & Zorlu, Y. (2009). Türkiye'de Multipl Skleroz Hastalarının Tanı ve Tedavisine Genel Yaklaşım. *Türk Nöroloji Dergisi*, 15: 124-128.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29):1-11.
- Tomanbay, İ. (1992). *Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut*, 1. Baskı, Ankara: Doruk Yayınları.
- Tomanbay, İ. (1999), *Sosyal Çalışma Sözlüğü*, Ankara: Selvi Yayınevi.
- Tuncay, T., Tekin, H.H. (2021). *Sosyal Hizmet Mesleğinin ABC'si. Temel Kavramlar, Sosyal Sorunlar, Çalışma Alanları, Müdahale Ölçekleri*. 1.Baskı, Ankara: Nika Yayınevi.
- Thompson, A.J, Banwell, B.L., Barkhof, F., Carroll, W.M., Coetzee, T., et al. (2018). Multipl Skleroz Teşhisi: McDonald Kriterlerinin 2017 Revizyonları. *The Lancet Neurology*, 17(2):162-173.
- Thompson, A.J, Baranzini S.E, Geurts, J., Hemmer, B., Ciccarelli, O. (2018). Multiple Sclerosis. *Lancet*, 391(10130): 1622-1636.
- Turan, N. (1992). *Sosyal Kişisel Çalışma: Birey ve Aile için Sosyal Hizmet*. Ankara: MN Ofset.
- Tünerir, E. (2019). *Kronik hastalıklarda beklenen stigma ölçeği'nin türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul.

- Türk Börü, U., Alp, R., Sur, H., Gül, L. (2006). Prevalence of Multiple Sclerosis Door-to-Door Survey in Maltepe, Istanbul, Turkey. *Neuroepidemiology*, 27(1):17-21.
- Türk Nöroloji Derneği (2013). *Multipl Sklerozda Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. 2. Baskı, 20-24.
- Türütgen, Ş.Z. (2000). *Ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam kaliteleri ve toplum içinde bakım ve tedavilerine örgütsel bir yaklaşım*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Traş, Z., Arslan, E. (2013). Ergenlerde Sosyal Yetkinliğin, Algılanan Sosyal Destek Açısından İncelenmesi. *İlköğretim Online Dergisi*, 12(4): 1133-1140.
- Uchino, B.N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health of Perceived and Received Support. *APS - Journal of The Association for Psychological Science*, 4(3):236–255.
- Unger, J.B., McAvay, G., Bruce, M.L., Berkman, L., Seeman, T. (1999). Variation in the Impact of Social Network Characteristics on Physical Functioning in Elderly Persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(5): 245-251.
- Üstün, B., Akgün, E., & Partlak, N. (2005). *Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi*. Okullar Yayınevi.
- Ünal, A., Mavioglu, H., Emre, U. (2016). *Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. İstanbul: Galenos Yayınevi, 1-13.
- Van Zanten, J.V., Douglas, M.R., Ntoumanis, N. (2021). Fatigue and Fluctuations in Physical and Psychological Wellbeing in People with Multiple Sclerosis: A Longitudinal Study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 47: 102602.
- Vergaro, E., et al. (2010). Adaptive Robot Training for the Treatment of Incoordination in Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroengineering and Rehabilitation*, 7(1): 1-11.
- Vessey, J.A. (1999). Psychological comorbidity in children with chronic conditions. *Pediatric Nursing*, 25 (2): 211-215.

- Wachowius, U., Talley, M., Silver, N., Heinze, H.J., Sailer, M. (2001). Cognitive Impairment in Primary and Secondary Progressive Multiple Sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 23: 516-21.
- Weinshaker, B.G. (1995). The Natural History of Multiple Sclerosis. *Neurologic Clinics*, 13:119-146.
- Whitlock, F.A., Siskind, M.M. (1980). Depression as a Major Symptom of Multiple Sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 43(10): 861-865.
- Wiesel, P.H, Norton, C., Glickman, S., Kamm, M. (2001). Pathophysiology and Management of Bowel Dysfunction in Multiple Sclerosis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 13(1): 441-448.
- Willer, C.J, Ebers, G.C. (2000). Susceptibility to Multiple Sclerosis: Interplay Between Genes and Environment. *Current Opinion Neurology*, 13(3):241-247.
- Winemiller, D.R., Mitchell, E., Sutliff, J., Cline, D.J. (1993). Measurement Strategies in Social Support: A Descriptive Review of the Literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49(5): 638-648.
- World Health Organization (WHO) (2005). Chronic Disease. Erişim Tarihi: 30.09.2020 http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/
- World Health Organization (WHO) (2008). Chronic Diseases and Health Promotion. Erişim Tarihi: 30.09.2020 <http://www.who.int/chp/en/>
- Yaman, A. (2019). *Bedensel engelli bireylerin sosyal destek düzeyleri ve yaşam doyumunu arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Konya.
- Yeşilyaprak, B. (2016). Üniversiteye Devam Eden ve Etmeyen Bir Grup Gencin Psikolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(18).
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan sosyal destek  leğinin geliştirilmesi güvenirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 81–87.

- Yıldırım, İ. (2005). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Revizyonu. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 17(5): 221-236.
- Yılmaz, A. (2015). *Diyaliz hastalarında irritabl barsak sendromu ve psikolojik belirti (Scl-90-R) taraması* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas.
- Yolcuoğlu, İ.G. (2014). *Bireylerle, Ailelerle, Gruplarla ve Toplumla Sosyal Hizmet*. İstanbul: Nar Yayınevi.
- Yorkston, K.M., Klasner, E.R., Swanson, K.M. (2001). Communication in Context: A Qualitative Study of the Experiences in Individuals with Multiple Sclerosis. *American Journal of SpeechLanguage Pathology*, 10(2): 126–137.
- Zengin, O., Erbay, E., Yıldırım, B., & Altındağ, Ö. (2017). Quality of Life, Coping, and Social Support in Patients with Multiple Sclerosis: A Pilot Study. *Turkish Journal of Neurology*, 23(4).
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. vd. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 52:30-41.
- Zoe, O., Baden, S. (1997). *Gender and Empowerment: Definitions, Approaches and Implications for Policy*. UK: Bridge Development.
- Zorzon, M., de Masi, R., Nasuelli, D., et al. (2001). Depression and Anxiety in Multiple Sclerosis. A Clinical and MRI Study in 95 Subjects. *Journal of Neurology*, 248(5):416-421.

EKLER

EK 1: Demografik Bilgi Formu

Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz.

1.Cinsiyet: Kadın__ Erkek__

2.Yaş:

3.İkamet edilen il: Ankara__ Ankara dışı__

4.Medeni durum: Evli__ Bekar__ Dul__ Boşanmış__

5.Çocuk sayısı:

6.Eğitim durumu:

Okuryazar değil__ İlkokul__ Ortaokul__ Lise__ Üniversite__ Lisansüstü__

7.Sosyal güvence durumu: Var__ Yok__

8.Çalışma bilgileri:

Çalışıyor__ Çalışmıyor__ Hastalığından dolayı çalışamıyor__ Emekli__

9.Aylık gelir durumu:

Asgari ücretin altı__ Asgari ücret__ Asgari ücretin üzerinde__

10.Kaç yıldır MS hastasıdır?

1-5 yıl__ 5-10 yıl__ 10 yıl ve üzeri__

11. MS tipiniz nedir?

Atak ve iyileşmelerle giden MS(RRMS)___

Birincil ilerleyici MS(PPMS)___

İkincil ilerleyici MS(SPMS)___

Yineleyici ilerleyici MS(RPMS)___

12. Fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavisinden yararlanma durumunuz nedir?

Evet___ Hayır___

13. MS hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Evet___ Hayır___

14. MS hastalığına uyum sağlama düzeyiniz nedir?

Kötü___

Orta___

İyi___

15. MS'den dolayı meydana gelen sorunlar sosyal ilişkilerinizi etkiledi mi?

Evet___ Hayır___

16. MS'e bağlı olarak atak geçiriyor musunuz?

Evet___ Hayır___

17. Atak geçirmeniz halinde; sıklığı hangi düzeydedir?

Hiç atak geçirmediğim___

Nadiren atak geçiririm___

Sık sık atak geçiririm___

18. MS'den dolayı psikolojik olarak sorun yaşıyor musunuz?

Evet___ Hayır___

19.Hastalığınızdan dolayı bir uzman tarafından (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Psikiyatrist gibi) herhangi bir psikolojik yardım ya da destek aldınız mı?

Evet__ Hayır__

20.MS konusunda bilgi sahibi olma durumunuz nedir?

Evet MS konusunda bilgim var__

MS konusunda az çok bilgim var__

Hayır MS konusunda bilgim yok__

21.MS'e bağlı olarak çevrenizde en çok kim ya da kimler tarafından sosyal destek aldınız?

Aile(anne, baba, kardeş)__

Eş__

Çocuklar__

Arkadaşlar__

22.Sizden başka, aile üyelerinizde MS tanısı alan birey var mı?

Evet__ Hayır__

EK 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıdaki sorularda 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Size en uygun seçeneği daire içine alınız.

Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz.

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

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **Kesinlikle evet**

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **Kesinlikle evet**

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) **Kesinlikle evet**



EK 3: Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son üç ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Aşağıdaki sorun ve yakınmalar sizi ne derecede etkiledi?

- Cevap: (0) Hiç
(1) Çok az
(2) Orta derecede
(3) Oldukça fazla
(4) Aşırı düzeyde

Örnek: Bel ağrısı (3) gibi.

Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz.

1. ()Baş ağrısı
2. ()Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ()Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoşça gitmeyen düşünceler
4. ()Baygınlık hissi veya baş dönmesi
5. ()Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. ()Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ()Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ()Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. ()Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük
10. ()Dikkatsizlik veya sakatlıkla ilgili endişeler
11. ()Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi

12. () Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilmeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duyularınızın kolayca incinebilmesi, alınganlık
35. () Özel ve gizli düşüncelerinizin başkaları tarafından bilindiği hissi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı ve size ilgisiz olduğu duygusu
37. () Başkalarının size dostça davranmadığı ve sizden hoşlanmadığı duygusu
38. () Doğru ve eksiksiz olmasını garantilemek için her şeyi çok yavaş yapma gereksinimi
39. () Kalp çarpıntısı
40. () Bulantı ya da midede rahatsızlık hissi
41. () Başkaları karşısında aşağılık duygusu
42. () Adele (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme hissi
46. () Karar vermede güçlük çekme
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Ateş basması veya her tarafınızın buz kesmesi
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. () Hiçbir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin çeşitli yerlerinde hissizlik, uyuşma ya da karıncalanma
53. () Boğazınızda bir yumru tıkanıp hissi

54. () Gelecek hakkında ümitsizlik
55. () Dikkatinizi toplamada güçlük çekme
56. () Bedeninizin bazı kısımlarında güçsüzlük
57. () Gerginlik veya tedirginlik hissi
58. () Kol veya bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme hissi
61. () Başkaları size bakarken, hakkınızda konuşurken huzursuzluk ve rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına zarar verme, dövme, yaralama dürtülerinin olması
64. () Sabahları erken uyanma
65. () Yıkınma, sayma, dokunma gibi hareketleri yenileme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. () Başkalarının paylaşım kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplumun içinde bir şey yiyip içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği hissi
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnız hissetme
78. () Yerinizde duramayacak kadar rahatsızlık duymak
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacaktıymış hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma hali
82. () Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. () Suç ve günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Bir başkasına karşı yakınlık duymama hissi
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda herhangi bir bozukluk olduğu düşüncesi

EK 4: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/09/2020-E.2753



Sayı : 20292139-050.01.04

Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Elvan YAVUZ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Bilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi

Kurulumuz 04.09.2020 tarihinde toplanarak, "Multiple Skleroz Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları ile Psikiyatrik Semptomlarının İncelenmesi" başlıklı araştırmanızda kullanmak üzere kurula sunmuş olduğunuz Etik Kurul Başvuru Formunuzu onaylayarak imza altına almıştır. Araştırmanızın Etik Kurul Onay Formu ekte yer almaktadır. Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek: 12-Elvan Yavuz (3 sayfa)

28/09/2020 Yeminli Katip

: Zeyneb Funda TEZ

Mevcut Elektronik İmzalar

NASUH USLU (Etik Kurulu Başkanlığı - Kurul Başkanı) 29/09/2020 08:46

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://ebys.izu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/L90TZZ>


Adres :Halikali Caddesi No: 281 Kaçıkçekece/Istanbul
Telefon No : 444 97 98 Faks No: +90 (212) 693 82 29
E-Posta : bilgi@izu.edu.tr İnternet Adresi: www.izu.edu.tr
Kep : izu@ho01.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi : Zeyneb Funda TEZ
Unvan : Yeminli Katip
Tel : 2126929606



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

04.09.2020 tarihli ve 2020/08 sayılı Etik Kurulu kararı ektir.

 İstanbul Zaim Üniversitesi	İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU															
ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAY FORMU																
Tarih:	04.09.2020															
Sayı:	2020/08															
Ekler:	EK 1: Başvuru Dilekçesi EK 2: Etik Davranış Beyan Formu EK 3: Etik Kurul Başvuru Formu EK 4: Anketler (7 sayfa)															
Yer:	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü															
İlgi:	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 14.08.2020 tarihli ve 4073 sayılı yazısı															
Katılımcılar:	<table border="0"> <tr> <td>1. Prof. Dr. Nasuh USLU</td> <td>Kurul Başkanı/ Rektör Yardımcısı</td> </tr> <tr> <td>2. Prof. Dr. Ali GÜNEŞ</td> <td>Kurul Başkan V. / Müdür V.</td> </tr> <tr> <td>3. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ</td> <td>Üye/Dekan V.</td> </tr> <tr> <td>4. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ</td> <td>Üye/Dekan V.</td> </tr> <tr> <td>5. Prof. Dr. Kadir CANATAN</td> <td>Üye/Öğretim Üyesi</td> </tr> <tr> <td>6. Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTCU</td> <td>Üye/Öğretim Üyesi</td> </tr> <tr> <td>7. Bilal ŞAMAT</td> <td>Üye/Raportör</td> </tr> </table>		1. Prof. Dr. Nasuh USLU	Kurul Başkanı/ Rektör Yardımcısı	2. Prof. Dr. Ali GÜNEŞ	Kurul Başkan V. / Müdür V.	3. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ	Üye/Dekan V.	4. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ	Üye/Dekan V.	5. Prof. Dr. Kadir CANATAN	Üye/Öğretim Üyesi	6. Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTCU	Üye/Öğretim Üyesi	7. Bilal ŞAMAT	Üye/Raportör
1. Prof. Dr. Nasuh USLU	Kurul Başkanı/ Rektör Yardımcısı															
2. Prof. Dr. Ali GÜNEŞ	Kurul Başkan V. / Müdür V.															
3. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ	Üye/Dekan V.															
4. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ	Üye/Dekan V.															
5. Prof. Dr. Kadir CANATAN	Üye/Öğretim Üyesi															
6. Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTCU	Üye/Öğretim Üyesi															
7. Bilal ŞAMAT	Üye/Raportör															
Planlanan araştırma önerisi özeti aşağıdaki gibidir.																
Araştırmanın Niteliği:	Doktora Tezi															
Araştırmanın Başlığı:	Multiple Skleroz Tanısı Alan Bireylerin Sosyal Destek Mekanizmaları ile Psikiyatrik Semptomlarının İncelenmesi.															
Araştırmacılar ve adres bilgisi:	Öğrenci; Elvan YAVUZ, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Sosval Hizmet Bilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi, Telefon no: 0212 280 10 00															
Araştırmanın Süresi (ay):	Yirmi dört ay.															
Araştırmanın Amacı:	Bu çalışmada amaç; Multiple skleroz tanısı alan bireylerin, hastalığından dolayı yaşadığı psikolojik sorunlar, hastalıkla birlikte meydana gelen psikiyatrik semptomların baş göstermesi ve bu bireylerin sosyal destek mekanizmalarının incelenmesidir. Kronik hastalıklar neticesinde yaşanan krizler, hastalığa bağlı uyum süreci, hastalığı kabullenme, hastalıkla birlikte kişinin var olan alışkanlıklarının değişmesi, aile üyelerindeki rol ve fonksiyonların değişimi gibi durumlar sosyal desteği gerekli kılmaktadır. Multiple skleroz hastalığı sürecinde de hastada meydana gelen yeti yitimiyle birlikte, iş gücüne katılmama, kişiden beklenen rollerin yerine getirilememesi, hastalıkla birlikte sosyal hayattan izole olma gibi sorunlar, ruhsal yönden hastada problemler doğurabilmektedir. Multiple skleroz tanısı alan bu bireylerin, hastalık sürecinde aldıkları sosyal destekle birlikte; hastalıktan dolayı meydana gelen ve kişilerin yaşamını olumsuz etkileyen psikiyatrik semptomların incelenecek olması, sosyal hizmet açısından, özellikle tıbbi sosyal hizmet bağlamında alana katkı sağlayan bir tez çalışması olacaktır. Sosyal hizmetin “bütüncül bakış açısı” ve “çevresi içinde birey” kavramıyla birlikte tez çalışmamız gerçekleştirilecek olup, bu çalışmanın, literatüre ve tıbbi sosyal hizmet literatürüne, bu açıdan da katkı sağlayacağını düşünmek mümkündür. Çünkü literatürü incelediğimizde nörolojik ve kronik hastalıklar grubunda olan multiple skleroz hastalığı ile ilgili çalışmaların genel olarak sağlık bilimleri alanında (tıp, hemşirelik, fizyoterapi ve rehabilitasyon gibi) alanlarda çalışıldığını görmekteyiz. Dolayısıyla															

1 / 3

04.09.2020 tarihli ve 2020/08 sayılı Etik Kurulu kararı ektir.

	<p>çalışmamız bu bakımdan önemli bir yere sahip olacaktır. Ayrıca tez çalışmamızı, özgün ve bu alanda önemli kılan; Ankara ilinde yaşayan ve sınırlılıklarımız doğrultusunda, hedeflediğimiz örneklem dahilinde multiple skleroz tanısı alan bireyleri, ülkeyi temsil edecek bir nitelikte somut olarak inceleyecek olmamızdır.</p>
Araştırma Etiği:	<p>Araştırmaya kurum izni alındıktan sonra başlanacaktır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışmanın bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçladığı, çalışma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı, çalışmanın sonuçlarının katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacağı, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, cevapların tamamen gizli tutulacağı, çalışmaya katılanların kimliklerini açık edici davranışlardan kaçınılacağı ve çalışmaya katılanların katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeleri durumunda istedikleri zaman katılımlarını sona erdirebilecekleri bilgileri uygulanacak anketlerin başında yer almaktadır.</p>
Araştırmada Kullanılacak Ölçme Araçları (adları) ve Kaynakları:	<ol style="list-style-type: none">1. Demografik Bilgi Formu (Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır).2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Ölçek, 1988 yılında ABD’de Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyini ölçmek için kullanılmaktadır. Dilimize uyarlanan ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ölçek 12 maddeden oluşur ve 3 alt boyutu vardır. (Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. Türk Psikoloji Dergisi, 34:17-25).3. Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R): Esas adıyla, Symptom Check List-90, bireylerin psikolojik semptomlarının hangi düzeylerde ve hangi konularda sorun olduğunu, ayrıca bireyin kendini anlatması yaklaşımını baz alan bir ölçektir. John Hopkins Üniversitesi, Psikometrik Araştırma Ünitesinde; Derogatis ve arkadaşları tarafından 1977 yılında geliştirilmiştir. 90 maddeden oluşan ölçeğin 10 alt boyutu vardır. Ölçeğin, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ise, iki farklı araştırmacı olan, Dağ ve Kılıç tarafından yapılmıştır. (Kılıç, M. (1991) Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)’nin Geçerlilik ve Güvenirliği. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1 (2):45-52.) (Dağ, İ (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL90-R)’nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2(1); 5-12.)
Araştırmaya Katılacak Örneklem Sayısı, Örneklem Nereden ve Nasıl Seçileceği:	<p>Araştırmada, Ankara ilinde Multiple Skleroz tanısı almış 200 bireye ulaşmayı hedefliyoruz. Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi ile araştırmamız hakkında gerekli görüşmeler yapıldıktan sonra, amaçsal örneklem doğrultusunda belirlediğimiz örneklem sayısına ulaşmayı planlıyoruz. Ayrıca araştırmada kullanacağımız demografik bilgi formu ve ölçekler, gönüllülük ve gizlilik esaslı doğrultusunda multiple sklerozlu bireylere uygulanacaktır.</p>
Uygulamanın veya Ölçme araçlarının Doldurma Süresi	<p>15-20 dakika.</p>
KARAR	<p>ARAŞTIRMA İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİNİN ETİK DURUŞUNA AYKIRI DEĞİLDİR.</p>

04.09.2020 tarihli ve 2020/08 sayılı Etik Kurulu kararı ekidir.
(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup,
üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

Tarih: 04/09/2020

Sayı: 2020/08

İlgi: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 14.08.2020 tarihli ve 4073 sayılı yazısı

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından hazırlanmıştır.

e-imzalıdır
Başkan
Prof. Dr. Nasuh USLU

e-imzalıdır
Üye
Prof. Dr. Ali GÜNEŞ

(izinli)
Üye
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ

e-imzalıdır
Üye
Prof. Dr. Mehmet Erin KÖKTAŞ

e-imzalıdır
Üye
Prof. Dr. Kadir CANATAN

e-imzalıdır
Üye
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU

e-imzalıdır
Üye
Av. Bilal ŞAMAT

ÖZGEÇMİŞ

Elvan YAVUZ

Doktora: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, 2022, İstanbul.

Yüksek Lisans: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, 2018, Ankara.

Lisans: Anadolu Üniversitesi, İktisat Bölümü, 2013, Eskişehir.

Yabancı Dil: İngilizce

İlgi Alanları: Tıbbi sosyal hizmet, birey ve ailelerle sosyal hizmet, engellilerle sosyal hizmet, gerontolojik sosyal hizmet.