

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK PROGRAMI**



**MULTİPLE SKLEROZ HASTALARININ KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN HASTALIĞI KABUL VE DUYGU
DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Betül AYDIN

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Elif ÜNAL

SAMSUN
2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Betül AYDIN tarafından, Dr. Öğr. Üye. Elif ÜNAL danışmanlığında hazırlanan “MULTİPLE SKLEROZ HASTALARININ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN HASTALIĞI KABUL VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ İLE İLİŞKİSİ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Xxxxx XXXX Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Xxxxxxx XXXX Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Xxxxx XXXX Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Prof. Dr. Xxxxxxx XXXX Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Prof. Dr. Xxxxx XXXX Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret

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

Prof. Dr. Ahmet TABAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

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

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

... / ... / 20...
Betül AYDIN

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: MULTİPLE SKLEROZ HASTALARININ KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN HASTALIĞI KABUL VE DUYGU DÜZENLEME
GÜÇLÜKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 06.07.2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 10

Tek kaynak oranı : % 2 çıkmıştır.

06/07 / 2023
Dr. Öğr. Üyesi Elif ÜNAL

ÖZET

MULTİPLE SKLEROZ HASTALARININ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN HASTALIĞI KABUL VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Betül AYDIN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Psikoloji Ana Bilim Dalı

Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans, Ağustos/2023

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Elif ÜNAL

Multiple Skleroz, merkezi sinir sisteminde miyelin kılıfı tahribatı ile karakterize, otoimmün ve inflamatuar kronik bir hastalıktır. Merkezi sinir sistemini ilgilendiren bir hastalık olduğu için motor, bilişsel, duyuşsal ve duygusal bir çok alanda etkisi görülebilmektedir. Her hastada farklı prognoza sahip hastalık, son dönem tanı ve tedavi seçenekleri ile tam olarak nedeni ve tedavisi bulunamamış olsa bile hastalarda geçmişteki kadar fazla ağır kısıtlılıklara ve kayıplara neden olmamaktadır. MS'in hastalarda sinir iletimini zayıflatması bilişsel problemlere neden olduğu kadar hastalığın uzun süren semptomları bireyin kişilik yapısını ve duygu düzenleme mekanizmalarını etkilemekte ya da tam tersi etkileşim görülebilmektedir. MS'in düşürdüğü yaşam kalitesine ve tedaviye uyum sağlayabilmek için gerekli görülen hastalığı kabul şartı da hem kişilik özelliklerinden hem de duygu düzenleme süreçlerine göre daha erken, kolay veya daha geç ve zor olabilmektedir. Hastalarda görülen hastalığı red durumu ve sabır azlığı genelde hastalığın getirdiği doğal duygusal süreçler olarak görülmektedir. Bu çalışmada MS hastalarının kişilik özelliklerinin, duygu düzenleme güçlüğü ve hastalığı kabulde yaşanan zorluklarla ilişkisi araştırılmak amaçlanılmıştır. Araştırmanın örneklemini amaçlı örneklem ile elde edilen 18-60 yaş aralığında MS'den başka kronik hastalığı olmayan, MS tanısı almış 476 katılımcıdan oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu, Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Hastalık Kabul Ölçeği veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan demografik değişkenler ile kullanılan ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar ve ölçeklerin hem kendi alt boyutlarında hem de diğer ölçekler ile pozitif ve negatif ilişkileri bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, ruhsal rahatsızlık yokluğu, kullanılan ölçeklerin bazılarını veya alt boyutlarını yordamaktadır. Duygusal tutarsızlık ve duyguları kabulde güçlük (kabul etmeme) hastalığı kabulü negatif yönde yordamaktadır. Analizlerden elde edilen bütün veriler başka çalışmalar ile desteklenerek tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Multiple skleroz, Temel kişilik özellikleri, Hastalık kabul, Duygu düzenleme güçlüğü

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS AND DEFICITIES IN ACCEPTANCE OF THE DISEASE AND EMOTION REGULATION

Betül AYDIN

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Psychology

Psychology Thesis Master's Program

Master, August/2023

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Elif ÜNAL

Multiple Sclerosis is an autoimmune and inflammatory chronic disease characterized by destroying the myelin sheath in the central nervous system. Since it is a disease involving the central nervous system, its effects can be seen in many motor, cognitive, sensory, and emotional areas. The weakening of nerve conduction in patients with MS causes cognitive problems, as well as the long-lasting symptoms of the disease, affecting the personality structure and emotion regulation mechanisms of the individual, or vice versa. The condition of accepting the disease, which is considered necessary to adapt to the treatment and quality of life reduced by MS, maybe earlier, easier, or later and more complicated, depending on both personality traits and emotion regulation processes. Rejection of the disease and lack of patience are generally seen as natural emotional processes brought about by the disease. This study aimed to investigate the relationship between the personality traits of MS patients, difficulty in emotion regulation, and difficulties in accepting the disease. The sample of the study consisted of 476 participants aged 18-60 with no chronic disease other than MS and were diagnosed with MS. Personal Information Form, Basic Personality Traits Scale, Emotion Regulation Difficulty Scale, and Acceptance of Illness Scale were used as data collection tools. Results: Statistically significant differences were found between the demographic variables used in the study and the scales used, and positive and negative relationships were found both in their sub-dimensions and with other scales. Age, gender, and absence of mental illness predicted some or sub-dimensions of the scales used. Emotional inconsistency and difficulty in accepting emotions (not accepting) predict the disease negatively. All the data obtained from the analyzes were discussed with the support of other studies.

Keywords: Multiple sclerosis, Basic personality traits, Acceptance of illness, Emotion regulation difficulty

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

“Kim de, bir kişinin hayatını kurtarırsa, bütün insanların hayatını kurtarmış gibi olur.” (Allah celle celalühü. Maide; 32).

Beni yaşatan, rızıklandıran, tezi tamamlamamı nasib eden ve bana şah damarımdan daha yakın olan Rabbim’e her daim hamd ve şükürler olsun.

Yüksek lisans ders dönemi ve tez yazım süreci de dahil olmak üzere profesyonelliğinin yanında anlayışı, desteği, yardımı ve nezaketi ile bana çok şey öğreten ve değerli hissettiren tez hocam Dr. Öğr. Üyesi Elif Ünal’a saygı ve şükranlarımı sunarım. Bu zamana kadar eğitimimde katkısı olan bütün hocalarıma da teşekkürü bir borç bilirim. Tez örneklem toplama aşamasında bana destek veren Prof. Dr. Murat Terzi’ye de teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her anında beni hep denemeye teşvik eden, hep destekçim olan bütün övgülerin nakıs kalacağı canım annem Kezban Aydın’a ve ailemin her üyesine teşekkür ederim. Psikoloji bölümünde edindiğim bilgileri paylaştığımda uygulayan ve beni bu alanda daha çok şevklendiren çok kıymetli ablam Ayşe Nur Bolat’a ayrı olarak teşekkür ederim.

Tez yazım sürecinde bana mesai saatleri hususunda çok büyük kolaylıklar sağlayan çalışma arkadaşlarım Semanur Şahin Öztürk ve Muazzez Büşra Karaçuka’ya teşekkürler. Ayrıca tez yazımı sırasında beni engin bilgileri ile destekleyen, zamanını ayıran ve bundan hiç yakınmayan arkadaşım Muazzez’e özel olarak teşekkür etmek isterim.

Betül AYDIN

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırma Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	2
1.3. Araştırma Problemleri.....	2
1.3. Sayıtlar.....	3
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1. Multiple Skleroz.....	4
2.1.1. Multiple Skleroz'un (MS) Tanımı	4
2.1.3. Klinik Özellikler ve Seyir	6
2.1.3.1. Motor Semptomlar	7
2.1.3.2. Somatosensoriyal Semptomlar.....	7
2.1.3.3. Beyinsapı Semptomları	7
2.1.3.4. Görme Yolu Semptomları.....	8
2.1.3.5. Bilişsel ve Psikiyatrik Semptomlar	8
2.1.3.6. Yorgunluk ve Uyku Bozuklukları.....	8
2.1.3.7. Mesane ve Bağırsak Bozuklukları	9
2.1.3.8. Otonomik Bozukluklar.....	9
2.1.4. MS Tanı Kriterleri.....	9
2.1.5. MS Tanısı İçin Gerekli Olan Tetkikler ve Bulgular.....	11
2.1.5.1. Laboratuvar Tetkikleri ve Bulguları	11
2.1.5.2. Manyetik Rezonans Görüntüleme.....	12
2.1.5.3. Uyandırılmış Potansiyeller (Görsel, Somatosensoriyel)	12
2.1.5.4. Optik Koherans Tomografi	12
2.1.6. MS Tipleri ve Seyir.....	13
2.1.6.1. Klinik İzole Sendrom (KİS).....	14
2.1.6.2. Ataklarla Seyreden MS (RRMS)	14
2.1.6.3. Progresif (kötüleşen) Seyreden MS (PMS).....	15
2.1.7. MS'de Tedavi.....	16
2.1.7.1. Atak Tedavisi	16
2.1.7.2. Koruyucu Tedavi	16
2.1.7.2.1. İnterferonlar	17
2.1.7.2.2. Glatiramer Asetat	17
2.1.7.2.3. İntra Venöz İmmünglobilin.....	17

2.1.7.2.4. Hastalık Modifiye Edici Tedavi (HMT) Seçenekleri.....	17
2.1.7.3. Rehabilitasyon.....	18
2.1.7.4. Beslenme ve Yaşam Tarzı.....	18
2.2. Kişilik Özellikleri.....	19
2.2.1. Kişilik Kavramı.....	19
2.2.2 Kişilik Kuramları ve Yaklaşımlar	20
2.2.2.1. Psikoanalitik Yaklaşım	20
2.2.2.2. Davranışsal/Sosyal Öğrenme Yaklaşım.....	21
2.2.2.3. Hümanistik Yaklaşım.....	22
2.2.2.4. Bilişsel Yaklaşım	22
2.2.2.5. Ayırıcı Özellik Yaklaşımı	23
2.2.2.6. Biyolojik Yaklaşım	23
2.2.3. Beş Faktör Kişilik Modeli.....	23
2.2.3.1. Beş Faktör Kişilik Kuramı Boyutları	24
2.3. Hastalığı Kabul	25
2.3.1. Hastalık Kavramı	25
2.3.2. Hastalığı Kabul	26
2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	27
2.4.1. Duygunun Tanımı	27
2.4.2. Temel Duygular ve Kültür	28
2.4.3. Duyguların Düzenlenmesi.....	28
2.5. MS’de Kişilik Özellikleri, Duygu Düzenleme ve Hastalığı Kabul	31
2.6. Kişilik Özellikleri ve Hastalığı Kabul.....	32
2.7. Kişilik Özellikleri ve Duygu Düzenleme	34
2.8. Hastalığı Kabul ve Duygu Düzenleme.....	35
3. YÖNTEM.....	36
3.1. Örneklem.....	36
3.2. Veri Toplama Araçları	37
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu	37
3.2.2. Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği.....	37
3.2.3. Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ)	39
3.2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)	39
3.3. İşlem.....	40
3.4 Verilerin Analizi	40
4. BULGULAR.....	42
4.1. Araştırma Değişkenlerinin Betimleyici Özellikleri	42
4.2. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması	42
4.2.1. Araştırma Değişkenlerinde Cinsiyet Farklılıkları	42
4.2.1.1. Cinsiyet ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutları.....	43
4.2.1.2. Cinsiyet ve Hastalığı Kabul Ölçeği.....	43
4.2.2. Araştırma Değişkeninde Yaş Farklılıkları	44
4.2.2.1. Yaş ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları	44
4.2.2.2. Yaş ve Hastalığı Kabul Ölçeği Alt Boyutları.....	45
4.2.3. Araştırma Değişkeninde Eğitim Düzeyi Farklılıkları	46

4.2.3.1. Eğitim Düzeyi ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları	46
4.2.3.2. Eğitim Düzeyi ve Hastalığı Kabul Ölçeği Alt Boyutları.....	47
4.2.4 Araştırma Değişkenlerinde Medeni Durum Farklılıkları	47
4.2.4.1. Medeni Durum ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları.....	48
4.2.4.2 Medeni Durum ve Hastalığı Kabul Ölçeği.....	48
4.2.5 Araştırma Değişkeninde Yaşanılan Yer Farklılıkları.....	48
4.2.5.1. Yaşanılan Yer ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları	49
4.2.5.2 Yaşanılan Yer ve Hastalığı Kabul Ölçeği	49
4.2.6 Araştırma Değişkeninde İlaç Kullanımı Farklılıkları	50
4.2.6.1. İlaç Kullanımı ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları	50
4.2.6.3 İlaç Kullanımı ve Hastalığı Kabul Ölçeği.....	51
4.2.7 Araştırma Değişkeninde Ruhsal Rahatsızlık Farklılıkları.....	51
4.2.7.1. Ruhsal Rahatsızlık ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları	51
4.2.7.2 Ruhsal Rahatsızlık ve Hastalığı Kabul Ölçeği	52
4.3 Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	53
4.4. Hiyerarşik Regresyon.....	56
4.4.1 Duygu Düzenleme Güçlüğü ile İlişkili Faktörler.....	56
4.4.2. Hastalık Kabulü ile İlişkili Faktörler	57
5. TARTIŞMA.....	60
5.1. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Açısından Farklılıklarına İlişkin Bulgular	60
5.1.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Demografik Değişkenler Açısından Farklılıklarına İlişkin Bulgular	60
5.1.2. Hastalık Kabulün Demografik Değişkenler Açısından Farklılıklarına İlişkin Bulgular	63
5.2. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Katsayılarına İlişkin	65
Bulgular	65
5.3. Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	68
5.3.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü İle İlişkili Faktörler.....	68
5.3.2. Hastalık Kabulü İle İlişkili Faktörler	70
5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler	81
5.5. Araştırmanın Güçlü Yanları	82
5.6. Klinik Çıkarımlar ve Öneriler	73
6. SONUÇ	76
EKLER	78
Ek 1. Gönüllü Katılım Formu	78
Ek 2. Kişisel Bilgi Formu	79
Ek 3. Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği	80
Ek 4. Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance Of Illness Scale).....	81
Ek 5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16).....	82
KAYNAKLAR	84
ÖZ GEÇMİŞ.....	101

SİMGELER VE KISALTMALAR

BOS	:Beyin Omirilik Sıvısı
EDSS	:Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği
FFM	:Beş Faktör Kuramı
HMT	:Hastalık Modifiye Edici Edici Tedavi
KİS	:Klinik İzole Sendrom
MRG	:Manyetik Rezonans Görüntüleme
MS	:Multiple Skleroz
OKB	:Oligoklonal Bant
PMS	:Kötüleşen (Progresif) MS
PPMS	:Primer Progresif MS
RİS	:Radyolojik İzolasyon Sendrom
RRMS	:Ataklarla Seyreden (Relapsing- Remetting) MS
SSS	:Merkezi Sinir Sistemi
VEP	:Görsel Uyarılmış Potansiyeller

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2. 1 Son yapılan çalışmalarda hastalığın başlangıç semptom oranları	7
Tablo 2. 2 Karakteristik bir MS atağında beklenen tablo.	13
Tablo 3. 1 Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Betimleyici İstatistikler	37
Tablo 3. 1 Değişkenlerin Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları	41
Tablo 4. 1 Değişkenlerin Betimleyici Özellikleri	42
Tablo 4. 2 Cinsiyet ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutları	43
Tablo 4. 3 Cinsiyet ve Hastalığı Kabul Ölçeği	44
Tablo 4. 4 Yaş ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutları	45
Tablo 4. 5 Yaş ve Hastalığı Kabul Ölçeği	45
Tablo 4. 6 Eğitim Düzeyi ve Duygu Durum Düzenleme Güçlüğü	47
Tablo 4. 7 Eğitim Düzeyi ve Hastalığı Kabul Ölçeği	47
Tablo 4. 8 Medeni Durum ve Duygu Durum Düzenleme Güçlüğü	48
Tablo 4. 9 Medeni Durum ve Hastalığı Kabul Ölçeği	48
Tablo 4. 10 Yaşanılan Yer ve Duygu Durum Düzenleme Güçlüğü	49
Tablo 4. 11 Yaşanılan Yer ve Hastalığı Kabul Ölçeği	50
Tablo 4. 12 İlaç Kullanımı ve Duygu Durum Düzenleme Güçlüğü	50
Tablo 4. 13. İlaç Kullanımı ve Hastalığı Kabul Ölçeği	51
Tablo 4. 14 Ruhsal Rahatsızlık ve Duygu Durum Düzenleme Güçlüğü	52
Tablo 4. 15 Ruhsal Rahatsızlık ve Hastalığı Kabul Ölçeği	53
Tablo 4. 16 Değişkenlerin Korelasyon Tablosu	55
Tablo 4. 17 Duygu Düzenleme Güçlüğü İle İlişkili Faktörler	57
Tablo 4. 18 Hastalık Kabul İle İlişkili Faktörler	59

1. GİRİŞ

1.1. Araştırma Konusu

Multiple Skleroz (MS), merkezi sinir sisteminde yer alan miyelin dokularının immün sistem tarafından tahribata uğratılması neticesinde meydana gelen bir demiyelinizan hastalıktır. MS, kronik bir hastalık olması ile birlikte merkezi sinir sisteminde bulunan bölgelerde demiyelinizasyon, inflamasyon, plak (gliosis) ile karakterizedir (Tunçel, 2018). MS'in en çok görülen klinik bulguları; yorgunluk, baş dönmesi, denge kaybı, ellerde ve ayaklarda karıncalanma hissi, bulanık ve çift görme ayrıca mesane ve bağırsak işlevlerinde bozulmalar olarak sayılmaktadır. Klinik bulguların neden oldukları problemler ve kısıtlılıklar, MS hastalarında psikolojik, bilişsel, mesleki ve sosyal sorunlara yol açmaktadır (Gürer, 2019).

MS hastalarda hastalığın getirdiği semptomlar ile görülen psikiyatrik sorunlar da zuhur etmektedir. Hastalıkta yaşanan yorgunluk, halsizlik, yeti yitimi ve yaşanan kısıtlılık hastalarda depresyon ve anksiyete gibi ruhsal problemleri tetiklemektedir (Sarıkaya, 2020). Hastalığın tedavisine dair yeni dönemde ilerleme kaydedilmiş olsa da daha tam bir tedavinin olmaması, hastaların ruhsal dirençlerini kırıcı bir etken oluşturmaktadır.

Kişilik, bireyi diğer bireylerden farklı kılan, genetik ile aktarıldığı kadar çevreye göre de kendisini düzenleyen, bireyin kendi içinde ve çevresiyle kurduğu bir ilişki sistemidir (Kılıç Nurkan, 2016). MS semptomları (yorgunluk gibi), hastaların kişilik özellikleri ile ilişki göstermektedir. Bu ilişki kısır döngü olarak nitelendirilmektedir (Özkul, 2020). MS gibi kronik rahatsızlıklarda, hastanın yaşamını, öz bakım uygulamaları ve yaşam tarzı bağlamlarında değiştirmesi ve düzenlemesi gerekmektedir. Bu değişikliklerin yapılabilmesi ve tedaviye uyumun yüksek düzeyde tutulabilmesinde ilk adım, hastalığı kabuldür. Hastalığı kabul, hastanın negatif duygularında azalmayı sağlarken, kabullenmeme ise hastalığa boyun eğmeyi ve bağımlılık duygusunun artmasına neden olmaktadır (Büyükkaya Besen ve Esen 2011). Bireyler karşılaştıkları durumlar karşısında belirli duygular yaşamaktadırlar. Olumlu ve olumsuz olarak sınıflandırılan duygular, bireyler tarafından arttırılabilir, sürdürülebilir ve azaltılabilir. Ortam, dikkat, bilişsel işleyiş ve tepki uyarlamaları ile duygu durumları düzenlenebilmektedir (Yumuşak, 2019). Mevcut araştırmada ‘MS hastası olan bireylerin kişilik özelliklerine göre, hastalığı

kabul etme ve duygu durumlarını düzenleme derecelerinde değişkenlik ve ilişkisellik var mı?’’ sorusuna cevap aranacaktır. Aynı zamanda hastalığa maruz kalınan süre ve cinsiyet gibi demografik farklılıklara dair bulgular arasında ki ilişkiler de araştırılacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Multiple Skleroz (MS) tanısı almış bireyler, tanıyı aldıkları ilk andan itibaren farklı psikolojik süreçlerden geçmektedirler. Hastalığı, tedaviyi ve hastalık kaynaklı fizyolojik zorlukları kabul etmek, yeni bir hayat düzeni oluşturmak bireyleri zorlayabilmektedir. Bazı hastalar bu süreçte, hastalığı kabul ve duygu düzenleme aşamalarını daha kısa sürede, daha kolay ve daha başarılı şekilde gerçekleştirirken bazı hastalar daha ilk aşamada sabit kalabilmektedirler. Bu durum bireysel farklılıkları akla getirmektedir. Kişilik, genetik ve çevre faktörlerine göre şekillendiğı için farklılığa neden olarak, kişilik özellikleri faktör olarak öne çıkmaktadır. MS hastalarında duygu durumu düzenlemede yaşanan zorluklar, çoğunlukla sinir sisteminde meydana gelen yavaşlama ile ilişkilendirilmektedir. Fakat MS hastalarının çoğunluğunda sinir sisteminde bu yavaşlama mevcut iken neden bazı hastaların hastalığı kabul ve duygu durum düzenlemede daha aktif oldukları sorgulanmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, MS hastalarının yaşadıkları zorlukların, hastalığın bir getirisi olduğu kadar bireylerin kişilik özellikleri ile de ilişkili olduğunu göstermektir. Duygu düzenlemesinde başarılı olan hastaların yani olumlu duygu duruma ulaşp bu durumu koruyabilen bilen hastaların daha az MS belirtileri gösterdikleri ve daha az atak geçirdikleri bilinmektedir. Araştırmanın hedefi, MS hastalarının, kişilik özelliklerini fark etmeleri ve iyileştirilme çalışmaları ile hastalığı kabul ve duygu düzenleme güçlüğü durumlarını kolaylaştırarak, hastaların yaşam kalitelerinin artmasını sağlamaktır.

1.3. Araştırma Problemleri

1. MS hastalarında hastalığı kabul açısından cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yere göre anlamlı bir farklılık var mı?
2. MS hastalarında hastalığı kabul açısından ruhsal rahatsızlık varlığı/yokluğu, ilaç kullanım varlığı/yokluğu durumlarına göre anlamlı bir farklılık var mı?
3. MS hastalarında duygu düzenleme açısından cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yere göre anlamlı bir farklılık var mı?

4. MS hastalarında duygu düzenleme açısından ruhsal rahatsızlık varlığı/yokluğu ve ilaç kullanım varlığı/yokluğu durumlarına göre anlamlı bir farklılık var mı?
5. MS hastalarında kişilik özellikleri ve hastalığı kabul arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. MS hastalarında kişilik özellikleri ve duygu düzenleme arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. MS hastalarında hastalığı kabul ve duygu düzenleme durumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
8. MS hastalarında tanı üzerinden geçen zaman ve kişilik özellikleri, duygu düzenleme ve hastalığı kabul arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
9. Demografik değişkenler kontrol edildikten sonra kişilik özellikleri, hastalığa kabul durumunu yordamakta mıdır?
10. Demografik değişkenler kontrol edildikten sonra kişilik özellikleri, duygu düzenleme durumunu yordamakta mıdır?
11. Demografik değişkenler kontrol edildikten sonra hastalığı kabul, duygu düzenleme durumunu yordamakta mıdır?

1.3. Sayıtlar

Araştırmaya katılan katılımcılar psikolojik ölçekleri içtenlikle yanıtlamış ve kendilerine uygun olan seçenekleri tercih edip ölçekleri tamamlamışlardır. Kişisel özelliklerini değerlendirmek için Temel Kişilik Özellikleri Ölçeğini; hastalığı kabul durumlarını ölçmek için Hastalık Kabul Ölçeğini; duygu düzenleme güçlüğüne değerlendirmek için; Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form ölçeği uygulanmıştır. İlgili ölçme araçlarının psikometrik özellikleri karşıladığı varsayılmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin gürültüden uzakta ve dinlenmiş bir zihinle ilgili maddeleri yanıtladıkları varsayılmaktadır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Multiple Skleroz

2.1.1. Multiple Skleroz'un (MS) Tanımı

Multiple Skleroz, demiyelinizan hastalıklar sınıfında yer alan bir merkezi sinir sistemi rahatsızlığıdır. Demiyelinizan rahatsızlıklar, SSS'de (merkezi sinir sistemi) beyaz cevherde miyelin yıkımı ile kendini gösteren, devam eden ve nedeni bilinmeyen bir grup hastalıklardır. Miyelin kılıfı yapımını SSS'de oligodentrositler üstelenirken, çevresel sinir sisteminde ise Schwann hücreleri tarafından yapılmaktadır. Demiyelinizan hastalıklar sınıfında; MS, multiple skleroz varyantlarından olan schilder ve balo hastalıkları, devic sendromu, postvascinal-postenfeksiyöz ansefalomyelit, marchiafava bignami hastalığı, santral pontin myelinolizis ve akut hemorajik lökoansefalit hastalıklar görülmektedir. Bu grubun içerisinde ise en yaygın görüleni MS'dir (Turan, 1996).

MS, demiyelinizan hastalıklar grubunda yer almakla beraber aynı zamanda otoimmün bir rahatsızlıktır. Bireyin bağışıklık sisteminin nedeni bilinmeyen bir şekilde SSS'de dağınık bir şekilde, miyelin kılıflara saldırması neticesinde oluşan sert kalıntıların, yamalar şeklinde sklerotik plaklar oluşturmasıdır. Demiyelinize hale gelen yani hasar gören aksonlar nedeniyle de normal sinir iletimi aksamakta veya kesilmektedir. Beyin ve spinal kordda yer alan beyaz madde içerisinde gerçekleşen bu tahribat nedeniyle de bireyin yaşam kalitesini düşüren bir çok nörolojik bozukluk meydana gelmektedir (Carlson, 2013) .

Bağışıklık sisteminin ilk ve en önemli işlevi patojenlere karşı vücudu korumaktır. Doğuştan ve adaptif olmak üzere bağışıklık sistemi ikiye ayrılmaktadır. Adaptif bağışıklık sistemi özgül antijenlere karşı gelişmekte ve reaksiyon oluşturmaktadır. 1948' de Elvin Kabat, MS hastalarını inceleyerek beyin omirilik sıvılarında oligoklonal immünoglobülinler tesbit etmiş ve MS hastalığında bağışıklık sisteminin aracılık ettiği enflamasyon varlığından bahsetmiştir. Fakat doğuştan olan bağışıklık sistemi ile adaptif bağışıklık sistemlerinden hangisinin daha baskın olduğu veya etkileşim dereceleri bulunamamıştır (Weiner ve Stankiewicz, 2013) .

2.1.2. İnsidans ve Epidemiyoloji

MS, ilk olarak Jean-Martin Charcot tarafından 1868 yılında tanımlanmıştır (Ünal, Mavioğlu, Altundere, İçeren ve Ergün, 2018) . Hastalık dünya üzerinde her iki yarım kürede de görülmektedir fakat ekvatorдан uzaklaştıkça prevalans fazlalaşmaktadır. En sık görüldüğü bölgeler; Kuzey Avrupa, İsrail, Kanada, Kuzey Amerika, Yeni Zellanda, Güneydoğu Avusturalya' dır. Orta sıklıkta görülen bölgeler; Avusturalya, Güney Amerika, Güneybatı Norveç, Kuzey İskandinavya, Ukrayna' dır. En az görüldüğü bölgeler ise; Asya, Afrika, Güney Amerika'nın kuzeyidir. Bu üç grubun sırasıyla prevelansları ise; 30/100000, 15-25/ 100000, 5/100000'dir. Yapılan bir çalışmada Londra-Kanada bandında hastalığın yıllık insidansı 3.4/100000 olarak tesbit edilmiştir. Hastalığın en az görüldüğü görüldüğü milletlerin başında da Japonlar, Hindistanda yaşayan etnikAsyalılar ve Afrikalılar gelmektedir (Turan, 2002). Türkiye açısından bakıldığında da hastalığın insidansı dünya ülkelerinin insidansı ile benzer göstermektedir. Türkiye' de var olan MS hastalarının sayısının 35.000 olduğu tahmin edilmektedir (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2022)

Dünya çapında iki milyondan fazla kişi MS hastasıdır. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir ve genellikle 20-40 yaş aralığı en sık tanı alınan yaş aralığı olmaktadır. Ülkemizde ise cinsiyet faktörü açısından incelendiğinde kadın erkek oranı 3/1 olarak bulunmuştur (Demir, 2023). Genel olarak MS her yaşta görülebilir fakat yaş ranjına göre görülme sıklığı değişmektedir. En erken rapor edildiği yaş 15 aylık olarak saptanmıştır. On yaş altında MS görülme oranı % 0,3 iken 50 yaşın üstünde de görülmesi nadirdir. Kırk yaşın üstünde ise progresif seyirli olanı görülmektedir (Turan, 2013).

MS, hem hastalığın başlangıcı olarak hem de seyri açısından genetik ve çevresel faktörlerin birlikte rol aldığı karmaşık bir hastalıktır. Cinsiyet açısından kadın cinsiyeti önemli bir risk faktörü iken bu bile tek başına hormonlar, X kromozomu veya mitokondriyal genom ile açıklanamamaktadır. Burada köken alınan ebeveyn etkisinin cinsiyet ve kalıttan etkilenmesine bakılmaktadır. Bu durum, dominant epigenetiğin hastalık için risk faktörü olduğunu düşündürmektedir (Kantarıcı, 2013).

MS, multifaktöriyel bir hastalıktır. Hastalığın ana patolojik mekanizmalarına bakıldığında enflamasyon, demiyelinizasyon ve aksonal dejenerasyon gibi klinik

belirti ve bulgulara rastlanılmaktadır. Hastalığın nedenleri veya tetikleyicilerini belirleme adına yapılan çalışmalar son dönemlerde hız kazansa da yine de tek bir faktöre ulaşılamamıştır. Genetik faktörler, çevresel faktörler ve immünolojik faktörler gibi başlıklar altında hastalığın etiyolojisi toplanmaktadır (Demir, 2023). Henüz net olmayan çevresel tehditlere karşı belirlenmiş genetik duyarlılık, miyelin ya da akson hasarı veya miyelin ya da akson gelişiminde ve onarım yollarında gen ekspresyonundaki çevresel etkilerin hepsi hastalığın varlığı ve devamı alanında etken olmaktadır (Kantarıcı, 2013).

Hastalığın nedenleri konusunda yapılan araştırmalar tek bir nedene odaklanamamıştır. Yukarıda da belirtildiği gibi multifaktöriyel bir hastalık olan MS için çevresel etmenlerin en başta gelenleri şöyle sıralanabilir; sigara, diyet, güneş ışığı (güneş ışığı varlığı açısından yoksun kalan yukarı enlem kuşaklarında yaşıyor olmak), D vitamini azlığı, ergenlik ve çocukluk döneminde obezite ve geçirilmiş enfeksiyonlar (EBV). Yine genetik faktör olarak bakıldığında ise; ırksal özellik (beyaz ırkta daha sık), monozigotlarda dizigotlara göre daha sık, 1. ve 2. Derece akrabalarda MS olanlarda hastalığın ortaya çıkması riski 10-20 kat daha fazla olarak tesbit edilmiştir (Demir, 2023).

2.1.3. Klinik Özellikler ve Seyir

MS tanısı almış bireylerde bazı bulgu ve belirtiler daha sık görülürken bazıları ise daha seyrek görülmektedir. Aslında SSS hasarına bağlı her türlü bulgunun görülmesi bu hastalarda mümkündür. En sık görülen semptomlar; kol ve bacaklarda güçsüzlük, duyu kayıpları veya eksilmesi, ataksi, süregelen yorgunluk, idrar tutamama, süregelen yorgunluk, görme kayıpları ve bulanık görme, dizatri, bilişsel olarak; bellek, konsantrasyon ve dikkat problemleridir. Daha seyrek görülen bulgular ise; hareket bozuklukları, epileptik nöbetler, baş ağrısı, demansa varan kognitif yıkımlar, kortikal belirtiler, işitme kaybı ve amiotrofidir (Ünal vd., 2018).

Tablo 2.1. Son yapılan çalışmalarda hastalığın başlangıç semptom oranları (Demir 2023)

Başlangıç Semptomları	Yüzde %
Ekstremitelerde duyuusal semptom	31
Görme kaybı	16
Motor (subakut)	9
Diplopi	7
Yürüme bozukluğu	4
Yüzde duyuusal semptom	3
Lhermitte belirtisi	2
Vertigo	2
Mesane problemleri	1
Ekstremitate ataksisi	1
Akut transvers miyelit	1
Ağrı	1
Diğer	3
Polisemptomatik başlangıç	14

2.1.3.1. Motor Semptomlar

Hastalığın başlangıcında olan hastalarda, kortika-spinal yol tutulumu % 32-41 arasında seyrederken hastalar kronik döneme geldiklerinde bu tutulum % 62'ye çıkmaktadır. Tutulumun artması ile birlikte semptomlarda fazlalaşmaktadır. Daha çok bu durumdan öncelikle bacaklar ve kollar etkilenmektedir. Tek bacak ile başlayan ağırlık ve sertlik durumu iki bacağa yayılabilir ve zaman içerisinde patolojik refleks ve spastisiteye kadar ileleyebilmektedir. Bu durum ise hastanın hareket kısıtlılığına ve yürüyüşünde bozulmalara neden olmaktadır (Turan, 2013).

2.1.3.2. Somatosensoriyal Semptomlar

Hastaların başlangıçta duyu belirtileri % 21-55 arası olarak ölçümlenirken, kronik hastalarda bu oran % 52-70 arasına kadar yükselebilmektedir. Bu durum hastaların ifadeleri ile uyuşukluk, yanma, uyuşma, gerilme, karıncalanma olarak tanımlanmaktadır. İğlenme ve ısı duyu bozukluğu en az görülenleridir. Bir diğer görülen bulgu ise Lhermitte bulgusudur ki bu bulgu, boynun ani olarak öne eğilmesi durumunda hastanın omiriliğinden itibaren yayılarak kol ve bacaklarında hissettiği elektriklenme ve çarpılma hissidir. Lhermitte bulgusuna neden olan durum ise miyelinsiz aksonların kısa devre yapması ve öfatik geçiş yapmasına neden olmalarıdır (Turan, 2013).

2.1.3.3. Beyinsapı Semptomları

MS'in tutulumu beyin sapı yoğunlukta gerçekleştiğinde, oküler hareket bozuklukları sık görülmektedir. Bazı hastalarda görülen bulanık ve çift görme, görüntünün odaklanamaması ve zıplaması yine bu bölgede meydana gelen

demiyelinizasyon kaynaklıdır. Yine gözlerde dış perifere doğru olan bakışlarda çift görüş meydana gelirken düz bakışlarda sorun yaşanmayabilir. Dizatrik konuşma, yutma güçlüğü, tinnitus ve tat alımında azalma da görülebilmektedir. Bu bahsedilen bozuluklar hastalığın seyrine göre geçici veya kalıcı duruma dönüşebilmektedir (Turan, 2013).

2.1.3.4. Görme Yolu Semptomları

MS’de % 14-23 oranında optik nörit görülmektedir. Görme kayıpları nadiren olsa da genelde tek taraflı olmaktadır. Daha çok görme keskinliğinin azalması veya görme alanı kayıpları oluşmaktadır. Göz çevresinde ve göz hareketleri sırasında ağrılar meydana gelebilir (Turan, 2013).

2.1.3.5. Bilişsel ve Psikiyatrik Semptomlar

Psikiyatrik bulgular açısından en sık rastlananlar depresyon ve bipolar bozukluklardır. İntihar girişimi ise az sayıda görülmektedir. Bilişsel yıkım ise hastalığın ilk zamanlarından itibaren başlar ve bellek sorunları ile beraber dikkat eksikliği sorunları da görülmektedir (Turan, 2013). Depresyonun MS’de görülme sıklığı %26-54 oranındadır. Depresyonun halsizlik, isteksizlik, yorgunluk ve uyku sorunları gibi semptomları MS’in kendi semptomları ile karışabilmektedir. MS hastalarında görülen depresyona neden olan etkenlere ek olarak hastalığın getirdiği engellilik oranı da eklenmektedir. Yapılan çalışmalarda özellikle kadın MS hastalarında, engellilik durumu varsa ve hastanın telafi mekanizmaları az veya yok ise depresyon riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine hastalığın getirdiği yeti yitimine bağlı olarak anksiyete bozuklukları da çok sık görülen rahatsızlıklardandır. Hastaların yeti yitimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönlü korelasyona rastlanılmıştır. Bipolar bozukluk ile hastalığın ortak paydası ise interferon kullanımı ile anlamlandırılmıştır (Sarıkaya, 2020).

2.1.3.6. Yorgunluk ve Uyku Bozuklukları

Yorgunluk, MS’de en sık görülen belirtidir. Hastalarda yorgunluk görülme oranı %78 olarak saptanmıştır. Yorgunluk halinin sürekliliği ile depresyonun da gelmesi ile uyku bozuklukları normal popülasyondan üç kat daha fazla olarak MS hastalarında görülmektedir (Turan, 2013).

2.1.3.7. Mesane ve Bağırsak Bozuklukları

MS hastalarının %78' inde idrar yapma ve dışkılama sorunu görülmektedir. İdarara sık çıkma, idrar kaçırma en sık görülen problemlerdendir. Yaşanılan bu idrar problemleri idrar yolu enfeksiyonu riskini de arttırmaktadır (Turan, 2013).

2.1.3.8. Otonomik Bozukluklar

Hastaların bazılarında nadir görülen otonomik bozukluklar şöyle sıralanabilir; anormal terleme, bacaklarda soğukluk hissi, solunum yetmezliği ve hipotermi (Turan, 2013).

MS için yukarıda verilen semptomları anlamlılık açısından sınıflandırdığımızda, kırmızı bayrak teşbihi ile adlandırılan bazı belirtiler daha fazla öne çıkmaktadır. Hastalığa dair klinik bulgular değerlendirilirken tanının kesinleşmesinde araştırılan ve gözlemlenen önemli bulgular; MS dışında ailesel nörolojik hastalık öyküsü, kolay bölgesel olmayan, alışılmışın dışında muayene sırasında bilgisi alınan bulgular (pür yorgunluk gibi), baş ağrısı, devamlı belirgin sırt ağrısı, rijidite-kalıcı distoni, ilerleyen ataksi veya bilişsel işlev bozuklukları, tekrarlayan semptomlar ve tek bir anatomik bölge ile açıklanabilen bulgular (Demir, 2023).

2.1.4. MS Tanı Kriterleri

MS'in tanı alınma sürecinde ilk bakılması gerekenler; MS benzeri hastalıkların klinik gözlem ve inceleme yöntemleri ile dışlanmış olması ve ayrıca SSS' de var olan lezyonlar ve bunların neden oldukları klinik tablonun zamanla bulundukları alanda yayılım göstermeleridir. MS şüphesi ile gelen bazı hastalarda tanı hemen konulabilirken bazı hastalarda bu süreç zaman almakta ve takip gerektirmektedir. MS'in alt fenotiplerinden olan RİS ve atipik klinik ve MRG'ye sahip olan hastalarda süreç daha da zorlaşabilmektedir ve takipleri gerekmektedir. Çünkü RİS olan patolojinin MS'e dönüşme ihtimali yüksektir (Ünal vd., 2018).

MS tanısı için:

*Tıbbi öykü

*Nörolojik muayene

*Görüntüleme (MRG)

*BOS tetkiki

*Uyarılmış potansiyeller, VEP gerekli görülmektedir.

Yukarıda sayılan işlemlerin klinik bulguları MS'i tespit etmek ve diğer benzer rahatsızlıklardan ayırtmak için kullanılmaktadır. MS tanısını desteklemek için anamnez ve nörolojik muayeneden sonra kraniyal ve spinal MRG tetkiki santral sinir sistemin tutulumu ile ilgili bilgi vermektedir. Tanıyı kuvvetlendirmek ve tedavi dozuna karar vermek amaçlı olarak da BOS' da OKB aranır ve hastaların %90'ında da saptanır. Diğer görsel uyarılmış potansiyeller tetkikleri de optik sinir işlevlerinin mevcudiyeti hakkında bilgi vermektedir (Boz, 2013).

MS tanı kriterlerinin belirlenmesi, ilk MS tansını 1889 tarihinde koyan Jean Martin Charcot'tan günümüze, uzun bir süreç almıştır. Hastalığın patolojisinin çözülmesi ve belirsizliği süreci zorlaştırmıştır (Boz, 2013). Yıllar süren çalışmalar neticesinde ilk olarak 1965 senesinde Schumacher paneli ile kesin tanı kriterleri belirlenmiştir. Sonra geliştirilen diğer tüm tanı kriterleri klinik özellikler temelinde geliştirilmiş olan bu kriterler temelinde şekillenmişlerdir. Schumacher' dan sonra 1983 yılında geliştirilen Poser tanı kriterleri uzun yıllar MS tanısında kullanılmıştır. Klinik özelliklere ek olarak laboratuvar verilerini de kriterlerine ekleyen Poser, beyin omirilik sıvısında OKB varlığını temel kanıt olarak kabul etmişse de MRG'de uyandırılmış potansiyelleri de kriterleri arasına dahil etmiştir. Poser dört tanı kategorisi oluşturmuştur; klinik olarak kesin MS, laboratuvar destekli kesin MS, Klinik olarak olası MS ve laboratuvar destekli olası MS'tir (Ünal vd., 2018).

MS için süreç içerisinde oluşturulmuş olan tanı kriterlerinin en sık kullanılanları; Schumacker- 1965, Poser- 1983 ve McDonald olarak sıralanabilir (Boz, 2013). Fakat McDonald kriterleri zaman içerisinde revize edilerek kullanılmaya devam edilmiştir. 2001 yılında belirlenen McDonald tanı kriterleri 2005, 2010 ve en sonda 2017 yılında revize edilerek son hali elde edilmiştir:

* Öyküde tanımlanan net atak

* Zamansal dağılımın yeni klinik atak, MRG veya OKB ile gösterilmesi

* Alansal dağılımın farklı SSS bölgesini etkileyen yeni klinik atak veya MRG ile gösterilmesi ve zamansal dağılımın yeni klinik atak, MRG veya OKB ile gösterilmesi

* Primer progressif MS (PPMS) tanısı;

-Bir yıllık özürölük artışı olması (retrospektif veya prospektifataklardan bağımsız olarak).

- Aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin eşik etmesi;

Periventriküler, kortikal-jukstakortikal, infatentorialalanlardan en az birisinde bir veya daha fazla lezyon, Spinalkordda 2 veya daha fazla T2 lezyon, BOS spesifik OKB pozitifliği (Efendi, 2019).

MS tanısının kesin olarak konulabilmesi için klinik muayene ve şikayetleri MS'i işaret eden bütün hastalara beyin MRG yapılmalıdır. Eğer hastada yetersiz klinik ve MR bulguları varsa, hasta tipik KİS değilse ve atipik özelliklere sahip ise hastlardan ek olarak spinal kord MRG ve BOS tetkiki istenmelidir. Bunların sonuçlarına göre uzman, tanıyı yukarıda saydığımız kriterlere göre daha net değerlendirebilmektedir. Tanının kesin konulabilmesi için hastanın en az bir atağı geçirmiş olduğu objektif bulgular eşliğinde desteklenmelidir (Ünal vd., 2018).

2.1.5. MS Tanısı İçin Gerekli Olan Tetkikler ve Bulgular

MS için hastanın öyküsü ve klinik özellikler tanı aşamasında en önemli belirleyicilerdir (Ünal vd., 2018). Fakat gerek diğer demiyelinizan hastalıklar gerekse de MS harici nöroimmün hastalıklardan daha kesin ayırtırmak için farklı tetkiklere başvurulmaktadır. Yapılan bu tetkikler ile hastalığın tanısı kesinleşirken hangi alt fenotipe ait olduğu da anlaşılmaktadır. Ve tanının netliği planlanacak tedavi yöntemini de daha etkili kılmaktadır.

2.1.5.1. Laboratuvar Tetkikleri ve Bulguları

Temel olarak istenen kan değerleri tetkikleri ve BOS analizleridir (Ünal vd., 2018). İstenilen tam kan sayımları hastalığın tanı kapsamında olmasa da hastanın yaşam kalitesini arttırmak amaçlıdır. Kan tahlillerinde özellikle D vitaminine bakılmakta ve seviyesi düşük ise desteklenmektedir. Yukarıda bahsedildiği gibi kandaki D vitamini düşüklüğünün MS için risk faktörü olduğu düşünülmektedir.

Hastadan istenen bir diğer laboratuvar tetkiki ise BOS analizidir. BOS analizi, hastanın belinden alınan sıvı ile yapılmaktadır (Turan, 2002).

2.1.5.2. Manyetik Rezonans Görüntüleme

MS tansında klinikten sonra en önemli parametre MRG' dir. McDonald kriterlerinin son halinde de belirtildiği gibi klinik olarak ne kadar MS tansından emin olursa da MRG sonuçları olmadan tanı netleştirilmemelidir. Beyin MRG ilk aşamada kesin olarak istenilmekte fakat primer progresif seyir gösterenlerde, MS'in nadir görüldüğü coğrafyalarda ve beyin MRG' sinin tanıyı tam olarak karşılamadığı hastalarda spinal kord tutulumunu araştırmak için spinal MRG de gerekli görülmektedir. Fakat bu durum yetişkinler için yararlı iken çocuklarda bu kadar yararlı olmadığı belirtilmiştir. MRG çekimleri, hem kontrastsız (ilaçlı) hem de kantrastlı (ilaçlı) yapılmalıdır (Ünal vd., 2018). MRG ile beraber doğru tanılanan hasta sayısında artış olmuştur (Turan, 2002).

2.1.5.3. Uyandırılmış Potansiyeller (Görsel, Somatosensoriyel)

Bu tarz tetkikler MS söz konusu olduğunda birincil değil de ikincil tetkikler sınıfına girmektedirler. Çok sık kullanılmamakla birlikte klinik bulgulara yansımayan lezyonları ortaya çıkararak zamansal ve mekansal yayılım kriterlerini desteklemektedirler. En sık kullanılanı VEP'dir (Ünal vd., 2018).

2.1.5.4. Optik Koherans Tomografi

MS hastalarında en sık etkilenen bölgeğin başında optik sinirler gelmektedir. Optik koherans tomografi (OKT), MS hatalarında son yıllarda sık kullanılan tekniklerdendir. Hastalığın prognozunda ve tedavinin etkinliğine yanıtın monitörize edilmesinde, nöron kaybı ve atrofi değerlendirmesinde bilgi elde edilmesini sağlar.

2.1.5.5. Kognitif Testler

MS'li hastaların takibinde kullanılan ve hastaların kendi bünyelerinde yaşadıkları kayıplarını derecelendiren, uzmanlar tarafından geliştirilmiş ve yaygın kullanılan özürölülük ölçeği, EDSS' dir. Fakat bu ölçek hastaların kognitif kayıplarını ölçmemektedir. Hstalar üzerinde genel olarak da çok fazla kognitif değerlendirme yapılmamaktadır. MS hastalarını kognitif açıdan da değerlendirmek amaçlı olarak bazı testler geliştirilmiştir. Fakat bu testlerin uygulanması pratik olmadığı için ve uzun zaman aldığı için çok fazla kullanılmamaktadır (Ünal vd., 2018).

2.1.6. MS Tipleri ve Seyir

MS, tanı alan her hastada farklı seyredebilmektedir. Hastaların % 80-85' inde atak dönemi ve ardından gelen iyileşme dönemi olarak gidebilmektedir. Atakların ardından gelen iyileşme dönemlerinde bazen hafif sekeller kalabilmektedir. Burada önemli olan atakların sayıları değildir. Bazen çok fazla atak geçiren hastalarda hiç sekel kalmaz iken daha az sayıda atak geçirmiş hastalarda orta veya ciddi engellilik durumu doğabilmektedir. Hastaların kalan % 10-15'inde ise bir yıl hiç atak geçirmeden sonrasında çok ciddi nörolojik problemler ile uzmanlara başvurulabilmektedir. Bu hastalar için atağın ne demek olduğunu bilmek önemlidir. MS atağı olarak adlandırılan durumun, beden ısısı normal iken hastada ortaya çıkan yeni veya daha önceden görülmüş olan belirti ve bulguların ortaya çıkması ve bu durumun en az yirmi dört satten fazladır sürüyor olması gerekmektedir. İyileşme görüldükten en az 3 ay sonra belirtiler tekrar başlarsa bu durum ikinci atak olarak kabul edilir (Turan, 2013).

Tablo 2. 2 Karakteristik bir MS atağında beklenen tablo (Turan, 2013).

Motor belirtiler	Güçsüzlük, sertlik, parezi
Duyusal belirtiler	Uyuşukluk, parestezi, ağrı, nöropatik ağrı, Lhermitte belirtisi
Serebellar belirtiler	Ataksi (motor beceri kaybı), tremor (titreme), dismetri
Görme belirtileri	Ağrı ile görmede ve renk algısında azalma
Beyin sapı belirtileri	Diplopi (hayalet görüntü), trigeminal nevralji (yüzde ağrı), İNO
Mesane belirtileri	Yetiştirememe, sık idrara çıkma, taşma, damlama
Seksüel bozukluklar	Eretil işlev bozukluğu, libido kaybı
Kognitif bozulma	Bellek sorunları, dikkat eksikliği, öğrenme güçlüğü

Klinik gözlem, belirtiler ve yapılan MRG değerlendirmelerine göre hastalığa genel olarak 'multiple skleroz' ismi verilse de MS kendi içerisinde de alt tiplere ayrılmaktadır. Hastaların süreç içerisinde alt tipler arasında geçişler yaşadıkları bilinmektedir (Tunçel, 2018). 2013 yılında Lunlin ve arkadaşları, MS hastalığı seyir durumuna göre üç ana başlık altında sınıflandırılmıştır; klinik izole sendrom (KİS), ataklı (relapsing) MS (RRMS), kötüleşen (progresif) MS (PMS). Hastalığın bu üç ana başlıktan hangisine dahil olduğunu belirlemede bakılan temel belirteçler; atak gelişmesi, MRG' de aktif lezyon gözlenmesi, giderek kalıcı sekel oluşması ile özürlülük durumunun artmasıdır (Ünal vd., 2018). MS'e benzeyan fakat hastaların klinik bulgulara sahip olmadığı radyolojik izole sendromu (RIS) MS sınıfına dahil edilmemektedir. Belirli bulguların görüldüğü bu hastalar, MS için belirlenmiş olan klinik belirti ve bulgulara sahip olmadıkları için MS fenotipi içinde yer almamaktadırlar (Demir, 2023).

2.1.6.1. Klinik İzole Sendrom (KİS)

MS hastalarının tanıyı almalarına neden olan ilk atak durumudur. İlk atak denilebilmesi için hastada gerekli bulgular; SSS' nin bir veya daha fazla bölgesinde meydana gelmiş olan enflamasyon veya demiyelinizasyon nedeniyle, yirmidört saatten fazla süren nörolojik epizod. Bu durumu destekleyen bir diğer bulgu da 2017 yılında McDonald Kriterleri ile beyin omurilik sıvısında (BOS) oligoklonal bant (OKB) varlığının pozitifliği ve MRG sonuçlarında zamanda ve mekanda yayılım görülmesi hastaların MS tanılarını netleştirmektedir (Demir, 2023). KİS'de görülen diğer bulgular da izole optik nörit, medulla spinalis tutulum, beyin sapı sendromu, nadir olarak da hemisferik tutulumla rastlanabilmektedir (Ünal vd., 2018).

MS, PPMS olan fenotipi hariç, bir veya birkaç sistemi birlikte etkileyen klinik izole sendrom ile başlamaktadır. KİS ile başlayan süreçlerin hepsi MS'e dönüşmemektedir. İstatistiki verilere göre BOS ve MRG'nin negatif olduğu vakalarda hastalığın seyrinin MS'e dönme oranı %30, BOS ve MRG'den birinin pozitif çıktığı vakaların MS'e dönme oranı %50, her iki bulgu da pozitif ise MS'e dönme oranı % 80 olarak tespit edilmiştir. Zaten her iki bulgunun da pozitif olduğu grup, MS anlamında en riskli grup olarak görülmektedir. KİS grubunda olan hastalarda, atak sayısı ile özürölülük durumu, var olan lezyon sayısı ile ilişkilidir. İlk ataktan sonra ikinci atağın gelme süresi, bir yıldan fazla iki yıldan azdır. İlk atak tam düzelmiş, ikinci atak uzun süre geçtikten sonra gelmiş ise ve beş yılda atak sayısı çok az ise EDSS' nin 4-6' ya ulaşma süresi daha uzun zaman almaktadır (Turan, 2013).

2.1.6.2. Ataklarla Seyreden MS (RRMS)

Akut atakların olduğu fenotiptir. Ataklardan sonra tam veya düşük düzeyde sekel bırakan düzelmeler mevcuttur. Bu tipin özelliği ataklar arasında hastalığa dair ilerlemelerin görülmemesidir. MS hastalarında %80-85 oranla en çok görülen fenotip budur. Hastalığın hafif seyri mevcuttur. Hastalarda ilk dönemlerde altı yıl içerisinde hafif sekellerle olsa da iyileşmeler görülmektedir. Bazı hastalarda ise inflamasyonun hakim olduğu ve aşama aşama nörolojik kayıpların geliştiği görülmektedir. İmmünolojik olayların sıklığı, MRG' de kontras tutulumunun fazlalığı, beyin atrofisi ve az da olsa akson kaybı ile karakterizedir (Turan, 2013).

Bu alt fenotipte lezyonların aktif olma ve olmama durumuna göre aktif RRMS ve Non-aktif RRMS olarak ikiye ayrılmaktadır (Ünal vd., 2018). Lublin ve

arkadaşları (2014) hastalığın sadece aktif olma olmama durumuna göre sınıflandırılması gerekliliğini savunmuşlardır (Demir, 2023).

İyi huylu (Benign) MS ise RRMS'in bir alt grubu olarak değerlendirilmektedir. Benign MS'in özellikleri; hafif duysal ve silik motor belirtiler, optik nörit ile ortaya çıkan belirtilerin tamamen iyileşmesi, sekel kalmaması, 10-15 yılda bile EDSS skorunun üçün altında olmasıdır. Benign MS sınıfına dahil olan MS hastaları topluluğun % 10-15'ni oluşturmaktadır. Fakat uzun yıllar bu aşamada kalan hastaların bazen RRMS'e dönüştükleri bazen de atak ve progresyon geliştirdikleri de görülmüştür (Turan, 2013).

2.1.6.3. Progresif (kötüleşen) Seyreden MS (PMS)

Bu alt fenotipi diğerlerine göre en belirgin ayıran özellik, hastalığın seyrinde artık özürüllüğün eklenmiş olmasıdır. Hastalığın erken döneminde atak ve iyileşmelerin görüldüğü beş ya da altı sene geçirilebilir. Ama bazı hastalarda bu erken dönemden sonra atak sayılarının azaldığı, daha fazla sekelin kaldığı ve özürüllüğün arttığı ikincil dönem gelebilmektedir. Ya da en baştan ataklarla beraber özürüllüğün arttığı bir süreçte yaşanabilir ve hastalık sürekli kötüleşebilir (Ünal vd., 2018).

RRMS'de olan hastanın bir süre sonra atak sayısının azalıp (2 veya 3 ataktan sonra) özürüllük durumu oluşur. RRMS'li hastaları 25 yıllık takiplerine bakıldığında hastaların yarısından fazlasının bu sekonder progresif faza geçtikleri görülmüştür. Bu duruma, ikincil dönemde olduğu için SPMS denilmektedir. SPMS, nörodejenerasyonun ön planda olması, MR'da kontrastlanma ve beyin volümü azalması ile hastalık yükünün artması ile karakterizedir. Kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. Ortalama beş buçuk yılda EDSS puanı altıya çıkmaktadır (Turan, 2013).

Baştan itibaren durumu sürekli kötüleşen hastalara ise PPMS denilmektedir. Atak olmadan sürekli progresyon ile izlenir. MS popülasyonunda % 15'i bu tipler oluşturmaktadır. Diğer tiplere göre daha sinsi ilerlemektedir. Beyinde lezyonları sayısı azdır ve omirilde atrofi ve miyelopati baskın iken daha çok spastik paraparezi yaygındır (Turan, 2013). Bu fenotip de kendi içerisinde dört alt başlığa ayrılmaktadır; aktif ve progresif, aktif fakat progresif değil, aktif değil progresif, aktif değil progresif değil (Demir, 2023).

MS'in en nadir görülen tipi olan marburg tipi MS ise ölümle sonuçlanmaktadır. Birkaç ay gibi çok kısa süreçte polisemptomatik ve progresif seyirle devam ederken özürlülük seviyesi artar ve otopsilerle de yaygın akson kaybı görülür (Turan, 2013).

2.1.7. MS'de Tedavi

MS, hastalığın seyrine göre nasıl çeşitlerine ayrılıyorsa tedavisi de farklı aşamalardan oluşmaktadır. Hastalığın tedavisi tamamen daha bulunmamış olsa da geçmişe nazaran hastaların iyilik halleri yüzdelikleri yükselmektedir. Her geçen gün yeni keşfedilen tedaviler ile hastaları MS nedeni ile yaşayacakları özürlülük oranları düşmektedir. Tedavi, atak tedavisi, koruyucu tedavi ve semptomatik tedavi genel başlıkları altında sınıflandırılmaktadır.

2.1.7.1. Atak Tedavisi

MS hastalarında, yoğun stres, uykusuzluk, kötü beslenme, grip ve uzun süren enfeksiyonlar atağı tetikleyebilmektedir. Bu ataklar günlük yaşamı engelleyici nitelikte olmadıktan sonra tedaviye pek gerek görülmemektedir. Çünkü böylesi durumların ve yalancı atakların tedavisinde hastaya gereksiz kortizon alımının zararı dokunmaktadır. Hastanın yaşam kalitesi gerçekten düşüyor ve hayatını idame ettirmede zorluk yaşıyorsa ayakta veya hastahaneye yatırılarak kortizon tedavisi uygulanır (Siva, Işık, Demirci ve Saip, 2018).

Hastanın MS geçirdiğine dair gerekli olan kriterler mevcut ise sekel kalmaması için hastaya ilk olarak metilprednizolon tedavisi uygulanmaktadır. Metilprednizolon en sık kullanılan kortizonlardanır. Hasta özelinde değişiklik gösterse de genelde beş ila yedi gün arasında infüzyon yoluyla hastaya uygulanmaktadır. Bu ilaç ile asıl amaçlanan MS atağının bir an önce sonlandırılmasıdır. Tedavinin sonucunda gözlemlenen tablo; MR' da kontrast madde tutulumunun ve vücutta antikor oranının azalmasıdır (Turan, 2002).

2.1.7.2. Koruyucu Tedavi

Koruyucu tedavi, MS hastalarında iki veya üç atak geçirildikten sonra kullanılmaya başlanılmaktadır. Akson ve nöron kaybının olduğu ve klinik bulgunun elde edilmediği RRMS çeşitinde de koruyucu tedavi tercih edilmektedir. Vakaların tanı almasının kolaylaşması ile artan MS popülasyonundan sonra koruyucu tedavilerin geliştirilmesi için çalışmalar hız kazanmıştır (Turan, 2002).

2.1.7.2.1. İnterferonlar

İnterferonlar genel olarak vücut hücrelerinin çoğu tarafında sentezlenen bir proteindir. Bu proteini vücut doğal yoldan bakterilere, parazitlere, virüslere ve urlara tepki olarak sentezlemektedir. Rebif, avonex ve betaferon türleri bulunmaktadır. Betaferon üzerine yapılan deneysel çalışmalarda, yüksek doz kullanıldığında atak sayısında ve şiddetinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır. SPMS'li hastalarda kullanıldığında ise klinik ilerlemeyi bir yıl geçiktirmiştir. Avonex ile yapılan çalışmalarda ise RRMS ve RPMS olan hastalarda özürlülük gidişatında anlamlı azalma, MR da olumlu düzeyde etkiler ve anlamlı olmasa da atakları azalttığı belirtilmiştir. Bu tedavinin en biline yan etkisi ise hastada grip benzeri bir durum oluşturmastır. İnterferonlar üzerine yapılan çalışmalar hala devam etmektedir. Bu çalışmaların en önemli ayağını ise doz belirleme aşamaları oluşturmaktadır (Turan, 2002).

2.1.7.2.2. Glatiramer Asetat

RRMS olan hastalarda interferon etkili olmadığında glatiramer kullanılmaktadır. Enjeksiyon yoluyla alınan bu ilacın yan etkisi, enjeksiyon yerinde ağrı yapması ve reaksiyon göstermesidir. Yan etkisinin yanı sıra MR görüntülerinde kara delikler üzerinde azaltması açısından etkili oldukları saptanmıştır (Turan, 2002).

2.1.7.2.3. İntra Venöz İmmünglobilin

Özellikle RRMS'de etkili olduğu ve aktif lezyon oranını azalttığı görülmüştür. Yüksek dozlarda uygulandığında yan etkileri oluşmaktadır. Genellikle 0.4-2gr/kg aylık, infüzyonlar şeklinde kullanımı sağlanmaktadır (Turan, 2002).

2.1.7.2.4. Hastalık Modifiye Edici Tedavi (HMT) Seçenekleri

MS hakkında en belirgin olan gerçeklik şu ki; hastalığa ve tedavisine dair sürekli yeni gelişmelerin olmasıdır. Yukarıda bahsedilen tedavi seçenekleri ve daha fazlası çoğunlukla 2002 yılına ait ilaç seçenekleridir. Bu seçenekler halen kullınılmaktadır. Fakat yeni yazınlarda tedavi seçeneklerinin daha farklı gruplandırıldığı, uygulama yöntemine göre olan guruplamalar mevcuttur; oral, enjekte ve infüzyon ilaçlar.

HTM grubunda olan bazı monoklonal antikorlar, etkinlikleri ön planda olan ve yan etkilerine rağmen aktif hastalar üzerinde kullanılmaktadır. Bu ilaçların enfeksiyon da dahil güvenlik sorunları olmasına rağmen kullanılmasının nedeni, hasta için yapılan kar-zarar hesabında karın ağır basmasıdır. Koruyucu tedavide kullanılan oral seçenekler ise fumutratlardan oluşmaktadır. Ve son olarak yukarıda bahsedilen enjekte edilebilir interferon tedavisi ise günümüzde platform enjeksiyon olarak isimlendirilmektedir. Platform enjeksiyon ile tedavide güvenlik üst safhada iken etkinlik ve kullanım kolaylığı daha düşük hedef olarak amaçlanmıştır (Köseoğlu, 2020).

2.1.7.3. Rehabilitasyon

Fizyoterapi hastalığın her döneminde etkili olmaktadır. Hastalığın seyrinde meydana gelen sinir iletimi zayıflığını tolere etmek amaçlı olarak kas kazanımı kuvvetlendirilmesi hastaların yaşam kalitesini arttırmaktadır. Genel başlıklar halinde bakıldığında da sahip olunan hareket yetisinin en üst düzeyde kullanılmasını, özürlülük seviyesinin alt düzeylerde tutulmasını ve ikincil komplikasyonların önlenmesini sağlamak açısından fizyoterapi gerekli görülmektedir (Turan, 2002).

2.1.7.4. Beslenme ve Yaşam Tarzı

Günümüzde hakkında en fazla konuşulan konu gerek sağlıklı yaşam için gerekse MS gibi kronik hastalıklar için beslenmedir. Beslenmenin bir çok hastalığı oluşturmaktan iyileştirmesine kadar çok çeşitli paylaşımlar mevcuttur. MS söz konusunda olduğunda yapılan araştırmalarda akdeniz usülü beslenmenin, soya ve zeytinyağı gibi linoleik asit içeren yağların tüketiminin sinir rejenerasyonunda etkili olduğu görülmüştür (Turan, 2002). Tüketilecek gıdaların katkı maddesi içermeyen, sentetiklerden arınık ve vücudun bağırsak sistemine faydalı olması genel sağlığın korunması ve sürdürülmesi için de faydalıdır.

MS tedavisinde her yeni yöntem faydalarının yanında yan etkilerini de beraberinde getirmektedir. Kanıta dayalı tedaviler uzmanlar tarafından tercih edilirken klinik gözlem ve tecrübe ile beraber hekimlerin tercihleri ve seçenekleri çoğalmaktadır. Hastalığı modifiye edici tedavi (HTM) denilen bu tedavilerin tercihi, sürdürülmesi ve ne zaman sonlandırılacağı karmaşık hal alabilmektedir (Köseoğlu, 2023). Atak haricinde immün sistem düzenleyici tedavilerin tercih edilmesi hasta açısından kabulü daha zor olabilmektedir. Yakınma hali olmadan ilaç desteği almak

hastayı düzenli kullanım açısında sekteye uğratabilmektedir. Özellikle enjeksiyon tedavilerinde hastanın kar-zarar hesabı tedaviyi çoğu zaman yarım bırakmak ile sonuçlanmaktadır.

MS, hem tanı kriterleri hem türleri hem de tedavi yöntemleri bakımında hala aktif keşiflerin yapıldığı bir hastalıktır. Her dönem değişen buluşlar ile birlikte her uzmanın kendi tecrübesi doğrultusunda geliştirdiği bakış açısı ile tedavi yöntemleri de farklı boyutlar kazanmaktadır. Hastalığın kendi bilinmezliğinin ve her hastaya göre farklılaşması ile tedavi süreci daha da karmaşıkmaktadır. Fakat bu günden geçmişe bakıldığında hastaların yaşam kaliteleri artmakta ve özürölülük dereceleri çok düşük seviyelerde seyretmektedir.

2.2. Kişilik Özellikleri

2.2.1. Kişilik Kavramı

Kişilik, her birey için karmaşık psikolojik özellikler bütünü olarak görölmektedir. Bu karmaşık özellikler, bireyin farklı durumlar ve zamanlarda ayırt edici davranış düzenlerini etkilemektedir. Kişiliğin, uzmanlar tarafından bir çok tanımı mevcutsa da öne çıkan iki özelliği her tanımda sabittir; eşsizlik ve davranışın ayırt edici düzenleri (Gerric ve Zimbardo, 2015). Burger (2006)' da kişiliği tanımlarken; bireyin kendisinin aktif rol oynadığı, tutarlı davranış kalıplarını barındıran ve sürecin kişilik içerisinde gerçekleştiğini vurgulamıştır. Kişiliğin tutarlı olması, bireyin benzer durumlara benzer tepkiler vermesi durumudur. Kişilik içerisinde bu sürecin gerçekleşmesi ise bireyin nasıl davranacağını ve hissedeceğini yapılandıran, duygusal, güdüsel ve bilişsel süreçleri içermektedir. Davranış ve içsel süreçlerin oluşumunda bireyin de etken olduğunun vurgulanması ise sebebin tek başına duruma atfedilmemesi içindir. Bu tanımları açıklamak için genel bir örnek vermek gerekirse; izlenilen aynı tiyatro gösterisine karşı izleyici kitlenin her bireyinin gerek duygusal gerekse davranışsal tepkileri ve beğeni düzeyleri farklı olabilmektedir.

Kişiliği oluşturan faktörler genel olarak değerlendirildiğinde çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Bireyin kendi biyolojisinden başlayarak halkayı genişlettikçe içine doğulan habitata kadar varılmaktadır. Genetik temel üzerine şekillenen biyolojik özellikler zaman içerisinde çevre faktörüyle de yoğurulmaktadır. Fiziksel özelliklerin kişilik yapısı ile ilişkiselliğine yönelik, Erzurumlu İbrahim Hakkı' nın 1757 yılında

tamamladığı kıyafetname örnek gösterilebilir (Hakkı, 2003). Fiziksel yapıdan biraz daha ileri gidildiğinde aile, sosyal çevre, kültür ve alınan eğitim bireyin kişiliğine tesir etmektedir (Kılıç, 2016).

2.2.2 Kişilik Kuramları ve Yaklaşımlar

Kişilik kavramı ve kişilik oluşumu etkileyen faktörler açısından bilimsel olarak çeşitli görüşler beyan edilmiştir. Bu görüşler, altı farklı başlık altında değerlendirilebilir: psikanalitik, ayırıcı özellik, biyolojik, insancıl, davranışsal/sosyal öğrenme ve bilişsel yaklaşımlardır. Her kurama ayrı ayrı bakıldığında kendinde önce gelen kuramın ya bir eksiğine odaklanıp onu telafi etmiştir ya da farklı özellikleri önceleyerek kişilik adına zıt görüşler belirttikleri görülmektedir. İnsan ruhunun değişkenliği ve keşfinin zor olması nedeniyle tek bir kuramla anlaşılması mümkün değildir. Bu nedenle her kuramı, kendi argümanları üzerinden değerlendirmek çok daha doğru bir yaklaşım olacaktır (Burger, 2006).

2.2.2.1. Psikoanalitik Yaklaşım

Sigmund Freud, bilinçaltı çalışmalarını yürüttüğü dönemde davranışlar üzerindeki etkileri farkedince kişilik ve bilinç üzerine olan kuramını geliştirmiştir. Freud' a göre kişilik, bilinç, bilinç öncesi ve bilinç altı olarak üç sınıftan oluşmaktadır. Kişilğe dair bir diğer sınıflandırması da benlik, alt-benlik ve üst benliktir (Burger, 2006).

Freud' un teorisine göre, dünya üzerinde farklı kişiliklerin olması, her bireyin dürtüleriyle farklı yöntemler kullanarak başa çıkmaları nedeniyledir. Bu mücadele bireyin sahip olduğu iki zıt ruhsal aygıt arasında, id ve süper ego arasında gerçekleşmektedir. Bir diğer güç olan ego ise bu iki zıt bölümü idare eden memurdur. Freud, psikoseksüel gelişim aşamalarını, bedensel haz noktaları bağlamında sınıflandırarak (oral, anal, fallik, latent, genital) kişilik gelişimini doğumdan ergenliğin sonuna kadar tamamlanan bir süreç olarak ifade etmektedir (Gerric ve Zimbardo, 2015). Kişinin bu dönemlerden birinde savunmasının yetersiz kalması yani fiksasyon yaşanması durumunda kişiliğine bu durumun yansyacağını savunmuştur. Mesela anal dönemde fiksasyon yaşayan bir birey ileride kişilik olarak pasaklı, muhalefet, öfkeli ve sadist-mazoşist özellikler gösterecektir (Gençtan, 1998).

Freud' dan sonra gelen ve psikodinamik teorileri genişleterek yeni kuramlar üreten bilim insanları olmuştur:

Adler, haz ilkesinin önemine inanmamıştır. Adler' e göre çatışma içsel dürtülerin çatışmaları değildir. O' na göre kişilik çatışmaları çevresel dış güçlerle ve bireyin doğuştan gelen aşağılık (yetersizlik) duygusunu yenmek için giriştiği içsel mücadelelerle ortaya çıkar ve bu mücadele hayat boyu devam eder (Gerric ve Zimbardo, 2015). Adler, doğum sırasının kişilik gelişimine tesir ettiğini savunan ilk teorisyendir. İlk doğan çocuğun şımartıldığını fakat ikinci çocuğun doğması ile tahtını kaybettiği için aşağılık duygusunun arttığını savunur. İlk çocukların nevrotik kişilikte, ayyaş ve suçlu kişiler olduklarını iddia etmiştir. Ortanca çocuk ondan öndekilere yetişmeye çalıştığı için gayretli bir kişilik olurken en küçük kardeş sorumluluk almadığı için şımarık ve bağımlı bir kişilik geliştirebilmektedir (Burger, 2006).

Carl Yung ise Freud' un bilinçdışı kavramını genişletmiştir. O' na göre bilinçdışı sadece bireyin kendi tecrübelerinden oluşmamaktadır. Tüm insan ırkını kapsayan ortak bir bilinçdışı mevcuttur. Diğer bir deyişle, fiziksel özelliklerimizi atalarımızdan genetik yolla aldığımız gibi bilinçaltı psikik özellikleri de alırız (Burger, 2006). Bir deneyimin veya nesnenin en ilkel haline artekup diyerek ilkel mitleri, sanat eserlerini ve sembolleri sezgisel yolla anlama halini anlamlandırmış ve bir çok artekup öne sürmüştür. Jung' a göre bütünleşmiş bir kişilik için maskülen saldırganlık ile feminen duyarlılığın kişide dengelenmesi gerekmektedir (Gerric ve Zimbardo, 2015).

Karen Horney, yukarıda ismi geçen diğer teorisyenler gibi psikanaliz üzerine eğitim almıştır fakat görüşleri ile Freud' dan ayrılmıştır. Kültürel yapının önemini daha fazla vurgulamış ve libido dan daha çok varolan karakter yapısına odaklanmıştır (Gerric ve Zimbardo, 2015). Freud kadın ve erkeğin farklı kişilikler olarak dünyaya geldiklerini savunurken, Horney, cinsiyet kişilik farklılıklarının daha çok kültürel ve toplumsal dinamiklerden etkilendiğini savunmuştur (Burger, 2006).

2.2.2.2. Davranışsal/Sosyal Öğrenme Yaklaşım

Psikodinamik ve insancıl yaklaşımlar, içsel mekanizmaların insanın davranışlarını şekillendirdiğini vurgulamaktadır. Davranış ve kişilik arasında bağ kumayan bu yaklaşımlar, davranış farklılıklarını incelemeyi kaçırmaktadırlar. Davranışların bir çoğu, içsel süreçlerden çok çevresel dinamiklerden de etkilenebilir. Öğrenme teorilerisyelerinin savunduğu gibi kişilik öğrenme ile de değişim yaşayabilir (Gerric ve Zimbardo, 2015).

Davranışın ve kişiliğin çevre tarafından şekillendiğini savunan ekolün kurucuları John B. Watson ve B. F. Skinner' dır (Sayar ve Dinç, 2008). Sosyal öğrenme yaklaşımının en önde gelen ismi ise Albert Bandura' dır. Bandura bir davranışın kişiliğe dönüşmesi için dört aşamalı modelden bahseder. Saldırgan kişilik üzerine yaptığı çalışmalarda kişi önce saldırgan davranışa dikkat etmeli, bilgiyi hatırlamalı, gördüğünü yapmalı ve bu davranışından dolayı ödüllendirileceğini düşünmelidir. Bu süreç engellenmeden tamamlandığı zaman da saldırgan davranışların çoğalması kişiliğe tesir eder (Burger, 2006).

2.2.2.3. Hümanistik Yaklaşım

Hümanistik yaklaşım, psikanalitik ve davranışçı yaklaşıma tepki olarak doğmuştur. Hümanistik teorinin önde gelen isimleri; Carl Rogers ve Abraham Maslow' dur. Teori kişilik oluşumunun dört temele dayandığını savunur; kişisel sorumluluk, şimdi ve burada, bireyin fenomolojisi ve kişisel gelişim. Rogers' a göre her birey başarıya ve mutluluk yolunda ilerlemektedir. Önüne engeller, kendilik kavramı ile çelişen bir bilgi çıktığında ise birey genelde çarpıtma ve inkara yönelmektedir. Bireyin, inkar ve çarpıtma yollarına başvurup burada kalmaması için pozitif koşulsuz kabul ile büyütülmesi gerekmektedir (Burger, 2006; Gerric ve Zimbardo, 2015).

2.2.2.4. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşıma göre kişilik, düşünme ve yargılama gibi bilişsel işlemler üzerinden oluşmaktadır. Bu yaklaşım, en baştan insanların düşünme ve problem çözme yetilerinin var olduğu kabulüne dayanır. İnsan dürtülerinin hakimiyetinde değildir ve kendi yolunu seçebilir. Kişilik, sadece çevre ve duygularından değil düşünme yapısı ve beklentilerin de katkısıyla biçimlenir (Sayar ve Dinç, 2018).

Bilişsel yaklaşımda kişi, bulunduğu çevrede pasif değil aktif bir aktördür. Bu kapsamda teori ortaya koyan isimler; Julian Rotter ve beklenti teorisi, Walter Mischelin ve bilişsel-duyuşsal kişilik teorisi, Bandura ve bilişsel-sosyal öğrenme teorisi, Cantor ve sosyal zeka teorisidir. Bilişsel kişilik teorileri duyguları kişilik için çok önemli gördükleri için eleştiriler almış olsalar da psikolojik müdahale alanında çok fazla katkı sağlamışlardır (Gerric ve Zimbardo, 2015).

2.2.2.5. Ayırıcı Özellik Yaklaşımı

Ayırıcı özellik yaklaşımı kişiliğin, birey tarafından hangi kişilik özelliği daha çok ve sürekli gösteriliyorsa o özellikyle yaftalandığı bir yaklaşımdır. İki önemli varsayımı vardır; kişilik özelliği zamanla değişmez ve kişilik özellikleri durumlara göre de değişmez; yani kararlılık gösterir (Burger, 2006).

Ayırıcı özellikler bireyde, belirli bir alan ve belirli kişilere özgü kalmaz. Bireyler ayırıcı kişilik özelliklerini rahat sergileyebileceği yerleri ve kişileri seçerler. Dolayısıyla, bireyin ayırıcı kişilik özelliği ve bulunduğu ortamlar etkileşim halindedir ve bu etkileşim ile davranış kalıpları seçilerek oluşturulur (Yazgan ve Yerlikaya, 2012).

2.2.2.6. Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik yapının kişilik üzerinde belirleyici olduğunu öne süren ilk fikirler millattan önceye, Hipokrata kadar dayanmaktadır. Hipokrat, bedende bulunan dört temel salgının duygu ve davranışları düzenleyerek mizaçları oluşturduğunu öne sürmüştür. Ardından gelen Galen ise bu salgıları mizaç ve kişilik özellikleri ile ilişkilendirmiştir. Galen' e göre; kan salgısı baskın olanlar, neşeli mizaç, balgam salgısı baskın olanlar, sakin mizaç, kara safra salgısı baskın olanlar, melankolik mizaç, iltihap safrası baskın olanlar, asabi mizaca sahiptirler (Gerric ve Zimbardo, 2015).

Günümüzde biyolojik yaklaşımda en öne çıkan isim Hans Eysenck' tir. Kişiliğin, anne baba davranış ve tutumları ile değil biyolojik yapılarının tesiriyle oluştuğunu öne sürmüştür. Kişilik farklılıklarında da biyolojik yapıyı incelemiştir. Bakım evlerinde büyüyen çocukları gözlemleyerek, aynı çevrede farklı kişilik özelliklerine sahip olmalarını biyolojik temelli yaklaşımına kanıt olarak sunmuştur. Kişiliği üç ana boyut üzerinden sınıflandırmıştır; içe dönüklük, nevrotiklik, psikotiklik (Burger, 2006). Eysenck, dışa dönüklüğün ve nevrotikliğin iki farklı boyutunu kullanarak dairesel bir sunum oluşturmuştur. Bakıldığında Galen' in tanımladığı dört kişilik özelliğini kullanmıştır fakat farklı olarak bu kişilik özellikleri arasında geçiş olduğunu savunmuştur (Gerric ve Zimbardo, 2015).

2.2.3. Beş Faktör Kişilik Modeli

Kişilik boyutları hakkında yapılan ilk çalışmalar Golden Alport ve Odbert tarafından 1939 yılında İngilizce sözlük tarama çalışmaları ile başlamıştır. Birey

farklılıklarını açıklayan 17.953 sıfat bulunmuştur. Uzmanlar bu çalışma ile başlayan süreçten itibaren kişilik boyutlarını evrensel olarak tanımlayan başlıklar bulmak için araştırmalar yapmaktadırlar. 1979 yılında Cattell, sözlük çalışmasını orijin alarak kişiliği oluşturan faktörleri on altı kaynak özellik olarak belirlemiştir. Fakat yapılan son dönem çalışmaları bu sayıyı daha aşağıya çekerek farklı gruplamalar yapmayı başarmıştır (Gerric ve Zimbardo, 2015).

Eysenck, 1994 yılında da belirtildiği gibi temel kişilik boyutlarını önce üç boyut olarak belirlemiş ama sonrasında bu üç boyutun normal kişilik yapısının bir parçası olduğu kanısına varmıştır (Yazgan ve Yerlikaya, 2012). 1960 yıllarından sonra kişilik boyutları üzerine yapılan çalışmalar, anketler ve görüş listeleri hız kazanmıştır. McCrea ve Costa hem İngilizcede hem diğer diller için geçerli olabilecek kişilik boyutları üzerine çalışmalar yürütmüşlerdir. En sonunda Beş Faktör Kuramı' nı (FFM) diğer bir adıyla 'Büyük Beşli' yi alana sunmuşlardır (Burger, 2006; Gerric ve Zimbardo, 2015).

2.2.3.1. Beş Faktör Kişilik Kuramı Boyutları

Beş faktörlü kişilik kuramı, kişiliği beş ana başlıkta alarak sınıflandırmıştır. Nevrotiklik; durağan, sakin ve rekabetçi, endişeli, dengesiz ve huysuz kavramları ile tanımlanır (Gerric ve Zimbardo, 2015). Duyguları aşırı değişiklik gösteren ve çok stres yaşayan bu kişiler, kişilik değerlendirmesinde nevroitiklik düzeyinde yüksek puan alırlar (Burger, 2016). Nevrotikliğin yüksek olduğu kişilerde sorun çözmede yetersizlik, pasif olmuş hal veya duygu temelli sorun çözme eğilimleri daha fazladır (Pay, 2020).

Dışa dönüklük; konuşkan, enerjik ve iddialı ya da sessiz çekingen ve utangaç kavramları ile ifade edilir (Gerric ve Zimbardo, 2015). İki uçlu olan bu boyutun bir ucunda olanlar aşırı dışa dönük iken diğer ucunda olanlar ise içe dönüklerdir. Dışa dönükler kullanılan kavramların tam tersi içe dönükler için geçerli olmamaktadır. Yani içe dönükler için asosyal ve enerjisi olmayan kişiler tanımlaması yanlıştır. Tam yerini bulmasa da içe dönükler için çekingen, bağımsız ve ağır adımlı kişilikler denilebilir (Burger, 2006).

Deneyime açıklık; yaratıcı, zeki ve yeni tecrübelerle açık ya da basit, sık ve zeki olmayan kavramları ile tanımlanır (Gerric ve Zimbardo, 2015). Deneyimlere açık olan kişiler, gelenek dışı ve bağımsız düşünceler ile engin hayal gücüne sahiptirler.

Bu insanlar empatiktirler. Açıklık boyutundan düşük puan alan kişiler ise bildikleri yoldan ve gelenekten şaşmadan gitmeyi tercih edenlerdir (Burger, 2006). Bu bireyler daha az sanatsal ve analitik düşünme yapısına sahiptirler (Pay, 2020).

Sorumluluk; planlı, sorumlu, dikkatli veya dikkatsiz, uyarı ve sorumsuz kişilik özelliklerini barındırır (Gerric ve Zimbardo, 2015). Sorumluluk boyutunda olan kişiler, bu özellik sayesinde olumlu yönde etkilenecek olumsuz anlamda etkilenecekten korunmaktadırlar. Kişi, çalışma kararlılığı ile detaylara dikkat ederken sabır yetisi de kazanır. Olumsuz bir duruma karşı koruyucu olmasını ise titiz ve tedbirli olma özelliği sağlamaktadır (Aslan, 2020). Bu boyutun farklı kaynaklarda başarıma isteği veya iş olarak geçer (Burger, 2006).

Uzlaşabilirlik (uyum); sempatik, nazik, şefkatli veya soğuk, kavgacı ve zalim olma gibi özellikler gösteren kişilik boyutudur (Gerric ve Zimbardo, 2015). Kişilik testlerinde bu boyutta puanı yüksek çıkanlar işbirliğini rekabete tercih eden kişilerdir. Sosyal ilişkilerinde ise tercih edilen, sevilen taraf olurlar. Puanı düşük çıkan kişiler ise çıkarları için düzen bozucu ve kavgacı olabilirler. Bu kişiler sosyal ilişkilerinde kavgacıdırlar ve şüphelidirler (Burger, 2006).

2.3. Hastalığı Kabul

2.3.1. Hastalık Kavramı

Hastalık, kavram olarak, “organizmada bir takım değişikliklerin olması ile sağlığın bozulması durumu” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2023). Hastalığı tanımlarken her şeyin zıddıyla kaim olması kuralından hareketle, ‘sağlık’ ve ‘normal’ kavramlarına odaklanmak gerekmektedir. Hem fizyolojik hem de psikolojik sağlık ve normalliğe sahip olan metabolizmanın, hastalık durumunda farklılık göstermektedir (Büyükkaya Besen, 2009).

Sağlığında bozulmalar olan bireyin dengesi ve günlük düzeni de değişmektedir. Yeni duruma yeni bir uyum gerekmektedir. Bu uyum sadece günlük rutinlerle, fiziki uyumlarla sınırlı kalmamaktadır. Özellikle kronik rahatsızlıklarda ruhsal yapıda da değişimler ve zorlanmalar meydana gelmektedir (Mete, 2008). Sağlık durumunda yaşanan fiziksel kayıplar ile hasta olan kişi, ruhsal kayıplar da yaşamaktadır. Kronik hastalıklarda sürekli olan tehdit algısı, kaygıyı tetikleyebilirken, bilinmezlik ve kontrol kaybı ile gelen yetersizlik duygusunu da artırmaktadır. Kayıpların bazı

hastalıklarda süreklilik arz etmesi ise bazı hastaları yas sürecine sokabilmektedir (Büyükkaya Besen, 2009).

Hastaların hastalıkla uyum çabalarında süreç uzadıkça bazı deformasyonlar görülebilmektedir. Hastalığın getirdiği korku ile bazı yetişkin hastalar, regresyon yaşayarak çocuk gibi yakınlarına ve sağlık görevlilerine bağlanma ve bağımlılık geliştirebilirler. Ya da bu korkuyu dışa yansıtarak yakınlarının ilgisizliğinden veya aşırı ilgilerinden şikayet ederek ikircikli durumlar yaşarlar. Hastaların yas sürecinin başında da görülen inkar evreleri ise istismara en açık olunan deformasyon halidir. Hasta, kabullenemediği hastalığın medikal tedavisine itibar etmez iken toplumsal hurafeler veya bireysel iyi oluş tecrübelerine kapılarak iyi olacağı zannına kapılabilmektedir (Mete, 2008).

2.3.2. Hastalığı Kabul

Türk Dil Kurumu, kabul kelimesinin tanımını, “bir şeyi isteyerek veya istemeyerek razı olma” olarak yapmıştır (TDK, 2023). Kabul etmenin esasında, kişinin hayatına temas etmiş ve varlığının reddi mümkün olmayan her ne varsa gönül hoşluğu ile kendi hayatına buyur etmesi vardır. Kabul ile kişi yönetimi eline almış, en zor güç durumlarda bile maksimum enerjisi ile mücadele verebilmektedir. Çünkü kabul edilmeyen bir durum ile mücadele mümkün değildir (Büyükkaya Besen ve Esen, 2011).

Hastalığı kabul, bireyin kişilik yapısı, algısı ve çevresi de dahil olmak üzere çok geniş bir alandan etkilenmekte ve farklılık göstermektedir. Hastalığın kabulü için ilk basamak, bireyin durumun farkında olmasıdır (Sözeri Özden, 2019). Hastalıklar bireyin hayatına plansız ve aniden giriş yaparlar. Eğer bu hastalıklar kronik hale dönüşmüş ise hastanın hayatında daha kalıcı hale gelir. Bu durumun idrakından sonra hastanın hastalığını kabul edebilmesi için hastalığına göre şartlarını düzenlemesi gerekmektedir. Günlük rutinlerinden, öz bakım becerilerinden, yemesine içmesine kadar ve hatta düşünce yapısına kadar hastalıkla mücadele için donanımlı hale gelebilmelidir (Büyükkaya Besen ve Esen, 2011).

Hastalığın kabulü, öğrenilmiş çaresizlik gibi bir boyun eğiş hali ya da hastalığı yok saymak değildir. Özellikle kronik rahatsızlıklarda aktif bir şekilde hastalıkla mücadele halidir. Hastalığın sebep olduğu kayıpların yerine telafi mekanizmalarını keşfetmek ve işlevsel hale getirmektir. Hastalığı kabulden anlaşılan

hastalığı yaşamak değil, hastalıkla yaşamayı başarabilmektir (Günbaş, 2021). MS hastalığında da hastanın oturup her an yeni atak gelmesini beklemesi hastanın gardını düşürmektedir. Bu teslim oluş yerine hastalığın semptomlarına göre hayatını düzenleyerek yaşamak kabulün gerekliliklerindendir (Sözen Özden, 2017).

Hastanın, hastalığını kabulünde bütün mesuliyetin hastanın kendisine ait olduğunu düşünmek eksik olur. Kişinin kişiliğinin etkili olduğu kadar, hastalığı kabülde, çevre ve sosyal destek de çok önemlidir. Çevrenin hastadan beklentilerini hastanın yeterliliğine göre düzenlemeleri hastanın sosyal ortamdan izole olmasını engeller. Ayrıca hastalık nedeniyle var olan kısıtlamalar çevre tarafından ne kadar kolaylaştırılır ise hasta için hastalığı kabullenmek o kadar kolaylaşır. Hastalığının tam kabulünü sağlamış bir hasta, yaşamda bir amaç edinecektir. Bir amaç doğrultusunda yaşamak ise bireyin yaşam kalitesini arttıracaktır. Kronik hastalıklarda kabulü ve gerekli adaptasyonu sağlayamamış olan hastalarda ilerleyen süreçte, anksiyete, depresyon, sosyal problemler ve aile içi iletişim problemleri doğabilmektedir (Büyükkaya Esen, 2009).

2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü

2.4.1. Duygunun Tanımı

Gerrig ve Zimbardo (2015), duyguyu “fizyolojik uyarılmayı, hisleri, bilişsel süreçleri ve kişisel olarak önemli görülen bir duruma cevaben gösterilen, belirli davranışsal tepkileri içeren bedensel ve zihinsel değişimlerin karmaşık bir şekli” diyerek açıklamışlardır. Duygu denildiğinde, soyut olarak his aklımıza gelse de beynin ve nörolojik sistemin de dahil olduğu bütün bedenle tecrübe edilen bir kavram düşünülmelidir. Duygudan önce bir durumun olması bunun beyin tarafından algılanıp tepki oluşturulması ve bedenen mimiklerle de olsa tepki verilmesi, sürecin hem bedensel hem de zihinsel yaşanan bir süreç olduğunun kanıtıdır (Gerrig ve Zimbardo, 2015). Duygu, yaşanan durumlar karşısında bireyin hızlı motor yanıt vermesini sağlar. Bireyin çevresi ve kendisi hakkında sürekli bir eşleşme sorgulama yaptırarak karar vermesini kolaylaştırır (Gross, 1998).

Duygunun özellikleri olarak temelde bütün duygu tanımlarında üç özellik öne çıkmaktadır. Öncelikle bireyin temas ettiği ve birey için anlamı olan, duygu oluşumunu tetikleyen her şey (Lazarus, 1993). İkinci özellik ise daha somut olan otonom fizyolojik sistemdir. Tecrübe, davranış, çevresel ve merkezi fizyolojik

değişimlerdir. Üçüncü özellik de duyguların kontrol edilebilir olmalarıdır (Frijda, 1992).

Duygular, kişinin eğilimi, ruh hali ve kişiliğinden etkilenen öznel deneyimlerdir. Fakat duyguların oluşumu nörolojik sistemin işleyişi ile mümkündür. Beynin sadece bir bölümü değil, bütüncül çalışması ile duygu oluşumu ve yansıtılması mümkün olmaktadır. Duygulanımda beyinde aktif olarak görev alan limbik sistemdir. Ve limbik sistemde de en öne çıkan kısım amigdaladır. Amigdala özellikle korku duygusunun yönetiminde aktiftir (Katar, 2020).

2.4.2. Temel Duygular ve Kültür

Duyguların doğuştan gelip gelmediği, duyguların evrensel olup olmadığı ve zaman içerisinde değişip değişmediği soruları, insanı temel alan her bilimin alanının konusu olmuştur. Duyguların doğuştan geldiğini savunan araştırmacılar, bebekleri inceleyerek yüksek ses duyduklarında verdikleri tepkiye bakarak önceden donanımlı oldukları kanısına varmışlardır (Gerrig ve Zimbardo, 2015).

Duyguların her kültürde aynı olup olmaması durumu duygusal ifadeler ile ölçümlenmiştir. Yine çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda çok az mimik farkları görülse de temel olan yedi duygu ifadesinin evrensel olduğu kanıtlanmıştır. Evrensel olan yedi duygu ifadesi; korku, iğrenme, mutluluk, şaşırma, aşağılama, öfke ve üzüntüdür. Yetişkinler bazı duyguları tanımakta zorlansalar da bu evrensel yedi duyguyu çoğunluk tanımakta ve tanımlayabilmektedir. Yani duyguların bütün kültürlerde evrensel olduğu kabulü bu temel yedi duygu için geçerlidir (Gerrig, Zimbardo, 2015).

Temel duyguların varlığı, diğer çeşitli duyguların ortaya çıkmasını beslemektedir. Ana renklerden ara renklerin oluşturulması gibi. Evrensel olan temel duyguların kombinasyonları ile oluşturulan diğer duygularda ise kültürel farklar daha fazla görülmektedir. Bir duygunun temel duygu olarak sayılması için; nöral yolları ayrı, kendinse özgü yüz ifadesi, hissi ve farkındalığı ayrı, evrimsel-biyolojik süreçten geliyor, belli bir işlev için organize edici ve motivasyonel olmalıdır (Izard, 2009).

2.4.3. Duyguların Düzenlenmesi

Duygu düzenleme, kişinin duyguları ile başa çıkması veya uygun şekilde kanalize etmesi durumudur. Öfkelendiğimizde kırıncı söz söylemekten kaçınmak, tehlike hissinde dikkatimizi başka bir yöne vermek ya da gülmememiz gerektiği

yerde gülmeyi engellemek gibi günlük yaşamda birçok alanda duygu düzenlemesi kullanılmaktadır. Durumlar tarafından tetiklenen duygular, birey tarafından kontrol altında tutulup, daha az ya da daha çok şekilde yaşanabilmektedir (Gürer, 2019).

Duygu düzenleme denilince ilk akla gelen olumsuz duyguların dizginlenmesidir fakat duygu düzenleme daha geniş anlamlar taşıtmaktadır. Duygu düzenlemeden ilk anlaşılan duyguların kendiliğinden düzenlemesi, olumlu veya olumsuz duyguların düzenlenmesidir. İkinci olarak duygu düzenleme; düşünce, davranış ve genel olarak tepki sisteminde duygunun etkin rol oynayıp yaptığı düzenlemedir. Buradan da anlaşıldığı üzere duygu düzenleme, hem kendisi için etkin olmakta hem de düşünce sisteminden davranışlara kadar geniş bir yelpaze de etkin olmaktadır (Gross ve Thompson, 2007).

Duygu düzenleme, bilinçli-bilinçsiz veya kontrollü-otomatik olabilmektedir. Aynı zamanda duygunun başlaması birçok nedene bağlı olduğundan ve içeriği farklılaştığından duygu tepkilerinin başlaması, şiddeti ve sonlanma süresi değişiklik göstermektedir. bu durum duygu düzenleme sresinin ne kadar sürdüğüne dair net bir bilgi olmadığını göstermektedir. Bir başka ikilem ise; duygu düzenlemeyi içsel mekanizmaların mı yoksa dışsal etkenlerin mi sağladığıdır. İçsel düzenleme bireyin kendi benliğinde yaptığı duygu düzenlemesidir. Örneğin, uygun olmayan bir ortamda gelen gülme tepkisini kişinin bastırması içsel duygu düzenlemedir. Dışsal düzenleme ise bir başka bireyin diğer bireyin duygularını düzenlemesidir. Örneğin, fkeli birini arkadaşının yatıştırması dışsal duygu düzenlemesidir (Gross ve Thompson, 2007).

Duygu düzenlemeye dair yukarıda saydığımız ikilemlere rağmen bu düzenlemenin hangi mekanizma ile yapıldığını araştıran Gross ve Thompson ‘‘ncl odaklı’’ ve ‘‘yanıt odaklı’’ olmak üzere iki yöntem önermişlerdir. İsimlerinden de çıkarım yapılabileceği gibi *ncl odaklı* yöntem, duygusal ve fiziksel tepkiler ortaya çıkmadan devreye sokulan teknikler barındırırken, *yanıt odaklı* yöntem ise duygu yanıtı oluşmaya başlarken veya ortaya çıktıktan sonra değiştirilmesi ve düzenlenmesidir. Gross ve Thompson, duygu düzenlemede süreç modelinde beş önemli noktanın olduğunu savunurlar: durum seçimi, durum modifikasyonu, dikkatin yer değiştirmesi, bilişsel değişim ve yanıt modülasyonudur.

Durum seçimi, tecrübelerimiz, olay ve kişilere yüklediğimiz anlamlar ve beklentilerimiz doğrultusunda seçim yapmamızdır. Diğer bir deyişle, bireyin istediği bir duyguyu tekrar yaşamak veya istemediği bir duyguyu bir daha yaşamak için

durumlar arasında seçim yapmasıdır. İleriye yönelik, öncül odaklı bir yöntemdir. Daha önce zevk almadığı bir arkadaş toplantısına gitmek yerine evde kalmayı tercih etmek gibi örneklendirilebilir.

Durum modifikasyonu, durumun içerisinde yer alırken bilindik duygunun tekrar yaşanmaması için uygulanan stratejidir. Dışsal düzenlemeler sonrasında olumsuz sonuçlanan durum olumsuz duygusal sonuca yol açmadan önü kesilmiş olur. Zeck alınacak planların bir anda iptal olması aynı mekanda aynı kişiler ile farklı aktiviteler yapabilmek bu duruma örnek olarak gösterilebilir.

Dikkatin yer değiştirmesi ise ilk iki stratejinin uygulanamayacağı durumlar için kullanılır. Bu stratejinin iki aşaması vardır; dikkat dağıtma ve konsantrasyon sağlamak. Dikkat dağıtmak o ortamdan o durumdan dikkati tamamen uzaklaştırmak ve farklı yönlelere çevirmektir. Konsantrasyon ise dağınık olan dikkatin duygusal özelliklerine yoğunlaşır.

Bilişsel değişim, hiçbir kaçınma güvenlik davranışı gösterilemeyen durumlarda kişinin içinde bulunduğu duruma farklı gözle bakması ve değerlendirmesidir. Burada kişi hedef duruma yüklenen mevcut duygusal önemi değiştirmektir. Örneğin, birey içinde bulunduğu istenmeyen ve zor durumu, ondan daha zor durumda olan kişileri düşünerek negatif duygu yükümüzü azaltabilir.

Tepki düzenleme (modülasyonu), diğer stratejilerden farklı olarak duygu ortaya çıktıktan sonra kullanılan bir stratejidir. Duygu ortaya çıkmıştır ve düzenleme için tepki eğilimlerine yoğunlaşılmasıdır (Gross ve Thompson, 2007). Tepki düzenleme stratejisini yeri geldiğinde kişinin devreye sokabilmesi için önceden kendisine yatırım yapmış olması gerekmektedir. Kendine zaman ayıran, mutlu anlar biriktirmeyi bilen kişi duygu düzenleme esnasında olumlu anıları çağırabilir. Öncesinde spor yapma alışkanlığı olan kişi duygu düzenleme için nefes egzersizleri ile duygularını düzenleyebilir.

Duygu düzenlemede yukarıda geçen beş stratejiyi uygulamak yerine daha pratik olan iki strateji daha yaygın kullanılmaktadır. Bunlar, bilişsel değerlendirmenin yeniden yapılması ve duyguların bastırılmasıdır. Bilişsel değerlendirmenin yeniden yapılması bilişsel değişimle benzerlik göstermektedir. Birey, gelecek olan duygu daha oluşumunu tamamlamadan durumu tekrar değerlendirerek gelecek duygunun şiddetini hafifletir. Bastırmak ise gelen duygunun

dışarı tepki olarak yansımaları engellemektedir. Bastırmada duygunun gereği olan fiziksel tepkiler verilmez ve kişi kendisini engeller (Gürer, 2019). Yapılan son dönem çalışmalar, bastırılan duyguların psikosomatik ve gerçek patolojik hastalıkları tetiklediği yönündedir.

Duygu düzenleme kişilerin duygularını nasıl yaşayacaklarını ve tepki olarak nasıl yansıtacaklarını çalışmaktadır. Yaşanılan duygu ile durum arasında denklik olmadığında, duygular daha fazla yaşandığında ya da duygu bastırılarak yaşanmadığında sorun oluşturmaktadır. Örnek olarak, bireyin öfkesini çok şiddetli ve uzun süre gösterdiği durumlarda o anlık rahatlama hissi yaşaması fakat uzun süreçte sosyalliğinin zarar görmesi gösterilebilir. Öfke duygusunu düzenleyemeyen kişi, çevresi tarafından dışlanmaya maruz kalmaktadır (Warnwr ve Gross, 2010).

Duygu düzenlemede takip edilmesi gereken aşamalar vardır. Bu aşamaların birini eksikliği bile duygu düzenlemede güçlüğü neden olmaktadır. Duygu düzenleme için öncelikle kişinin duygusunun farkında olması gerekir. *Duygu farkındalığı*, günümüz toplumunda bireylerin en zor kazandıkları beceridir. Duygusu sorulan yetişkinler duygu ismi vermek yerine düşüncelerini söylemektedirler. *Duygusal tepkinin anlaşılması*, duygusunun farkında olan kişinin kendisini izlemi mümkündür. Hangi duygusuna nasıl tepki verdiğini bilmesi kişinin iç görü sahibi olduğunun da kanıtıdır. Duygunun kabulü, kişinin kendisini kabulünü gösterir. Duygu düzenleme stratejilerinin kullanılması, dürtü kontrolü ve olumlu ya da olumsuz duygu yaşarken hedefine uygun davranmak diğer aşamalardır. Bu aşamaları takip eden birey duygu düzenlemeyi başarılı şekilde gerçekleştirebilir. Bu da kişinin otokontrolünün gelişmiş olduğunun göstergesidir (Gratz ve Roemer, 2004).

2.5. MS’de Kişilik Özellikleri, Duygu Düzenleme ve Hastalığı Kabul

MS, merkezi sinir sistemini hedef alan, kronik bir hastalıktır. Bu özellikleri ile hastalarda sinir sistemini hem fiziksel hem de bilişsel özellikler açısından etkilemektedir. MS ile ilgili yapılan çalışmalar, çoğunlukla hastalarda görülen ruhsal rahatsızlıkların varlığı ve derecelerini araştırmaya yönelik olmuştur. Türkiye MS örnekleminde de hastaların gösterdikleri semptomlar veya yaşadıkları engellilik durumlarının depresyon, stres ve anksiyete ile olan ilişkisi çalışılmıştır. Hastalığın tanı konulması ile başlangıç yaşı bilinemediği için MS örnekleminde, duygu durum bozuklukları ve kişilik özellikleri değişkenleri bağlamında deneysel çalışma yapmak mümkün olmamaktadır.

MS ile kişilik özelliklerini ilişkiselliğine yönelik, Türkiye örnekleminde akademik yazında veriler çok kısıtlıdır. Üstün' ün 2011 yılında MS hastaları ile yaptığı çalışmada yorgunluk ve mizaç/karakter profili arasındaki ilişki çalışılmıştır. Çalışmada MS hastalarının kontrol grubu olan sağlıklı bireylere göre daha yorgun oldukları tespit edilmiştir. MS hastalarında yorgunluk değerleri daha yüksek olanların ise çekingen, pasif, kendine güveni olmayan, karamsar, kötümser ve hoşgörüsüz bireyler oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma sonuç olarak; MS semptomu olan yorgunluğun, mizaç ve karakter özelliklerini anlamlı olarak ilişki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Üstün, 2011).

MS ataklarından sonra oluşan kayıplarda veya engellilik durumlarında öne çıkanlar, motor becerilerdir. Bilişsel bozulmalar da hastalığın getirdiği zorluklardandır. Hastalarda planlama ve dikkat mekanizmalarında bozulmalar görülmektedir. Bilişsel ve motor becerilerde meydana gelen yavaşlama ve aksamalar bireyin duygu düzenleme süreçlerine de etki etmektedir (Kalmar, Gaudino, Moore, Halper ve Deluca 2008). MS üzerine yapılan uzun dönem çalışmalarında, ortak rapor edilen duygu durum bozuklukları; depresyon, sinirlilik, öforik ruh hali, dramatik ruh hali değişiklikleri ve duygusal kontrol eksikliğidir (Harel, Barak ve Achiron, 2007). Hastalığın semptomlarının duygu durumlarını etkilediğine dair yapılan çalışmalar daha çok depresyon üzerinden yürütülmüştür. Hastalarda görülen uyku bozuklukları ve ağrının, depresyon ile ilişkisini araştıran Özlem Dede (2012), depresyonun MS hastalarında ağrı oluşumunu en çok etkileyen faktör olduğunu çalışmasında ispatlamıştır. MS hastalarında duygu düzenleme güçlüğünü araştıran Gürer (2019) ise kontrol grubu ile kıyaslandığında, bu hastaların duygu düzenlemede daha fazla güçlü yaşadıklarını saptamıştır.

MS hastalarında Türkiye örnekleminde yapılan araştırmalar incelendiğinde hastalığı kabule yönelik yapılmış bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Hastalığı kabul çoğunlukla diyabet hastaları ile çalışılmıştır (Büyükkaya Besen ve Esen, 2009; Yılmaz, Şahin ve Türesin, 2019).

2.6. Kişilik Özellikleri ve Hastalığı Kabul

İnsanoğlunun kişilik yapısı, kendisine özgü özelliklerin bütünüdür. Maruz kalınan tavırlar, durumlar ve olaylara nasıl tepki verileceğinde en belirleyici faktör de kişilik özellikleridir. Kişilik özelliklerinin sürekliliği ile bireyin vereceği tepkiler tahmin edilebilmektedir. Kişiliğin sürekliliği, sosyal iletişimde sağlıklı etkileşimden,

bireyin karşılaştığı yeni durumlara ve şartlara göstereceği ruhsal tutum ve tepkilere kadar belirleyici olmaktadır (McCrae ve Costa, 1989). Hastalık gibi bireyin hiç planlamadığı ve tepki repertuarında var olmayan gerçekliklere dair gösterilecek tutum kişilik özelliklerine göre farklılaşmaktadır.

Hastalık kabulü için bireyin öncelikle hastalığını doğru anlaması gerekmektedir. Hastalığın getireceği zorlukları, kısıtlılıkları ve tedavi süresince değişecek yaşam standartlarını felaketleştirme yapmadan analiz edebilmelidir. Kabul ne kadar çabuk gerçekleşirse tedavi o kadar hızlı başlamaktadır. Kronik hastalıklarda ise kabul süreci biraz daha farklı işlemektedir. Kronik hastalıklarda süresiz bir uyum gerekmektedir. Hastanın yaşam standartlarını hastalığa göre değiştirmesi ve sosyal yaşam rollerinden kişisel değerlerine kadar birçok alanda yeni tanımlamalar yapması gerekmektedir (Büyükkaya Besen ve Esen, 2011).

Kişilik özellikleri, hastalığın kabulünden yönetimine kadar birçok alanda kilit rol oynamaktadır. Bireyin hastalığa karşı geliştireceği duygusal ve davranışsal tepkilerin temelini kişilik özellikleri belirlemektedir. Kişilik özelliklerine göre hastalığın gelişmesi ve semptomların şiddetinde dahi farklılıklar oluşmaktadır. Kişisel özelliklerin kaynak olarak tam verimli kullanılması, hastalıkların ve stresli yaşam olaylarının hem kabulünü hem de iyileşme süreçlerini pozitif etkilemektedir (Özcan, 1999).

Hastalığın kabulü ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında hastalığı kabul eden bireylerin daha pozitif kişilik özellikleri gösterdikleri görülmüştür. Kişilik özellikleri ile hastalığı kabul arasındaki ilişki ikili süreç mantığı ile ilerlemektedir. Hastalığını kabul edip tedaviye uyum gösteren bireyler, olumlu sonuç aldıkça, yaşam kaliteleri arttıkça hayata daha pozitif bakmakta ve pozitif yönlü kişilik özelliklerini daha da kuvvetlendirmektedirler. Hastalı kabul etmeyen savunmacı kişilik yapıları ise tedavi sürecine geçemedikleri için hayatlarını sürekliliğini sekteye uğratmakta ve yaşamı ertelemektedirler (Büyükkaya Besen ve Esen, 2011; Özcan, 1999).

Kişilik özellikleri ve hastalığı kabul değişkenleri üzerine Türkiye’ de yapılan çalışmalar incelendiğinde ilk olarak diyabet hastaları ile yapılan çalışmalar öne çıkmaktadır. Sözeri Özdem’in (2019) tip2 diyabetli hastalar ile yaptığı araştırmada farklı kişilik özellikleri ve farklı hastalığı kabul düzeylerine ulaşılmıştır. Hastalarda duygusal dengesizlik arttıkça hastalığın kabulünün azaldığı, sorumluluk arttıkça ise hastalık kabulünün arttığı saptanmıştır. Yapılan diğer araştırmalar da yukarıda

bahsedildiği gibi olumlu kişilik özellikleri ile hastalığı kabulü arasında pozitif yönlü ilişkiselliğin olduğunu göstermektedir (Büyükkaya Besen ve Esen, 2011; Özcan, 1999; Sözeri Özdem, 2019).

2.7. Kişilik Özellikleri ve Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme, içsel ve dışsal stratejiler kullanarak bireyin duygularının çeşidini, süresini ve yoğunluğunu dengede tutma çabasıdır. Birey duygusunu yönetebilmek için aktif rol oynar. Amaç, olumlu duyguları artırmak olumsuz duyguları azaltmaktır. Duygu düzenleme sürecinde kullanılan stratejiler ise gelişime açıktır ve işlevsel olmadığına değişime gidilir. Bireyin tercih ettiği duygu düzenleme stratejileri ise kişilik özelliklerine göre şekillenmektedir (Aldao, Sheppes ve Gross, 2014).

Kişilik özelliklerinin yapılan çalışmalarda duygu düzenlemede aktif rol oynadığı görülmüştür. Beş faktörlü kişilik özelliklerinin alt boyutlarından olan dışadönüklük ve nörotisizm diğer alt boyutlara göre duygu düzenleme sürecinde daha aktif rol oynamaktadır. Dışadönüklük kişilik özelliği yüksek olan bireylerin duygu düzenleme sırasında uyum stratejilerini kullanarak başarı derecelerini arttıkları görülmüştür. Nörotisizm kişilik özelliği yüksek olan bireylerin ise uyumsuz stratejiler kullanarak süreci daha zora ve çıkmaza sürükledikleri saptanmıştır. Dışadönük insanlar kendi olumsuz duygularını yatıştırmak için kendilerine iyi gelecek insanlara daha kolay ulaşıyorlar ve bu sayede ruhsal dengesizlik ve bozukluktan korunmuş oluyorlar (Gökdağ ve Naldöken, 2021).

Kişilik özellikleri ve duygu düzenleme ilişkiselliğine göre yapılan çalışmalarda farklı örneklem grupları ve yaş grupları kullanılmıştır. Spesifik kişilik özelliklerini ve duygu çeşitlerini alarak ilişki incelemeleri de yapılmıştır. Aktaş ve Şahin' in (2018) yaptıkları narsisistik özellik, öz-şefkat ve duygu düzenleme güçlüğü çalışmasında narsisizm puanları arttıkça duygu düzenleme güçlüğü puanlarının da arttığı görülmüştür. Yine özel bir grup olan anne ve çocuklarla yapılan çalışmada da anne kişiliğinin duygu düzenleme ile olan ilişkisine bakılmıştır. Anne ve çocuğun duygu düzenlemesinde annenin kişilik özelliklerinin önceliğine bakılmıştır. Sonuç olarak çocuğun duygu düzenleme güçlüğü annenin duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu ve annenin bazı kişilik özelliklerinin süreci etkilediği bulunmuştur (Bilge ve Sezgin, 2020).

Kahya ve Gençöz' ün yaptıkları derleme çalışmasında genel olarak çıkan sonuç, diğer çalışmaları desteklemektedir. Olumsuz kabul edilen nevrotisizm ve içe dönüklükte yüksek puan alan, olumlu kabul edilen açık, uyumlu ve öz disiplinli olmada düşük puan alan bireyler duygu düzenleme güçlüğü yaşamaktalar ve işlevsiz duygu düzenleme stratejilerini değişimde yetersiz kalmaktadırlar (Kahya ve Gençöz, 2020).

2.8. Hastalığı Kabul ve Duygu Düzenleme

Hastalığın kabulü, özellikle kronik rahatsızlıklarda tedavi ve yaşam kalitesi için ilk basamağı oluşturmaktadır. Kabulden sonra gelen süreçlerde hastalığa göre şekillenen yeni yaşam şartlarına ayak uydurmak ve düzenlemeler yapmak gerekmektedir. Bu düzenlemeler dahilinde sadece fiziki şartlar değil duygusal özellikler de yer almaktadır. Kronik hastalıkların getirdiği tedaviye yönelik belirsizlikler ve alışılmış yaşam standartlarının kaybı korkusu bireylerde stres düzeyini artırmakta duygu regülasyonunda aksaklıklara neden olmaktadır. Alanyazın incelendiğinde hastalık kabul ve duygu düzenleme ilişkisini ölçen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Duygu düzenlemenin bağımlı değişken olduğu kronik hastalıklar ve travmaların çalışmaları mevcuttur (Tuna, 2023). Fakat iki değişkeni bir arada içeren çalışmaya rastlanılmamıştır.

3. YÖNTEM

3.1. Örneklem

Araştırma kapsamında çalışılacak örneklem, olasılığa dayanmayan örnekleme türlerinden amaçlı örneklem yöntemiyle oluşturulmuştur. Korelasyonda orta düzey etki büyüklüğü hedeflemesine göre ($d= 0,30$), α hata olasılığı 0,05 ve $1-\beta$ hata olasılığı 0,95 olarak belirlenerek gerekli minimum örneklem sayısının 134 olduğuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak bu çalışmanın örneklem sayısının 150 olmasına karar verilmiştir. Araştırmaya toplamda 591 kişi katılmıştır. Araştırmaya karıştırıcı değişken olarak görülen başka kronik rahatsızlığı olan bireyler dahil edilmemiştir. Bu nedenle araştırmanın veri analizine başlamadan başka kronik rahatsızlığı olan, tüm verinin %12' sini oluşturan 112 kişi silinmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılımını bozan 11 kişi verilerden silinmiştir. Araştırma toplamda 467 katılımcının verileri ile yürütülmüştür.

Araştırma örneklemini 347 (%74,3) kadın ve 120 (%25,4) erkekten oluşmaktadır. Yaş faktörü gruplanarak 18-60 yaş gruplarına uygulanmıştır; 137 kişi (%29,3) 18-30 yaş grubunda, 195 kişi (%41,8) 31-40 yaş grubunda, , 135 kişi (%28,9)) 41-60 yaş grubunda yer almıştır. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında 289 (%61,9) kişi evli, 178 (%38,1) kişi bekardır. Örneklemin eğitim düzeyine bakıldığında; 129 (%27,6) kişi lisans öncesi, 116 (%24,8) kişi lisans, 222 (%47,5) kişi lisans sonrası mezunudur. Araştırmaya katılanların yaşadıkları yerlere bakıldığında çoğunluğu olan 432 (%92,5) kişi şehirde, 24 (%5,1) kişi kasabada ve 11 (%2,4) kişi de köyde yaşamaktadır. MS hastası olan katılımcıların ruhsal rahatsızlıkları sorgulandığında ise 416 (%89,1) kişi ruhsal bir rahatsızlıkları olmadığını, 51 (%10,9) kişi ise ruhsal rahatsızlıkları olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların 429'u (%91,9) MS için kullandıkları ilaç olduğunu, 38'i (%8,1) de kullandıkları bir ilaç olmadığını yazmışlardır. MS hastalarına kaç yılında tanı aldıkları sorularak tanının üzerinden geçen zaman da hesaplanmıştır ($X_{ORT.} = 7.56$, $S = 6,3$) (bkz. Tablo 3.1.).

Tablo 3.2. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Betimleyici İstatistikler

Değişkenler	N	%	Ort.	SS
Cinsiyet				
Kadın	347	74,3		
Erkek	120	25,7		
Yaş				
18-30	137	29,3		
31-40	195	41,8		
41-60	135	28,9		
Medeni Durum				
Evli	289	61,9		
Bekar	178	38,1		
Eğitim Düzeyi				
Lisans Öncesi	129	27,6		
Lisans	116	24,8		
Lisans Sonrası	222	47,5		
Yaşanılan Yer				
Köy	11	2,4		
Kasaba	24	5,1		
Şehir	432	92,5		
Ruhsal Rahatsızlığınız Var mı?				
Evet	51	10,9		
Hayır	416	89,1		
MS İçin Kullanılan İlaç Var mı?				
Evet	429	91,9		
Hayır	38	8,1		
Tanınım Üzerinden Geçen Zaman	466		7,56	6,3

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak; Kişisel Bilgi Formu, Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği, Hastalığı Kabul Ölçeği ve Duygu düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16) kullanılmıştır.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formun amacı; hem katılımcıların demografik bilgilerini edinmek hem de araştırmaya dahil edilmeyecek olan katılımcıları belirlemektir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, yaşadıkları yer, eğitim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sayısı, MS hastalığı tanısı aldıkları yıl, ruhsal rahatsızlıklarının olup olmadığı ve ilaç kullanıp kullanmadıklarına ilişkin bölümleri doldurmaları istenmiştir. Ayrıca MS hastalığı ile beraber başka bir kronik rahatsızlıkları olup olmadığı sorgulanarak başka kronik rahatsızlığı olanlar araştırmaya dahil edilmemişlerdir (bkz. Ek 2).

3.2.2. Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği

Gençöz ve Öncül (2012), kişilik özelliklerinin kültürler arası değişim gösterdiğini öne sürerek Türk kültürüne özgü kişilik ölçeği geliştirmişlerdir. Beş faktörlü kişilik modelini baz alarak hazırladıkları ölçek, kültürler arası kişilik farklılıkları savına dayanmaktadır. Çalışmalarını üç aşamada yürüten uzmanlar, Türk kültürü ve diline özgün ölçüm yapan, psikometrik, güçlü bir test aracı geliştirmişlerdir. Çalışmanın ilk aşamasında Türk kültüründe insanların en sık tanımlandıkları sıfatları ortaya çıkarmışlardır. İkinci aşamada ise belirledikleri örneklem grubundan, likert tipi ölçek ile kendilerine uygun kişilik özelliklerini belirlemelerini istemişlerdir. Çalışmanın sonunda 45 maddeden oluşan ve her bir faktörü en güçlü şekilde temsil eden, altı kişilik özelliğini esas alan Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği elde edilmiştir. Üçüncü aşamada ise yeni envanterin psikometrik özellikleri incelenmiştir.

Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği altı alt boyuttan ve 45 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi olarak uygulanan ölçekte ölçek maddeleri 1= Hiç uygun değil, 5= Bana çok uygun aralığında değerlendirilir (bkz. Ek 3.). Ölçeğin ters puanlanan maddeleri mevcuttur: 6, 7, 21, 22, 24, 32, 38, 39' uncu maddeler. Ölçeğin beş boyutu literatür ile uyumluluk göstermektedir; dışadönüklük (8 madde), uyumluluk (8 madde), sorumluluk (8 madde), duygusal tutarsızlık (9 madde), deneyime açıklık (6 madde). Türk toplumuna uygun olarak eklenen son alt boyut ise olumsuz değerlik (6 madde)' dir. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılıkları (Cronbach alfa katsayıları); dışadönüklük- .85, sorumluluk- .74, uyumluluk- .83, duygusal tutarsızlık (nevrotiklik)- .81, deneyime açıklık- .65 ve olumsuz değerlik- .69 olarak bulunmuştur. Alt boyutların iç güvenilirlik katsayıları; dışadönüklük için .89, sorumluluk için .85, uyumluluk için .85, duygusal tutarsızlık (nevrotiklik) için .83, deneyime açıklık için .80 ve olumsuz değerlik için .71 olduğu bulunmuştur. Altı alt maddenin madde-toplam korelasyon aralığı sırasıyla; .57-.77, .46-.66, .49-.66, .43-.72, .41-.68, .32-.54 olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği ise her alt madde için sırasıyla; .84, .80, .71, .81, .83, .72' dir.

Bu çalışmada kullanılan Temel Kişilik Özellikleri Ölçeğinin alt boyutları için iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa katsayısı); dışadönüklük alt boyutu için .84, sorumluluk için .80, uyumluluk için .84, duygusal tutarsızlık .80, deneyime açıklık .77 ve olumsuz değerlik .58 olarak hesaplanmıştır.

3.2.3. Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ)

Amerika’ da Felton ve Revenson tarafından 1984 yılında geliştirilmiş olan Acceptance of İllness- AIS [Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ)]’ i, Büyükkaya Besen ve Esen’ in 2009 yılında birlikte yürüttükleri çalışma ile Türkiye örnekleme uyarlanmıştır. Ölçeğin orijinalinin iç tutarlılığı (0,83) ve test tekrar test güvenirliği de yüksektir. Türkiye’ de yapılan çalışmada örneklem olarak tip 2 diyabet hastaları seçilmiştir. Araştırmaya katılan 80 kişiye orijinal ölçeğin Türkçe tercümesi uygulanmıştır. Araştırma sonunda hastalığı kabul ölçeğinin Türk toplumundaki tip 2 diyabetik hastalarda olan geçerliği ve güvenirliği yüksek bulunmuştur. Ölçek Türkiye’ de uygulandığı alanda iç geçerliği sağlamış ($t = 22, 139, p = .000$), zamana karşı değişmezliği tespit edilmiş ($r = 0,71, p = .000$) ve iç tutarlılığının yüksek olduğu görülmüştür (Cronbach Alfa= 0,79). Sonuç olarak HKÖ’ ün, Büyükkaya Besen ve Esen tarafından yapılan çalışma ile Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm olduğu kanıtlanmıştır (Büyükkaya Besen, Esen, 2011).

Ölçek sekiz maddeden oluşmaktadır. 5’ li likert tipi olan ölçek, “Tamamen Katılıyorum” 1 puan ile “Hiç Katılmıyorum” 5 puan arasında puan verilerek cevaplandırılmaktadır (bkz. Ek 4.). Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 8 iken en yüksek puan 40’ tır. Ölçeğin bir tek 6. maddesi ters puanlanmaktadır. Düşük puan alan hastanın, hastalığa uyum sağlayamadığı, ciddi fiziksel yakınmaları olduğu ve hastalığı kabulde zorlandığı anlaşılmaktadır. Alınan yüksek puanlar ise katılımcılarda hastalığın kabul edildiğini ve hastalıkla ilgili negatif duyguların olmadığını göstergesi olarak yorumlanmaktadır.

MS hastaları üzerinde yürütülen bu çalışmada hastalığı kabul ölçeğinin iç tutarlılığı (cronbach alfa kat sayısı) .85 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Duygu düzenlemeyi araştırmak amacıyla 2004 yılında Gratz ve Roemer bu başlılığı kavramlaştırma çalışması yürütmüşlerdir. Duygu düzenlemenin çeşitli bileşenlerini belirledikten sonra da Zorluklarda Duygu Düzenleme Ölçeğini (DERS) geliştirmişlerdir. Otuz altı madde ve altı alt boyuttan oluşan bu ölçeğin kısa formu ise 2016 yılında Bjureberg ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. DERS-16 adıyla uygulanan bu kısa form, on altı madde ve beş alt boyuttan oluşmuştur; netlik, dürtüler, hedefler, stratejiler ve kabullenme. Ölçeğin kültürler arası uyumunu güçlendirmek ve Türkiye’ de duygu düzenleme araştırmalarını kolaylaştıracak

DERS-16 Türkçe uyarlaması çalışması 2017 yılında İbrahim Yiğit ve Melike Güzel Yiğit tarafından yürütülmüştür. 18-28 yaş aralığında olan üniversite öğrencileri ile yürütülen çalışmada, ölçeğin Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin kısa formunun Türkiye örneklemine uyumu ve cinsiyetler arası eşdeğerliği araştırılmıştır. Sonuç olarak DERS-16' nın Türkiye örnekleminde de güçlü psikometrik özellik gösterdiği ve cinsiyetler arası beş faktörünün de uyumlu olduğu saptanmıştır (Yiğit, Güzel Yiğit, 2017).

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form on altı maddeden oluşmakta ve beşli likert tipi ölçüt olarak cevaplanmaktadır. Hemen hemen hiç, bazen, yaklaşık yarı yarıya, çoğu zaman, hemen hemen her gün cevapları tercih edilerek ifadeler eşleştirilir (bkz. Ek 5). Ölçeğin beş alt boyutu olumsuz duyguları yaşarken geliştirilen duygusal tepkiler üzerine şekillendirilmiştir; duyguyu anlamlandırmada yaşanan güçlük (açıklık), amaç odaklı davranışları gerçekleştirmede güçlük (amaçlar), duygu düzenleme stratejilerini uygulamada güçlük (stratejiler), duyguları kabulde güçlük (kabul etmeme), dürtü kontrolünde güçlük (dürtü) olarak sınıflanmıştır. Uyarlama çalışmasında geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's Alfa) .92 olduğu ve alt boyutlar için iç tutarlılık kat sayısının .78 ile .87 arasında değiştiği tespit edilmiştir.

MS hastaları ile yapılan bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach's Alfa), .95 olarak bulunmuştur. Alt boyutların iç tutarlılık kat sayıları; açıklık .87, amaçlar .84, dürtü .86, stratejiler .89 ve kabul etmeme .85 olarak bulunmuştur.

3.3. İşlem

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan alınan, araştırmanın yürütülebilirliğine ilişkin onay ile araştırma sürecine başlanılmıştır (bkz. Ek 6.). Araştırmanın anketi Google formda hazırlanmış ve online olarak katılımcılara ulaştırılmıştır. Anketlerde gönüllü katılım esas alınmıştır. Bir kişinin tüm anketi cevaplama ortalama 15 dakikadır. Araştırmanın örneklemini Türkiye MS Derneği'nin katkılarıyla sosyal medya üzerinden toplanmıştır.

3.4 Verilerin Analizi

MS hastalarıyla yapılan bu çalışmada değişkenler arası ilişkiler ve değişkenlerin birbirini nasıl yordadığını incelemek amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Örneklemden toplanan veriler SPSS-22 programı kullanılarak

yorumlanmıştır. MS hastalarından elde edilen verileri özetlemek için betimleyici istatistiklere başvurulmuştur. Katılımcıların demografik bilgileri ve ölçek puanları arasındaki farklılıkların anlamlılık düzeyleri incelenmiştir. Bu amaçla demografik değişkenlerin; Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'ne göre nasıl farklılaştığını ölçmek amacıyla çok yönlü varyans analizi (MANOVA), Hastalık Kabul Ölçeği'ne göre nasıl farklılaştığını ölçmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız gruplar için t testi uygulanmıştır. Korelasyon Analizi kullanılarak değişkenler arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Son olarak hiyerarşik regresyon analizi ile değişkenler arasındaki yordamalar tespit edilmiştir.

Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği alt boyutları; dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal tutarsızlık, deneyime açıklık ve olumsuz değerlilik, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme, Hastalığı Kabul Ölçeği değişkenlerinin normallik sayıtlarını test etmek için değişkenlerin çarpıklık basıklık katsayılarına bakılmıştır. Değişkenlerin normallik sayıtlısını karşılamaları için Skewness ve Kurtosis değerleri -1.5 ile +1.5 olarak kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Değişkenlerin dağılımlarının normallik sayıtlısını karşıladıkları Tablo 3.2. de gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Değişkenlerin Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları

Değişkenler	Skewness	Kurtosis
Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği		
Dışadönüklük	-.37	-.15
Uyumluluk	-.66	.12
Sorumluluk	-.65	.92
Duygusal Tutarsızlık	.03	-.32
Deneyime Açıklık	-.53	.72
Olumsuz Değerlilik	1.06	.92
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	.26	-.80
Açıklık	.36	-.82
Amaçlar	-.28	-.96
Dürtü	.62	-.64
Stratejiler	.25	-.94
Kabul Etmemeye	.48	-.92
Hastalığı Kabul Ölçeği	-.45	-.80

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Değişkenlerinin Betimleyici Özellikleri

Çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının betimleyici özellikleri olan ortalamalar, standart sapmalar, Cronbach alfa (iç tutarlılık katsayıları), minimum ve maksimum puanları SPSS programında hesaplanmıştır ve katılımcı sayıları ile beraber Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Değişkenlerin Betimleyici Özellikleri

	N	Ort.	S.	Min-Max.	Cronbach Alfa
TKÖ					
Dışadönüklük	467	3.59	.80	1-5	.84
Uyumluluk	467	4.36	.50	1-5	.84
Sorumluluk	467	3.88	.67	1-5	.80
Duygusal Tutarsızlık	467	2.88	.77	1-5	.80
Deneyime Açıklık	467	3.62	.71	1-5	.77
Olumsuz Değerlik	467	1.48	.43	1-5	.58
DDGÖ-16	467	43.68	16.45	16-80	.95
Açıklık	467	2.67	1.19	1-5	.87
Amaçlar	467	3.34	1.18	1-5	.84
Dürtü	467	2.39	1.16	1-5	.86
Stratejiler	467	2.72	1.16	1-5	.89
Kabul Etmeme	467	2.49	1.24	1-5	.85
HKÖ	467	28.27	8.17	8-40	.85

Not: TKÖ = Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği, DDGÖ-16 = Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, HKÖ = Hastalığı Kabul Ölçeği

4.2. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Araştırmada kullanılan demografik değişkenlerin (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşanan yer, kullanılan ilacın varlığı ve yokluğu, ruhsal rahatsızlığın varlığı ve yokluğu) yine araştırmada kullanılan ölçeklerle olan farklılıklarının tespiti amaçlanmıştır. Ankette kullanılan ölçeklerin alt boyutları için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) kullanılmıştır ve anlamlı çıkan sonuçlar rapor edilerek yazılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin ortalama, standart sapma değerleri, cronbach alfa katsayıları ve minimum/maksimum değerleri Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

4.2.1. Araştırma Değişkenlerinde Cinsiyet Farklılıkları

Analizin bu kısmında bağımsız değişken olarak alınan cinsiyet değişkeni kadın ve erkek olarak kategorize edilmiştir. Cinsiyet açısından farklılıkları ölçmek amacıyla alınan bağımlı değişkenleri araştırmanın ölçütleri ve alt boyutları

oluşturmaktadır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyutları açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme ile cinsiyet arasındaki farklılıkları ölçmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Hastalığı Kabul Ölçeğinde de toplam puan alınarak bağımsız gruplar için t testi uygulanmıştır.

4.2.1.1. Cinsiyet ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutları

Araştırmada cinsiyet bağımsız değişkeni alınarak duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etme bağımlı değişkenleri ile analizleri yapılmıştır. Yapılan MANOVA analizinin sonuçlarına göre, tek değişkenli, çok değişkenli, normallik, kovaryans matrisleri homojenliği (*Box's M* = 8,46, *F* (15,205) = .55, $p > .05$) ve varyans homojenliği sağlandığı için Wilks' Lambda (*F* (5,461) = 2.03, $p = .07$, *Wilks' A* = .98, $\eta^2 = .022$) çok değişkenli test istatistiğine göre veriler yorumlanmıştır. Analiz sonuçları, cinsiyete göre duygu düzenleme güçlüğü açısından anlamlı bir farklılık yaşanmadığını göstermiştir (bkz. Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Cinsiyet ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutları

	Cinsiyet		Multivariate	Univariate	Wilk's Lambda	η^2
	Kadın	Erkek	<i>F</i> (15,205)	<i>F</i> (1,465)		
DDÖ			.55		.98	.022
Aç.	2,73	2,50		3.20		.007
A	3,42	3,1		6.79		.014
D	2,43	2,3		1.06		.002
S	2,80	2,5		6.04		.013
KE	2,53	2,35		1.99		.004

Not: DDÖ =Duygu Düzenleme Güçlüğü, Aç = Açıklık, A = Amaçlar, D = Dürtü, S =Strateji, KE = Kabul Etmeme

4.2.1.2. Cinsiyet ve Hastalığı Kabul Ölçeği

Araştırmanın hastalığı kabul bağımlı değişkeninde cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını araştırmak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Analiz sonucunda kadın ve erkeklerin hastalığı kabul değerleri dağılımının homojen varyanslı ($F = .076$, $p = .78 > .01$) olduğu görülmüştür. MS hastalarının cinsiyetlerine göre hastalığı kabul puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t = 1.01$, $p = .30$) (bkz. Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Cinsiyet ve Hastalığı Kabul Ölçeği

	Cinsiyet		SS		t	P
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek		
HKÖ	3,56	3,45	1,02	1,02	1,01	.30

Not: HKÖ = Hastalığı Kabul Ölçeği, SS = Standart Sapma

4.2.2. Araştırma Değişkeninde Yaş Farklılıkları

Yaş bağımsız değişkeni araştırmacı tarafından dört kategoride örnekleme uygulanmıştır; 18-30 yaş beliren yetişkinleri, 31-40 yaş genç yetişkinleri, 41-60 yaş orta ve ileri yetişkinleri kapsamaktadır. Yaş grupları açısından farklılıkları ölçmek amacıyla alınan bağımlı değişkenleri araştırmanın ölçütleri ve alt boyutları oluşturmaktadır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyutları açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmemede cinsiyet farklılıklarını ölçmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Hastalığı Kabul Ölçeğinde de toplam puan alınarak tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

4.2.2.1. Yaş ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları

Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etme bağımlı değişkenlerinde dört yaş grubuna göre farklılaşmaları test etmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Tek değişkenli, çok değişkenli normallik, kovaryans matrisleri homojenliği ve varyans homojenliği varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığına bakılmıştır. Kovaryans matrisleri homojenliği ($Box's M = 56,24$, $F(30,566) = 2.17$, $p < .01$) varsayını karşılanmadığı için Pillai' s Trace çok değişkenli test istatistiğine bakılarak veriler yorumlanmıştır ve anlamlı farklılıklar görülmüştür ($F(10,922) = 2.86$, $p = .002$, Pillai's Trace = .060, $\eta^2 = .030$). Anlamlı farklılık çıktığı için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır ve alfa değeri .01 alınmıştır.

Duygu Düzenleme Ölçeği alt boyutlarından; açıklık ($F(2,464) = 9.21$, $p < .01$, $\eta^2 = .038$), amaçlar ($F(2,464) = 8.60$, $p < .01$, $\eta^2 = .036$), dürtü ($F(2,464) = 7.34$, $p < .01$, $\eta^2 = .031$) ve stratejiler ($F(2,464) = 6.25$, $p < .01$, $\eta^2 = .026$) alt boyutlarında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Duygu Durum Ölçeğinin alt boyutlarından sadece kabul etmeme alt boyutunda yaşa göre istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır.

Yaşa göre duygu düzenleme güçlüklerine bakıldığında 18-30 yaş grubunda ($Ort. = 3.01$, $S = 1.22$), olanların 31-40 yaş grubunda olanlardan ($Ort. = 2.61$, $S =$

1.13), 41-60 yaş grubunda olanlardan (Ort. = 2.42, S = 1.18) açıklık alt boyutunda daha çok zorlandıkları görülmüştür. Amaç alt boyutuna bakıldığında 18-30 yaş grubunun (Ort. = 3.66, S = 1.08), 31-40 yaş grubuna (Ort. = 3.29, S = 1.19), 41-60 yaş grubuna (Ort. = 3.08, S = 1.19) yaş grubuna göre amaçlı olmada daha çok zorlandıkları saptanmıştır. Dürtü alt boyutunda 18-30 (Ort. = 2.69, S = 1.21), yaş grubunun 31-40 yaş grubuna (Ort. = 2.36, S = 1.17) ve 41-60 yaş grubuna (Ort. = 2.15, S = 1.14) göre daha dürtüsel oldukları görülmüştür. Strateji alt boyutunda 18-30 yaş grubunun (Ort. = 2.98, S = 1.10), 31-40 yaş grubuna (Ort. = 2.69, S = 1.19) ve 41-60 yaş grubuna (Ort. = 2.49, S = 1.14) göre strateji belirlemede daha çok zorlandıkları görülmüştür (bkz. Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Yaş ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutları

	Yaş			Multivariate	Univariate	Pillai' s Trace	ηp^2
	1	2	3	F (10,922)	F (2,464)		
DDÖ				2,862		.060	.030
Aç.	3.01	2.61	2.52		9.21		.038
A	3.66	3.29	3.14		8.60		.036
D	2.69	2.36	2.25		7.34		.031
S	2.98	2.69	2.57		6.25		.026
KE	2.62	2.50	2.41		1.80		.008

Not: DDÖ =Duygu Düzenleme Güçlüğü, Aç = Açıklık, A = Amaçlar, D = Dürtü, S =Strateji, KE = Kabul Etmeme, 1= 18-30, 2= 31-40, 3= 41-60

4.2.2.2. Yaş ve Hastalığı Kabul Ölçeği Alt Boyutları

Araştırmada kullanılan yaş bağımsız değişkeninin dört alt grubuna göre ile hastalığı kabul düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılarak bakılmıştır. Analiz sonucunda yaş gruplarına göre hastalığı kabul puanlarına ait dağılım homojen varyanslı ($p > 0.1$) olarak bulunmuştur. MS hastalarının yaş grupları değişkenin hastalık kabul puanları üzerinde anlamlı bir farklılığı görülmemiştir ($F (2,464) = 1,14, p = .32, \eta^2 = 1,19$) (bkz. Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Yaş ve Hastalığı Kabul Ölçeği

	Yaş	Ort.	SS	F	P
				1.14	.32
HKÖ	1	3.60	.99		
	2	3.55	1.01		
	3	3.42	1.05		

Not: HKÖ = Hastalığı Kabul Ölçeği, 1= 18-30, 2= 31-40, 3= 41-60

4.2.3. Araştırma Değişkeninde Eğitim Düzeyi Farklılıkları

Eğitim düzeyi bağımsız değişkeni araştırma kapsamında altı boyutta kategorize edilmiştir; Lisans Öncesi, Lisans, Lisans Sonrası. Katılımcıların eğitim düzeylerinin oluşturduğu farklılıkları ölçmek amacıyla kullanılan bağımlı değişkenleri, araştırmanın ölçütleri ve alt boyutları oluşturmaktadır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme ile eğitim düzeyleri arasındaki farklılıkları ölçmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Hastalığı Kabul Ölçeğinde de toplam puan alınarak ANOVA uygulanmıştır.

4.2.3.1. Eğitim Düzeyi ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları

Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmemenin katılımcıların eğitim düzeyleri açısından nasıl bir farklılık gösterdiğini saptamak için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Öncelikle tek değişkenli, çok değişkenli normallik, kovaryans matrisleri homojenliği ve varyans homojenliği varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığına bakılmıştır. Kovaryans matrisleri homojenliği ($Box's M = 36,627$, $F(30,431) = 1.20$, $p > .05$) varsayımı karşıladığı için Wilks' Lambda çok değişkenli test istatistiğine bakılarak veriler yorumlanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür ($F(10,922) = 2.02$, $p = .028$, $Wilks' A = .95$, $\eta^2 = .02$). Anlamlı farklılık görüldüğü için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Tek değişkenli analizler için alfa değeri .01' den düşük alınmıştır. Yapılan düzeltme sonucunda tek değişkenli analiz yorumlanmış ve Duygu Durum Ölçeği alt boyutlarından amaçlar alt boyutunun eğitim düzeyi ile arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (bkz. Tablo 4.6.).

Eğitim düzeylerine göre duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarına bakıldığında lisans sonrası eğitim düzeyinde olan katılımcıların ($Ort. = 3.49$, $S = 1.07$) lisans öncesi katılımcılardan ($Ort. = 3.07$, $S = 1.25$) ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Lisans öncesi katılımcılar amaçlarını belirlemede lisans sonrası katılımcılarına göre daha az zorluk yaşamaktadırlar.

Tablo 4.6. Eğitim Düzeyi ve Duygu Durum Düzenleme Güçlüğü

	Eğitim Düzeyi			Multivariate F (10,922)	Univariate F (2,464)	Wilks' Λ	ηp^2
	1	2	3				
DDÖ				2.02		.95	.021
Aç.	2.73	2.69	2.63		.30		.001
A	3.07	3.33	3.49		5.33		.022
D	2.29	2.41	2.45		.73		.003
S	2.61	2.73	2.78		.85		.004
KE	2.40	2.45	2.56		.70		.003

Not: DDÖ = Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Aç = Açıklık, A = Amaçlar, D = Dürtü, S = Strateji, KE = Kabul Etmeme, 1= Lisans Öncesi, 2= Lisans, 3= Lisans Sonrası

4.2.3.2. Eğitim Düzeyi ve Hastalığı Kabul Ölçeği Alt Boyutları

Eğitim düzeyi bağımsız değişkeni araştırma kapsamında altı boyutta kategorize edilerek lisans öncesi, lisans, lisans sonrası şeklinde alınmıştır. Eğitim düzeylerinin hastalık kabul ile homojen dağılım gösterip göstermediğini ve istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını test etmek için için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Analiz sonuçlarında verinin homojen dağılım ($p = .96 > .01$) gösterdiği bulunmuştur. Eğitim düzeylerine göre hastalık kabul ölçeği ile anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($F (2,464) = 1.26, p > .01$) (bkz. Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Eğitim Düzeyi ve Hastalığı Kabul Ölçeği

	Eğitim Düzeyi		Ort.	SS	F	P
	1	2				
HKÖ	1	3.45	1.02		1.26	.28
	2	3.47	1.00			
	3	3.61	1.02			

Not: HKÖ = Hastalığı Kabul Ölçeği, 1= Lisans Öncesi, 2= Lisans, 3= Lisans Sonrası

4.2.4 Araştırma Değişkenlerinde Medeni Durum Farklılıkları

Araştırmanın demografik değişkenlerinden olan medeni durum iki boyutta alınarak analiz edilmiştir. Evli ve bekar alt boyutları MS tanısı almış hastalar tarafından tercih edilmiştir. Bağımsız değişken olarak alınan katılımcıların medeni durumuna göre araştırma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığına bakılmıştır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme ile medeni durum kategorileri arasındaki farklılıkları ölçmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Hastalığı Kabul Ölçeğinde de toplam puan alınarak bağımsız gruplar için t testi uygulanmıştır

4.2.4.1. Medeni Durum ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları

Araştırmada medeni durum bağımsız değişkeni alınarak duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etme bağımlı değişkenleri ile analizleri yapılmıştır. Tek değişkenli, çok değişkenli, normallik, kovaryans matrisleri homojenliği ($Box's M = 20.393$, $F(15, 565991) = 1.343$, $p > .01$) ve varyans homejenliği sağlandığı için Wilks' Lambda ($F(5, 461) = 1.912$, $p = .091$, $Wilks' \Lambda = .980$, $\eta^2 = .02$) çok değişkenli test istatistiğine göre veriler yorumlanmıştır. Medeni duruma göre göre duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (bkz. Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Medeni Durum ve Duygu Durum Düzenleme Güçlüğü

	Medeni Durum		Multivariate	Univariate	Wilks' Λ	η^2
	Evli	Bekar	$F(5, 461)$	$F(1, 465)$		
DDÖ			1.91		.98	.020
Aç.	2.63	2.74		.92		.002
A	3.21	3.54		8.84		.019
D	2.33	2.50		2.26		.005
S	2.64	2.85		3.51		.007
KE	2.43	2.57		1.30		.003

Not: DDÖ = Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Aç = Açıklık, A = Amaçlar, D = Dürtü, S = Strateji, KE = Kabul Etmeme,,

4.2.4.2 Medeni Durum ve Hastalığı Kabul Ölçeği

Yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre, evli olan MS hastası katılımcıların hastalık kabul ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ile bekar katılımcıların ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($t(465) = 1.07$, $p = .28 > .01$). Bu durumda medeni durumun hastalığı kabul ölçeği puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür (bkz. Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Medeni Durum ve Hastalığı Kabul Ölçeği

	Medeni Durum		SS		T	P
	Evli	Bekar	Evli	Bekar		
HKÖ	3,57	3,46	.97	1.08	1.07	.28

Not: HKÖ = Hastalığı Kabul Ölçeği, SS = Standart Sapma

4.2.5 Araştırma Değişkeninde Yaşanılan Yer Farklılıkları

Araştırmanın demografik değişkenlerinden olan yaşanılan yer değişkeni üç grupta sınıflandırılmıştır; köy, kasaba, şehir. Yaşanılan yer analiz yapılırken bağımsız değişken olarak alınmıştır. Bağımlı değişken olarak alınan ölçekler ve alt

boyutları ile yaşanan yer arasında anlamlı farklılık olup olmadığına bakılmıştır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme ile yaşanan yer arasındaki farklılıkları ölçmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Hastalığı Kabul Ölçeğinde de toplam puan alınarak tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

4.2.5.1. Yaşanılan Yer ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları

Araştırmada yaşanan yer bağımsız değişkeni duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etme bağımlı değişkenleri ile analizleri yapılmıştır. MANOVA sonuçlarına göre, tek değişkenli, çok değişkenli, normallik, kovaryans matrisleri homojenliği ($Box's M = 37.308$, $F(30,2796) = 1.071$, $p > .01$) ve varyans homejenliği sağlandığı için Wilks' Lambda ($F(10,920) = 1.648$, $p = .089$, $Wilks' \Lambda = .965$, $\eta^2 = .018$) çok değişkenli test istatistiğine göre veriler yorumlanmıştır. Yaşanılan yere göre duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (bkz. Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Yaşanılan Yer ve Duygu Durum Düzenleme Güçlüğü

	Yaşanılan Yer			Multivariate	Univariate	Wilks' Λ	η^2
	1	2	3	$F(10,920)$	$F(2,464)$		
DDÖ				1.64		.96	.018
Aç.	2.81	2.70	2.67		.08		.000
A	3.15	3.65	3.32		.99		.004
D	2.66	2.41	2.39		.28		.001
S	2.63	2.49	2.74		.54		.002
KE	2.21	2.29	2.50		.62		.003

Not: DDÖ = Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Aç = Açıklık, A = Amaçlar, D = Dürtü, S = Strateji, KE = Kabul Etmeme,,, 1= Köy, 2= Kasaba, 3= Şehir

4.2.5.2 Yaşanılan Yer ve Hastalığı Kabul Ölçeği

MS hastalarının hastalık kabul puanının yaşanan yer gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Dağılımların homojen olduğu görülmüştür ($p = .313 > .01$). Analiz sonucunda hastalık kabul ölçeğinde elde edilen toplam puanların yaşanan yer gruplarına göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği saptanmıştır ($F(2,464) = .285$, $p = .752 > .001$.) (bkz. Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Yaşanılan Yer ve Hastalığı Kabul Ölçeği

	Yaşanılan Yer	Ort.	SS	F	P
				.28	.75
	1	3.30	.99		
HKÖ	2	3.51	.96		
	3	3.54	1.02		

Not: HKÖ = Hastalığı Kabul Ölçeği, 1= Köy, 2= Kasaba, 3= Şehir

4.2.6 Araştırma Değişkeninde İlaç Kullanımı Farklılıkları

MS hastalarının ilaç kullanımlarını sorgulayan demografik değişken evet-hayır olmak üzere iki boyutta cevaplandırılmıştır. Katılımcıların tercih ettikleri cevap seçeneğine göre veriler analiz edilmiştir. Araştırma değişkenlerinin bağımsız değişken olarak alınan ilaç kullanımı varlığı ve yokluğuna göre farklılığı araştırılmıştır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme ile ilaç kullanımı arasındaki farklılıkları ölçmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Hastalığı Kabul Ölçeğinde de toplam puan alınarak bağımsız gruplar için t testi uygulanmıştır.

4.2.6.1. İlaç Kullanımı ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları

Araştırmada ilaç kullanımının varlığı-yokluğu bağımsız değişkeni ile duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etme bağımlı değişkenleri ile analizleri yapılmıştır. Tek değişkenli, çok değişkenli, normallik, kovaryans matrisleri homojenliği ($Box's M = 7.362$, $F(15,15854) = .467$, $p > .01$) ve varyans homejenliği sağlandığı için Wilks' Lambda ($F(5,461) = .812$, $p = .54$, $Wilks' \Lambda = .99$, $\eta p^2 = .009$) çok değişkenli test istatistiğine göre veriler yorumlanmıştır. İlaç kullanımı varlığı ve yokluğuna göre duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (bkz. Tablo 4.12).

Tablo 4.12. İlaç Kullanımı ve Duygu Durum Düzenleme Güçlüğü

	İlaç Kullanımı		Multivariate	Univariate	Wilks' Λ	ηp^2
	Evet	Hayır	$F(5,461)$	$F(1,465)$		
DDÖ			.81		.99	.009
Aç.	2.67	2.71		.033		.000
A	3.34	3.25		.222		.000
D	2.39	2.47		.158		.000
S	2.73	2.56		.792		.002
KE	2.50	2.34		.591		.001

Not: DDÖ = Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Aç = Açıklık, A = Amaçlar, D = Dürtü, S = Strateji, KE = Kabul Etmeme,,

4.2.6.3 İlaç Kullanımı ve Hastalığı Kabul Ölçeği

Yapılan analiz sonucunda, ilaç kullanan MS hastası katılımcıların hastalık kabul ölçeğinden aldıkları puanların ilaç kullanmayan katılımcıların ortalamasından anlamlı olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ($t(465) = .34, p = .73 > .01$) (bkz. Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. İlaç Kullanımı ve Hastalığı Kabul Ölçeği

	İlaç Kullanımı		SS		T	P
	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
HKÖ	3.52	3.58	1.02	.97	.34	.73

Not: HKÖ = Hastalığı Kabul Ölçeği, SS = Standart Sapma

4.2.7 Araştırma Değişkeninde Ruhsal Rahatsızlık Farklılıkları

MS hastalarıyla yürütülen bu çalışmada ruhsal rahatsızlığın varlığının kullanılan ölçekler ve alt boyutlarında farklılık oluşturup oluşturmadığına bakılmıştır. Katılımcılara ruhsal rahatsızlıkları tanısı sorulmadan sadece herhangi bir ruhsal rahatsızlığın varlığı ya da yokluğuna dair sorgulama yapılmıştır. Ruhsal rahatsızlığın varlığı-yokluğunun bağımsız değişken olarak alındığı bu araştırmada ölçekler ve alt boyutları bağımlı değişkenler olarak alınarak analizler yapılmıştır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyutları; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme ile ilaç kullanımı arasındaki farklılıkları ölçmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) uygulanmıştır. Hastalığı Kabul Ölçeğinde de toplam puan alınarak bağımsız gruplar için t testi uygulanmıştır.

4.2.7.1. Ruhsal Rahatsızlık ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutları

Ruhsal rahatsızlığın varlığı-yokluğu ile Temel Kişilik Özellikleri alt boyutları; dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal tutarsızlık, deneyime açıklık, olumsuz değerlik ile analiz edilmiştir. . Tek değişkenli, çok değişkenli normallik, kovaryans matrisleri homojenliği ($Box's M = 7.85, F(15,29564) = .504, p > .01$) ve varyans homojenliği varsayımlarını karşıladığı görülmüştür. Varsayımlar karşıladığı için Wilks' Lambda çok değişkenli test istatistiğine göre veriler değerlendirilmiştir ve analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür ($F(5,461) = 5.107, p = .00, Wilks' \Lambda = .94, \eta^2 = .052$).

Ruhsal rahatsızlığın varlığının, duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinin alt boyutlarının hepsi için arasında anlamlı farklılıklar oluşturduğu saptanmıştır. *Açıklık* alt boyutu puanları ruhsal rahatsızlığı olanlarda (*Ort.* = 3.12, *S* = 1.27) ruhsal rahatsızlığı olmayanlara (*Ort.* = 2.62, *S* = 1.17) göre daha yüksek bulunmuştur. *Amaçlar* alt boyutunda ruhsal rahatsızlığı olanlar (*Ort.* = 3.81, *S* = 1.13) ruhsal rahatsızlığı olmayanlara (*Ort.* = 3.28, *S* = 1.17) göre daha yüksek puan almışlardır. *Dürtü* alt boyutu puanları ruhsal rahatsızlığı olanlarda (*Ort.* = 3.14, *S* = 1.18) ruhsal rahatsızlığı olmayanlara (*Ort.* = 2.30, *S* = 1.16) göre daha yüksek bulunmuştur. *Stratejiler* alt boyutu puanları ruhsal rahatsızlığı olanlarda (*Ort.* = 3.39, *S* = 1.09) ruhsal rahatsızlığı olmayanlara (*Ort.* = 2.64, *S* = 1.15) göre daha yüksek bulunmuştur. *Kabul etmeme* alt boyutu puanları ruhsal rahatsızlığı olanlarda (*Ort.* = 3.06, *S* = 1.15) ruhsal rahatsızlığı olmayanlara (*Ort.* = 2.42, *S* = 1.24) göre daha yüksek bulunmuştur. Analizler sonucunda ruhsal rahatsızlığı olan MS hastalarının duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları görülmüştür. Katılımcılardan ruhsal rahatsızlığı olanlar duygularını açık etmekte, amaç belirlemede, dürtü kontrolünde, duygusal strateji belirlemede ve duygularını kabul etmeme alanlarında ruhsal rahatsızlığı olmayanlara göre daha çok zorlanmaktadırlar (bkz. Tablo 4.14.).

Tablo1. Ruhsal Rahatsızlık ve Duygu Durum Düzenleme Güçlüğü

	Ruhsal Rahatsızlık		Multivariate <i>F</i> (5,461)	Univariate <i>F</i> (1,465)	Wilks' Λ	ηp^2
	Evet	Hayır				
DDÖ			5.10		.94	.052
Aç.	3.12	2.62		8.24		.017
A	3.81	3.28		9.43		.020
D	3.14	2.30		23.25		.048
S	3.39	2.64		19.59		.040
KE	3.06	2.42		12.45		.026

Not: DDÖ = Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Aç = Açıklık, A = Amaçlar, D = Dürtü, S = Strateji, KE = Kabul Etmeme,,

4.2.7.2 Ruhsal Rahatsızlık ve Hastalığı Kabul Ölçeği

MS hastası katılımcılardan elde edilen hastalığı kabul ölçeği puanı ile ruhsal rahatsızlık varlığı-yokluğu arasındaki farklılığı belirlemek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi analizi uygulanmıştır. Ruhsal rahatsızlığı olan katılımcıların hastalık kabul ölçeğinden aldıkları ortalama puan (*Ort.* = 3.17, *S* = 1.02), ruhsal rahatsızlığı olmayan katılımcıların hastalık kabul ölçeğinden aldıkları ortalama puandan (*Ort.* = 3.57, *S* = 1.01) daha düşük olarak tespit edilmiştir ($t(465) = -2.70, p < .01, d = 0.40$). Bu da orta düzeyde bir etki olduğunu göstermektedir. Analiz sonucu, ruhsal

rahatsızlığı olmayanların hastalık kabulü ruhsal rahatsızlığı olanlara göre daha yüksektir (bkz. Tablo 4.15.).

Tablo2. Ruhsal Rahatsızlık ve Hastalığı Kabul Ölçeği

	Ruhsal Rahatsızlık		SS		T	P
	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
HKÖ	3.17	3.57	1.02	1.01	2.7	.007

Not: HKÖ = Hastalığı Kabul Ölçeği, SS = Standart Sapma

4.3 Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Araştırmada kullanılan değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini ve ilişki düzeylerini ortaya koymak amacıyla tanının üzerinden geçen yıl, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal tutarsızlık, deneyime açıklık, olumsuz değerlik alt boyutları ve duygu düzenleme güçlüğü, hastalığın kabulü ölçekleri için Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Araştırma analiz raporunun bu bölümünde .30 ve .30' dan daha büyük korelasyon katsayıları rapor edilmiştir.

Temel Kişilik Özellikleri Ölçeğinin kendi alt boyutları arasında gerçekleştirilen karşılıklı korelasyon analizinde, dışa dönüklük ile deneyime açıklık ($r = .54$ $p < .001$), uyumluluk ile sorumluluk ($r = .54$ $p < .001$) ve deneyime açıklık ($r = .38$ $p < .001$), duygusal tutarsızlık ile olumsuz değerlik ($r = .37$ $p < .001$), alt boyutları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Bulunan bu değerlere göre MS hastalarında dışa dönüklüğü yüksek olması ile deneyime açıklığın artması, uyumluluğun yüksek olması ile sorumluluk ve deneyime açıklığın artması, olumsuz değerliğin yüksek olması ile duygusal tutarsızlığın artış göstermesinin ilişkili olduğu görülmüştür.

Temel Kişilik Özellikleri Ölçeğinin alt boyutlarından dışa dönüklüğün Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin toplam ortalama puanı ($r = -.30$ $p < .001$), alt boyutlarından açıklık ($r = -.33$ $p < .001$) ve kabul etmeme ($r = -.30$ $p < .001$) ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Buradan da anlaşılabacağı gibi MS hastalarının dışa dönüklüklerinin artması ile duygu düzenlemede yaşanan güçlüğü, açıklığın ve kabul etmeme alt boyutlarında yaşanan zorlanmanın azalması ilişkilidir. Yani dışa dönüklük arttıkça duygu açığa vurma zorluğu azalıyor ve yine kabul etmeme ile alakalı zorluk da azalıyor. Dışa dönüklük duygu düzenlemenin olumsuz ve güçlük yaratan yönleriyle ilişki içindedir. Dışa dönük olan biri bu araçları kullanarak duygu düzenlemesini dışa dönük olmayanlara göre daha az

zorlukla yapabilmektedir. Duygusal tutarsızlık alt boyutu ile Duygu düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin toplam ortalama puanı ($r = .44 p < .001$) ve açıklık ($r = .38 p < .001$), amaçlar($r = .34 p < .001$), dürtü ($r = .44 p < .001$), stratejiler($r = .41 p < .001$), kabul etmeme($r = .31 p < .001$) alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişki gözlenmiştir. Bu durumda MS hastalarının duygusal tutarsızlığının artması ile genel olarak duygu düzenleme güçlüğü, özel olarak da duygu düzenlemede kullanılan açıklığın, amaçların, dürtünün, stratejilerin ve kabul etmeme alt boyutlarında zorlanma görülmektedir.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin kendi alt boyutları arasında gerçekleştirilen korelasyon analizinde açıklık alt boyutu ile amaçlar ($r = .51 p < .001$), dürtü ($r = .56 p < .001$), stratejiler ($r = .59 p < .001$), kabul etmeme ($r = .51 p < .001$) alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Buradan çıkarılacak sonuç duygu düzenleme güçlüğünde duyguları anlamak için açık olmada yaşanan güçlük, duygu düzenlemede amaç belirleme, dürtü, strateji ve kabul etmeme durumlarında yaşanan güçlükler ile pozitif yönde ilişkilidir.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ile Hastalığı Kabul Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla gerçekleştirilen korelasyon analizinde Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam ortalama puanı ($r = -.42 p < .001$) ve alt boyutlarından amaçlar($r = -.32 p < .001$), dürtü ($r = -.37 p < .001$), stratejiler($r = -.39 p < .001$), kabul etmeme($r = -.41 p < .001$) ile Hastalığı Kabul Ölçeği arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır. Analiz sonucuna bakıldığında duygu durum düzenleme güçlüğünde yaşanan genel zorluğun, özelde ise duygu düzenleme için amaç belirlemenin, dürtü kontrolünün, strateji belirlemenin ve duyguları kabul etmemenin zorluğu artması, hastalığı kabul etme düzeyinin düşmesi ile ilişkilidir.

Hastalığı Kabul Ölçeği ve Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla gerçekleştirilen korelasyon analizinde her iki ölçeğin birbiri ile ilişkisi .30 veya .30' un üzerinde olmadığı için rapor edilmemiştir (bkz. Tablo 4. 16.).

Tablo 4.16. Değişkenlerin Korelasyon Tablosu

Aç.	Aç.	A	D	S	KE	DDÖ	DD	U	KS	DT	DA	OD	HKÖ	TÜZ
	1	.518**	.561**	.596**	.518**	.710**	-.330**	-.058	-.216**	.387**	-.271**	.143**	-.273**	-.013
A		1	.659**	.752**	.587**	.835**	-.256**	.006	-.200**	.344**	.230*	.101*	-.328**	-.033
D			1	.752*	.679**	.863**	-.188**	-.073	-.208**	.447**	-.128*	.254**	-.370**	-.042
S				1	.769**	.943**	-.258**	-.042	-.203**	.410**	-.238*	.162**	-.396**	.009
KE					1	.851**	-.309**	-.063	-.177**	.316**	.283*	.152**	-.415**	-.008
DDÖ						1	-.306**	-.053	-.233**	.445**	.266*	.191**	-.427**	-.017
DD							1	.271**	.249**	-.283**	.548*	-.278**	.208**	.034
U								1	.358**	-.069	.380*	-.249**	.068	-.129*
KS									1	-.160**	.365**	-.272**	.137**	.018
DT										1	.138**	.379**	-.224**	-.031
DA											1	-.129**	.176**	-.008
OD												1	-.170**	-.025
HKÖ													1	.095*
TÜZ														1

* $p < .05$,** $p < .01$

Not: Aç = Açıklık, A = Amaçlar, D = Dürtü, S = Strateji, KE = Kabul Etmeme, DDÖ = Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, TKÖ = Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği, DD = Dışa Dönüklük, U = Uyumluluk, KS = Sorumluluk, DT = Duygusal Tutarlılık, DA=Deneyime Açıklık, OD = Olumsuz Değerlik, HKÖ = Hastalığı Kabul Ölçeği, TÜZ = Tanının Üzerinden Geçen Zaman

4.4. Hiyerarşik Regresyon

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki korelasyon analizinde yüksek ilişki görüldüğü için hiyerarşik regresyon analizinde Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin toplam puanı alınarak analiz yapılmıştır.

4.4.1 Duygu Düzenleme Güçlüğü ile İlişkili Faktörler

Duygu Düzenleme Güçlüğü ile ilişkili faktörleri saptamak için yapılan ilk regresyon analiz seti, duygu düzenleme güçlüğü toplam puanının bağımlı değişken olduğu hiyerarşik regresyon analizini içermektedir. Yapılan regresyon analizinin ilk sırasında kontrol değişkeni olarak demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, tanının üzerinden geçen zaman, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, ruhsal rahatsızlık yokluğu ve kullanılan ilaç yokluğu) analize sokulmuştur. İkinci adımda ise son olarak temel kişilik özellikleri alt boyutları analize girilmiştir (bkz. Tablo 4.17).

MS hastalarının duygu düzenleme güçlüğü üzerinde etkisi olduğu düşünülen demografik değişkenlerin ve temel kişilik özellikleri ölçeği alt boyutlarının duygu düzenleme güçlüğüne ne şekilde yordadığını ortaya koymak amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Analize ilk blokta yaş, cinsiyet, tanının üzerinden geçen zaman, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, ruhsal rahatsızlık varlığı/yokluğu ve kullanılan ilaç yokluğu değişkenleri; ikinci blokta temel kişilik özellikleri ölçeği alt boyutları (dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal tutarsızlık, deneyime açıklık, olumsuz değerlik) değişkenleri dahil edilmiştir. Analiz sonucunda ilk modelde analize dahil edilen değişkenlerin modele anlamlı katkısının olduğu görülmüştür ($R = .27$, $R^2 = .07$, $F(8,452) = 4.76$, $p < .05$). Demografik değişkenlerden ruhsal rahatsızlığın ($\beta = -.19$, $t = -4.14$, $p < .05$) ve yaştan ($\beta = -.13$, $t = -2.08$, $p < .05$) duygu düzenleme güçlüğüne anlamlı olarak negatif yönde yordadığı bulunmuştur. Diğer bir deyişle, ruhsal hastalığın varlığı söz konusu olan ve yaşları daha küçük olan katılımcıların duygularını düzenlemede daha çok güçlük yaşadıkları saptanmıştır.

Bununla beraber ikinci modelde analize dahil edilen değişkenlerin de duygu düzenleme güçlüğüne anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir ($R = .53$, $R^2 = .29$, $F(14,446) = 12.98$, $p < .05$). Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışa dönüklük ($\beta = -.12$, $t = -2.53$, $p < .05$), sorumluluk ($\beta = -.10$, $t = -2.19$, $p < .05$), ve deneyime açıklığın ($\beta = -.12$, $t = -2.29$, $p < .05$) negatif yönde, uyumluluk ($\beta = .09$, $t = 2.01$, p

< .05) duygusal tutarsızlığın ise ($\beta = .35$, $t = 7.89$, $p < .05$) pozitif yönde duygu düzenleme güçlüğüne yordadığı bulunmuştur. Kişilik yapısı olarak daha dışa dönük, sorumluluk bilinci yüksek ve deneyime daha açık olan katılımcılar duygularını düzenlemede daha az zorluk deneyimlerken, duygusal olarak tutarsızlığa yatkın ve daha uyumlu olan katılımcıların duygu düzenlemede daha fazla zorluk deneyimledikleri saptanmıştır. Ayrıca ikinci modelde kişilik özellikleri anlyze dahil edildikten sonra demografik değişkenlerden yaş faktörü duygu düzenlemede yaşanan güçlüğü dair yordayıcılığını kaybetmiştir.

Demografik değişkenler açıklıktaki değişimin %7'sini açıklarken analize kişilik özellikleri ölçeği alt boyutlarının dahil edilmesiyle beraber iki değişken duygu düzenleme güçlüğüdeki değişimin %29'unu açıklamaktadırlar.

Tablo 3. 17. Duygu Düzenleme Güçlüğü İle İlişkili Faktörler

Bağımsız Değişkenler	R	ΔR^2	F	B	T
A. Duygu Düzenleme Güçlüğü					
I. Kontrol Değişkenleri	.27	.07	4.76*		
Cinsiyet				-.07	-1.66
Yaş				-.13*	-2.81
Tanının Üzerinden Geçen Zaman				.00	.12
Eğitim Düzeyi				.04	.88
Medeni Durum				.00	.13
Yaşanılan Yer				.00	.13
Kullanılan İlaç				-.02	-.46
Ruhsal Rahatsızlık				-.09*	-2.22
II. Temel Kişilik Özellikleri	.53	.29	12.98*		
DD				-.12*	-2.53
U				.09*	2.01
KS				-.10*	-2.19
DT				.35*	7.89
DA				-.12*	-2.29
OD				.00	.03

* $p < .05$

Not: TKÖ = Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği, DD = Dışa Dönüklük, U = Uyumluluk, KS = Sorumluluk, DT = Duygusal Tutarsızlık, DA = Deneyime Açıklık, OD = Olumsuz Değerlik

4.4.2. Hastalık Kabulü ile İlişkili Faktörler

Hastalığı kabul ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla uygulanan regresyon analiz seti, Hastalığı Kabul Ölçeğinin toplam puanını bağımlı değişken kabul eden hiyerarşik regresyon analizinden oluşmaktadır. Yapılan regresyon analizinin ilk sırasında kontrol değişkeni olarak demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, tanının üzerinden geçen zaman, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanan yer, ruhsal rahatsızlık varlığı/yokluğu ve kullanılan ilaç varlığı/yokluğu) analize sokulmuştur.

İkinci adımda, temel kişilik özellikleri alt boyutları (dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal tutarsızlık, deneyime açıklık, olumsuz değerlik) analize girilmiştir. Üçüncü adımda da duygu düzenleme ölçeğinin toplam puanı analize dahil edilmiştir (bkz. Tablo 4.18).

Analiz sonucunda ilk modelde analize dahil edilen demografik değişkenlerin hastalığı kabule anlamlı katkısının olduğu ($R = .19$, $R^2 = .03$, $F(8,452) = 2.15$, $p < .05$) görülmüştür. Ruhsal rahatsızlık ($\beta = .12$, $t = 2.59$, $p < .05$) hastalık kabulünü pozitif yönde yordamaktadır. Katılımcılardan ruhsal rahatsızlığı olan MS hastaları, hastalığı kabulde zorlandıkları görülmüştür.

İkinci modelde analize dahil edilen temel kişilik özellikleri değişkenlerinin ise hastalığı kabulü anlamlı bir şekilde yordadığı belirlenmiştir ($R = .35$, $R^2 = .12$, $F(14, 446) = 4.59$, $p < .05$). Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından duygusal tutarsızlık ($\beta = -.17$, $t = -3.40$, $p < .05$) negatif yönde hastalığı kabulü yordamaktadır. Kısaca, duygusal olarak tutarsızlık arttıkça katılımcıların hastalığı kabulünün zorlaştığı görülmektedir. Temel kişilik özellikleri ile birlikte demografik değişkenlerden yaşın ($\beta = -.13$, $t = -2.78$, $p < .05$) ve tanının üzerinden geçen zamanın da ($\beta = -.010$, $t = -2.27$, $p < .05$) hastalık kabulünü negatif yönde yordadığı tesbit edilmiştir. Bu sonuca göre duygusal tutarsızlıkları yüksek olan MS hastalarından daha genç ve daha yeni tanı almış olanları hastalık kabulünde daha fazla zorlanmaktadırlar.

Üçüncü modele bakıldığında duygu düzenleme güçlüğü değişkenlerinin hastalığı kabulü anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur ($R = .49$, $R^2 = .24$, $F(15,445) = 9.38$, $p < .05$). Duygu düzenleme güçlüğünün ($\beta = -.40$, $t = -8.18$, $p < .05$) hastalığı kabulünü negatif yönde yordadığı belirlenmiştir. Duygularını düzenlemede güçlük çeken katılımcıların hastalığı kabul etmekte de güçlük çekmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır. Son basamakta modele duygu düzenleme güçlüğü toplam puanları dahil edildiğinde ikinci modelde olduğu gibi demografik değişkenlerden yaşın ($\beta = -.15$, $t = -3.37$, $p < .05$) ve tanı üzerinden geçen zamanın da ($\beta = -.09$, $t = -2.21$, $p < .05$) hastalık kabulünü negatif yönde yordadıkları görülmüştür. Kişilik özelliklerinin ise duygu düzenleme güçlüğü ile birlikte hastalık kabulü üzerinde yordayıcılığı saptanmamıştır.

Demografik değişkenler hastalık kabulündeki değişimin %03'ünü açıklamaktadır. İkinci modelde dahil edilen temel kişilik özellikleri demografik değişkenler ile beraber hastalığı kabuldeki değişimin %12'sini açıklarken analize

duygu düzenleme güçlüğü ölçeği alt boyutlarının dahil edilmesiyle beraber üç değişken hastalık kabuldeki değişimin %24'ünü açıklamaktadırlar (bkz. Tablo 4.18.).

Tablo 4. 18. Hastalık Kabul İle İlişkili Faktörler

	Bağımsız Değişken	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>B</i>	<i>T</i>
	Hastalık Kabulü					
A.	I. Kontrol Değişkenler	.03	.01	1.82		
	Cinsiyet				-.04	-.96
	Yaş				-.07	-1.50
	Tanının Üzerinden Geçen Zaman				-.08	-1.88
	Eğitim Düzeyi				.04	.99
	Medeni Durum				-.05	-1.18
	Yaşanılan Yer				-.00	-.04
	Kullanılan İlaç				.03	.65
	Ruhsal Rahatsızlık				.12*	2.59
B.	II. Temel Kişilik Özellikleri	.35	.12	7.28*		
	DD				.10	1.77
	U				-.08	-1.57
	KS				.06	1.14
	DT				-.17*	-3.40
	DA				.09	1.55
	OD				-.08	-1.55
C.	III. Duygu Düzenleme Güçlüğü	.49	.24	14.11*	-.40	-8.18

**p* < .05

Not: DD = Dışa Dönüklük, U = Uyumluluk, KS = Sorumluluk, DT = Duygusal Tutarsızlık, DA = Deneyime Açıklık, OD = Olumsuz Değerlik

5. TARTIŞMA

MS hastaları ile yürütülen bu çalışmada, başka kronik rahatsızlığı olmayan MS hastalarının kişilik özelliklerinin hastalığı kabul ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkileri araştırılmıştır. Bu nedenle araştırmanın analiz kapsamında ilk olarak araştırma değişkenlerinin demografik değişkenlere göre nasıl farklılaştıkları incelenmiştir. Analiz kapsamında ikinci olarak da araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Analizde son olarak Temel Kişilik Özellikleri, Hastalığı Kabul ve Duygu Düzenleme Güçlüğü ile ilişkili faktörler belilemek için iki farklı hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır. Tartışma bölümünde hedeflenen, çalışmada elde edilen analiz sonuçlarını güncel literatür ile karşılaştırmak ve yorumlamaktır. Ardından, çalışmanın güçlü yönleri, sınırlılıkları, klinik çıkarımlar yazılacak ve sonraki araştırmalar için öneriler sunulacaktır.

5.1. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Açısından Farklılıklarına İlişkin Bulgular

5.1.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Demografik Değişkenler Açısından Farklılıklarına İlişkin Bulgular

MS hastalarının örnekleme oluşturduğu bu çalışmada duygu düzenleme güçlüğünün cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı bir farkı bulunmamıştır. Kadın veya erkek olmanın duygu düzenleme güçlüğü yaşanmasında ki etkilerine dair yapılan alanyazın çalışmalarına bakıldığında benzer sonuçlar kadar farklı sonuçların da olduğu görülmektedir. Üniversite öğrencileri ile duygu düzenleme ve problem çözme becerilerinin cinsiyete göre farklılıklarının araştırıldığı bir çalışmada kadın ve erkeklerin duygu düzenleme ortalama puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Yousof, 2021). Kişilik ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkileri araştıran çalışmada cinsiyetler arası farklılığa rastlanılmamıştır (Kuzucu, Gökalp, Korkulu, 2020). Diğer yandan, üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada, duygu düzenleme ve duygusal tepkiselliğin psikolojik belirtileri araştırıldığında erkeklerin dürtü puanları kadınlara göre daha yüksek ve anlamlı çıkmıştır (Yumuşak, 2019). Daha eski çalışmalara baktığımızda başa çıkma davranışında cinsiyet farklılıklarının araştırıldığı bir çalışmada kadınların zorluklarda duygu düzenleme becerisinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür

(Tamres Janicki ve Helgeson, 2002). Araştırmaların farklı çıkan sonuçları, örneklemenin seçildiği kültüre ve zamana bağlı olarak yorumlanabilir.

Araştırmanın duygu düzenleme güçlüğü ve yaş farklılıklarına dair analizlerinde 18-30 yaş grubunda olanların daha ileri yaş grubunda olanlardan açıklık ve amaçlar alt boyutlarında daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Yine 18-30 yaş grubunun grubunda olan katılımcılar, daha ileri yaş grubundan dürtü ve strateji alt boyutlarında da daha yüksek puan almışlardır. Bir diğer değişle, yaş artıkça duygu düzenlemede daha az zorlanma yaşandığı görülmektedir. Bulunan diğer çalışmaların bulguları da bizim çalışmamız ile uyumluluk göstermektedir. Yorulmaz' ın (2021) yaptığı çalışmada 18-24 yaş grubu açıklık, stratejiler, dürtü ve amaçlar alt boyutlarında diğerlerine göre anlamlı yüksek ortalamaya sahiptirler. Dürtü alt boyutunda 25-34 yaş grubunda olanların ortalaması 35 yaş ve üstünden istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahiptir. Kabul etmeme alt boyutunda ise 18-24 yaş grubu 35 yaş ve ötesinde olan gruptan daha yüksek puana sahiptir. Genel olarak 18-24 yaş grubunun duygu düzenleme güçlüğü puanları diğer yaş gruplarından daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur (Yorulmaz, 2021). Gündüz' n (2016) alışmasında genel olarak 18-25 yaş grubunda olan katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü puanları hem 26-33 hem de 34-42 grubunda bulunan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Alt boyutlara bakıldığında, açıklıkta 18-25 yaş bandında olanlar 26-33 ve 42-29 yaş bandında olanlardan daha yüksek puan almışlardır. Kabul etmemede 18-25 yaş bandında olan katılımcılar 26-33 yaş bandında olanlardan ve drtde 18-25 yaş bandında olanlar 26-33 ile 34-41 yaş bandında olanlardan daha yüksek puanlar almışlardır. Stratejiler ve amaçlar alt boyutlarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Alanyazın eskiye doğru tarandığında da duygu düzenleme güçlüğünün yaşla beraber azaldığını ve gençlere göre yaşlı katılımcıların daha fazla duygusal kontrol sahibi olduklarını görülmektedir.(Gross, Carstensen, Pasupathi ve Tsai, 1998).

Çalışmada eğitim düzeyinin duygu düzenleme güçlüğü ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Lisans ncesi eğitim düzeyinde olan katılımcılar, duygu düzenlemenin amaç alt boyutunda lisans sonrası eğitim düzeyinde olan katılımcılara göre daha az zorluk yaşamaktadırlar. Bu durum, eğitimle gelen bilgi yoğunluğu ve seçenek çokluğu ile açıklanabilir. Bu sonuç MS hastaları özelinde değerlendirildiğinde ise lisans sonrası eğitim düzeyine sahip olan hastaların, amaç odaklı davranışları gerçekleştirmede, lisans öncesi eğitim düzeyine sahip hastalara göre daha fazla güçlüğü çektiklerini göstermektedir. Bu alanda yapılan

alışmalara bakıldığında, alanyazında mevcut çalışmanın bulguları ile örtüşen ve örtüşmeyen sonuçlara rastlanmıştır. Araştırmasında eēitim durumunu beş başlıkta kategorize eden Karataş (2019), duygu dzenleme glēē ile eēitim dzeeyi arasında diēer çalışmalardan farklı olarak anlamlı farklılık bulamamıştır. Eēitim ve duygu dzenleme glēē arasında anlamlı farklılık bulunamayan Karataş' ın bu araştırması mevcut araştırma ile aynı deēiřkenleri kullanmakta ama analiz sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Diēer yandan, çocukluk aēı örselenme yaşantıları ile ilgili bir araştırmada eēitim dzeeyi ile duygu dzenleme glēē arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Araştırmada ilkokul mezunlarının lise ve üniversite mezunlarından duygu dzenleme glēē yaşadıkları bulgusuna ulaşılmıştır (Bilim, 2012).

Araştırmada kullanılan demografik deēiřkenlerden medeni durum faktörü duygu dzenleme glēēinde anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Medeni durumda için Gündüz' n (2016) mindfulness ve duygu dzenleme çalışmasında bekar katılımcıların açıklık, kabul etmeme, stratejiler, dürtü ve amaçlar alt boyutlarında evli katılımcılara göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Söz konusu araştırmada bekarların alt boyutlarda ve genel olarak duygu dzenlemede evlilere daha çok güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Romantik ilişkilerin ve duygu dzenleme güçlüklerinin konu edildiēi bir diēer araştırmada, medeni duruma göre bakıldığında bekar katılımcılar; stratejiler, açıklık, dürtü alt boyutlarında evlilerden daha yüksek puan almışlardır. Kabul etmeme ve amaçlar alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Karataş, 2019). Medeni durum deēiřkenlerinin duygu dzenleme ile çalışıldığı araştırmaların bizim araştırmamız ile sonuçlarının rtüşmediēi görülmüştür.

Duygu dzenleme glēēünün yaşanılan yer ve ilaç kullanımı demografik deēiřkenlerine göre farklılařmadıēı saptanmıştır. Alanyazın incelediēinde, mevcut çalışma bulgularına benzer olarak oēunlukla duygu dzenleme glēēünün yaşanılan yer ve ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkı bulunamamıştır. rneēin, genç yetişkinlerin sosyal duygusal yalnızlıklarının duygu dzenleme açısından incelendiēi bir çalışmada yaşanılan yerler arkadaş, aile ve yurt gibi kişi bazında ele alınmış ve yaşanılan yer açısından duygu dzenleme glēēi için anlamlı fark elde edilememiştir (Saruhan, 2018). Psikiyatrik ilaç kullanımının varlıēı ve yokluēu demografik bilgisini kullanan bir çalışmada ilaç kullanımı deēiřkeni ile duygu dzenleme glēēi arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır

(Gündüz, 2016). Depresyon tanısı alan hastalarda çocukluk travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü'nün çalışıldığı araştırmada da ilaç kullanımını duygu düzenleme alt boyutları ile anlamlı ilişkisi bulunamamıştır (Ay ve Kılınçer, 2021). Daha çok hastalıklar üzerinden ilaç kullanımının araştırıldığı için ilaç kullanımı ve duygu düzenlemeye dair analizler kısıtlı kalmaktadır.

Araştırmada ruhsal rahatsızlık varlığı/yokluğu açısından duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar olduğu istatistiksel olarak ispat edilmiştir. Ruhsal rahatsızlığı olan katılımcılarda alt boyutlardan açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmemede ruhsal rahatsızlığı olmayan katılımcılardan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Çalışmanın bu bulgusu mevcut alanyazın ile örtüşmektedir. Alanda yapılan çalışmalardan Gündüz' ün (2016) çalışmasında ruhsal rahatsızlık varlığı olan katılımcılarda kabul etmeme boyutu hariç diğer alt boyutlarda ortalama puanların ruhsal rahatsızlığı olmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Klinik deneyim yaşayan hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada ruhsal rahatsızlığı olan hemşirelerin ruhsal rahatsızlığı olmayanlara göre duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından kabul etmeme, strateji ve duygu düzenleme ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Sarıkaya, Taş ve Akgün, 2021). Bu araştırma bulgusu, ruhsal rahatsızlıkların varlığının duygu düzenlemede zorlanmalarla beraber ilerlediğini gösterir nitelikteki diğer alanyazın bulgularını destekler niteliktedir.

5.1.2. Hastalık Kabulün Demografik Değişkenler Açısından Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların hastalığı kabul düzeyinin araştırmanın demografik değişkenlerinden cinsiyetin, yaşın, eğitim düzeyinin, mesleğin, medeni durumun, yaşanılan yerin ve ilaç kullanımının varlığı/yokluğunun hastalığı kabul ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığı bulunamamıştır. Demografik değişkenler ve hastalığı kabul ilişkisine dair alana yazın bulguları çeşitlilik göstermektedir. Şireci ve Karabulutlu' nun (2017) yaptıkları Tip 2 diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmalarında hastalığı kabul düzeylerinde cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu ve hastalık süresi açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Erkeklerin hastalığı kabul puanları kadınlardan, üniversite mezunlarının puanlarının diğer eğitim gruplarında olanlardan, hastalık süresi 3-5 yıl olanların puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğunu bulunmuşlardır. Diyabetik hastalar ile yapılan başka bir çalışmada araştırmaya

katılan hastaların cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, ekonomik durum ve yaşanılan yer ile hastalık kabulü düzeyinde istatistiksel anlamda anlamlı fark oluşturduğu bulunmuştur. Erkeklerin hastalığı kabul puanları kadınlardan fazladır. Büyük şehirde yaşayan ve gelir düzeyi yüksek olanların hastalık kabul düzeyi daha yüksektir. Çalışmada eğitim durumu ve yaşta anlamlı farklılığın olmaması, örnekleme yakın yaş grubunda olanların ve emeklilerin çoğunlukta oluşturması ile açıklanmaktadır (Şahin, 2018). Diyabetli hastaların hastalık kabulüne dair analizleri MS hastaları ile yapılan çalışmamız açısından uyumluluk göstermemektedir. Kalp yetersizliği hastalığı yaşayan bir gruba yapılan bir diğer çalışmada ise cinsiyete, medeni duruma, yaşa, yaşadıkları yere, eğitim durumuna, birlikte yaşadıkları kişilere göre hastalığı kabulde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Sadece çalışan grubun hastalığı kabul puanı çalışmayan gruba göre anlamlı ve yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, çalışmanın sağladığı sosyallik ile hastalığın kabulünün artması, sosyalleşmenin farkındalığı artırması ile açıklanmaktadır (Günbaş, 2021).

Araştırmanın demografik değişkenlerinden yalnızca ruhsal rahatsızlığın varlığının ve yokluğunun hastalık kabulünde anlamlı farklılığı oluşturduğu tespit edilmiştir. Ruhsal rahatsızlığı olan katılımcıların hastalık kabul ölçeğinden aldıkları ortalama puan ruhsal rahatsızlığı olmayan katılımcıların hastalık kabul ölçeğinden aldıkları ortalama puandan daha düşük bulunmuştur. Hastalık kabulü için yürütülen alanyazın taramasında hastalık kabul ölçeğinin kronik hastalıklar için sıkça kullanıldığı görülmüştür. Fakat yapılan çalışmalarda hastalık kabul düzeyi puanı ruhsal rahatsızlık varlığı veya yokluğu açısından sorgulanmamıştır. Psikolojik hastalıklar temelinde yapılan araştırmalarda da hastalık kabulü özelinde yapılan aramalarda stigma çalışmaları öne çıkmaktadır (Malas, 2019; Oban, 2011; Taşkın, 2007). MS hastaları ile yapılan çalışmalarda ise Türkiye’ de yapılan çalışmalarda hastalık kabulüne dair hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışma bu açıdan öncü ve ilk olma özelliği taşımaktadır. Mevcut bulgunun daha fazla araştırma ile incelenmesine gerek olduğu aşikardır. Ancak, ruhsal rahatsızlığın hastalığı kabuldeki olumsuz etkisine dair bu bulgu, mevcut bir psikolojik zorlantının yine fiziksel hastalıklar için psikolojik bir süreç olan hastalığı kabul etme sürecini daha da zorlaştırdığı şeklinde yorumlanabilir.

5.2. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Katsayılarına İlişkin

Bulgular

Araştırmamızda çalışmaya dahil edilmiş olan değişkenler arasında korelasyon analizi yapılmış ve sonuçlar incelenmiştir. Korelasyon analizinin en yüksek değerli çıkan ilişkileri duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının kendi aralarında olan korelasyonlardır. Açıklık alt boyutu ile amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme arasında pozitif yönlü korelasyon çıkmıştır. Bu korelasyon yorumlandığında, MS hastası olan katılımcıların duygularını anlamlandırmada güçlük yaşamaları diğer alt boyutlarda da güçlük yaşamalarıyla ilişkilendirilmektedir. Bireyin duygularını anlamlandırmada yaşayacağı güçlük ile amaç odaklı davranış geliştirmesi de güçleşecektir. Yine bireyin kendi duygularını anlamlandırmada zorlanması, duygularını düzenlemek için kullanacağı stratejileri belirlemesini ve duygularını kabulünü zora sokacaktır. Duygunun anlamında yaşanan güçlük ile beraber birey dürtü kontrolünü sağlamakta daha çok zorlanacaktır. Duygu düzenlemenin alt boyutlarında yaşanan güçlük bütün alt boyutların puanlarının pozitif yönde birlikte yükselmelerine sebep olmaktadır. Aynı şekilde duygu düzenlemede yaşanacak kolaylık ve rahatlık haliyle de beraber bütün alt boyutların puanları birbirleri ile beraber negatif yönde düşüş göstereceklerdir. Literatüre bakıldığında diyabet hastaları ile yapılan bir araştırmada, diyabet hastalarının da duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının hepsinin birbiri ile ilişkili çıktıkları görülmüştür (Erinç, 2020). Kronik rahatsızlarda olan bu benzerlik üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada da görülmüştür ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilgili yapılan korelasyon analizinde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bazı alt boyutların arasındaki ilişki düşük dereceli olsa da çalışmamız ile bu araştırmanın sonuçları benzerlik göstermektedir (Yumuşak, 2019).

Temel kişilik özelliklerinin alt boyutlarının birbirleri ile olan ilişkilerinde hem pozitif hem de negatif ilişki görülmüştür. Dışa dönüklük ile deneyime açıklık kişilik özelliklerinin birbirleri ile pozitif yönde ilişki gözlenmiştir. Deneyime dışa dönük, iletişime açık ve sosyal bireyler, yeni deneyim kazanmada isteklidirler. Ya da deneyim kazanma isteği ağır basan bireyler dışa dönük ve sosyal kişilerdir. MS hastaları özelinde de bu genel değerlendirme kendisini ispat etmektedir. Uyumluluk ile sorumluluk ve deneyime açıklık pozitif yönde ilişki göstermektedir. Onkoloji hastaları ile yapılan çalışmada dışa dönüklük ile uyumluluk alt boyutları arasında

anlamli pozitif iliskili bulunmuştur (Kınalı, 2020). Çalışmamızda görülmüştür ki uyumluluk özellikleri yüksek olan bireylerin sorumluluk ve deneyime açıklık özellikleri de yükselmektedir. Duygusal tutarsızlık ile olumsuz değerlik arasındaki ilişki ise iki kişilik özelliğinin de birlikte pozitif ve negatif olarak aynı yönde hareket ettiklerini göstermektedir. MS hastalarının sahip oldukları duygusal tutarsızlık seviyeleri ne kadar yükselirse kendilerine dair değerleri o kadar olumsuz olmaktadır. Genelde MS hastalarında yaşanan ve hızlı değişen duygu durum tablosunun, duygusal tutarsızlığı beslediği düşünülebilir. Bu bulgu, duygusal tutarsızlığın yaşattığı yetersizlik duygusu da bireyin olumsuz değerlik puanını yükseltmektedir şeklinde yorumlanabilir. Yapılan analizde temel kişilik özelliklerinin alt boyutlarında negatif yönlü ilişkiye rastlanılmamıştır. Fakat kanser hastalarının hastalık algısı üzerine yapılan bir başka çalışmada kişilik özellikleri alt boyutlarından sorumluluk ve duygusal tutarsızlık arasında negatif yönde anlamlı ve orta dereceli ilişki saptanmıştır (Aydın, 2019).

Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği alt boyutlarından dışa dönüklük kişilik özelliği Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ile ilişkili bulunmuştur. Kişilik ve duygu düzenleme becerisi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, duygu düzenlemenin kişilik özellikleri alt boyutları ile ilişkisi saptanmıştır. Ölçeğin, kişilik özelliklerinden sorumluluk, açıklık ve dışa dönüklük ile pozitif, duygusal tutarsızlık ile negatif ve anlamlı ilişkisi bulunmuştur (Kuzucu, Gökalp ve Korkulu, 2020). MS hastalarında dışa dönüklük özelliği arttıkça duygu düzenlemede yaşayacakları güçlük azalmaktadır. Sonucu tersten okuduğumuzda ise hastalığın getirdiği kısıtlılıklarla dışa dönüklüğü azalan MS hastaları duygularını düzenlemede daha fazla zorlanmaktadırlar. İlişkisellik söz konusu olduğu için yapılabilecek bir başka yorum ise MS hastaları duygu düzenlemede güçlük yaşadıkça dışa dönüklük özellikleri azalmaktadır. Hastalığın semptomları göz önüne alındığında her iki yorumlama da MS hastaları için mümkün olabilmektedir. Dışa dönüklük kişilik özelliğinin, duygu düzenleme güçlüğü'nün alt boyutlarıyla da negatif yönlü ilişkiselliği bulunmuştur. Dışa dönüklük ile açıklık ve kabul etmeme alt boyutları arasında ilişki vardır. Katılımcıların dışa dönüklük puanları arttıkça duygularını anlamlandırmada daha az zorlanmakta ve kabulde yaşadıkları güçlük azalmaktadır. Duygusal tutarsızlık kişilik özelliği ile duygu düzenleme güçlüğü'nün toplamında ve açıklık, amaçlar, stratejiler, dürtü ve kabul etmeme alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişki vardır. Artan (2019)'ın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmanın korelasyon analizleri de çalışmamızın

bulguları ile benzerlik göstermektedir. MS hastalarında duygusal tutarsızlığın yükselmesi ile duyguları düzenlemede yaşanan güçlük artmaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü'nün bütün alt boyutlarında yaşanan güçlük, duygusal tutarsızlığın artması ile artmakta ve azalması ile azalmaktadır. MS hastalarının yaşayacakları duygusal tutarsızlığın boyutu duygu düzenlemenin bütün boyutlarını az ya da çok etkilemektedir. Aralarında ilişkisellikten bahsettiğimiz için bu durumun tam tersi de mümkün olmaktadır. Duygularını anlamlandırmakta ya da dürtülerini kontrol etmekte zorlanan bir MS hastasının duygusal tutarsızlık kişilik özelliğinde artış gözlenebilir.

Hastalığı kabul ile duygu düzenleme güçlüğü için yapılan korelasyon analizi değerlendirmesinde hastalığı kabul ile duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı ve negatif ilişki bulunmuştur. Duygu düzenlemede yaşanan genel güçlük hastalığı kabul düzeyinin düşüklüğü ile ilişkilidir. Bir başka ifade ile hastalığını kabulde yüksek puan alan MS hastalarının duygu düzenleme güçlüğü puanları düşük olmaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü'nün alt boyutlarından olan amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme, hastalığı kabul ile negatif ilişkiselliğe sahiptir. Hastalığını kabul etmede zorlanan MS hastaları, amaç odaklı davranış geliştirmede, dürtülerini kontrol etmekte ve duygularını düzenlemek için stratejiler belirlemede ve duygularını kabul etmemede yüksek puan almaktadırlar. Hastalığın kabul eden bireyler, duygularını daha rahat kabul eder duygu düzenleme adına yapması gerekenleri daha kolaylıkla yerine getirmektedirler. Hastalık kabulü ve duygu düzenleme arasındaki ilişkiye yönelik yapılan literatür taramasında iki ölçeğin bir arada yer aldıkları araştırmaya rastlanılmamıştır. . Bu açıdan çalışmanın bu bulguları öncülük niteliği taşımakla birlikte bu ilişki üzerine daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu açıktır.

Araştırmanın korelasyon analizleri bölümünde temel kişilik özellikleri ve hastalığı kabul arasında orta veya yüksek düzey ilişki tespit edilememiştir. Fakat düşük de olsa hastalığı kabul ile kişilik özelliklerinden duygusal tutarsızlık ve olumsuz değerlik arasında negatif ilişki saptanmıştır. Yine aynı şekilde hastalığı kabul ve kişilik özelliklerinden deneyime açıklık ve sorumluluk arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Bu ilişkilerin düzeyi düşük olsa da MS hastaları için ifadesinin kıymetli olacağı düşünülmüştür.

Araştırmanın bir diğer değişkeni olan tanı üzerinden geçen zaman sürekli değişken olduğu için ancak korelasyonda analizlere dahil edilmiştir. Tanı üzerinden

geçen zaman değişkeni için de diğer değişkenler ile düşük ama anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu ilişkilerin değerleri çok düşük olsa da yine MS hastaları için kıymetli olacağı kanaatine varılmıştır. Tanı üzerinden geçen zaman ile negatif ilişkisi olan değişkenler, hastalığı kabul ve kişilik özelliklerinden uyumluluk alt boyutudur. MS hastalarının tanı üzerinden geçen zaman arttıkça hastalığı kabul ve uyumluluk puanları azalmaktadır. Düşük bir etki olsa da MS hastalarına verilecek psikolojik destek anlamında akılda tutulması gereken bir veri olarak görülmektedir.

5.3. Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Duygu düzenleme güçlüğü ve hastalığı kabul ile ilişkili faktörler iki farklı hiyerarşik regresyon analizi seti ile analiz edilmiştir.

5.3.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü İle İlişkili Faktörler

Duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili faktörleri belirlemek için Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği' nin toplam ortalama puanının bağımlı değişken olduğu iki aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Hiyerarşik regresyon analizlerinin ilk bloğunda kontrol değişkeni olarak demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, tanının üzerinden geçen zaman, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanan yer, ruhsal rahatsızlık yokluğu ve kullanılan ilaç yokluğu) analize dahil edilmiştir. Hiyerarşik regresyonun ikinci bloğunda da Temel Kişilik Özellikleri Ölçeğinin (dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal tutarsızlık, deneyime açıklık, olumsuz değerlik) alt boyutları değişkenleri analize dahil edilmiştir.

İlk regresyon analizinde bağımlı değişken olarak alınan duygu düzenleme güçlüğü, demografik değişkenlerden yaş ve ruhsal rahatsızlık yokluğu tarafından anlamlı olarak negatif yönde yordanmaktadır. Daha açık bir ifadeyle MS hastası katılımcılar, ruhsal rahatsızlıkları olmadığında ve yaşları arttıkça duygularını anlamlandırmakta daha az güçlük yaşamaktadırlar. Araştırmanın yaş değişkenine ilişkin bu bulgusu alan yazındaki bilgiler ile örtüşmektedir (Gross, Carstensen, Pasupathi, Tsai, 1998). Ruhsal rahatsızlıklar ve duygu düzenleme ilişkisine yönelik bir çalışmada da mevcut çalışmaya benzer şekilde duyguları düzenlemede yaşanan güçlüklerin ruh sağlığı için önemli bir temel oluşturduğuna dair bilgiye ulaşılmıştır (Atalar ve Atalay, 2018). Tedavisiz OKB hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastalık şiddetinin ve duygu durum düzenleme güçlüğü artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. OKB ruhsal rahatsızlığının ortaya çıkması ve sürmesinde, uygunsuz duygu düzenleme stratejilerden ve duygu düzenleme güçlüğü etkisinden de

bahsedilmektedir (Uzunoğlu, 2023). Örnek gösterilen bu çalışmada duygu düzenlemede yaşanan güçlüğün OKB derecesini artırdığından ve süresini uzattığından bahsedilmektedir. Bu çalışma, Gross ve Thompson' ın (2007) duygu düzenlemenin etki ettiği geniş yelpazeye örnek oluşturmaktadır. Mevcut araştırmada ise ruhsal rahatsızlık varlığının duygu düzenlemede daha fazla güçlüğü yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, pozitif ruh sağlığı ile duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir (Kesen, 2014).

İkinci blokta dahil edilen temel kişilik özelliklerinden dışa dönüklük, sorumluluk ve deneyime açıklığın negatif yönde, duygusal tutarsızlığın ve uyumluluğun ise pozitif duygu düzenleme güçlüğü değişkenini yordadıkları görülmüştür. Duyguları düzenlemede yaşanan güçlüğün, kişilik özelliği daha dışa dönük, sorumluluğu yüksek ve yeni deneyimlere açık olan katılımcılarda azaldığı ve daha az zorluk yaşadığı, duygusal açıdan tutarsız olanların ve uyumlu kişilerin ise duygu düzenlemede daha fazla zorluk çektikleri kanıtlanmıştır. Kuzucu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da duygu düzenleme ile dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk deneyime açıklık arasında pozitif yönde, duygusal tutarsızlık ile negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Kuzucu, vd., 2020). Duygusal tutarsızlığın duygu düzenlemeyi zorlaştırdığına dair başka çalışmalar da alan yazında mevcuttur (Costa, McCrae, 1992). Kişilik özelliklerinden sorumluluğun, duygu düzenleme negatif ve duygusal tutarsızlığın ise pozitif yönde yordadığı görülmüştür. Sorumluluk bireyin duyguları üzerinde de kontrolü üstlenmesini ifade ettiği ve hangi davranışla nasıl ifade edeceğini belirlediği için araştırmanın bu sonucu alan yazın bilgilerini doğrulamaktadır (Gorss, 1998, Tatlıoğlu, 2014). Duygusal tutarsızlığın duygu düzenleme güçlüğünü pozitif, deneyime açıklığın ise negatif yönde yordadığı bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar alan yazında olan bilgiler ile örtüşmektedir (Costa ve McCrae, 1992; Kahya ve Gençöz, 2020). Ruhsal rahatsızlığı olmayan MS hastalarının dışa dönük ve deneyime açık kişilik yapısında olanları duygularını kabulde daha az zorluk çekmeleri daha olasıdır. Fakat duygusal tutarsızlığı yüksek olanlar ise duygularını kabulde zorlanmaları beklenmektedir. ‘‘Duygunun kabulü bireyin kendisini kabul ettiğinin kanıtıdır’’ (Gratz ve Roemer, 2004) bilgisi ışığında yukarıdaki sonuç yorumlandığında dışa dönük ve deneyim açık kişilik yapısında olan insanların duygularını kabulde zorlanmamaları beklendiktir.

5.3.2. Hastalık Kabulü İle İlişkili Faktörler

Hastalığı Kabul Ölçeğinin toplam puanının bağımlı değişken olarak alındığı hiyerarşik regresyon analizinde hastalık kabulü yordayan faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Uygulanan hiyerarşik regresyon analizinde ilk olarak demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, tanının üzerinden geçen zaman, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanan yer, ruhsal rahatsızlık yokluğu ve kullanılan ilaç yokluğu) analize dahil edilmiştir. İkinci adımda, temel kişilik özellikleri alt boyutları (dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal tutarsızlık, deneyime açıklık, olumsuz değerlik) ve üçüncü adımda da duygu düzenleme ölçeğinin toplam puanı analize dahil edilmiştir.

Analiz sonuçları hastalığı kabul değişkeni temel alarak incelendiğinde, ilk olarak demografik değişkenlerin modele tesirinin olduğu görülmüştür. Ruhsal rahatsızlığı olan MS hastalarının hastalığı kabulde, ruhsal rahatsızlığı olmayan MS hastalarına göre daha fazla zorlandıkları görülmüştür. Araştırmaya katılan MS hastalarında ruhsal rahatsızlık faktörünün hastalık kabulünü yordayan bir değişken olduğu görülmüştür. Alan yazında ruhsal rahatsızlığın hastalık kabulüne etkisi ve yordayıcılığı üzerine yapılan taramada özellikle psikiyatrik rahatsızlıklar üzerine yapılan araştırmalar bulunmuştur (Malas, 2019; Oban, 2011; Taşkın, 2007).

Kişilik özelliklerine bakıldığında ise duygusal tutarsızlığın hastalık kabulünü negatif yönde yordadığı görülmüştür. Yani duygusal tutarsızlıkları seviyeleri arttıkça MS hastalarının hastalıklarını kabul etmekte daha fazla zorluk çekmeleri olasıdır. Türkiye’ de diyabet hastaları ile yapılan bir başka çalışmada da araştırma bulguları ile tutarlı olarak duygusal tutarsızlığı yüksek olan hastaların, hastalığı kabulde zorlandıkları sonucuna ulaşılmıştır (Sözeri Özdem, 2019). Ancak MS gibi kronik hastalıklarda hastalığın oluşumunun başlangıç tarihi bilinemediği için kişilik özelliklerinin mi hastalık kabulünü etkilediği yoksa hastalığın getirdiği semptomların mı kişilik özelliklerini biçimlendirdiği bilinmemektedir. Kişiliğin hastalık kabulünü etkilemesi kadar, uzun süren hastalıklarda kişiliğin de hastalık semptomlarından etkilenmesi mümkündür (Sutin, vd., 2013).

Üçüncü basamakta analize dahil olan duygu düzenleme gücü yordayıcı değişkenine bakıldığında ise hastalığı kabulünü negatif yönde yordadığı bulunmuştur. Diğer bir deyişle, MS hastalarının duygu düzenlemede yaşadıkları güçlük arttıkça hastalığı kabul puanları düşmekte yani hastalıklarını kabul etme düzeyleri düşmektedir. Duygu düzenlemenin kronik hastalıklarla ilişkisine yönelik

çeşitli çalışmalar mevcuttur (Altunan, Ünal, 2022; Erinç, 2020; Ezgi, 2023; Gürer, 2019; Tuna, 2023). Fakat hastalık kabulünü duygu düzenleme gücü ile ilişkisini araştıran bir çalışma bulunamamıştır. Bu nedenle bu çalışma bu bulgular özelinde bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Bu bulguya dair bu nedenlerle daha fazla yorum yapılamasa da önemli ve üzerine daha fazla araştırma yapılmaya değer bir bulgu olduğu düşünülmektedir.

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Araştırma özel bir grup olan MS hastaları ile yürütülmüştür. Öncelikle Çalışmanın örnekleminin büyük çoğunluğu çevrimiçi bir platformdan saplandığı için katılımcıların çoğunluğu bu platformu aktif kullananlardan oluşmuştur. Bu durumda katılımcıların bireysel bildirimleri tepki yanlılığı barındırabilmektedir. Özellikle kişilik özelliklerine dair ankette objektif cevapların etkilenmesi muhtemeldir. MS hastaları ile yapılacak bir nitel çalışma (kişilik özellikleri ve hastalığı kabul üzerine), görüşme esnasında gözlem yapılabileceği için daha isabetli sonuçlar verecektir. Mevcut araştırma kesitsel bir araştırma olduğu için değişkenler arası neden sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Yürütülecek boylamsal bir çalışma ile özellikle kişilik özellikleri ve MS arasındaki ilişki olmak üzere bir çok değişkenin değişimi üzerine sonuçlar elde edilebilir.

Hastaların yaş ranjı 18-60 olarak belirlenmiştir. Fakat bu kadar geniş aralık, özellikle tanı üzerinden geçen zaman değişkeninde uç değerlerin çıkmasına sebep olmuş ve veri girişinde de analiz kısmında da farklı sorunların yaşanmasına sebep olmuştur. Özellikle çevrimiçi anketlerde, katılımcıların yaş aralıkları akıllı telefon kullanımı daha aktif ve seri kullanabilen yaş gruplarına göre belirlenmelidir. Yaş değişkenini MS hastalığının tanı alma yaşı 20-40 arası özellikle de 30- 40 arası daha yoğun olduğu için gruplandırarak katılımcılara sunulmuştur. Fakat anketin uygulandığı zaman ve tanı aldıkları yaşları farklı olduğu için analizde elde edilen yüzdelikler bu gerçeği doğrulayacak şekilde yorumlanamamış ve bu durum yaş değişkeninin analizde daha verimli kullanılmasını engellemiştir. Sonraki araştırmalar için yaşın sürekli bir değişken olarak alınması en doğru uygulama olacaktır. Demografik değişkenlerden mesleğin açık uçlu soru olarak bırakılması cevapların analizde kullanımını zorlaştırmıştır. Çalışmada, meslek grupları üç grupta sınıflandırılmıştır. Fakat sonraki araştırmacılar çalışıyor, çalışmıyor ve ev hanımı şeklinde gruplandırma yapması ile daha işlevsel bir veri elde etmiş olacaktırlar.

John B. Watson ve B. F. Skinner' a göre kişilik özellikleri, bireylerin doğdukları ve yetiştikleri çevreden etkilenmektedir (Sayar ve Dinç, 2008). Bu bilgiye dayanarak katılımcıların yaşadıkları yer hakkında bilgi toplanmıştır. Ancak katılımcıların büyük çoğunluğu şehirde yaşadığı için anlamlı hiçbir analizde anlamlı bir fark elde edilememiştir. Yapılacak başka bir araştırmada yaşanan şehirler bölge ayrımı şeklinde öğrenilirse (Avrupa, Karadeniz, İç Anadolu vb. gibi) bölgesel farkların kişilik özellikleri bağlamında farklarına dair daha net bilgiler edinilebilir.

Araştırmada tanının üzerinden geçen zaman değişkeninin frekans analizinde, kümülatif yüzdelerle bakıldığında katılımcıların %50' sini MS tanısını son beş yılda alanlar oluşturmaktadır ve bu değişken hastalık kabulünü yordamamaktadır. Diyabet hastaları ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların yarısının tanılarının üzerinden geçen zaman 0-10 yıldır ve hastalık kabule etkisi görülmemiştir (Şahin, 2018). Fakat diyabetli hastalarla yapılan bir başka çalışmada tanı üzerinden 3-5 yıl geçen hastaların hastalığı kabul puanlarının diğer yıl gruplarından daha yüksek olduğu ve hastalık süresi ile birlikte hastalığa ait bilgi almanın hastalık kabul düzeyini etkilediği bulunmuştur (Şireci ve Karabulutlu, 2017). Farklı kronik hastalıklarda farklı zaman aralıklarının hastalığı kabulü etkilemesi mümkündür. Bu konuda yapılacak gelecek araştırmalarda, tanı üzerinden geçen zamanın eşit olduğu katılımcılar ile çalışılması ya da farklı zaman aralıklarına ait eşit sayıda katılımcı içeren örneklem gruplarının dahil edilmesi ile tanı üzerinden geçen zamanın hastalığının kabulüne etkisinin daha net anlaşılmasını sağlanabilir.

5.5. Araştırmanın Güçlü Yanları

MS tanısı almış bireyler ile yürütülen bu çalışmanın en güçlü yanı örneklem büyüklüğüdür. Çalışmanın başlarında katılımcı sayısının azlığı nedeniyle MS harici kronik rahatsızlığı olanların da araştırmaya dahil edilmeleri düşünülürken, 591 katılımcıya ulaşıldıktan sonra başka kronik rahatsızlığı olan 112 kişi rahatlıkla analiz sürecinden çıkarılmıştır. MS üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında kontrol grubu barındıran çalışmalar dahi en fazla 150 kişi ile yürütülmüştür (Dede, 2012; Güner, 2019).

Araştırmanın bir diğer güçlü yanı ise değişken sayısının alanyazındaki mevcut çalışmalara göre farklılığı ve fazlalığıdır. MS ve psikoloji disiplini özelinde yapılan yurt içi araştırmalarının büyük çoğunluğu, MS, depresyon ve hastaların stres düzeyleri üzerine etkisine dair yürütülen çalışmalardır (Emre, Ergün, Yıldız, Coşkun

ve İnan, 2003; Seki Öz, 2013). Alan yazında olan çalışmalara bakıldığında çıkış yolları MS'in etkileri olarak belirlenmekte ve bu etkilerin psikolojik yansımaları ile birbirleri ile ilişki düzeyleri üzerinedir; örneğin, ağrı, uyku kalitesi, duygu durum (Dede, 2012), denge ve alekstremite (Avcı, 2006) vb. gibi hususlarda MS'in etkileri araştırılmıştır. MS üzerine yapılan diğer çalışmalara bakıldığında depresyon, belirsizliğe tahammülsüzlük, yaşam kalitesi gibi konuları içeren örnekleri görülmektedir (Güler ve Ersin 2018; Tunçel, 2018; Yılmaz, 2019). Yapılan bir diğer araştırmada ise MS hastalarının yorgunluk semptomlarının mizaç ve karakter profili ile ilişkisi araştırılmıştır (Üstün, Sağlam, Sağlam, Kuloğlu, ve Bulut, 2012). Mevcut çalışmanın içerdiği değişkenler ve dolayısıyla araştırma amacı görüldüğü üzere özellikle ulusal alanyazındaki MS üzerine yapılan araştırma eğilimlerinden oldukça farklıdır. Araştırmamız, kişilik özelliği, duygu düzenleme gücü ve hastalık kabulün arasındaki ilişkiyi inceleyen ulusal alanyazındaki tek çalışmadır. Bu özellikleri ile bu araştırmanın MS üzerine olan alanyazına yeni bir soluk getireceği ön görülmektedir.

Kişilik özellikleri temel alınarak, kronik hastalıkların, bireyler üzerindeki etkilerine dair yapılan çalışmalar da oldukça az sayıdadır. Mevcut olan çalışmalar da kanser ve obezite hastalıkları üzerine yapılmıştır (Çelebi, 2015; Kılıç, 2013). Daha önce MS ile mizaç ve karakter ilişkisi üzerine yapılan bir çalışmaya rastlanmıştır (Üstün, 2011); fakat bu çalışma sadece iki değişken üzerinden yürütülmüştür ve MS hastalarında, hastalığın kendisini ve getirdiği sorunları merkeze almak yerine hastaların kişilik özelliklerini merkeze almaktadır. Mevcut araştırma ise MS hastası bireylerin, hastalığı kabul ve duygu durumlarını düzenlemedeki seviyelerinin, kişilik özellikleri ile ilişkisini araştırmıştır. Bu çalışmada kişilik özelliklerinin MS hastaları üzerine etkisi ile ilk defa çalışılmıştır.

5.6. Klinik Çıkarımlar ve Öneriler

MS hastalarında psikolojik desteğin etkinliğine dair farklı terapi ekolları ve teknikleri ile yapılmış çalışmalar mevcuttur (Atlı, 2021; Güleç, 2020; Toprakkaya, vd., 2003). Kronik hastalıklarda görülen hastalığa uyum süreci, bazen yas sürecinde olduğu gibi işleyebilmektedir (Kübler-Ross, 1997). Sağlığın kaybı için duyulan yasta hastalığı inkar, öfke, depresyon ve bazen çok sonra gelen kabul aşamaları hastalar tarafından yaşanabilir. Bizim çalışmamızın sonucunda da görüldüğü gibi kişilik yapısında duygusal tutarsızlık olan bireyler, yine araştırma sonuçlarımız arasında yer

alan duygusal tutarsızlık ile duygularını kabul etmeme arasındaki ilişki nedeniyle hastalığı kabulde zorluklar yaşanmaktadır. Bu sonuca dayanarak, MS hastalarına verilecek psikolojik destekte merkeze alınması gerekenin hastalıktan ziyade bireyin kişilik özellikleri ve duygu düzenleme stratejilerinin olduğu söylenebilir. Fakat danışanın yaşadığı duygu düzenleme sorunlarının hastalık haberini alınca mı geliştiğini yoksa genel kişilik özellikleri ile kriz anında mı tetiklendiği bilinemeyeceği için ilk görüşmelerde danışanın MS hastalığı üzerine olan bildikleri mutlaka sorgulanmalıdır. MS danışmanlığı verecek olan uzmanların MS hakkında temel bilgilere hakim olması danışanına güven verecek ve özellikle yeni tanı almış ve kriz anında ise duygu düzenlemesini kolaylaştıracaktır.

MS hastalığının nedeni ve tedavisinin tam olarak bilinmemezliği ve hastalığın hedef aldığı yaşamsal faaliyetler sebebiyle tanı alan bireylerin alternatif tedavilere yöneldikleri klinik gözlemlerlerce sabittir. Özellikle hastalığı kabulün de düşük olması ile birlikte sürekli farklı bir arayış içerisine giren hastaların istismar edilme olasılıkları da artmaktadır. Hastaların MS hakkında eksik bilgileri ile uğradıkları istismarlar ve sahip oldukları bilişsel çarpıtmaları, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal rahatsızlıkları arttırmaktadır (Coşkun, 2016). Hüsrarla sonuçlanan tedavi girişimleri, duygu durumu bozmakta ve böylece bilişsel çarpıtmalar daha çok artmakta ve sonrasında mantıklı değerlendirilemeyen başka bir tedaviye başlanılmakta derken hastalar kısır bir döngüye girmekte ve sonuç olarak ruhsal rahatsızlıkların derecesi artmakta ve hastalık prognozu kötüye gitmektedir. Bu nedenle danışmanlık sürecinde MS hastası olan danışanlarda bu konu üzerinde de durulmalı ve yanlış, olumsuz bilişsel yapıları üzerine de çalışılmalıdır.

Araştırma sonuçlarında en dikkat çekici olan değişken ruhsal rahatsızlıkları olan MS tanılı katılımcılardır. Ruhsal rahatsızlığı olanlar, kişilik özelliklerinde olumlu yapılarda düşük puan alırken olumsuzlarda yüksek puan almışlar ve duygu düzenleme güçlüğü ölçütlerinin bütün alt boyutlarında yüksek puanlar almışlardır. Ayrıca hastalığı kabulde de ruhsal rahatsızlığı olmayanlardan daha fazla zorluk çekmektedirler. Tüm bu neticelere göre, MS hastalarının danışmanlık sürecinde var olan ruhsal rahatsızlıklarının sağaltımı, hastalığın semptomları ile kısır bir döngüye girmeden sağlanmalıdır. Çünkü yapılan araştırmalar da göstermektedir ki MS hastalığının getirdiği fiziksel kısıtlılık kadar yaşanan ruhsal rahatsızlıklar da hastalarda yaşam kalitesini düşürmektedir (Köseoğlu, Tütüncü, Erbaş, 2020).

Gelecekte MS üzerine çalışma yapacak araştırmacılar, ruhsal rahatsızlık tanısı almış ve başka kronik rahatsızlığı olan MS hastalarını elimine ederek, sağlıklı bireyler kontrol grubu ile MS hastalarına ilişkin çeşitli faktörleri yarı deneysel olarak çalışabilirler. Bu sayede, kişilik özelliklerinin hangilerinin MS hastalığında baskın olduğu daha net anlaşılır ve danışmanlık sürecinde uzmanların yaklaşımlarını da kolaylaştırıcı bulgular elde edilebilir. Bununla beraber, yapacakları yarı deneysel çalışmalarda danışanların tanıdan önceki kişilik özellikleri ve duygu düzenleme güçlükleri farklı şekillerde sorgulanırsa MS hastalığının bu özelliklere tesiri ya da kişilerin bu özelliklerinin hastalık kabulüne tesiri daha rahat anlaşılabilir. Bir başka bakış açısı ile düzenlenecek araştırmalarda ise ruhsal rahatsızlığı olan MS hastaları ile araştırma desenleri oluşturulabilir. Kısa semptom envanterleri ile yapılacak taramalar ile ruhsal rahatsızlığın MS hastalarında etkisine dair bulgular elde edilebilir.

6. SONUÇ

Araştırmanın tüm değişkenlerinin analizlerinin sonuçlarına bütüncül olarak baktığımızda, demografik değişkenlerin MS hastalarının yaşadıkları duygu düzenleme gücüyle aralarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Yaşa göre bakıldığında 18-30 yaş grubunda olanların duygularını anlamlandırma (açıklık), amaç odaklı davranış sergilemede, dürtü kontrolünde ve duygu düzenleme için strateji oluşturmada yaşanan güçlük ortalama puanları kendilerinden büyüklerin aynı alt boyutlarda aldıkları puanlardan yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyinde ise lisans öncesi katılımcılar duygu düzenlmenin amaçlar alt boyutunda lisans sonrası katılımcılara göre daha az zorluk yaşamaktadırlar. Ruhsal rahatsızlığı olanların duygu düzenleme gücüyle alt boyutlarının hepsinde aldıkları ortalama puanlar, ruhsal rahatsızlığı olmayanların ortalama puanlarından daha yüksek ve anlamlıdır.

Ruhsal rahatsızlığı olan MS hastalarının, ruhsal rahatsızlığı olmayan MS hastalarına göre hastalığı kabul ölçeğinden aldıkları puanlar daha düşüktür.

Değişkenlerin korelasyon analizlerinde ölçeklerin birbirleri ve kendi alt boyutlarının arasında ilişkililik saptanmıştır. Temel Kişilik Özellikleri Ölçeğinin alt boyutlarından dışa dönüklük ile deneyime açıklık arasında, uyumluluk ile sorumluluk arasında, duygusal tutarsızlık ile olumsuz değerlik arasında pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışa dönüklüğün; Duygu Düzenleme Gücüyle Ölçeği, aynı ölçeğin alt boyutlarından açıklık ve kabul etmeme ile arasından negatif yönlü ilişki görülmüştür. Yine kişilik özellikleri alt boyutlarından duygusal tutarsızlığın; Duygu Düzenleme Gücüyle Ölçeği, aynı ölçeğin alt boyutlarından açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme ile arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Açıklık ile amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme arasında da pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Ölçeklerin birbirleri ile ilişkilerinde bakıldığında ise hastalığı kabul ile duygu düzenleme gücüyle arasında negatif yönlü ilişki görülürken yine hastalığı kabul ve alt boyutlardan amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme arasında negatif yönlü ilişki görülmüştür.

Araştırmanın regresyon analizi sonuçlarına göre değişkenlerin birbirlerini yordadıkları bulunmuştur. Yaş faktörü ve ruhsal rahatsızlığın yokluğu duygu düzenlemede yaşanan güçlüğü negatif yönde yordamaktadır. Yine duygu düzenlemede yaşanan güçlüğü, temel kişilik özellikleri alt boyutlarından dışa

dönüklük, sorumluluk ve deneyim negatif yönde, duygusal tutarsızlık ve uyumluluk ise pozitif yönde yordamaktadır. Hastalığı kabulünü ruhsal rahatsızlığın varlığı pozitif yönde yordamaktadır. Hastalık kabulü ile kişilik özellikleri alt boyutlarına bakıldığında duygusal tutarsızlığın hastalık kabulünü negatif yönde yordadığı görülmüştür. Yaş ve tanı üzerinden geçen zaman kişilik özellikleri birlikte alındıklarında hastalık kabulünü negatif yönde yordamışlardır. Duygu düzenleme güçlüğünde yaşanan güçlük de hastalık kabulünü negatif yönde yordamıştır. Duygu düzenleme güçlüğü ile birlikte alındıklarında yine yaş ve tanı üzerinden geçen zaman değişkenleri de hastalığı kabulü negatif yönde yordamıştır.



EKLER

Ek 1. Gönüllü Katılım Formu

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Betül AYDIN' ın Dr. Öğr. Üyesi Elif ÜNAL danışmanlığında “ Multiple Skleroz Hastalarının Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul ve Duygu Düzenleme Güçlükleri ile İlişkisi” isimli yüksek lisans tezine ilişkin bilgisayar ortamında anket/test çalışmasını içermektedir.

Sizden istenen kişisel bilgi formu ve üç farklı ölçekteki tüm maddeleri okuyarak size uygun olan cevabı vermenizdir. Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Cevaplarınız sadece yüksek lisans tezi için kullanılacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Ortalama test süresi 10 dakikadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

Lütfen aşağıda istenilen bilgileri doldurunuz

1-Yaşınız:

A) 18-30 B) 31-40 C) 41-60

2-Cinsiyet: A) Erkek B) Kadın

3-Medeni Durumunuz: A) Evli B) Bekar

4-Eğitim Düzeyiniz: A) Lisans Öncesi B) Lisans C) Lisans Sonrası

5-Yaşadığınız Yer: A) Köy B) Kasaba C) Şehir D) Diğer

6- Ruhsal bir rahatsızlığınız var mı? A)Evet

B)Hayır

7- MS hariç bir kronik rahatsızlığınız var mı? A) Evet B) Hayır

8- MS tanısını kaç yılında aldınız?

9- MS için kullandığınız bir ilaç var mı? A) Evet

B) Hayır

Ek 3. Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği

YÖNERGE:

Aşağıda size uyan ya da uymayan pek çok kişilik özelliği bulunmaktadır. Bu özelliklerden her birinin sizin için ne kadar uygun olduğunu ilgili rakamı daire içine alarak belirtiniz.

Örneğin;

Kendimi biri olarak görüyorum.

Hiç uygun değil Uygun değil Kararsızım Uygun Çok uygun

1	2	3	4		
5					
	Hiç uygun değil	Uygun değil	Kararsızım	Uygun	Çok uygun
1 Aceleci	1	2	3	4	5
2 Yapmacık	1	2	3	4	5
3 Duyarlı	1	2	3	4	5
4 Konuşkan	1	2	3	4	5
5 Kendine güvenen	1	2	3	4	5
6 Soğuk	1	2	3	4	5
7 Utangaç	1	2	3	4	5
8 Paylaşımçı	1	2	3	4	5
9 Geniş / rahat	1	2	3	4	5
10 Cesur	1	2	3	4	5
11 Agresif(Saldırgan)	1	2	3	4	5
12 Çalışkan	1	2	3	4	5
13 İçten pazarlıklı	1	2	3	4	5
14 Girişken	1	2	3	4	5
15 İyi niyetli	1	2	3	4	5
16 İçten	1	2	3	4	5
17 Kendinden emin	1	2	3	4	5
18 Huysuz	1	2	3	4	5
19 Yardımsever	1	2	3	4	5
20 Kabiliyetli	1	2	3	4	5
21 Üşengeç	1	2	3	4	5
22 Sorumsuz	1	2	3	4	5
23 Sevecen	1	2	3	4	5
24 Pasif	1	2	3	4	5
25 Disiplinli	1	2	3	4	5
26 Açgözlü	1	2	3	4	5
27 Sinirli	1	2	3	4	5
28 Canayakın	1	2	3	4	5
29 Kızgın	1	2	3	4	5
30 Sabit fikirli	1	2	3	4	5
31 Görgüsüz	1	2	3	4	5
32 Durgun	1	2	3	4	5
33 Kaygılı	1	2	3	4	5
34 Terbiyesiz	1	2	3	4	5
35 Sabırsız	1	2	3	4	5
36 Yaratıcı (Üretken)	1	2	3	4	5
37 Kاپrisli	1	2	3	4	5
38 İçine kapanık	1	2	3	4	5
39 Çekingen	1	2	3	4	5
40 Alingan	1	2	3	4	5
41 Hoşgörölü	1	2	3	4	5
42 Düzenli	1	2	3	4	5
43 Titiz	1	2	3	4	5
44 Tedbirli	1	2	3	4	5
45 Azimli	1	2	3	4	5

Ek 4. Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance Of Illness Scale)

Aşağıda hastalığınıza ilişkin kabullenme düzeyinizi belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “**Tamamen Katılıyorum**” (1) ile “**Hiç Katılmıyorum**” (5) arasında değerlendirilmektedir. Her bir cümle için sizi en iyi tanımladığını hissettiğiniz puanı daire içine alınız. Cümlelerin sizi iyi tanımladığını düşünüyorsanız **1 ya da yakın** puan, cümlelerin size uymadığını düşünüyorsanız **5 ya da yakın puan** veriniz. Bu cümlelerin kesinlikle doğru ya da yanlışı yoktur. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**
2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**
3. Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**
4. Sağlık problemlerim beni başkalarma, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**
5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**
6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**
7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**
8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**

Ek 5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Hemen hemen hiç (%0- %10) Bazen (%11- %35) Yaklaşık Yarı yarıya (%36- %65) Çoğu zaman (%66- %90) Hemen hemen her zaman (%91- %100).

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (% 0- % 10	Bazen (% 11- % 35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36- % 65)	Çoğu zaman (% 66- % 90)	Hemen hemen her zaman (% 91- % 100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

Ek. 6. Etik Kurul Onay Belgesi



ONDOKUZ MAYIS UNIVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
31.12.2021	12	2021-1026

KARAR NO: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Betül AYDIN' ın Dr. Öğr. Üyesi Elif ÜNAL danışmanlığında “ Multiple Skleroz Hastalarının Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul ve Duygu Düzenleme Güçlükleri ile İlişkisi” isimli yüksek lisans tezine ilişkin bilgisayar ortamında anket/test çalışmasını içeren 43167 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Betül AYDIN' ın Dr. Öğr. Üyesi Elif ÜNAL danışmanlığında “ Multiple Skleroz Hastalarının Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul ve Duygu Düzenleme Güçlükleri ile İlişkisi” isimli yüksek lisans tezine ilişkin bilgisayar ortamında anket/test çalışmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

KAYNAKLAR

- Aktaş, A. ve Şahin, M. (2018). Narsisistik özellik, öz-şefkat ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 5(6), 362-374.
- Akyıl, A. (2019). *Çocukluk çağı travmaları, bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi: Diyarbakır ve Mardin örneği*. Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Akpınar, Z. (2011). Multipl skleroz ve bilişsel bozukluk. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28 (1), 75-79.
- Aldao A, Sheppes G, Gross JJ. (2014). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*. DOI: 10.1007/s10608-014-9662-4
- Altınkaynak Yılmaz, T.ve Özdelikara, A. (2022). Multipl skleroz hastalarına verilen sosyal desteğin kaygı düzeyine etkisi. *Psikiyatrik Bakımda Perspektifler*, 58 (1), 411-417.
- Ankara İl Sağlık Müdürlüğü. (2022). Dünya MS Günü. Erişim: 12.04.2023, <https://yenimahalleeeah.saglik.gov.tr/TR,456585/dunya-ms-multipl-skleroz-gunu.html>
- Arıcı, H. (2018). *Kronik hastalıkları olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri etkileşimi* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Artan, B. (2019). *Üniversite öğrencilerinde duygu düzenleme güçlüğü ile kişilik özelliklerinin incelenmesi*. Master's thesis. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aslan N. A. (2020). *Üniversite öğrencilerinin benlik saygıları ile kişilik özelliklerinin genel kaygı durumları üzerindeki etkisi*. Master's thesis. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Atlı, C. G. (2021). *Multiple skleroz hastalarında grup telerehabilitasyonu*. Master's thesis. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Avcı, F. D. (2006). *Multiple skleroz hastalarında alt ekstremité duyu değişikliklerinin denge üzerinde etkisi*. Doctoral dissertation. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ay, R., Kılınçel, O. (2021). Depresyon tanısı alan hastalarda çocukluk çağı travması varlığı ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 67-75.
- Aydın, H. B. (2019). *Kanser hastalarında hastalık algısı, kişilik özellikleri ve stresle baş etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Master's thesis. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Bilge, Y. ve Sezgin, E. (2020). Anne ve çocuk duygu düzenleme arasındaki ilişkide annenin kişilik özelliklerinin ve bağlanma stillerinin aracı rolü. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 310-318.
- Bilim, G. Y. ve Yılmaz, B. T. D. (2012). *Çocukluk çağı örselenme yaşantıları: Duygu düzenleme, kişilerarası tarz ve genel psikolojik sağlık açısından bir inceleme*. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Boz, C. (2013). ‘‘Multiple skleroz tanı kriterleri’’. Rana Karabudak (Ed.). *Temel ve klinik nöroimmünoloji*. (s. 259-264). Ada Basın Yayın.
- Budak, C. F. (2017). *İnternet bağımlılığının yordayıcıları olarak sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve duygu düzenleme güçlüğü*. Master's thesis. Işık Üniversitesi.
- Burger J. M. (2016). *Kişilik*. İnan Deniz Erguvan Sarıoğlu (çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Büyükkaya Besen, D. (2009). *Hastalığı kabul ölçeğinin Türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Ege Üniversitesi. Doktora Tezi

- Büyükkaya Besen, D. B. ve Esen, A. (2011). Hastalığı kabul ölçeğinin türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2). s. 155-164
- Carlson, N. R. (2013). *Fizyolojik psikoloji davranışın nörolojik temelleri*. Muzafer Şahin (çev.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Carver, C. S. ve Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: a control-process view. *Psychological Review*, 97(1), 19.
- Costa Jr. PT ve McCrae RR. (1992). The five factor model of personality and its relevance to personality disorders. *J Pers Disord. Journal of Personality Disorders* 6(4), 343-359
- Costa, P. T. ve McCrae, R. R. (1992). Four ways five factor are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653-665.
- Costa Jr, P.T., Terracciano, A. ve McCrae, R.R. (2001). Kùltürler arasında kişilik özelliklerinde cinsiyet farklılıkları: sağlam ve şaşırtıcı bulgular. *Kişilik ve Sosyal Psikoloji dergisi* , 81 (2), 322.
- Coşkun, H. Y. (2022). *18-65 yaş arası bireylerde yaşam kalitesinin duygu düzenleme stratejileri ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi*. Master's thesis. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Coşkun, M. (2017). Yeni tanı almış multiple skleroz hastalarında görùlen depresif ya da anksiyeteli uyum bozukluğunun bilişsel çarpıtmalar ile ilişkisi. Master's Thesis. Sağlık Bilimleri Üniversitesi / İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi / Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
- Çakır, M. ve Yurtsever, E. (2021). Multiple skleroz hastalarının hastalık deneyimlerinin sosyal hizmet perspektifinden incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(4), 1441-1466.
- Çelebi, C. (2015). *Obezite hastalarında yeme bağımlılığı, psikopatoloji ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi*. Master's Thesis. Marmara Üniversitesi Tıp Fakùltesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı
- Çelebi, E. (2015). *Fibromiyalji hastaların kişilik özelliklerine göre gruplanması ve bu gruplarda pregabalin ve duloksetin tedavilerinin etkinliğinin karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi. Düzce Üniversitesi / Tıp Fakùltesi / Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı.
- Çiçek, İ. ve Aslan, A. E. (2020). Kişilik ve beş faktör kişilik özellikleri: Kuramsal bir çerçeve. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 10(1), 137-147.
- Dede, H.Ö. (2012). *Multiple skleroz hastalarda ağrı, uyku kalitesi ve duygu durumun hastalığın klinik özellikleri ile ilişkisi*. Uzmanlık Tezi. Mustafa Kemal Üniversitesi.
- Demir, C. (2012). *Kişilik özellikleri ve iş tatmini arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir uygulama*. Master's thesis. İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demir, S. (2023). 'Multiple skleroz'. Türkiye Multiple Skleroz Derneği Bùlteni. Şubat, Sayı 1. Erişim: 31.03.2023, <https://www.turkiyemsdernegi.org/ms-bulten/>
- Donnellan, M.B. ve Lucas, R.E. (2008). Age differences in the Big Five across the life span: evidence from two national samples. *Psychology and Aging*, 23, 558-566.
- Efendi, H. (2019, Şubat). "MS'da klinik tanı kriterleri; Mc Donald 2017 kriterleri neler getiriyor?". *Uluslar arası Türk Dünyası Multiple Skleroz Kongresi*, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakùltesi, Ankara. Erişim: 04.05.2023, [Yukarı F rat B lgesinde Multipl Skleroz Tan s le zlenen Hastaların Klinik ve Demografik özellikleri](#).
- Emre, U., Ergün, U., Yıldız, H. Coşkun, Ö. ve İnan, L. E. (2003). Multiple sklerozda depresyon. *Düşünen Adam* 16(1), 53-56.

- Erinç, M. (2020). *Tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumlarının anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerindeki etkisi*. Master's thesis. Işık Üniversitesi.
- Ersöz, Ş. (2021). *Evli bireylerde kişilik özellikleri ve sosyal medya kullanımının evlilik uyumuna etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı.
- Ezgi, T. (2023). Kronik hastalıklarda duygu düzenleme: Kalp ve damar sistemi hastalıkları, kanser, migren, fibromiyalji ve sedef hastalığı üzerine bir yükleme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 7 (1), 117-142.
- Fridlund, A. J. (1994). *Human facial expression: An evolutionary view*. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Frijda, N. H. (1992). The empirical status of the laws of emotion. *Cognition & Emotion*, 6(6), 467-477.
- Geçtan, E. (1998). *Psikanaliz ve sonrası*, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Gerrig, R. J., ve Zimbardo, P. G. (2015). İnsan kişiliğini anlama. A. Özdoğru (çev.ed.). *Psikoloji ve yaşam*. (s. 407-422). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Goldberg, L.R., Sweeney, D., Merenda, P.F. ve Hughes, J.E. (1998). Demographic variables and personality: the effects of gender, age, education, and ethnic/racial status on self-descriptions of personality attributes. *Personality and Individual Differences*, 24, 393-403.
- Gökdağ, C. ve Naldöken, B. (2021). Kişilerarası duygu düzenlemenin kişilik özellikleri ve psikopatoloji belirtileriyle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24(1), 41-52.
- Gratz, K.L. ve Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*, 26: 41-54.
- Gross, J. J., Pasupathi, M., Carstensen, L.L. ve Tsai, J. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12: 90-599.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation/ An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. ve Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York, NY, US: Guilford Press.
- Gross, J. J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In *Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed., pp. 3-7). New York: Guilford Press.
- Güleç, S. (2020). Değiştirilemez gerçekte anlam bulmak: varoluşçu logoterapinin ms tanılı bireylerde depresyon, anksiyete, affektif kişilik ve yaşam kalitesi düzeylerine etkisi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 182-190.
- Güler, S. B., ve Ersin, F. (2018). Multiple skleroz hastalarının yaşam kalitesi ve ruhsal durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 42-50.
- Gülsoy, A. (2020). *Kadınlarda kişilik özellikleri ve bilişsel duygu düzenleme becerilerinin doğum sonrası psikolojik belirtiler ile ilişkisi*. Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Gültekin, D. ve Acar, F. (2020). Beş faktör kişilik özellikleri ile sürekli öfke-öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Journal of International Social Research*, 13(74).

- Günbaş, M. (2021). *Kalp yetersizliği hastalarının hastalık kabulü ile öz bakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Gündüz, H. (2016). *Yetişkinlerde bilinçli farkındalık (mindfulness) ve duygu düzenleme arasındaki ilişki*. Master's thesis. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gürer, H. (2019). *Multipl skleroz hastalarında duygu düzenleme güçlüklerinin değerlendirilmesi*. Master's thesis, İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Hakkı, E. İ. (2003). *Marifetname*. Bilgeoguz Yayınları.
- Harel, Y., Barak, Y. ve Achiron, A. (2007). Dysregulation of affect in multiple sclerosis: New phenomenological approach. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61: 94–8.
- Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual review of psychology*, 60, 1-25.
- İnbaşı, E. G. (2020). *Ataklarla seyreden multiple skleroz (ms) hastalarında yorgunluk, duygusal iştah ve beslenme alışkanlıkları ile depresyon durumunun değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kahya, Y. ve Gençöz T. (2020). *Duygu düzenleme becerisi bağlamında temel kişilik özellikleri ve kişilik bozuklukları*. Vatan S, editör. Duygu Düzenleme. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.70-9.
- Kalmar, J.H., Gaudino, E.A., Moore, N.B., Halper, J. ve Deluca, J. (2008). The relationship between cognitive deficits and everyday functional activities in multiple sclerosis. *Neuropsychology*, 22:442–9.
- Kantarcı, O. H. (2013). ‘‘Multiple sklerozda epidemiyoloji: genetik ve çevre’’. Rana Karabudak (Ed.). *Temel ve klinik nöroimmünoloji*. (s. 181-186). Ada Bası Yayın.
- Karahasanoglu, G. (2016). *Üniversite öğrencilerinde aşka ilişkin tutumlar, kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkilerin cinsiyet ve mevcut ilişki durumu bağlamında incelenmesi*. Master's thesis, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı.
- Karataş, Z. (2019). *Romantik ilişki doyumu ile duygu düzenleme güçlüğü ve kişiler arası tarz arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Master's thesis. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Katar, S. K. (2020). *Duygu düzenleme süreçleri ve boyutsal kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması*. Doktora tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Kardaş Kesen, N. F. (2014). *Üniversite öğrencilerinin duygu stillerinin beş faktör kişilik özellikleri depresyon, anksiyete ve strese göre incelenmesi*. Doktora tezi, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Kılıç, O. (2013). *Kanser hastalarında kişilik özelliklerinin kontrol grubuyla karşılaştırılması*. Master's Thesis. Düzce Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı.
- Kılıç, N. M. (2016). *Çocukluk çağı travmalarının, kişilik özellikleri ve psikopatolojik durum ile ilişkisinin incelenmesi*. Master's Thesis. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kınalı, E. (2020). *Onkoloji hastalarında beş faktörlü temel kişilik özelliklerinin travma sonrası büyümeye ve psikolojik sağlamlığa etkisi*. Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Konuk, S. N. (2021). *Yetişkinlerde bilişsel esneklik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş puanlarının duygu düzenleme güçlüğü üzerindeki etkisinin incelenmesi*. Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

- Köseoglu, M., Çelik, R. G. G., Tütüncü, M., Erbaş, B. (2020). Multipl Skleroz'de Yaşam Kalitesi: Depresif Bulgular Fiziksel Özürlülük Kadar Etkili midir?. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(3), 712-719.
- Köseoglu, M. (2023). 'Multiple sklerozda tedavi seçimi, değişimi ve sonlandırılmasına genel yaklaşım'. Türkiye Multiple Skleroz Derneği Bülteni. Şubat, Sayı 1. Erişim: 31.03.2023, <https://www.turkiyemsdernegi.org/ms-bulten/>
- Kuzucu, Y., Gökalp, F., Koruklu, N. (2020). Kişilik ve duygu düzenleme becerisi arasındaki ilişki: temel psikolojik ihtiyaçların aracı rolü. *The Journal of Social Science*, 4(8), 671-688.
- Kubler-Ross, E. (1997). *Ölüm ve ölmek üzerine*. Boyner Holding Yayınları, İstanbul.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22.
- Lehmann, R., Denissen, J. J., Allemand, M. ve Penke, L. (2013). Age and gender differences in motivational manifestations of the Big Five from age 16 to 60. *Developmental Psychology*, 49, 365-83.
- Malas, E. M. (2019). Ruhsal bozukluklara karşı stigma-derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(1), 1170-1188.
- McCrae, R.R. ve Costa, P.T., Jr. (1989). More reasons to adopt the five-factor model. *American Psychologist* 44(2), 451-452.
- Menteşe, O. M. (2017). *Yaş, cinsiyet ve kişilik özellikleri ile internette oyun oynama alışkanlıkları arasındaki ilişkiler*. Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Oban, G. ve Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-39.
- Özcan, Ş. (1999). *Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özkul, Ç. (2020, Kasım). "Multiple skleroz hastalarında ve sağlıklı bireylerde kişilik özellikleri ve yorgunluk arasındaki ilişki". Sağlık üzerine multidisipliner çalışmalar: *Uluslararası Farklı Boyutlarıyla Sağlık Konferansı (ICDAH2020) 12-14 Kasım 2020- Seçme Bildiriler-2*, 59.
- Özer, E. (2013). *Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin duygusal zeka ve beş faktör kişilik özellikleri açısından incelenmesi*. Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan University.
- Pay, B. (2020). *Beş faktör kişilik özelliklerinin sosyal kaygı belirtileri ile ilişkisinde özşefkatin aracı rolünün incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Sarıkaya, Ö. Ö. (2020). 'Multipl skleroz ve eşlik eden psikiyatrik tanılar'. *Türkiye Multiple Skleroz Derneği Bülteni*. Sayı 2. Erişim: 09.05.2023, MS-BULTEN-2020-2-spread.pdf
- Sarıkaya, N. A., Taş, Ç. ve Akgün, N. (2021). Klinik Deneyim Yaşayan Hemşirelik Öğrencilerinin Duygu Düzenleme Güçlüklerinin İncelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 191-200.
- Saruhan, V. (2018). *Genç yetişkinlikte sosyal ve duygusal yalnızlığın duygu düzenleme güçlüğü açısından incelenmesi*. Master's thesis. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Sarıtaş Atalar, D. ve Altan Atalay, A. (2018). Ergenlik döneminde duygu düzenleme ve ruh sağlığı: ana-babanın ve mizacın rolü. Bildik, T., Editör. *Ergenlik Dönemi Ve Ruhsal Bozukluklar* Ankara: *Türkiye Klinikleri*;. s.84-9

- Sayar, K. ve Dinç, M., (2008). *Psikolojiye giriş*, İstanbul: Dem Yayıncılık.
- Siva A., Işık, N., Demirci, S. ve Saip, S. (2018). ‘Multiple sklerozda atak tedavisi’. H. Efendi ve D. Y. Kuşçu (ed.). *Multiple skleroz tanı ve tedavi kılavuzu*. (s.50-55). İstanbul: Galenos
- Seki Öz, H. (2013). *Multiple sklerozlu hastaların stresle baş etme tarzlarının ve psikiyatrik belirtilerinin değerlendirilmesi*. Master's Thesis, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Sözeri Özdem Ö. (2019). *Tip 2 diyabetli insanlarda kişilik yapısının kabul edilmesi ve metabolik hedefler üzerine incelenmesi*. Yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Srivastava, S., John, O. P., Gosling, S. D. ve Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1041.
- Sutin, A.R., Zonderman, A.B., Ferrucci, L. ve Terracciano, A. (2013). Personality traits and chronic disease: implications for adult personality development. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 68(6), (s. 912–920).
- Şahin, S. (2018). *Tip 2 diyabetli hastalarda ayak yarası riski, ayak öz-bakım davranışları ve hastalık kabulü arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Doktora Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Şireci, E. ve Karabulutlu, E. Y. (2017). Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-55.
- Tabachnick, B. G.ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston, Pearson.
- Tatlıhoğlu, K. (2014). Üniversite öğrencilerinin beş faktör kişilik kuramına göre kişilik özellikleri alt boyutlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Tarih Okulu Dergisi*, 17, 939-971.
- Tamres L. K., Janicki D. ve Helgeson V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: a meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality Social Psychology. Review*. 6,2–30.
- Taşkın, E. O. (2007). *Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama*, 1, 17-30. Meta Basım Matbaacılık. İzmir.
- TDK. (2023). Erişim: 14.05.2023. <https://sozluk.gov.tr/>
- Topkaya, S. Ö., Meral, P., Uzunel, U. H. F., Serkan, U. D. ve Alptekin, K. (2003). Multiple Skleroz Hastalarında Destekleyici Grup Terapisi. *Türk Nöroloji Dergisi*, cilt: 9/ 1
- Tunçel, M. (2018). *Multiple skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlük ile aile iletişim arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul .
- Turan Ö. F. (1996). ‘‘Multiple skleroz’’. Oğul, E. (Ed.). *Temel ve klinik nöroloji*. (s. 217-225). Uludağ Üniversitesi Basım Evi.
- Turan Ö. F. (2002). ‘‘Multiple skleroz’’. Oğul, E. (Ed.). *Temel ve klinik nöroloji*. (s. 171-184). Nobel&Güneş
- Turan Ö. F. (2013). ‘‘Multiple skleroz: klinik özellikler ve seyir’’. Rana Karabudak (Ed.). *Temel ve klinik nöroimmünoloji*. (s. 223-228). Ada Bası Yayın.

- Ulucan, H. ve Bahadır, Z. (2011). Haltercilerin kişilik özelliklerinin farklı değişkenlere göre incelenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 5(2), 175-183.
- Uzuntarla, Y. ve Cihangiroğlu, N. (2016). Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin analizi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 1-8.
- Ünal A., Mavioğlu H., Altunrende B., İçen N.K. ve Ergün U. (2018). 'Multiple sklerozda tanı ve ayırıcı tanı'. H. Efendi ve D. Y. Kuşçu (ed.). *Multiple skleroz tanı ve tedavi kılavuzu*. (s.9-28). İstanbul: Galenos
- Uznoğlu, Y. S. (2023). *Tedavisiz obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda hastalık şiddetinin duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Üstün, S. K. (2011). *Multiple sklerozlu hastalarda yorgunluk mizaç karakter profili arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı.
- Yavuz, M. (2012). *Polis adaylarının temel kişilik özellikleri ile duygusal zeka arasındaki ilişki: Balıkesir Polis Meslek Yüksek Okulu örneği*. Doktora Tezi.
- Yazgan, İ.B. ve Yerlikaya, E.E. (2012). *"Kişilik Kuramları"*, Ankara: Pegem Akademi.
- Yılmaz, F. T., Şahin, A. D. Ve Türesin, A. K. (2019). Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyinin glisemik kontrol ile ilişkisi. *Çukurova Medical Journal*, 44(4), 1284-1291.
- Yılmaz, Y. ve Önder, F. C. (2020). *Üniversite öğrencilerinde duygu düzenleme güçlüğüne yordayıcısı olarak öz-duyarlılık*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 29(4), 168-182.
- Yiğit, İ. ve Güzey-Yiğit, M. (2017). Psychometric properties of Turkish version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 1-9. doi: 10.1007/s12144-017-9712-7.
- Yorulmaz, A. (2021). *Duygu düzenleme güçlüğü, katel zekası ve aleksitiminin somatizasyon belirtilerini yordayıcı etkilerinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- Yousof, B. (2021). *Üniversite öğrencilerinde duygu düzenleme ve problem çözme becerilerinin cinsiyet farklılıkları açısından karşılaştırılması*. Master's thesis. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Yumuşak, F. N. (2019). *Üniversite öğrencilerinde duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal tepkiselliğin psikolojik belirtiler ile ilişkisinin incelenmesi*. Master's Thesis. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Werner K ve Gross JJ. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In Kring A, Sloan D (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology*. New York: Guilford Press, 13-37.
- Weiner H. L. ve Stankiewicz J. M. (2013). *Multiple skleroz tanı ve tedavi*. Serhan Sevim (çev.). Content Ed Net-Türkiye.

ÖZ GEÇMİŞ

Betül Aydın, Samsun Anadolu İmam-Hatip Lisesi' ni bitirdikten sonra Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, sosyoloji bölümünden 01.06.2017 tarihinde, psikoloji bölümünden 28.05.2018 tarihinde mezun oldu. Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Erken Çocuklukta Otizm Spektrum Bozukluğu Programından (Tezsiz YL) 12.06.2021 tarihinde mezun oldu. 2020 yılında OMÜ LEE Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programına girdi. Son iki senedir psikolog olarak görev yapan Betül Aydın çocuk danışmanlarla çalışmaktadır ve bu alanda eğitimler almaktadır. (07.08.2023).

İletişim Bilgileri

ORCID ID : <https://orcid.org/0009-0000-9173-4066>

Yayınlar:

1. B. Aydın ve E. Ünal (2022, Aralık). “Otizmli çocuğu olan anne-babaların psikolojik destek gerkesinimleri”. *13. Uluslararası Sosyal Beşeri ve Eğitim Bilimleri Kongresi* , İstanbul, Türkiye.