



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA BELİRSİZLİĞE  
TAHAMMÜLSÜZLÜK İLE AİLE İLETİŞİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

MELİS TUNÇEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Habib ERENŞOY

İstanbul – 2018

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA BELİRSİZLİĞE  
TAHAMMÜLSÜZLÜK İLE AİLE İLETİŞİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**MELİS TUNÇEL**

**164102266**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Habib ERENŞOY**

**İstanbul – 2018**



T.C.  
ÜSKÜDAR  
ÜNİVERSİTESİ

**YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**GENEL BİLGİLER**

Öğrenci No	: 164102266
Öğrenci Adı Soyadı	: Melis Tunçel
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Habib Erensoy
Tezin Başlığı	: Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Aile İletişime Etkisi

Toplantı Tarihi	: 30.11.2018	Saati	: 17:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> Geldi		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak <b>KABUL</b> edilmesine,			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının <b>DÜZELTİLMESİNE</b> , düzeltme için adaya ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesine (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonunda tezin <b>REDDEDİLMESİNE</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>OY BİRLİĞİ</b> <input type="checkbox"/> <b>OY ÇOKLUĞU</b>			
İle karar verilmiştir. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input type="checkbox"/> Değişmedi <input checked="" type="checkbox"/> <b>Değiştirdi</b>		
Tezin Yeni Başlığı	: <input type="checkbox"/> Değişmedi <input checked="" type="checkbox"/> <b>multiple skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlük ile aile iletişimi arasındaki ilişki</b>		
Öğrenci Savunmaya	: Gelmedi		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirilmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<b>OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.</b>			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Habib Erensoy	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Fatma Duygu Kaya Yertutanol	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Sayı No :

Tarih : ..... / ..... / 20 .....

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsh.) eklenecektir.

.....  
**Anabilim Dalı Başkanı**  
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlük İle Aile İletişimi Arasındaki İlişki” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih: .../.../2018

Melis TUNÇEL

İmza

## TEŐEKKÖR

Bu alıŐma Multiple Skleroz tanısı almış hastaların belirsizliğe tahammölsözlük düzeyleri ile aile iletişimleri arasındaki ilişkiyi araŐtırmak amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmanın hazırlanması boyunca desteğini eksik etmeyen, bilgi ve tecröbelerini, değerli fikirlerini ve emeğini esirgemeyen değerli danışman hocam ÖĞretim Üyesi Dr. Habib ERENÖY'a, eğitim hayatımın her evresinde tüm içtenliği ve fedakarlığıyla desteğini esirgemeyen babam Ali TUNÇEL ve annem Senay TUNÇEL'e ve araŐtırmama katkı sağlamak için gönöllü katılım sağlayan Multiple Skleroz tanısı almış bireylere yardım ve destekleri için sonsuz teŐekkör ederim.

Melis TUNÇEL

(TUNÇEL, Melis, Yüksek Lisans, İstanbul, 2018)

**Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlük İle Aile İletişimi  
Arasındaki İlişki**

**ÖZET**

Bu çalışmanın amacı multiple skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün aile iletişimi ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Bu araştırmada multiple skleroz tanısı alan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile aile iletişimi arasında ilişki olduğu ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin aile iletişiminde daha fazla sorun yaşadığını gösterdiği umulmaktadır. Türkiye Multiple Skleroz Derneği İstanbul Şubesi'inde yardım gören elli birey bu çalışmada yer almaktadır. Katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilmiştir ve kabul ettikleri takdirde araştırmaya katılmışlardır. Gönüllü katılımcılar Sosyodemografik Form, Belirsizliğe Tahammüslük Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeğini doldurdular. Belirsizliğe Tahammüslük Ölçeği 4 alt gruba sahip ve 27 likert tipi sorudan oluşmaktadır. Aile Değerlendirme Ölçeği 7 alt gruba sahip ve 60 likert tipi sorudan oluşmaktadır. Araştırmanın sonuçları incelendiğinde katılımcıların %48'i kadın ve %52'si erkektir. Belirsizliğe tahammüslük düzeyi ile öğrenim düzeyi ve hastalık süresi karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır. Aile değerlendirmesi ile cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, meslek seçimi ve hastalık süresi arasında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir. Araştırma bulgularına göre multiple skleroz hastalarında belirsizliğe tahammüslük düzeyi ile aile iletişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda alt ölçekler arasında da ilişkiler olduğu saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Multiple Skleroz, belirsizliğe tahammüslük, aile

(TUNÇEL, Melis, Master of Science, Istanbul, 2018)

**The Relationship Between Intolerance Uncertainty and Family Communication in Multiple Sclerosis Patients**

**ABSTRACT**

The aim of this study is to evaluate the relationship between intolerance uncertainty and family communication in patients with multiple sclerosis. In this study, we expected that there is a relationship between uncertainty intolerance levels and family communication in people who diagnosed multiple sclerosis. In other words, they Show patients who have high uncertainty intolerance levels more problems in family communication. There were fifty voluntary that they assisted bu Istanbul branch of Turkey Multiple Sclerosis Society. The participants were informed about the study and participant if they agreed. Volunteer participants completed Sociodemographic Form, The Intolerance of Uncertainty Scale and Family Assessment Device. The Intolerance of Uncertainty Scale includes four subscales and 27 questions that are likert scale. Family Assessment Device includes seven subscales and 60 questions that are likert scale. According to this study's results, the gender distribution of the participants was examined, it was 48% of the participants are female and 52% male. There is significant relationship between uncertainty in tolerance level and their education level, disease duratin. In addition, there is no significant relationship between family assessment and gender, age, education level, career choice, disease duration. According to the study findings, there is significant relationship between uncertainty intolerance level and family communication in patients that multiple sclerosis. In addition, it was found that there were also relations between the subscales.

**Key Words:** Multiple Sclerosis, intolerance uncertainty, family

# İÇİNDEKİLER

Yemin Metni.....	i
Teşekkür.....	ii
Özet.....	iii
Abstract.....	iv

## BİRİNCİ BÖLÜM

<b>GİRİŞ</b> .....	1
1. Araştırma.....	3
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Araştırmanın Problemi.....	3
1.4. Araştırma Soruları.....	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
1.6. Araştırmanın Sayıltıları.....	4

## İKİNCİ BÖLÜM

<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2. Multiple Skleroz.....	5
2.1. Multiple Skleroz Tanım.....	5
2.2. Multiple Sklerozun Epidemiyolojisi.....	6
2.3. Multiple Sklerozun Etiyolojisi.....	7
2.4. Multiple Skleroz Klinik Belirti ve Bulguları.....	8
2.5. Multiple Skleroz Klinik Tipleri.....	10
2.5.1. Relapsing- Remitting Multiple Skleroz (RRMS).....	11
2.5.2. Primer Progressif Multiple Skleroz (PPMS).....	11
2.5.3. Sekonder Progressif Multiple Skleroz (SPMS).....	11

2.5.4. Relapsing Progressif Multiple Skleroz (RPMS).....	12
2.5.5. Benign Multiple Skleroz.....	12
2.5.6. Malign Multiple Skleroz.....	12
2.6. Multiple Skleroz Laboratuvar Bulguları ve Tanı.....	13
2.6.1. Laboratuvar Bulguları.....	13
2.6.1.1. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG).....	13
2.6.1.2. Beyin Omurilik Sıvısı (BOS).....	14
2.6.1.3. Uyarılmış Potansiyeller.....	15
2.6.1.4. Bilgisayarlı Tomografi.....	16
2.6.1.5. Manyetik Rezonans Spektroskopi (MRS).....	16
2.6.1.6. Kan Testi.....	16
2.6.1.7. Spinal Kord.....	16
2.6.2. Tanı.....	17
2.7. Multiple Skleroz Tedavi.....	18
2.7.1. Atak Tedavisi.....	18
2.7.2. Koruyucu Tedavi.....	19
2.7.2.1. İnterferonlar.....	19
2.7.2.2. Glatiremer Asetat.....	20
2.7.2.3. Azotipürin.....	20
2.7.2.4. Mitoksantron.....	21
2.7.2.5. Nazalizumab.....	21
2.7.3. Semptomatik Tedavi ve Rehabilitasyon.....	21
2.8. Multiple Skleroz ve Psikiyatrik Sorunlar.....	22
2.9. Multiple Skleroz ve Belirsizlik.....	24
2.9.1. Belirsizlik.....	24
2.9.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük.....	25
2.9.3. Multiple Skleroz ve Belirsizlik.....	26
2.9.4. Multiple Skleroz ve Aile.....	27

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

<b>YÖNTEM</b> .....	29
3.1. Araştırmanın Modeli.....	29
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	29
3.3. Veri Toplama Araçları.....	29
3.3.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	30
3.3.2. Sosyodemografik Veri Formu.....	30
3.3.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ).....	30
3.3.4. Aile Değerlendirme Ölçeği.....	31
3.4. Verilerin Analizi.....	32

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

<b>BULGULAR</b> .....	33
4.1. Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Dağılımı.....	33
4.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması.....	35
4.3. Aile Değerlendirme Puanları İle Demografik Değişkenler.....	40
4.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük İle Aile Değerlendirme Arasındaki İlişki.....	45

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>SONUÇ</b> .....	52
5.1. Tartışma ve Sonuç.....	52
5.2. Sınırlılıklar ve Öneriler.....	55
<b>KAYNAKÇA</b> .....	57
<b>EKLER</b> .....	61
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	71

## **ŐEKİLLER LİSTESİ**

**Şekil 1:** Multiple Skleroz Epidemiyolojisi

**Şekil 2:** Multiple Skleroz Belirtileri

## **EKLER LİSTESİ**

**Ek 1:** Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**Ek 2:** Demografik Veri Formu

**Ek 3:** Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

**Ek 4:** Aile Değerlendirme Ölçeği

**Ek 5:** Özgeçmiş

**Ek 6:** Etik Kurul Onay Belgesi

## **KISALTMALAR**

**SSS** : Santral Sinir Sistemi

**MSS** : Merkezi Sinir Sistemi

**MS** : Multiple Skleroz

**BOS** : Beyin Omurilik Sıvısı

**MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**SPSS:** Statistical Package For The Social Sciences

**BTÖ** : Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

**ADÖ:** Aile Değerlendirme Ölçeği

## SİMGELER LİSTESİ

- n : Örnekleme/gruptaki örneklem sayısı
- % : Yüzde
- $\bar{x}$  : Ortalama
- SS : Standart sapma
- p : Anlamlılık düzeyi
- t : t değeri
- F : ANOVA istatistik değeri
- r : Pearson korelasyon katsayısı
- B : Regresyon katsayısı
- $SH_B$  : Regresyon katsayısının standart hatası
- $\beta$  : Standardize edilmiş regresyon katsayısı

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 2. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler.....	34
Tablo 3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları....	35
Tablo 4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Yaş Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	36
Tablo 5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	36
Tablo 6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Meslek Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	38
Tablo 7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Hastalık Süresine Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	39
Tablo 8. Aile Değerlendirme Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları.....	40
Tablo 9. Aile Değerlendirme Puanlarının Yaş Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	41
Tablo 10. Aile Değerlendirme Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	42
Tablo 11. Aile Değerlendirme Puanlarının Meslek Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	43
Tablo 12. Aile Değerlendirme Puanlarının Hastalık Süresine Göre ANOVA Testi Sonuçları.....	44
Tablo 13. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	45
Tablo 14. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Aile Değerlendirmesi Üzerindeki Etkisine Ait Regresyon Analizi Sonuçları .....	47

# I.BÖLÜM

## GİRİŞ

Günümüzde teknoloji ve tıp alanında belirgin gelişmeler yaşanmaktadır. Bu gelişmeler ile birlikte tanı koymada ve tedavi süreçlerinde oldukça hızlı ve çağa uygun ilerlemeler olmaktadır. İlerleyen tıp bilimi ve teknolojinin birleşiminde oluşan bilgi birikimi ile birlikte insan ömrünün uzadığı birçok kaynakta yer almaktadır. Yaşanan bu hızlı gelişmelere paralel bir biçimde bilinen kronik hastalıkların sayısında da artışlar görülmektedir.

Nörolojik sistemde oluşan kronik hastalıkların bir kısmı tanı almış olan bireyde büyük ölçüde yetersizlik ve sınırlılık yaşatan hastalıklar olarak kabul görmektedir. Kabul edilen bu hastalıklar arasında kişide önemli görülecek düzeyde fonksiyonel yetersizliklere sebep olan hastalıklardan biri de multiple skleroz hastalığıdır (Akdemir,1996; Akbostancı,2003). Multiple skleroz santral sinir sisteminde oluşan inflamasyon ve demiyelinizasyonlara bağlı bir aksonal hasardır. Bu hastalığın seyri ataklar ve iyileşmeler şeklinde yaşanmaktadır (Karabudak,2004). Kırk yaşın altında bulunan genç erişkinlerde yaşanan sakatlık nedenlerinin en önemli nedenlerinden biri multiple skleroz hastalığıdır (İdiman,2002). Yapılan araştırmalara göre multiple skleroz erkeklere kıyasla kadınlarda daha sık görülmektedir. Ilıman ve soğuk iklimde yaşayan bireylerde, beyaz ırkta, ailesinde ms hastası birey bulunanlarda ve sosyo-ekonomik açıdan gelişmiş toplumlarda görülme sıklığı daha fazla olmaktadır (Soysal ve ark. ,1996; Alev, 1996).

Multiple sklerozlu hastaların hastalıkları süresince hastalığa bağlı olarak psikiyatrik bozukluklar yaşadıkları sık sık görülmektedir (Garland ve Zis,1991). Matson ve Brooks'un öne sürmüş olduğu "kronik hastalığa uyum" modelinde multiple skleroz tanıli hastaların belirsizlik, inkar, kabullenme ve uyum evrelerinden geçmiş olduğu belirtilmektedir (Walsh ve Walsh, 1989).

Multiple skleroz hastalığı tanı koyulma süreci açısından oldukça uzun süren araştırmaları içerir. Araştırmaların uzun süreli olması ve bilgilendirmelerin eksik olması hasta ve yakınlarında psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Hasta MS hastalığının ne zaman tekrarlayacağını ve nasıl tekrarlayacağını kesin olarak öğrenemediği için yoğun anksiyete

ve kaygı duygularıyla başa çıkmak durumunda kalmaktadır (Öz,2001).

Belirsizlik temel anlamda kontrol edilemeyen bir durum olduğunda veya olma olasılığı oluştuğunda ortaya çıkan yetersizlik duygusu ve yaşamı süresince yaşadığı olayların anlamını açıklamadaki yetersizlikten meydana gelen bilişsel bir durumdur. Belirsizliği oluşturan olay veya durum değil kişinin algısıdır (Öz,2001).

Yaşantının her evresinde belirsizlik yaşanabilmektedir ancak hastanın belirsizlik yaşaması hastalıkla ilgili anlamları belirlemede yetersizlik olarak ortaya çıkmaktadır. Hastanın yaşadığı ve yaşayacağı olaylar, sonucunu tahmin edemediği bulgular, anlaşılır bulunmayan açıklamalar, tedavi süreci ve hastalıkla ilgili sürecin net olmaması hastanın belirsizlik algısını etkilemektedir (Öz, 2001).

Bireyler kronik hastalıkların tanısını aldıktan sonra uyum evrelerini gerçekleştirirken, yaşam kalitesi ve doyumunu üzerinde değişimler yaşamaktadır. Alınan tanıyla birlikte kişi hayatında yeniden yapılandırılacak bir sürece girmek zorunda kalmaktadır ve bu yapılanmada ailesi de bireye eşlik etmektedir. Değişen aile yapılanmasıyla birlikte birey ve aile, yaşayış biçimlerini değiştirmektedirler. Newbey'e göre multiple skleroz gibi kronik hastalığa sahip olan bireyler stres faktörleriyle daha çok karşı karşıya kalmaktadır ve bu süreçte hem birey hem de aynı evde yaşayan aile bireyleri hastalığa uyum sağlamak zorunda kalmaktadır. Buna bağlı olarak aile de çeşitli süreçlerden geçmektedir (Aydemir ve ark.,2002) .

Kronik hastalıklar aile sistemine dahil olduktan sonra zaman içinde aile içi rollerde değişiklik yaşanmaktadır. Bu değişim süreci de direkt olarak aileyi ve aile içi iletişimi etkilemektedir.

Aile sağlığı konusunda literatür araştırması yapıldığında aile işlevlerinin fonksiyonel olması veya fonksiyonel olmaması durumunun eşit olarak kabul edildiği görülmektedir. Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips'e göre aileler işlevlerini beklenen ölçüde yerine getiriyorsa fonksiyonel yani sağlıklı aile olarak sayılmaktadır. Fonksiyonel aile olmak için aile bireylerinin bir arada olmaktan keyif alması, yaşadıkları olaylara karşı birbirlerine destek olması ve cesaretlendirebilmesi, birbirilerine ve birbirlerinin düşüncelerine saygı duyulması, açık iletişim kurulabilmesi ve deneyimlere açık olunup fikir alışverişinde bulunulması gerekmektedir (Bulut,1990).

## **1.1.Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın birincil amacı, genel popülasyonda multiple skleroz tanısı almış hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile aile iletişimleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Bu amaçla, aile değerlendirme envanteri puanlamasının sosyodemografik özellikler ve belirsizliğe tahammülsüzlük envanteri puanlarıyla ilişkisi incelenmiştir.

Temel varsayımımız MS tanılı bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi ile aile iletişimleri arasında bir ilişki olduğu, belirsizliğe tahammülsüz düzeyi yükseldikçe aile iletişiminde sorunların artabileceği yönündedir.

## **1.2.Araştırmanın Önemi**

Alan yazında multiple skleroz tanısı alan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile aile iletişimleri arasındaki ilişkiye dair bir çalışma yapılmamıştır. Daha öncelerinde multiple skleroz hastalığı ile ilişkilendirilen farklı kriterler ile birlikte çalışmalar yapılmış ancak belirsizliğe tahammülsüzlüğün aile iletişimi ile ilişkisini araştıran bir çalışma tespit edilmemiştir. Bu çalışma ile sosyodemografik özelliklere ve diğer değişkenlere göre anlamlı farklılıkların araştırılması amaçlanmıştır.

## **1.3.Araştırmanın Problemi**

Bu çalışmada ele alınan problem, “multiple skleroz tanısı almış hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük envanteri puanı ile aile değerlendirme envanteri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” olarak belirlenmiştir.

## **1.4.Araştırma Soruları**

- Multiple skleroz’da belirsizliğe tahammülsüzlüğün aile iletişime etkisi var mıdır?
- Katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük envanterine göre puanları nedir?

- Katılımcıların aile değerlendirme envanterine göre puanları nedir?
- Cinsiyet ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- Cinsiyet ve aile değerlendirme envanteri puanı arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- Hastalığın süresi ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- Hastanın yaşı ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- Hastanın eğitim durumu ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi arasında anlamlı ilişki var mıdır?

### **1.5.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın örneklemini Mayıs 2018 – Eylül 2018 tarihleri arasında Türkiye Multiple Skleroz Derneği Konferansına katılan ve Türkiye Multiple Skleroz Derneği İstanbul Şubesi üyesi olan bireyler oluşturmaktadır.

- Katılımcıların multiple skleroz hastalığı tanısı almış olması sınırlılıktır.
- Sonuçların katılımcıların kişisel ifadelerine dayalı olması sınırlılıktır.
- Araştırmanın örnekleminin sadece Türkiye Multiple Skleroz Derneği'ne mensup olması sınırlılıktır.
- Araştırma örneklem grubuyla sınırlıdır.

### **1.6.Araştırmanın Sayılıtları**

- Araştırmaya katılan katılımcıların uygulanan ölçeklere içtenlikle ve doğru bir şekilde yanıt verdiklerinin kabul edilmesi bu araştırmanın sayılıtlarıdır.
- Katılımcıların cevaplarına göre envanterlerin kesme puanıyla ilişkilendirilmesi varsayılmıştır.
- Araştırma için kullanılan ölçme araçları ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilirlerdir.

## II. BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2. MULTİPLE SKLEROZ

##### 2.1. Multiple Skleroz Tanım

Santral sinir sisteminde (SSS) oluşan miyelin tahribatı ile meydana gelen hastalıklara demyelinizan hastalıklar denir (Mutluer, 1998). Demyelinizan hastalıklar periferik sinir sistemini etkileyenler ve merkezi sinir sistemini (MSS) etkileyenler olmak üzere ayrılırlar. Demyelinizan hastalıklardan merkezi sinir sistemini etkileyen hastalıklar denince ilk akla gelen hastalık multiple skleroz (MS) dur (Erden, 2006).

Multiple Skleroz (MS) kronik bir hastalık olmakla birlikte Merkezi Sinir Sistemi'nde (MSS) bulunan birçok bölgede demyelinizasyon, inflamasyon ve gliozis(plak) ile karakterize olmuştur (Rowland,1999).

Santral Sinir Sistemi'ninde yer alan beyaz cevherde gri-pembe renkte, boyutları 1mm ile 4 cm arasında değişmekte olan keskin sınırlı plaklar multiple skleroz hastalığının patolojik bulgusudur. Beynin ve spinal kordun miyelin içeren bölümlerinde bu plaklar gelişmektedir ve bu bölümde miyelin hasarı oluşmaktadır. Aynı zamanda bu plaklar miyelin hasarı oluşturup daha sonra da akson kaybına da neden olmaktadır (Tekdemir 1998, Akkuş 2004) . MS hastalığındaki en önemli tanımlayıcı özellik lezyonların uzamsal ve zamansal dağılımı olmasıdır (O'Connor, 2002) .

Demyelinizasyon oluşuktan sonra öncelikle impuls iletiminde yavaşlama meydana gelir, ardından daha ciddi durumlar oluştuğunda ise iletim bloğu oluşur ve bunun sonucuna bağlantılı olarak klinik belirtiler meydana gelir. MS hastalığındaki belirtiler bireydeki plağın yerleşim yerine göre farklılık göstermektedir, bu yüzden geniş bir belirti çeşitliliği vardır.

Multiple Skleroz çoğu zaman ataklarla devam etmektedir ve yaşam boyu süren kronik bir hastalıktır. Kesin olarak tedavisi bulunmamakla birlikte ataklar kontrol

edilebilmekte, sebep olduğu düşünölen belirtiler azaltılabilmekte veya giderilmektedir.

## 2.2. Multiple Sklerozun Epidemiyolojisi

Multiple skleroz genellikle genç erişkinlerde, en sık olarak 20-40 yaşları arasında görölmektedir. 70'li yaşlarda çok sık gözlemlenmese de nadir olarak hastalık başlangıcı görölmüştür ( Turhan N, Bayramoğlu M., 2004). Hastalık genellikle erkeklere kıyasla genç kadınlarda daha sık görölmektedir. Yapılan araştırmalarda kadınların erkeklerden iki kat daha fazla MS tanısı aldığı görölmüştür ( Compston ve ark.,1998). MS tanısı en sık 20-40 yaşları arasında görölse de literatüre bakıldığında 15 aylık çocuk olgularının da göröldüğü bilinmektedir.

Multiple Sklerozun yaygınlığına ailesel olarak bakıldığında görölme sıklığı %3-23 aralığında olduğu belirtilmiştir. Ailesinde MS bulunmayan bir çocuğun yakalanma şansı %0.1'dir. Görölme riski en yüksek kardeşte bulunmaktadır, diğer aile bireylerinde risk düşmektedir. Çocuk, teyze, amca, hala, dayı ve kuzenlere gidildikçe multiple skleroz riski azalmaktadır ( Bradley ve ark. ,2008).

Hastalığın görölme sıklığı açısından risk en çok kardeşlerdedir. Literatür incelendiğinde dizigot ikizlerde görölme sıklığı %3-5'tir, monozigot ikizlere bakıldığında riskin en azın %20 olduğu ve %38'e kadar yükselmiş olduğu bilgisine ulaşılmaktadır ( Willer C ve ark. 2003).

Dünyada yapılan araştırmalara göre multiple skleroz hastalığı beyaz ırkta daha çok görölmektedir. Tropikal bölgelerde bulunan bireylerde daha nadir ortaya çıktığı ve Avrupa kökenli bireylerde ise daha sık olduğu ortaya çıkmıştır. Yüksek prevalanslı bölgeler Güney Kanada, İsrail, Kuzey Avrupa, Yeni Zelanda, Güney Avustralya ve Kuzey Amerika olarak gösterilmiştir. Asya'da ise MS hastalığının oldukça seyrek olduğu araştırılmıştır ( Hammond SR ve ark.1988).

Aynı coğrafi bölgede yaşayan ancak farklı ırk ve farklı etnik gruba mensup olanlar arasında belirgin prevalans farkı gözlemlenmiştir. Afrika'da yaşayan siyahlara bakıldığında multiple skleroz çok nadir görölüyorken ABD'de yaşayanlarda beyazların yarısı kadar görölmektedir. Bazı bölgelerde ise MS'e karşı tam ya da tama yakın bir

bağışıklık olduğu gör÷lmektedir. Bunlar; Macar Çingeneleri, Yeni Zelanda Maorileri, Eskimolar, Avustralya Aborjinleri ve Suudilerdir. Doğu Asya'lı bireylerde multiple skleroz oldukça seyrek tir. Yapılan araştırmalara göre MS en sık İskoçya'da gör÷lmektedir ( Tunalı,2004) .

**Şekil 1.** Multiple Skleroz Epidemiyolojisi (Sıva,2005)

	<b>İnsidans</b>	<b>Prevelans</b>
İngiltere	2-5/100.000	115-219/100.000
İskandinav Ülkeleri	2-5/100.000	54-130/100.000
Almanya	2,7-3,8/100.000	68-85/100.000
İtalya	3,3 /100.000	39-65/100.000
Yunanistan	1,7-2,2/100.000	29-39/100.000
Türkiye	3,48/100.000	34/100.000

### **2.3.Multiple Sklerozun Etiyolojisi**

Multiple skleroz hastalığının nedeni tam olarak bilinmemektedir ancak çalışmalar hala devam etmektedir. Günümüze dek yapılan araştırmalara göre otoimmünitenin temel neden olduğu düşün÷lmektedir fakat henüz tam olarak kanıtlanamamıştır. Ancak hastalık aktif dönemde iken beyin omurilik sıvısında (BOS) ve kandaki immün hücre miktarlarına bakıldığında oluşan değişiklikler MS ile immün sistem arasında anlamlı bir ilişki olduğunu desteklemektedir ( Conlon P,Oksenberg JR ve ark.,2009). Neden olarak gör÷len otoimmünitenin çevresel faktörler ve genetik faktörlerden etkilenmekte olduğu da kabul edilmektedir.

Beyaz cevherde meydana gelen inflamatuvar plaklar hastalanma ve iyileşme dönemleri şeklinde kendini gösteren ataklara neden olmaktadır. Bu plaklar beyindeki işlevlerin sağlanması için önemli ve mecburi olan sinir iletisini bozmaktadır ve klinik belirtiler ortaya çıkarmaktadır. MS klinik bulguları beyin sapı, optik sinir, piramidal sistem, medulla spinalis, duysal sistem ve serebellar sistemde gözlenebilir.

Hastalığın tanımını ilk olarak 1877 yılında Charcot yapmıştır ve MS hastalarından bilişsel işlevlerinde farkedilir yavaşlama gösterenlerin olduğunu bildirmiştir (Tuncer, 2006) .

Yapılan literatür araştırmalarının bazılarında MS hastalığının oluşmasında çevresel faktörlerin önemli rol oynadığından bahsedilmektedir. Bu çevresel faktörlerin neler olduğu hakkında hala kesin bir bilgi bulunmamaktadır ancak yaşam şartları, iklim şartları, enfeksiyonlar gibi etmenler olabileceği düşünülmektedir (Gilroy 2002, Mirza 2002). Güneş ışığından mahrum kalmak ve buna bağlı olarak D vitamini eksikliği de çevresel faktörler arasında ön planda yer almaktadır ( Ascherio A., Munger K. Ve Simon K.,2010). Toksinlere maruz kalma, aşılar, stres, sigara içme, yoğun stres, hormon yükleme ve diyet değişiklikleri multiple sklerozun oluşumuna etki ettiği düşünülse de kesin kanıtlanamamıştır.

Multiple Sklerozun nedenleri konusunda mikrobiyal enfeksiyonların etkisi uzun yıllardır tartışılan bir konudur. Bu konu üzerine yapılan biyopsi ve otopsi araştırmalarından elde edilmeye çalışılan veriler tutarsız sonuçlar vermiştir ( Bradley WG, Daroff RB ve Fenichel GM,2008).

Yıllardır birçok virüsün multiple sklerozun etiolojisindeki etkisi araştırılmaktadır. Bu virüsler: caine distemper virüs, human herpes virüs 6, kızamık, simpleks, parainflüenza, EBV, paramyxovirüs, HTLV-1'dir ( Eraksoy ve ark.,2003).

## **2.4. Multiple Skleroz Klinik Belirti ve Bulguları**

Multiple Skleroz çeşitli belirtiler ile karakterize olmaktadır ve her bireyde farklılık gösterebilmektedir. MSS (merkezi sinir sistemi)'ni etkileyen zaman ve bölgeye göre farklılık gösteren belirtiler meydana gelmektedir. Hastalık alevlenme ve düzelmeler ile seyrettiği için belirtiler de alevlenme ve düzelmeler şeklinde sık olarak meydana gelmektedir.

MS hastalığı ataklar şeklinde kendini göstermektedir. Ataklar akut veya subakut olarak başlayabilir ve en az 24 saat sürmektedir. Atak birkaç gün ile birkaç hafta sürecinde en yüksek düzeyine ulaşabilir ve sonucunda değişen düzelmeler yaşanabilir. Başlangıç

evresinde ataklarda hafif belirtiler yaşanabilir ve iyileşebilir. Ataklar tekrarlandıkça kalıcı nörolojik hasarlar oluşabilmektedir. Multiple sklerozun belirli bir formu yoktur, yaşanan belirtiler ve değişken bulgular klinik tabloyu meydana getirmektedir. Hastalığın belirtileri bireye göre değişkenlik göstermektedir ( Olek MJ,Dawson DM,2003).

Hastalık belirtilerinin farklılık göstermesi hastalığın başlangıç yaşına, şekline, ne kadar sıklıkta olduğuna, tekrarlamalarının şiddetine ve bireyde bıraktığı hasara göre olmaktadır. Belirtiler her ne kadar farklılık gösteriyor olsa da bu belirtilerin hepsi Santral Sinir Sistemi( SSS)'ndeki tahribatı göstermektedir.

**Şekil 2.** Multiple Skleroz Belirtileri

<b>Belirti</b>	<b>%</b>
Motor	50
Duyusal	30
Görme bozukluğu	22
Ataksi/tremor	20
Diplopi	12
Vertigo	7
Sfinkter kusuru	6
Diğer	5

Yaşanan belirtilerin ne kadar süreceği ve bireyi ne kadar etkileyeceği kişiden kişiye değişmektedir. Multiple Sklerozda bireyin en sık yaşadığı gözlemlenen belirtiler motor bulgular, görme kaybı, somatosensoriyal bulgular, kognitif bozukluklar, serebellar bulgular, yorgunluk, beyin sapı bulguları, cinsel fonksiyon bozuklukları ve bağırsak problemleridir ( Compston ve ark.,1998).

- ❖ MS'in görme duyusu üzerindeki belirtileri ve bulguları; en sık görülen semptom diplopidir. Sonrasında görme azalması ve kaybı ve göz küresinde yaşanan ağrılar gelişebilir. Görme keskinliği azalması, optik disk bulguları, renkli görmede kayıp, osilopsi ve görme alanı defektleri de saptanabilmektedir (Tunalı, 2004).

- ❖ MS'in piramidal belirtileri ve bulguları; motor güç kayıpları (parezi, quadriparezi, monoparezi, spastik, hemiparezi) ve yorgunluk gibi patolojik sayılan belirtiler gelişebilir.
- ❖ MS'in duyu üzerindeki belirtileri ve bulguları; uyuşukluk, tat alma bozukluğu, parestezi, ağrı, vertigo ve işitmede azalma belirtileri gelişebilir.
- ❖ MS'in serebral belirtileri ve bulguları; serebellar tutulumuna bağlı olarak koordinasyon bozukluğu, yürüme ve koşmada bozukluk ,yorgunluk ve disfaji gelişebilmektedir. En sık olarak tremor ve ataksi görülmektedir ( Vergaro, Squeri ve ark.,2006).
- ❖ MS'in cinsel fonksiyonlar üzerindeki belirti ve bulguları; ejakulasyon ve ereksiyon problemleri, libidoda azalma, genital duyu azalması ve vajinal lubrikasyonda azalma belirtileri gelişebilir ( Compston ve ark, 1998).
- ❖ MS'in mesane kontrolü üzerindeki belirti ve bulguları; acil idrar yapma isteği, sık sık idrara çıkma isteği, işemeyi başlatmada geçlik, gece sık sık idrar yapma isteği, idrar yolu enfeksiyonları, inkontinans ve enürezis gibi belirtiler gelişebilir.
- ❖ MS'in bağırsaklar üzerindeki belirti ve bulguları; gaita inkontinansı ve konstipasyon belirtileri gelişebilir.
- ❖ MS'in kognisyon üzerindeki belirti ve bulguları; dikkat ve konsantrasyonda azalma, hafıza kayıpları, depresyon, sorunlarla baş etmede problemler ve öfori gibi belirtiler gelişebilir (Mumenthaler ve Mottle,2004).

## 2.5. Multiple Skleroz Klinik Tipleri

Klinik belirtilerine göre hastalığı tanımlarken genel bir ifadeyle “Multiple Skleroz” denmektedir ancak MS hastalığı patolojik ve klinik olarak farklı tiplere sahiptir. MS tanısı aldıktan sonra yıllar içinde klinik tipler arasında geçiş yaşanabilmektedir. Hastalığın tipine göre tedavi planı yapılmaktadır. Yapılan araştırmalara göre MS tipleri; relapsing remitting ms, primer progresif ms, sekonder progresif ms, relapsing progresif ms, benign ms ve malign ms'dir.

### **2.5.1.Relapsing-Remitting Multiple Skleroz (RRMS)**

Bu tip MS hastalığı için klasik formdur. Genelleme yapıldığında MS hastalarının %70'i bu tip ile hastalığa başlamaktadır (Gilroy,2002). Bu tip MS ataklar ve iyileşmeler şeklinde devam etmektedir. Atak sonrası remisyonlarda tamamen veya kısmen düzelmeler görülmektedir, relapslar arasında ise kötüleşme görülmemektedir. Uzun süreli takip edilen hastaların zaman içinde yarısından fazlasının sekonder faza geçiş yaptığı gözlemlenmiştir (Turan,2002).

### **2.5.2.Primer Progresif Multiple Skleroz (PPMS)**

Bu tip MS hastalığı ortalama 35-39 yaşlarında başlamaktadır (Walter ve ark.,2000). Kronik bir tiptir, yavaş ve sinsi bir şekilde başlar. Devamlılığında kötüleşen ve artan fonksiyon kayıpları yaşanmaktadır. Yaşanan fonksiyon kaybı ve sakatlıklar belirgin bir biçimde yaşanmaktadır ve iyileşme en düşük düzeydedir. Hastalıkta sürekli olarak ilerleme görülmektedir. Bu tipin çoğu kronik spinal formdadır ve tanı güç kuyulmaktadır.

### **2.5.3.Sekonder Progresif Multiple Skleroz (SPMS)**

Atak ve iyileşme şeklinde olan relapsing-remitting multiple skleroz tipi olarak başlayan tip, ilerleyerek sekonder progresif multiple skleroza dönüşmektedir. SPMS tipi MS'de relapslar sıklaşır ve ardından remisyonlarda azalma oluşur. Yalnızca atak döneminde değil atak dönemleri haricinde de fonksiyonlarda kayıplar oluşmaktadır. Sekeller belirgin bir biçimdedir ve düzelleme durumu azalmaktadır. Sekonder fazda nörolojik bozuluklar gittikçe artmaktadır ve iyileşme her zaman olmayabilir. Hastalığın SPMS'e ilerlemesiyle birlikte hastalardan daha az cevap alınabildiği görülmüştür ve bu hastaların prognozunun daha kötü olduğu belirtilmiştir (McDonald ve ark.,2001).

#### **2.5.4.Relapsing Progresif Multiple Skleroz (RPMS)**

Relapsing progresif multiple skleroz başlangıçta progresif bir tiptir ve progresif bir gidiş sahiptir. Hastalıkta progresif bir gidiş olmasıyla birlikte düzelmelerin tamamen olmadığı olgular da bu paterne katılmaktadır. Bu tipte akut relapslar vardır ve bu relapsların arasındaki süre progresyonun devamı ile karakterize olmaktadır (Bradley ve ark.,2008).

#### **2.5.5.Benign Multiple Skleroz**

Multiple Sklerozun bu tipinde hasta çok hafif ataklar yaşamaktadır. Atak sonrası düzelme tam veya tama yakın olmaktadır. Bu tipte hasar durumu görülmemektedir veya çok düşük düzeyde görülmektedir. MS hastaları ile yapılan araştırmalara göre multiple skleroz hastalarının %10u bu tip MS hastasıdır. Bu tipte hastaların şikayetleri 10 yıldan daha uzun süre olmamaktadır. Hastalar kalıcı bir hasar olmadan veya silik semptomlarla yaşam kaliteleri etkilenmeden yaşamlarını sürdürebilmektedirler (Olek ve Dawson,2003). Zamanla kötüleşme yaşamamaktadırlar. Genelde bu tip MS’de yaşanan ilk belirtiler ellerde ve ayaklarda yaşanan uyuşmadır.

#### **2.5.6.Malign Multiple Skleroz**

Bu multiple skleroz tipi primer progresif multiple sklerozun agresif gidişli olan bir formudur. Hastalık ortaya çıktıktan sonra ilk yıllarda çok sayıda atak görülmektedir. İlk semptomlardan sonra birkaç yıl içerisinde ileri derecede fonksiyon kaybı ve sakatlık durumu yaşanmaktadır. Bu tipte hastalık ölümle sonuçlanma yaşanabilmektedir ancak çok nadir görülen bir multiple skleroz tipidir.

## **2.6. Multiple Skleroz Laboratuvar Bulguları ve Tanı**

### **2.6.1. Laboratuvar Bulguları**

Multiple skleroz hastalığının tanısı için kriter sayılan tek bir test bulunmamaktadır. Klinik değerlendirmeler yapılarak tanı koyulabilmektedir. Değerlendirme sürecinde hastanın tıbbi öyküsü ve nörolojik değerlendirmeleri hekimler tarafından yapılmaktadır. Laboratuvar testleri hastalığın tanısını koymak için oldukça önemlidir. Yapılan testler arasında en kritik bilgiyi manyetik rezonans görüntüleme vermektedir, bunun yanı sıra BOS sıvısı incelenmekte ve az oranda da uyarılmış potansiyeli incelemesi hastalık tanısı koymada önemli yer edinmektedir ( Bradley ve ark., 2008).

#### **2.6.1.1. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)**

Manyetik rezonans görüntüleme multiple skleroz tanısı koymada yapılan en duyarlı incelemedir, bu sebeple oldukça önemli görülmektedir. Bu yöntem nöroloji pratiğine girdikten sonra erken dönemde tanı koyulabilen hastaların sayısında artış yaşanmıştır. Sinir dokularında yaşanan lezyonların dağılımı öncelikle bu yöntemle değerlendirilmektedir.

Multiple skleroz hastalığının tanısını destekleyen bulgular genelde ovoid şekilli olan, bir tanesi periventriküler yerleşim gösteren üç beyaz cevher lezyonu, dört beyaz cevher lezyonu veya çapı 3 milimetreden büyük beyaz cevher lezyonu olarak tanımlanmaktadır. Destekleyen bulgular dışında spesifik olan bulgular da sınıflandırılmaktadır; intratentorial ve/veya korpus kallosumda yerleşmiş olması, çapı 6 milimetreden büyük olan lezyonların olması veya lezyonun uzun aksına ait ovoid şeklin letral ventrikül tabanına doksan derece açı ile yerleşmiş olması.

MRG hekimlerin düşündükleri diğer tanıları ekarte etmesini ve MS tanısını koyabilmesi için bilgi alınmasını sağlayan bir yöntemdir. Bu sebeple mümkün olduğu doğrultuda MRG incelemesinin yapılması önerilmektedir. BOS ve uyarılmış potansiyeller yöntemleri sekonder test olarak kabul edilmektedir, ancak tanının

koyulmasını desteklemektedirler. MRG'nin multiple skleroz tanısında en çok yarar sağlayan inceleme olduğu kabul edilmektedir.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) SSS(santral sinir sistemi)'nde bulunan beyaz cevher lezyonlarının dağılım şekillerini göstermektedir. MRG klinik semptomlarda değişiklik olmadığı durumlarda dahi hastalığın aktivitesi hakkında bilgi alınmasını sağlar ve sessiz lezyonların saptanmasında da oldukça fayda sağlamaktadır. Bu inceleme yöntemi MS'in uzun dönemdeki seyri hakkında bilgi sahibi olunmasını sağlamaktadır. Ancak ms hastalığı için spesifik bir testin olmadığı ve tanı esnasında hastanın klinik belirtilerinin de her zaman göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Karabudak 2002, Güteryüz 2002).

#### **2.6.1.2.Beyin Omurilik Sıvısı (BOS)**

Beyin Omurilik Sıvısı analizi MS tanısı koymada tek başına fayda sağlamamaktadır veya tanıyı dışlatmamaktadır. Ancak tanı belirlemede araştırılan kriterlere yardımcı olmaktadır (Bradley ve ark., 2008). Multiple skleroz şüphesiyle karşı karşıya kalınan hastalarda BOS incelemesi yapılması önerilmektedir.

Multiple sklerozun alevlendiği dönemde beyin omurilik sıvısı analizi yapıldığında incelemede polimorfonükleer pleositoz veya lenfositik görülebilmektedir. Bunun sebebi olarak da akut alevlenmeler ve erken vakalarda BOS proteinlerinin yükseldiğini gösterilmektedir. Bu proteinlerin yükselmesi çok nadir olarak desilitrede 100 miligramın üzerine çıkmaktadır, gama globülin seviyesinde ise artış olmaktadır. Ancak bu immunogloblin anormallikler yalnızca multiple skleroz hastalığına özgü değildir, başka bakteriyel veya viral hastalıklarda da görülebilmektedir.

Beyin Omurilik Sıvısı incelenirken Ig G'ye ait olan oligoklonal bantın var olduğunun gösterilmesi oldukça önemlidir. Yapılan incelemeler sonucunda multiple skleroz hastalarının neredeyse tümünde oligoklonal bantın var olduğu görülmüştür. BOS incelemesi yapılmaya karar verildiğinde Ig G indeksi, Ig G oligoklonal bant ve beyaz küre sayımının da incelemede yer alması önerilmektedir. Multiple skleroz hastalığı tanısı için Ig G oligoklonal bant varlığı oldukça önemlidir (Karabudak, 2002).

BOS analizinde oligoklonal bantların görülmesi MS tanısı için oldukça önemlidir ancak bu nonspesifik bir bulgudur. BOS'da oligoklonal bantlar beyin tümörleri, diabetes mellitus, nörosfiliz, serebral enfarkt, paraneoplastik sendromlar, çeşitli bağ doku hastalıkları ve hipotroidde de görülebilmektedir.

Beyin omurilik sıvısında yapılan incelemede MBP de ölçülebilmektedir. MS alevlenmesi olan ya da akut MS tanısı olan hastaların %80 gibi yüksek bir kısmında MBP yüksekliği görülmektedir. Bu testin MS'in aktivitesini gösterdiği ve BOS incelemesinde yer almamasının da benign prognoza işaret ettiği belirtilmektedir. MBP idrarda seri bir biçimde ölçülebilmektedir ve bu sebeple demyelinizasyonun belirlemede faydalı bulunabilmektedir ( Pirtilla ve Nurmikko,1994).

### **2.6.1.3.Uyarılmış Potansiyeller**

Santal Sinir Sisem(SSS)' nin uyarılması sonucu ile elde edilen cevaplardan oluşan bir testtir. Radyolojik olarak araştırılan ve gösterilemeyen sessiz plakların varlığını gösterebilmektedir, fonksiyonel nörofizyolojik testtir. Uygulanımı açısından kolay ve ucuz bir yöntemdir.

Multiple Skleroz için özel bir tanı yöntemi değildir ancak klinik tabloya göre yorumlanmaktadır. MRG'den bilgi alınamadığı zaman uyarılmış potansiyelleri test etmek önem kazanmaktadır. Herhangi bir bulgu olmadığı halde görmede bulanıklık, kol ve bacaklarda uyuşma gibi şikayetler tanımlandığında bu testi yapmak semptomları kesinleştirmede fayda sağlamaktadır.

Bu test yapılırken Beyin Sapı İşitsel Uyarılmış Potansiyel (BAEP), Somatosensoriyal Uyarılmış Potansiyel (SEP) ve Vizuel Uyarılmış Potansiyel (VEP) kullanılmaktadır. VEP testinde görsel uyarı verilir ve sonrasında oksipital bölgedeli potansiyeller kaydedilmektedir. Uyarılmış Potansiyel testleri arasında güvenilirliği en fazla olan ve %50-96 olan test VEP'dir. SEP testi omurilik, periferik sinir ve somatosensoriyal yollara ait kortikal lezyonların ve subkortikal lezyonların lokalizasyonunda kullanılan bir testtir. Bu test yapılırken tibial ve median sinirlerden uyarım yapılmaktadır. Bir diğer test olan BAEP, kulağa yapılan uyarımla oluşan dalgalardır. İşitme yollarında oluşan

patolojileri tanımda yardımcı olur ve MS'de beyin sapı lezyonlarını göstermek için kullanmak gerekebilmektedir. Uyarılmış Potansiyeller arasında güvenilirliği en düşük olan BAEP'dir.

Uyarılmış Potansiyeller testleri MS tanısı için özellikle uygulanan test değil yardımcı testlerdir. Bu sebeple bu testin sonucunun normal görünmesi MS tanısını dışlama düşüncesini ortaya çıkarmamaktadır ( Rowland 2006, Rolak 1996).

#### **2.6.1.4.Bilgisayarlı Tomografi**

Bilgisayarlı tomografi incelemesi küçük lezyonlar için uygun bulunmamaktadır, küçük lezyonlar keşfedilemeyebilir. Genelde geniş yer kaplayan plaklar için daha uygun görülmektedir. Seçici duyarlılığını artırmak ve daha iyi sonuç almak için kontrast teknikler uygulanması güvenilirliğini artırmaktadır.

#### **2.6.1.5.Manyetik Rezonans Spektroskopi (MRS)**

Manyetik Rezonans Spektroskopi testinde hastanın beyin dokusundaki metabolitler ölçülmektedir. Multiple Skleroz hastalarındaki ak maddede olan biyokimyasal değişiklikler bu yöntemle belirlenebilmektedir. Hastadaki lezyon görünse de görünmese de biyokimyasal değişiklikler incelenebilmektedir.

#### **2.6.1.6.Kan Testi**

Multiple skleroz hastasına kan testi yapıldığında hastalığın alevlenme döneminde T ve B hücrelerinin dağılma durumunda değişiklikler olduğu görülmektedir. T supresor lenfositlerde azalan aktivite ve T hücrelerinde ise artan immün aktivite saptanabilir (Avcı,2006).

#### **2.6.1.7.Spinal Kord**

Spinal Kord incelemesi hastadaki belirtiler spinal kord semptomları ile olduysa

kullanılabilmektedir. Hasta 45 yaşını geçtiyse ve manyetik rezonans görüntülemesi yapıldıysa da spinal kord incelemesi yapılmaktadır. Bir diğer inceleme sebebi de hastada var olabileceği düşünülen asemptomatik spinal kord lezyonlarının var olup olmadığını görmek amacıyla. Bu inceleme tek başına tanı belirlemede kullanılmamaktadır ancak diğer şüphelenilen tanıların ortadan kaldırılmasında fayda sağlamaktadır.

## 2.6.2. Tanı

Multiple Skleroz hastalığından ilk kez Charcot 1868 yılında söz etmiştir. Sonrasında Marburg, Millari, McAlpine, Allison, Lumsden, Schumacher ve McDonald gibi birçok bilim insanı da MS hastalığına dair araştırmalar yaparak bilgi birikimine sahip olmamıza katkı sağlamıştır (Poser ve Brinar, 2004).

Multiple skleroz hastalığının tanısını koymak için uygulanan tek bir test bulunmamaktadır. Tanıyı bireye yapılan klinik değerlendirmeler sonucunda koyabilmek ancak mümkün olmaktadır. Bu klinik değerlendirmeyi hastanın tıbbi öyküsü ve nörolojik muayene süresinde doktor tarafından gözlemlenen semptomlar ve hastanın belirttiği şikayetler oluşturmaktadır. MS tanısı koyabilmek uzun ve zorlu bir süreçtir, MS için ayrı test bulunmaması, belirtilerin oldukça çok çeşitli olması ve atakların süresinin belli olmaması tanı koyulabilmesini zorlaştırmaktadır. Benzer semptomlarla doktora başvuran hastaları inceleyen klinisyenlerden bazıları tanı koyma çalışmalarında diagnostik kriterleri kullanmaktadır.

- Schumacher Kriterleri: Nörolojik muayene yapıldığında objektif bulguların var olması, 10-50 yaş aralığında olan hastaların primer beyaz cevher lezyonunu gösteren klinik bulgularının var olması, lezyon dağılımının zaman içinde belli paternlere uygun olarak değişim göstermesidir. Bu paternlerden biri en az 2 tane olması, her birinin 24 saatten daha uzun sürmesi ve en az 1 ay izlenen ve remisyonun zorunlu olmadığı atakların var olmasıdır. Diğer patern ise en az 6 ay süresince yayılıp aynı diseminasyon paterninin progresif ve yavaş olmasının görülmesidir (Halper 1998, Karabudak 2002).
- Poser Kriterleri: Bu kriterler başta araştırma protokolü için düzenlenmiştir ancak zaman içinde hastalığın seyrinin paraklinik kanıtlarını içerdiği desteklenmiştir.

Klinik olarak bakıldığında, MS ve laboratuvar destekli definitif MS (LSDMS) için olması gereken kriterleri içermektedir. Burada iki atak görülmesi, atakların SSS'nin farklı alanlarını tutması gerekmektedir. Bu atakların arasında en az 1 ay olması beklenir ve her biri az 24 saat sürmelidir ( Halper 1998, Karabudak 2002).

- Paty Kriterleri: Manyetik rezonans görüntüleme yöntemi multiple skleroz tanısında oldukça önemlidir. Tanı koyabilmek için bazı MRG kriterlerini bilmek ve bunlara uymak gerekiyor. Böylece “overdiagnosis” anlamına gelen yanlış tanı riski düşürülmektedir. Paty kriterleri MRG destekli multiple sklerozu tanımlayabilmek için University of Columbia- Canada’da kullanılmaktadır (Halper 1998, Karabudak 2002).

## **2.7. Multiple Skleroz Tedavi**

Multiple skleroz hastalığının tedavisi kesin olarak bilinmemektedir ancak araştırmalar devam etmektedir. Bazı tedaviler ile birlikte belirtiler ortadan kaldırılabilmekte, atakların sıklığı, süresi ve şiddeti azaltılabilmekte ve atak sonrası oluşabilecek hasara yönelik tedavilerle kontrol altına alınabilmektedir.

MS günümüz için çok çeşitli semptomlar ortaya çıkaran, süreci tam olarak tahmin edilemeyen ve ilerleyen bir hastalık olduğu için multidisipliner bir biçimde tedavi planının olması gerekmektedir. Hemşire, psikolog, psikiyatrist, nörolog, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanının yer aldığı bir ekiple birlikte tedaviyi yönetmek oldukça faydalıdır ( Ülker,1995).

Multiple skleroz hastalığını kontrol altında sürdürmek amacıyla uygulanan tedavilerin üç komponenti bulunmaktadır. Bunlar akut atak tedavisi, koruyucu tedavi ve semptomatik tedavi ve rehabilitasyon tedavisidir.

### **2.7.1. Atak Tedavisi**

Herhangi bir enfeksiyon veya ateşli bir hastalık olmaksızın multiple skleroz ile ilgili belirtilerin en az 24 saat sürmesi, belirtilerin artarak devam ediyor olması, iki atağın

arasında geçen sürenin en az 1 ay olması ve bu bulguların MS'e bağlı olmasına atak denmektedir ( Ciccarelli ve Toosy,2006). Bu tedavideki temel amaç atağın şiddetini azaltmak, ataktan sonra yaşanabilecek iyileşme süresini kısaltmak ve hastanın atak sonrası kalacak hasarı aza indirmektir.

Hastalığın atak dönemi tedavisinde yüksek doz kortizonlar (steroid) kullanılmaktadır. Eğer hastanın atak şikayetlerinde devamlılık varsa kortizon tedavisine oral yolla da devam edilebilmektedir. Kortizonların bu hastalıktaki etki mekanizması tam olarak bilinmiyor olsa da bozulmuş olan kan-beyin bariyerini düzelttiği, MSS'de IgG'yi ve miyelin bazlı bantlara karşı artış gösteren antikorları azalttığı, gamma interferonların ve T hücrelerinin salınımını azalttığı ve inflamasyon sürecini durdurduğu görülmektedir. Kortizon tedavisi atak döneminin dışında ve hastalığın uzun süren remisyonunda etkili bulunmamaktadır. Hastalığın ilk yıllarındaki ataklarda daha etkili olup, hastalık süresi arttığında kortizonların etkisinin azaldığı görülmüştür. Yan etkileri sebebiyle kortizon kullanımında çok dikkatli olmak gerekmektedir ( Ciccarelli ve Toosy,2006).

## **2.7.2.Koruyucu Tedavi**

Multiple skleroz hastalığının tedavisindeki temel hedeflerden biri hastalığın gidişatını değiştirmeye çalışmaktır. Hastalıktaki atakların şiddetini ve sıklığını azaltmak, devam eden ilerleyeci döneme gidişi önlemeye çalışmak ve atak sonrası ortaya çıkan hasarı aza indirmek koruyucu tedavinin amaçlarıdır ( Eraksoy ve Akman,2004). İnterferonlar, glatiramer asetat, azotiopürin, mitoksantron ve natalizumab koruyucu tedavide kullanılmaktadır.

### **2.7.2.1.İnterferonlar**

İnterferonlar stokinler grubunda yer alır ve doğal proteindir. Üç ana sınıfta tanımlanmaktadır, bunlar Alfa, Beta ve Gama'dır. Koruyucu tedavi için kullanılan interferonlar multiple skleroz hastalığının başlamasına sebep olan gama interferon seviyesini, oluşabilecek sinir hasarlarını ve T hücrelerinin miyelin kılıfa saldırmasını

azaltmayı ve hastalığın ilerleyişini yavaşlatmayı hedeflemektedir.

İnterferonun beta 1a ve beta 1b olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Beta 1a haftada 3 defa subkutan olarak veya haftada 1 defa kas içine uygulanmaktadır. Beta 1b ise gūnaşırı olacak şekilde subkutan olarak uygulanmaktadır ( Johnson, 2007). İnterferon kullanımının olası yan etkileri bulunmaktadır. Gribal enfeksiyon benzeri semptomlar, lökopeni, uykusuzluk, karcaiğer enzimlerinde oluşabilecek artış, nōtropeni, depresyon ve enjeksiyon yapılan bölgede oluşabilecek reaksiyonlar interferonların yan etkileridir. Yan etkiler fazla ise azaltmak ve yaşam kalitesini korumak adına uygulanan interferonlar doz titrasyonu ile uygulanabilir. Yapılan gözlemlerde bu şekilde ilaç uygulanan bölgede ortaya çıkan sorunların ve sistematik yan etkilerin büyük ölçüde azaldığı görölmüşür ( Miller ve ark.,2005).

### **2.7.2.2.Glatiremer Asetat**

Glatiremer asetat interferon değıildir. Dört aminoasitten oluşur ve sentetik bir polipeptittir. Miyelin kılıfa T hücreleri tarafından saldırılmasına engel olmaktadır. Manyetik rezonans görüntüleme de inflamatuvar lezyonların ve atak sayılarının azaldığı görölmüşür. Glatiremer asetat günlük olarak enjeksiyon ile uygulanmaktadır. Halsizlik, geçici nefes darlığı hissi, duyu duru m değıişikliği ve enjeksiyon yerinde oluşabilecek reaksiyonlar gibi yan etkileri bulunmaktadır ( Munari ve ark.,2004).

### **2.7.2.3.Azotipürin**

Azotipürin immunosupresif bir ilaçtır. Hastalığın sürecinde ve atağın oranında etki göstermektedir. Kısa dönem gözlemlendiğinde hastada mide ve bağırsak sorunları ve yüksek ateş görölmüşür. Uzun dönem gözlemlendiğinde ise kanser riskinde artış, kemik iliğı inhibisyonu ve toksisite gibi risklerde artışa neden olduğı belirtilmiştir. Bu ilacın tedavi edici etkisi 6 ile 12 ay sonra görölmektedir ( Turan, 2002).

#### **2.7.2.4.Mitoksantron**

Mitoksantron DNA'ya zarar veren, RNA'yı etkileyen ve DNA'yı tamirinde yer alan enzimi inhibe eden antineoplastik olarak tanımlanmaktadır. Multiple skleroz hastalarındaki hasar ve relapsı azaltma etkisi olduğu görülmüştür. İlaç infüzyon şeklinde uygulanmaktadır. 3 ayda 1 defa uygulanmaktadır. Mitoksantronun bazı yan etkileri bulunmaktadır. Bunlar; saç dökülmesi, halsizlik, bulantı, kusma, enfeksiyonlara yatkınlık, kardiyomiyopati, kansere yatkınlık, kalp yetersizliği, kısırlık ve ereksiyon gibi problemlerdir. Yan etkileri sebebiyle bazı hastalara uygulanamamaktadır. Tedaviye başlamadan önce hastanın kalp ile ilgili hastalığı incelenmelidir, ilerleyen dönemde hamile kalmayı planlayan MS hastalarına bu ilacı vermek uygun değildir ( Leary ve Thompson,2005).

#### **2.7.2.5.Nazalizumab**

Nazalizumab laboratuvarında üretilmiş, MS hastalığını için düzenleyici olan ilaçlara katılan son ilaçtır. Monoklonal antikor olarak bilinen bir düzenleyicidir. T hücrelerinin kan-beyin bariyerini aşmasını ve endotel hücrelere tutunmasını inhibe etmektedir. Bu ilaç 28 günde 1 defa uygulanmaktadır. Araştırmalarda hastalığı yavaşlatan etkili bir ilaç olduğu ancak ciddi sayılabilecek yan etkileri sebebiyle kullanımının sınırlı olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde diğer ilaçlardan yanıt alınamayan hastalara Sağlık Bakanlığı onayı alınarak kullanılabilir ( Comi,2009).

#### **2.7.3.Semptomatik Tedavi ve Rehabilitasyon**

Multiple skleroz hastalığında uygulanan tedavi yöntemleri hastalığı ilerleyişinde yavaşlamayı ve hasarlarda azalmayı sağlamaktadır. Ancak MS hastalığını durdurması beklenmemektedir. Hastalık devam ederken hastanın yaşadığı semptomlarda artış olmaktadır. Her hasta bu semptomlardan farklı ölçüde etkilenmektedir ve yaşam kaliteleri üzerinde hastalığın olumsuz yönde etkisi vardır ( Akkuş,2008).

MS hastalarında sıklıkla spastisite, ağrı, mesane disfonksiyonu, vertigo, tremor,

yorgunluk, seksüel disfonksiyon gibi semptomlar görülmektedir ve bu semptomlar için semptomatik tedavi yapılmaktadır. Aynı zamanda fizyoterapi de oldukça büyük öneme sahiptir. Hasarı en az seviyeye indirmek ve ikincil komplikasyonları önlemek için hastalığın her döneminde fizyoterapi yer almalıdır(İdiman,2002).

- Spastisite: İstemli olan hareketler yavaşlar, yürüme ve denge kontrolü bozulur. Spastisitenin üç aşamalı tedavi protokolü bulunmaktadır. Bunlardan biri egzersiz, inhibitör gevşeme teknikleri, soğuk uygulama ve cihazlama, pozisyonlamadan oluşan fizyoterapi- rehabilitasyon (FTR)dir. Bir diğeri benzodiazepin, baklofen ve tizanidini içeren farmakolojik müdahaledir. Üçüncü aşama ise cerrahi müdahalelerdir ( Mutluay,2006).
- Ağrı: Hastada ağrı semptomu varsa tedavi etmek için gabapentin, difenilhidantoin, trisiklik antidepresan veya karbamazepin gibi ajanlar kullanılabilir.
- Mesane Disfonksiyonu: Hasta da sık idrara çıkma semptomu varsa ilk olarak sıvı tedavisi, lazımlık ve zamanlı işeme yöntemleri kullanılabilir. Bunun dışında oxybutynin ve propantelin olan antikolinerjik ajanlar kullanılabilir. Eğer bu tedaviler etki göstermezse kateterizasyon yapılabilir ( Bradley ve ark.,2008).
- Tremor: Farmakolojik yöntemlerle tremoru önlemek için olan çabalar genellikle başarısız sonuçlanmaktadır. Karbamazepin, primidon, izoniadve pridoksin, topiramamat, propranolol, gabapentin ve ondansetron kullanılabilir (Bradley ve ark.,2008).
- Yorgunluk: Yüksek oranda farmakolojik tedaviye yanıt vermektedir, yanı sıra kondisyon arttırmaya yönelik egzersizler, dayanıklılık ve kardiyo-vasküler uygunluğun sağlanması yorgunluğu kompanse edebilir ( Mutluay, 2006).

## **2.8. Multiple Skleroz ve Psikiyatrik Sorunlar**

Multiple skleroz hastalığından ilk olarak 19.yüzyılda Charcot bahsetmiştir, bu tarihten itibaren multiple skleroz tanısı alan hastalarda psikiyatrik bozuklukların var olduğu bilinmektedir. Charcot'un Salpetriere hastanesinde not ettiği psikiyatrik sorunlar öfori, depresyon, patolojik gülme ve ağlama, mani ve halüsinasyonlardır. Literatüre bakıldığında Charcot'un hastası olan Mademoiselle'nin halüsinasyonları olduğu ve

paranoya süresi boyunca şiddetli depresyonunun olduğu bilgisine ulaşılmaktadır (Butler ve Bennett,2003).

MS hastalığının gidişi sırasında psikiyatrik bozukluklar sık sık ortaya çıkmaktadır. Hastalık süresince psikiyatrik sorunların gelişimini interferon kullanımı, yalnızlık ve bağımlılığın artması etkilemektedir (Minden,2000). Multiple Skleroz ile birçok nöropsikiyatrik sendrom arasında ilişki olduğu bilinmektedir.

Multiple Skleroz ile bipolar affetif bozukluk ve depresyon arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Bazı vakalarda multiple skleroz hastalığına öncülük ettiği de görülmektedir (Hutchinson ve ark.,1993). Araştırmalara göre hastalığın gidişi süresince %75 oranında affektif bozuklukların olduğu görülmektedir. Nadir bir şekilde psikotik tablo, delüzyonel sendrom ve şizofreni tablolarını oluşabilir (İdiman, 2002).

Multiple skleroz hastalığında kişinin hastalığa yanıtı düşünce, duygu ve davranış biçiminde olmaktadır. Hasta fizyolojik değişikliklere, psikolojik değişikliklere ve sosyal alandaki değişikliklere uyum sağlamak durumundadır. Fizyolojik değişiklikler; kişinin görme, yürüme, el-göz koordinasyonu, konuşma, idrar kontrolündeki güçlükleri ve cinsel performansdır. Gelecek ile ilgili yaşadığı belirsizlik, benlik saygısına tehdit ve çaresizlik-bağımlılık duyguları da psikolojik değişiklikleri yansıtmaktadır. Aile içi rollerde değişiklik, arkadaşlardan uzaklaşma ve iş kaybı da sosyal alanda uyum sağlaması gereken değişikliklerdir.

Matson ve Brook kronik hastalığa sahip olan hastaların belli bir uyum sürecinden geçtiğini savunmuşlardır. Onların öne sürdüğü “kronik hastalığa uyum” modeline göre hastalar belirsizlik, inkar, kabullenme ve uyum evrelerinden geçmektedirler. Bu modele göre;

- Belirsizlik: Bu evrede hasta hastalık hakkında yeter kadar bilgi sahibi olamadığını düşündüğü için anksiyete yaşar. Aklından sürekli kendisine ne olacağını sorularına cevap arar.
- İnkâr: Bu evrede hasta inanmadığı ve şok olduğu için öfke duygusuna sahip olmaktadır. Sürekli neden kendisinin hasta olduğunu aklından geçirerek öfkesini arttırır ve tedaviyi reddedebilir. Bu evrede ailenin tutumu da oldukça önemlidir.

- Kabullenme: Bu evrede hastada benlik kavramıyla ilgili değişiklikler olmaktadır. Hastalığa bağlı sosyal, fiziksel ve psikolojik değişiklikleri gündelik hayatıyla bağdaştırmaya çalışır ve yaşam kalitesini korumak ister. Bazı kişilerde kaybettiği fonksiyonları için yas tutumu olabilir.
- Uyum: bu evrede hasta hastalığın kendisinde yarattığı değişiklikleri benimsemiş ve hayatına sindirmiştir. Aklında hastalığa dair zaman ve enerji harcayacağı düşünce oldukça azalmıştır. Hayatıyla ilgili düzenlemeler yapılmaktadır. Bu evrede hasta hastalığı kabullenip hayatına yön verdiği için aile yakınları oldukça önemli bir yer kaplamaktadır (Walsh ve Walsh,1989).

## **2.9. Multiple Skleroz ve Belirsizlik**

### **2.9.1. Belirsizlik**

Belirsizlik, yaşamındaki olayların anlamını açıklamada yetersiz olma veya yaşanan herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersiz olma olarak tanımlanmış bilişsel bir durumdur. Belirsizlik herhangi bir durum veya olayda değil, kişinin algısındadır. Kişi içinde bulunduğu durumu gelişim için fırsat veya tehlike olarak algılayabilir (Öz,2001).

Belirsizlik algısı insanlar tarafından olumlu veya olumsuz olabilmektedir. Belirsizliği olumsuz algılayan bireyler belirsizliği ortadan kaldırma ya da belirsizliği azaltma eğilimindedir ancak olumlu algılayanlar ise belirsizliği ortaya çıkarma, sürdürme ve bunu fırsat olarak düşünme eğilimindedir (Arslan 2013).

Belirsizlik olgusu ilk bakıldığında çok karmaşık görünmemektedir ancak bir çok durum belirsizliğe neden olmaktadır. Öncelikle belirsizlik insanların ne bildiğinden emin olamadığı veya tam anlamıyla bilgisiz olmalarından kaynaklanabilmektedir. Belirsizliğin diğer bir sebebi ise rastgeleliktir. Rastgelelikle kastedilen bireyin çok fazla bilgiye sahip olması durumunda dahi hayal gücümüzün ötesinde rastgele olayların gerçekleşmesi ve bireyin bu durumda yapabilecek bir şeyi olmamasıdır (Arslan,2013).

## 2.9.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Literatüre bakıldığında belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı ilk kez 1949 yılında Frenkel-Brunswik tarafından bir kişilik özelliği olarak görülmüştür. İlerleyen yıllarda Budner tarafından bireyin belirsiz durumları tehlike kaynağı gördüğü şeklinde tanımlanmıştır. Ancak bu tanımlamalar belirsizliğe tahammülsüzlüğün gerçek tanımı olarak kabul edilmemiştir. İlk olarak Freeston ve diğerleri 1994 yılında kapsamlı bir biçimde belirsizliğe tahammüzlüğü tanımlamışlardır. Bu tanıma göre belirsizliğe tahammülsüzlük yüksek tehdit, hatalı değerlendirmelerin ve başa çıkmada güçlüğü olduğu, önyargılı bilgilerden oluşan, duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkidir (Freeston ve ark.,1994).

Belirsizliğe tahammülsüzlük kontrol edilemeyen ve aşırı kaygı şeklinde adlandırılan yaygın anksiyete bozukluğuna kaynak olabilmektedir ( Dugas ve ark.,1995). Belirsizliğe tahammülsüzlük birçok içselleştirilmiş bozuklukla ilişkilendirilmiştir ve yenilikçi tedavilerin gelişiminde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir (McEvoy ve Mahoney,2012).

Günlük yaşamda birçok belirsizliğe sebep olan durum yaşanmaktadır ve birey belirsiz durumları tehdit olarak algılandığında sıklıkla olumsuz duygular yaşayabilmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile endişe arasındaki ilişki hakkında artan araştırmalar bulunmaktadır. Endişenin gelişmesi ve devam etmesinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün temel rol oynadığı bilgisinin üzerinde durulmaktadır (Dugas ve ark.,1997).

Yapılan araştırmalara göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün iki boyuttan oluştuğu ortaya konmaktadır. Bunlardan biri kişinin beklenmedik olayların onu üzeceğini düşündüğü bilişsel boyut, diğeri de duyduğu şüphelerin onun harekete geçmesini engellediği davranışsal boyuttur. Her bir boyutun temsil ettiği faktörlerine bakıldığında anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilebileceği belirtilmektedir (McEvoy ve Mahoney,2011).

Literatüre göre belirsiz durumlarda yaşanan olumsuz duygular birçok psikolojik rahatsızlık üzerinde etkilidir. Buna bağlı olarak, belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikolojik durumlarda oldukça önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (Ladouceur ve ark.,2000).

Tedavi açısından bakıldığında belirsizliğe tahammülsüzlüğü hedef alan çok sayıda çalışma bulunmamaktadır ancak kaygı bozukluklarının tedavisinde hastanın belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinde de azalma olduğu görülmüştür (Ladouceur ve ark.,2000).

### **2.9.3. Multiple Skleroz ve Belirsizlik**

Multiple Skleroz yaygın olarak görülen yaş aralığına bakıldığında bireyi sosyal, ailevi ve iş hayatında sahip olduğu sorumlulukların tam ortasında ve hedeflerini belirlediği yaşta yakalamaktadır. Hastalığın yarattığı etkiler hastanın hayatında benimsediği rollerde değişiklik yaşamasını zorunlu kılmaktadır. MS yalnızca hastayı değil aile bireylerini de bu değişimin içine çekmektedir ve uyum sağlama çabasına girmektedirler. Hastalığın tanı koyma süreci oldukça uzun olduğu için hasta ve yakınlarında bilgi eksiklikleri sebebiyle belirsiz sorunlara yol açmaktadır. Hasta uyum sağlamanın dışında hastalığın ne zaman ve ne şekilde tekrarlayacağını bilmediği, işlev kaybına sebep olduğunu bildiği için anksiyete ve kayıp duygularını da yaşamakta ve başa çıkmaya çalışmaktadır.

Hayatın birçok sürecinde insan belirsizlik yaşayabilmektedir ancak hastalıkta yaşanan belirsizlik farklıdır. Hastalıkta yaşanan belirsizlik hastalık ile ilgili bilgi ve durumların anlamını belirlemede yetersizlik olması olarak ifade edilebilmektedir. Hastalık ile ilgili yetersizlik duygusunu etkileyen faktörler tahmin edilemeyen bulgular, anlaşılır olmayan açıklamalar, süregiden durumdaki farklılıklar, bilgi eksikliği, bilinmeyen olaylar, tedavi etkinliğinin belli olmaması ve hastalık sürecinin belli olmaması olarak sayılabilir ( Öz,2001).

Bireyler tehdit edici olaylar karşısında objektif yorumlama ve etkili baş etme davranışları geliştirmeye yönelik bilgi arayışına görmektedirler. Belirsizliklerle baş edebilmek için bilgi ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Belirsizliğe sebep olan hastalıklar ve stresli hayata sahip olan olmak bireyin yeni bir benlik imajı ve kimlik oluşturmasını engellemektedir. Böyle bir durumda birey yalnızca yeni imaj ve kimlik değiştirmesiyle sorunun üstesinden gelmekte ve yeni duruma uyumu kolay hale getirebilmektedir. Mishel ve arkadaşlarının 1984 yılında yaptığı araştırmaya göre belirsizlik psikosoyal uyumu negatif yönde etkilemektedir. Bu da hastadaki hastalığa

yönelik belirsizlik düzeyi arttıkça psikososyal uyumunda zorluk yaşaması, belirsizlik düzeyinde azalma görüldüğünde de psikososyal uyumun kolaylaşması demektir (ÖZ,2001).

Wineman ve arkadaşlarının Multiple Sklerozlu hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada hastaların belirsizlik durumlarında baş etmeyi problem odaklı mı duygu odaklı mı kullandıkları incelenmiştir. Bu araştırmaya göre belirsizlik düzeyi yüksek olan hastaların duygu odaklı, belirsizlik düzeyi düşük olan hastaların ise problem odaklı başa çıkmaya çalıştıkları görülmüştür. Bununla birlikte olumsuz duygular ve belirsizlik arasında da pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Öz,2001).

#### **2.9.4. Multiple Skleroz ve Aile**

Aile kelime anlamıyla toplumu oluşturan en küçük ve temel yapı birimi olarak kabul edilmektedir. Bireyler kendini aile içinde var etmektedir ve yeni bir aile kurarak devam ettirmektedir. Aile, farklı bakış açıları ve farklı ekoller tarafından tanımlanmaktadır. Her aile kendini tanımlayış biçimi değişebilmektedir. Aile sistemini tam anlamıyla anlayabilmek için ilişkiler bir bütün olarak ele alınmalı ve bulunan tüm bireyler arasındaki iletişim ortaya çıkarılmalıdır.

Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu'na göre aile, evlilik ve diğer yasal yollardan, kan bağılılığı olan, çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşmuş; bireylerin psikolojik, sosyal ve ekonomik ve cinsel ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyumlarının sağlandığı birim olarak tanımlanmıştır (Nazlı,2000).

Corey(2008)'in tanımına göre ise aile, bireylerin rollerinden çokmişlevselliği olan bir bütün anlamına gelmektedir. Bireylerin birbirleri arasında kurdukları iletişim ve bireylerin davranışları, yüklendikleri işlevsellikler aile bağlamını oluşturur. Ailedeki her birey bir diğer üyenin hareketinden etkilenmektedir.

Yaşamımızda ilerleyen bilim ve sosyal refah düzeyi sonucunda uzayan yaşam süresi ile birlikte ortaya çıkan kronik hastalıkların sayısında da artışlar yaşanmıştır. Kronik hastalıklara dair bilgiler artmakta ve bulunduğumuz yüzyıl için önemli sağlık sorunları bulunmaktadır. Newby uzayan yaşam süresiyle birlikte kronik hastalığa sahip

olan bireylerin hastalıkla geçen sürelerinin de uzadığını ve buna bağlı olarak hastaların ailelerinin de hastalığın getirdiği stres faktörleriyle karđı karđıya kaldığı sürenin uzadığını belirtmiştir. Kronik hastalığın var olması hem hasta hem de ailesi için çeşitli süreçlere sebep olmaktadır (Aydemir ve ark.,2002). Kronik hastalıkların aile yaşantısına etkisi, aile işlevlerine olumsuz etkisi ve önemli bir yaşam krizi olduğu belirtilmiştir. Aile içinde herhangi birinde kronik hastalığın var olması tüm aileyi etkilemekte ve tüm sistemin dengesini değiştirmekte olduğu için hem hasta hem de aile birbirinden etkilenmektedir (Asan,2007).

Multiple Skleroz hastalığı tam olarak nedeni bilinmeyen, ataklar ve iyileşmeler ile seyreden, hasar bırakabilen kronik bir hastalıktır. Süreç ve hastalık hakkında çok fazla belirsizlik olduğu için hasta ve ailesi için oldukça zor bir sürece sebep olabilir. Literatürde MS hastalığının hastayı ve hastanın ailesini dramatik bir biçimde etkileyen hastalık olarak adlandırıldığı belirtilmiştir (Soyuer ve ark.,2005). Hastalık yakalanan yaş açısından genelleme yapıldığında bireyin sosyal, aile ve iş hayatındaki hedeflerinin belirlendiği yaşlarda olmaktadır. Bu sebeple hastalığın hastada yarattığı etkiler çok fazla olmakla birlikte o yarattığı etkiler sebebiyle de kişinin hayatında benimsediği roller değişmek zorunda kalmaktadır. Rol değişimi yalnızca hasta da olmamaktadır aile de her birey birbirinden etkilendiği için aile bireylerinin rollerinde de değişimler olabilmektedir ve aile bireyleri de hastalığa uyum sürecinin içine girmektedir (Tanık,2006).

## **III.BÖLÜM**

### **YÖNTEM**

Bu çalışma Multiple Skleroz tanısı almış hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile aile iletişimleri arasında ilişki olup olmadığının incelenmesini amaçlamıştır. Bu bölümde araştırma modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin analizinde kullanılmış olan istatistiksel teknikler ile ilgili bilgiler bulunmaktadır.

#### **3.1.Araştırmanın Modeli**

Bu çalışmada MS tanısı almış hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi ile aile iletişimleri arasındaki ilişki incelenerek bununla birlikte yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği ve hastalık süresi gibi bağımsız değişkenler bakımından da anlamlı farklılıklar olup olmadığı araştırılmış olup ilişkisel tarama modelinde bir çalışma yapılmıştır.

#### **3.2.Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini Multiple Skleroz tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Türkiye Multiple Skleroz Derneği İstanbul Şubesi'nde yardım gören multiple skleroz tanısı almış, araştırmanın amacı ve konusu hakkında yazılı ve sözel olarak bilgi verilerek katılmaya gönüllü 50 birey oluşturmaktadır.

#### **3.3.Veritoplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Katılımcılara öncelikle çalışmanın amacını ve içeriğini anlatan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilerek gönüllülük esasına dayalı olduğu belirtilmiştir. Ardından katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği ve hastalık

süresi gibi kişisel bilgilerini içeren Sosyodemografik Veri Formu verilmiştir. Daha sonra ise Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği verilerek süre verilmeksizin doldurmaları istenmiştir.

### **3.3.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nda katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve istediği zaman çalışmadan ayrılabilceği konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca doldurulacak form ve ölçeklerde de gizliliğin esas olduğu ve kişisel bilgilerin başkası tarafından kullanılmayacağı bilgisi yer almaktadır. İçerik ve destek verdikleri bilgisi verildikten sonra gönüllü olduklarına dair imzalamaları istenerek formun bir nüshasının araştırmacı da bir nüshasının da kendilerinde kalacağı belirtilmiştir (EK-1).

### **3.3.2. Sosyodemografik Veri Formu**

Sosyodemografik Veri Formu araştırmada kullanılan ölçekler ile birlikte katılımcıların kişisel bilgilerine ulaşmak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş inceleme formudur. Bu formda çalışmaya gönüllü katılan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumları, mesleği ve hastalık süresi gibi kişisel bilgiler yer almaktadır. Formdaki bilgilerin yer aldığı formun bir örneği EK-2'de sunulmuştur.

### **3.3.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)**

Anket formunun ikinci bölümünde Freeston ve arkadaşları tarafından 1994'te geliştirilen, Sarı ve Dağ tarafından 2009 yılında Türkçe'ye uyarlanıp güvenilirlik- geçerlik çalışmaları yapılan Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği yer almaktadır. Ölçekte 27 madde ve 4 boyut vardır. Bu boyutlar; üzücü ve stres vericidir (ÜSV), belirsizlik eyleme geçmeyi engeller (EGE), belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir (OKG) ve belirsizlik adil değildir (AD) olarak gruplanmıştır. Ölçekte yer alan cevaplar "1= beni hiç

tanımlamıyor”, “5=beni tam olarak tanımlıyor” şeklinde beşli likert tipidir. Ölçek ve alt boyutlarda yüksek puan belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksekliğini ifade etmektedir.

Sarı ve Dağ (2009) tarafından yapılan iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,95; alt boyutların Cronbach alfa katsayıları “üzücü ve stres vericidir” için 0,89, “belirsizlik eyleme geçmeyi engeller” için 0.84, “belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir” için 0.77 ve “belirsizlik adil değildir” için 0.70’dir.

### **3.3.4.Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)**

Anket formunun üçüncü bölümünde ABD’de bir üniversite tarafından geliştirilen ve Bulut tarafından 1990 yılında Türkçe’ye uyarlanarak güvenilirlik- geçerlik çalışmaları yapılan Aile Değerlendirme Ölçeği bulunmaktadır. Aile Değerlendirme Ölçeği’nde 60 madde ve 7 alt boyut bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; problem çözme (2, 12, 24, 38, 50, 60), iletişim (3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52, 59), roller (4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53, 58), duygusal tepki verebilme( 9, 19, 28, 39, 49, 57), gereken ilgiyi gösterme (5, 13, 25, 33, 37, 42, 54), davranış kontrolü (7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55) ve genel işlev (1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56) olarak gruplanmıştır. Ölçekte ters kodlanan maddeler de bulunmaktadır. Bunlar; 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 31, 33, 34, 35, 37, 39, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 58’dir. Aile sistemi hakkında bilgi toplamayı amaçlayan ölçekte yer alan cevaplar “1=aynen katılıyorum”, “4=hiç katılmıyorum” şeklinde dördümlü likert tipindedir. Ölçekte sağlıklı aile ilişkilerini ifade eden, olumlu ifade taşıyan 32 madde bulunmaktadır ve ölçekten alınan puanların yüksekliği, aileye ilişkin olumsuz değerlendirmenin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada kullanılan ölçeğin iç tutarlılık çalışmasında ölçeğe ait Cronbach alpha katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur. Alt boyutların Cronbach alpha katsayıları ise “problem çözme” için 0,84, “iletişim” için 0,86, “roller” için 0,73, “duygusal tepkiler verebilme” için 0,83, “gereken ilgiyi gösterebilme” için 0,71, “davranış kontrolü” için 0,75 ve “genel işlev” için 0,89 olarak bulunmuştur.

### 3.4. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package Program for Social Science) 21.0 programı kullanılarak veriler dikkatli bir şekilde girilmiş ve analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik bilgileri frekans ve yüzde tablosu olarak belirtilmiştir. Ölçek puanlarının normallik sınavında Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness)  $\pm 1$  sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir (Büyüköztürk, 2011:40). Yapılan normallik sınavında ölçek ve alt boyut puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden puanların cinsiyete göre karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t-testinden; yaş grupları, öğrenim düzeyi, meslek ve hastalık süresine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. ANOVA testinde anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile aile değerlendirme arasındaki ilişki analizinde Pearson korelasyonu; belirsizliğe tahammülsüzlüğün aile değerlendirmesi üzerindeki etkisinde çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 (anlamlılık düzeyi 0,05  $p < 0,05$ ) olarak belirlenmiştir.

## IV.BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1.Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Dağılımı

Tablo 1’de katılımcıların demografik özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Demografik Değişken	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	24	48,0
	Erkek	26	52,0
Yaş	40 yaş ve altı	23	46,0
	41-50 yaş	16	32,0
	50 yaş üstü	11	22,0
Öğrenim Düzeyi	İlkokul	19	38,0
	Lise	15	30,0
	Üniversite	16	32,0
Meslek	İşçi	13	26,0
	Serbest Meslek	12	24,0
	Emekli /Ev Hanımı	25	50,0
Hastalık Süresi	5 yıl ve daha az	12	24,0
	6-10 yıl	12	24,0
	11-15 yıl	15	30,0
	15 yıldan fazla	11	22,0

Araştırmaya katılan 50 katılımcının %48’i kadın, %52’si erkektir. Katılımcıların %46’sı 40 yaş ve altı, %32’si 41-50 yaş, %22’si 50 yaş üstüdür. Katılımcıların %38’i ilkokul, %30’u lise, %32’si üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür. Katılımcıların %26’sı işçi, %24’ü serbest meslek sahibi, %50’si emekli veya ev hanımıdır. Katılımcıların %24’ünün hastalık süresi 5 yıl ve daha az, %24’ünün 6-10 yıl, %30’unun 11-15 yıl, %22’sinin 15 yıldan fazladır (Tablo 1).

Tablo 2’de ölçek ve alt boyutlarının ortalama, standart sapma ve çarpıklık (Skewness) bilgilerinden oluşan betimsel istatistiklerine yer verilmiştir.

**Tablo 2. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler**

Ölçek ve Alt Boyut	n	Min.	Maks.	$\bar{X}$	SS	Skewness
Belirsizlik Üzücü ve Stres Vericidir	50	1,22	5,00	3,55	1,11	-0,45
Belirsizlik Eyleme Geçmeyi Engeller	50	1,00	5,00	3,27	1,08	-0,32
Belirsiz Olaylar Olumsuzdur ve Kaçınılması Gerekir	50	1,00	5,00	3,66	1,23	-0,54
Belirsizlik Adil Değildir	50	1,20	5,00	3,88	0,91	-0,90
<b>BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK</b>	50	1,15	4,96	3,55	1,00	-0,49
Problem Çözme	50	1,00	3,83	2,02	0,82	0,53
İletişim	50	1,00	3,44	2,15	0,80	0,33
Roller	50	1,00	3,73	2,32	0,63	-0,25
Duygusal Tepki Verebilme	50	1,00	4,00	2,20	0,91	0,46
Gereken İlgiyi Gösterme	50	1,00	3,43	2,07	0,70	0,54
Davranış Kontrolü	50	1,11	3,78	2,34	0,72	0,30
Genel İşlevler	50	1,00	3,83	2,03	0,78	0,60
<b>AİLE DEĞERLENDİRME</b>	50	1,12	3,55	2,17	0,66	0,45

Belirsizlik üzücü ve stres vericidir ( $3,55\pm 1,11$ ), belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir ( $3,66\pm 1,23$ ), belirsizlik adil değildir ( $3,88\pm 0,91$ ) alt boyutları ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanı ( $3,55\pm 1,00$ ) “yüksek düzeyde”; belirsizlik eyleme geçmeyi engeller ( $3,27\pm 1,08$ ) alt boyut puanı “orta düzeyde” tespit edilmiştir (Ölçek ve alt boyutlardan alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre düzey aralıkları  $5-1=4/5=0,80$ ;  $1-1,80$  “çok düşük”;  $1,81-2,60$ : “düşük”,  $2,61-3,40$ : “orta”,  $3,41-4,20$ : “yüksek”;  $4,21-5,00$ : “çok yüksek”) (Tablo 2).

Aile değerlendirme ölçeği problem çözme ( $3,55\pm 1,11$ ), iletişim ( $3,55\pm 1,11$ ), roller ( $3,55\pm 1,11$ ) roller ( $3,55\pm 1,11$ ), duygusal tepki verebilme ( $3,55\pm 1,11$ ), gereken ilgiyi gösterme ( $3,55\pm 1,11$ ), davranış kontrolü ( $3,55\pm 1,11$ ), genel işlevler ( $3,55\pm 1,11$ ) alt boyut puanları ve aile değerlendirme ölçek puanı ( $3,55\pm 1,11$ ) “olumlu düzeyde” tespit edilmiştir (Ölçek ve alt boyutlardan alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre düzey aralıkları  $4-1=3/4=0,75$ ;  $1-1,75$  “çok olumlu”;  $1,76-2,50$ : “olumlu”,  $2,51-3,25$ : “olumsuz”,  $3,26-4,00$ : “tamamen olumsuz”) (Tablo 2).

## 4.2.Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması

Tablo 3'te belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının cinsiyete göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	P
Belirsizlik Üzücü ve Stres Vericidir	Kadın	24	3,39	1,24	-1,00	0,321
	Erkek	26	3,71	0,98		
Belirsizlik Eyleme Geçmeyi Engeller	Kadın	24	3,25	1,15	-0,12	0,902
	Erkek	26	3,29	1,04		
Belirsiz Olaylar Olumsuzdur ve Kaçınılması Gerekir	Kadın	24	3,55	1,39	-0,56	0,575
	Erkek	26	3,75	1,08		
Belirsizlik Adil Değildir	Kadın	24	3,68	1,01	-1,53	0,134
	Erkek	26	4,07	0,77		
<b>BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK</b>	Kadın	24	3,43	1,13	-0,80	0,430
	Erkek	26	3,65	0,87		

Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4'te belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Yaş Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	P
Belirsizlik Üzücü ve Stres Vericidir	40 yaş ve altı	23	3,66	1,07	0,27	0,766
	41-50 yaş	16	3,39	1,23		
	50 yaş üstü	11	3,58	1,09		
Belirsizlik Eyleme Geçmeyi Engeller	40 yaş ve altı	23	3,43	1,10	0,63	0,538
	41-50 yaş	16	3,03	0,99		
	50 yaş üstü	11	3,28	1,22		
Belirsiz Olaylar Olumsuzdur ve Kaçınılması Gerekir	40 yaş ve altı	23	3,62	1,30	0,02	0,981
	41-50 yaş	16	3,67	1,08		
	50 yaş üstü	11	3,70	1,41		
Belirsizlik Adil Değildir	40 yaş ve altı	23	3,74	1,11	0,89	0,419
	41-50 yaş	16	3,89	0,56		
	50 yaş üstü	11	4,18	0,83		
<b>BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK</b>	40 yaş ve altı	23	3,60	1,06	0,19	0,831
	41-50 yaş	16	3,42	0,92		
	50 yaş üstü	11	3,62	1,05		

Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 5'te belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının öğrenim düzeyine göre karşılaştırmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Öğrenim Düzeyi ile Karşılaştırılması**

Alt Boyutlar	Öğrenim Düzeyi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
Belirsizlik Üzücü ve Stres Vericidir	İlkokul	19	3,80	1,07	3,65	<b>0,034</b>	<b>A,B&gt;C</b>
	Lise	15	3,87	0,92			
	Üniversite	16	2,97	1,16			
Belirsizlik Eyleme Geçmeyi Engeller	İlkokul	19	3,51	1,08	3,69	<b>0,032</b>	<b>A,B&gt;C</b>
	Lise	15	3,58	1,04			
	Üniversite	16	2,70	0,96			
Belirsiz Olaylar Olumsuzdur ve Kaçınılması Gerekir	İlkokul	19	4,13	1,02	5,87	<b>0,005</b>	<b>A,B&gt;C</b>
	Lise	15	3,88	1,03			
	Üniversite	16	2,88	1,32			
Belirsizlik Adil Değildir	İlkokul	19	4,11	0,71	6,70	<b>0,003</b>	<b>A,B&gt;C</b>
	Lise	15	4,25	0,74			
	Üniversite	16	3,28	0,99			
<b>BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK</b>	İlkokul	19	3,82	0,90	5,28	<b>0,009</b>	<b>A,B&gt;C</b>
	Lise	15	3,86	0,84			
	Üniversite	16	2,93	1,01			

Belirsizlik üzücü ve stres vericidir alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=3,65$ ;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc ikili karşılaştırma sonuçlarına göre ilkokul ve lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların belirsizliğin üzücü ve stres verici olduğuna ilişkin puanları, üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 5).

Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=3,69$ ;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc ikili karşılaştırma sonuçlarına göre ilkokul ve lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların belirsizliğin eyleme geçmeyi engellediğine ilişkin puanları, üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 5).

Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=5,87$ ;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc ikili karşılaştırma sonuçlarına göre ilkokul ve lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların belirsiz olayların olumsuz ve kaçınılması gerektiğine ilişkin puanları, üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 5).

Belirsizlik adil değildir alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=6,70$ ;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc ikili karşılaştırma sonuçlarına göre ilkokul ve lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların belirsizliğin adil olmadığına ilişkin puanları, üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 5).

Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=5,28$ ;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc ikili karşılaştırma sonuçlarına göre ilkokul ve lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük puanları, üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcıların puanlarından anlamlı

düzeyde daha yüksektir (Tablo5).

Tablo 6’da belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının meslek gruplarına göre karşılaştırmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 6.Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Meslek Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Meslek Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Belirsizlik Üzücü ve Stres Vericidir	İşçi	13	4,06	1,01	1,96	0,152
	Serbest meslek	12	3,47	1,06		
	Emekli/ev hanımı	25	3,33	1,15		
Belirsizlik Eyleme Geçmeyi Engeller	İşçi	13	3,82	1,00	2,42	0,100
	Serbest meslek	12	3,16	1,06		
	Emekli/ev hanımı	25	3,04	1,08		
Belirsiz Olaylar Olumsuzdur ve Kaçınılması Gerekir	İşçi	13	3,94	1,09	0,49	0,619
	Serbest meslek	12	3,50	1,34		
	Emekli/ev hanımı	25	3,58	1,27		
Belirsizlik Adil Değildir	İşçi	13	4,06	0,88	0,51	0,606
	Serbest meslek	12	3,95	0,91		
	Emekli/ev hanımı	25	3,76	0,93		
<b>BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK</b>	İşçi	13	3,97	0,92	1,66	0,202
	Serbest meslek	12	3,47	0,99		
	Emekli/ev hanımı	25	3,36	1,01		

Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek ve alt boyut puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 7’de belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının hastalık süresine göre karşılaştırmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Hastalık Süresine Göre ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Hastalık Süresi	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
Belirsizlik Üzücü ve Stres Vericidir	5 yıl ve daha az	12	3,08	1,34	1,19	0,324	
	6-10 yıl	12	3,67	1,02			
	11-15 yıl	15	3,87	0,96			
	15 yıldan fazla	11	3,51	1,10			
Belirsizlik Eyleme Geçmeyi Engeller	5 yıl ve daha az	12	2,67	1,08	1,79	0,162	
	6-10 yıl	12	3,35	1,06			
	11-15 yıl	15	3,56	1,04			
	15 yıldan fazla	11	3,44	1,06			
Belirsiz Olaylar Olumsuzdur ve Kaçınılması Gerekir	5 yıl ve daha az	12	3,08	1,30	1,53	0,219	
	6-10 yıl	12	3,54	1,21			
	11-15 yıl	15	4,02	1,12			
	15 yıldan fazla	11	3,91	1,25			
Belirsizlik Adil Değildir	5 yıl ve daha az	12	3,37	1,22	2,97	0,042	C,D>A
	6-10 yıl	12	3,73	0,82			
	11-15 yıl	15	4,07	0,70			
	15 yıldan fazla	11	4,36	0,55			
<b>BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK</b>	5 yıl ve daha az	12	3,01	1,18	1,75	0,170	
	6-10 yıl	12	3,56	0,92			
	11-15 yıl	15	3,84	0,88			
	15 yıldan fazla	11	3,71	0,93			

Belirsizlik adil değildir alt boyut puanlarının hastalık süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (F=2,97; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc ikili karşılaştırma sonuçlarına göre hastalık süresi 11-15 yıl ve 15 yıldan fazla olan katılımcıların belirsizliğin adil olmadığına ilişkin puanları, hastalık süresi 5 yıl ve daha az olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 7).

Belirsizlik üzücü ve stres vericidir, belirsizlik eyleme geçmeyi engeller, belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir alt boyut puanlarının ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanlarının hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05) (Tablo 7).

### 4.3.Aile Değerlendirme Puanları İle Demografik Değişkenler

Tablo 8’de aile değerlendirme puanlarının cinsiyete göre karşılaştırmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 8.Aile Değerlendirme Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	P
Problem Çözme	Kadın	24	2,08	0,84	0,55	0,586
	Erkek	26	1,96	0,81		
İletişim	Kadın	24	2,11	0,87	-0,34	0,738
	Erkek	26	2,19	0,75		
Roller	Kadın	24	2,15	0,70	-1,88	0,066
	Erkek	26	2,48	0,52		
Duygusal Tepki Verebilme	Kadın	24	2,00	0,83	-1,49	0,143
	Erkek	26	2,38	0,96		
Gereken İlgiyi Gösterme	Kadın	24	2,08	0,69	0,03	0,976
	Erkek	26	2,07	0,72		
Davranış Kontrolü	Kadın	24	2,26	0,76	-0,78	0,441
	Erkek	26	2,42	0,69		
Genel İşlevler	Kadın	24	2,05	0,74	0,16	0,874
	Erkek	26	2,01	0,83		
<b>AİLE DEĞERLENDİRME</b>	Kadın	24	2,11	0,68	-0,60	0,551
	Erkek	26	2,22	0,65		

Aile değerlendirme ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 9’da aile değerlendirme puanlarının ilişki durumuna göre karşılaştırmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 9. Aile Değerlendirme Puanlarının Yaş Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	P
Problem Çözme	40 yaş ve altı	23	2,12	0,88	0,31	0,734
	41-50 yaş	16	1,95	0,78		
	50 yaş üstü	11	1,91	0,80		
İletişim	40 yaş ve altı	23	2,08	0,80	0,54	0,586
	41-50 yaş	16	2,10	0,65		
	50 yaş üstü	11	2,37	1,01		
Roller	40 yaş ve altı	23	2,18	0,70	1,55	0,224
	41-50 yaş	16	2,34	0,60		
	50 yaş üstü	11	2,58	0,44		
Duygusal Tepki Verebilme	40 yaş ve altı	23	2,18	0,92	0,22	0,807
	41-50 yaş	16	2,11	0,92		
	50 yaş üstü	11	2,35	0,95		
Gereken İlgii Gösterme	40 yaş ve altı	23	2,03	0,76	0,14	0,871
	41-50 yaş	16	2,07	0,65		
	50 yaş üstü	11	2,17	0,70		
Davranış Kontrolü	40 yaş ve altı	23	2,22	0,65	2,10	0,134
	41-50 yaş	16	2,25	0,71		
	50 yaş üstü	11	2,73	0,81		
Genel İşlevler	40 yaş ve altı	23	2,00	0,78	0,12	0,889
	41-50 yaş	16	1,99	0,70		
	50 yaş üstü	11	2,13	0,93		
<b>AİLE DEĞERLENDİRME</b>	40 yaş ve altı	23	2,11	0,66	0,49	0,616
	41-50 yaş	16	2,13	0,63		
	50 yaş üstü	11	2,34	0,72		

Aile değerlendirme ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 10'da aile değerlendirme puanlarının öğrenim düzeyine göre karşılaştırmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 10. Aile Değerlendirme Puanlarının Öğrenim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Öğrenim		$\bar{X}$	SS	F	P
	Düzeyi	n				
Problem Çözme	İlkokul	19	1,81	0,66	1,00	0,374
	Lise	15	2,14	1,00		
	Üniversite	16	2,15	0,80		
İletişim	İlkokul	19	2,15	0,80	0,09	0,914
	Lise	15	2,21	0,96		
	Üniversite	16	2,09	0,67		
Roller	İlkokul	19	2,44	0,53	0,98	0,384
	Lise	15	2,36	0,73		
	Üniversite	16	2,14	0,64		
Duygusal Tepki Verebilme	İlkokul	19	2,19	0,94	1,39	0,258
	Lise	15	2,48	1,01		
	Üniversite	16	1,94	0,72		
Gereken İlgiyi Gösterme	İlkokul	19	2,09	0,64	0,23	0,796
	Lise	15	2,15	0,82		
	Üniversite	16	1,98	0,68		
Davranış Kontrolü	İlkokul	19	2,38	0,70	0,47	0,628
	Lise	15	2,44	0,88		
	Üniversite	16	2,20	0,61		
Genel İşlevler	İlkokul	19	2,01	0,82	0,40	0,673
	Lise	15	2,17	0,87		
	Üniversite	16	1,92	0,64		
<b>AİLE DEĞERLENDİRME</b>	İlkokul	19	2,17	0,64	0,42	0,662
	Lise	15	2,28	0,80		
	Üniversite	16	2,06	0,56		

Aile değerlendirme ölçek ve alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 10).

Tablo 11’de aile değerlendirme puanlarının meslek gruplarına göre karşılaştırmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 11. Aile Değerlendirme Puanlarının Meslek Gruplarına Göre ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Meslek Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	P
Problem Çözme	İşçi	13	1,94	0,81	0,23	0,794
	Serbest meslek	12	2,15	0,89		
	Emekli/ev hanımı	25	1,99	0,82		
İletişim	İşçi	13	2,13	0,81	0,42	0,661
	Serbest meslek	12	2,33	0,75		
	Emekli/ev hanımı	25	2,08	0,84		
Roller	İşçi	13	2,36	0,74	0,06	0,942
	Serbest meslek	12	2,34	0,70		
	Emekli/ev hanımı	25	2,29	0,56		
Duygusal Tepki Verebilme	İşçi	13	2,41	1,07	0,97	0,387
	Serbest meslek	12	2,33	0,94		
	Emekli/ev hanımı	25	2,02	0,80		
Gereken İlgiiyi Gösterme	İşçi	13	2,16	0,89	0,48	0,622
	Serbest meslek	12	1,90	0,66		
	Emekli/ev hanımı	25	2,11	0,62		
Davranış Kontrolü	İşçi	13	2,38	0,70	0,64	0,531
	Serbest meslek	12	2,52	0,66		
	Emekli/ev hanımı	25	2,24	0,77		
Genel İşlevler	İşçi	13	2,10	0,98	0,10	0,909
	Serbest meslek	12	1,96	0,70		
	Emekli/ev hanımı	25	2,02	0,72		
<b>AİLE DEĞERLENDİRME</b>	İşçi	13	2,22	0,77	0,14	0,872
	Serbest meslek	12	2,22	0,63		
	Emekli/ev hanımı	25	2,12	0,63		

Aile değerlendirme ölçek ve alt boyut puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 12’de aile değerlendirme puanlarının hastalık süresine göre karşılaştırmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 12. Aile Değerlendirme Puanlarının Hastalık Süresine Göre ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Hastalık Süresi	n	$\bar{X}$	SS	F	P
Problem Çözme	5 yıl ve daha az	12	2,18	0,95	0,70	0,558
	6-10 yıl	12	2,10	0,92		
	11-15 yıl	15	2,04	0,63		
	15 yıldan fazla	11	1,71	0,82		
İletişim	5 yıl ve daha az	12	2,08	0,91	0,57	0,638
	6-10 yıl	12	2,06	0,82		
	11-15 yıl	15	2,38	0,63		
	15 yıldan fazla	11	2,02	0,91		
Roller	5 yıl ve daha az	12	2,11	0,63	0,82	0,490
	6-10 yıl	12	2,33	0,70		
	11-15 yıl	15	2,50	0,62		
	15 yıldan fazla	11	2,29	0,58		
Duyusal Tepki Verebilme	5 yıl ve daha az	12	2,13	0,97	0,60	0,619
	6-10 yıl	12	2,11	1,06		
	11-15 yıl	15	2,46	0,63		
	15 yıldan fazla	11	2,02	1,02		
Gereken İlgiyi Gösterme	5 yıl ve daha az	12	2,26	0,66	0,84	0,477
	6-10 yıl	12	2,00	0,69		
	11-15 yıl	15	2,16	0,76		
	15 yıldan fazla	11	1,83	0,69		
Davranış Kontrolü	5 yıl ve daha az	12	2,05	0,67	1,34	0,273
	6-10 yıl	12	2,24	0,84		
	11-15 yıl	15	2,54	0,67		
	15 yıldan fazla	11	2,51	0,67		
Genel İşlevler	5 yıl ve daha az	12	2,11	0,78	0,31	0,821
	6-10 yıl	12	1,88	0,92		
	11-15 yıl	15	2,13	0,58		
	15 yıldan fazla	11	1,95	0,91		
<b>AİLE DEĞERLENDİRME</b>	5 yıl ve daha az	12	2,12	0,67	0,40	0,753
	6-10 yıl	12	2,10	0,77		
	11-15 yıl	15	2,32	0,53		
	15 yıldan fazla	11	2,07	0,72		

Aile değerlendirme ölçek ve alt boyut puanlarının hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 12).

#### 4.4.Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Aile Değerlendirme Arasındaki İlişki

Tablo 13'te belirsizliğe tahammülsüzlük ile aile değerlendirme arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 13.Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1-Belirsizlik Üzücü ve Stres Vericidir	0,87 **	0,85 **	0,68 **	0,96 **	0,10	0,34 *	0,35 *	0,39 **	0,21	0,42 **	0,37 **	0,37 **
2-Belirsizlik Eyleme Geçmeyi Engeller	1	0,86 **	0,69 **	0,95 **	0,15	0,41 **	0,34 *	0,46 **	0,25	0,51 **	0,44 **	0,44 **
3-Belirsiz Olaylar Olumsuzdur ve Kaçınılması Gerekir		1	0,69 **	0,93 **	0,02	0,25	0,26	0,31 *	0,20	0,39 **	0,33 *	0,30 *
4-Belirsizlik Adil Değildir			1	0,79 **	-0,05	0,29 *	0,26	0,27	0,03	0,37 **	0,23	0,25
<b>5-BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK</b>				1	0,08	0,37 **	0,34 *	0,41 **	0,21	0,47 **	0,39 **	0,39 **
6-Problem Çözme					1	0,71 **	0,49 **	0,64 **	0,59 **	0,50 **	0,74 **	0,76 **
7-İletişim						1	0,68 **	0,82 **	0,68 **	0,80 **	0,82 **	0,91 **
8-Roller							1	0,72 **	0,63 **	0,76 **	0,69 **	0,83 **
9-Duygusal Tepki Verebilme								1	0,70 **	0,77 **	0,86 **	0,91 **
10-Gereken İlgiyi Gösterme									1	0,63 **	0,83 **	0,83 **
11-Davranış Kontrolü										1	0,75 **	0,87 **
12-Genel İşlevler											1	0,94 **
<b>13-AİLE DEĞERLENDİRME</b>												1

Belirsizlik üzücü ve stres vericidir alt boyut puanı ile aileye ilişkin iletişim ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ), roller ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ), duygusal tepki verebilme ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ), davranış kontrolü ( $r=0,42$ ;  $p<0,05$ ), genel işlevler ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanları ve aile değerlendirme ölçeği toplam puanları ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Belirsizliğin üzücü ve stres verici olduğu algısı yüksek olan bireylerin ailenin iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler tutumlarına ve genel olarak aileye ilişkin değerlendirmeleri yüksek düzeyde olumsuzdur (Tablo 13).

Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller alt boyut puanı ile aileye ilişkin iletişim ( $r=0,41$ ;  $p<0,05$ ), roller ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ), duygusal tepki verebilme ( $r=0,46$ ;  $p<0,05$ ), davranış kontrolü ( $r=0,51$ ;  $p<0,05$ ), genel işlevler ( $r=0,44$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanları ve aile değerlendirme ölçeği toplam puanları ( $r=0,44$ ;  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Belirsizliğin eyleme geçmeyi engellediği algısı yüksek olan bireylerin ailenin iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler tutumlarına ve genel olarak aileye ilişkin değerlendirmeleri yüksek düzeyde olumsuzdur (Tablo 13).

Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir alt boyut puanı ile aileye ilişkin duygusal tepki verebilme ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ), davranış kontrolü ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ), genel işlevler ( $r=0,33$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanları ve aile değerlendirme ölçeği toplam puanları ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Belirsiz olayların olumsuz olduğu ve kaçınılması gerektiğine ilişkin algısı yüksek olan bireylerin ailenin duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler tutumlarına ve genel olarak aileye ilişkin değerlendirmeleri yüksek düzeyde olumsuzdur (Tablo 13).

Belirsizlik adil değildir alt boyut puanı ile aileye ilişkin iletişim ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ) ve davranış kontrolü ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Belirsizliğin adil olmadığı algısı yüksek olan bireylerin ailenin iletişim ve davranış kontrolüne ilişkin değerlendirmeleri yüksek düzeyde olumsuzdur (Tablo 13).

Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanı ile aileye ilişkin iletişim ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ), roller ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ), duygusal tepki verebilme ( $r=0,41$ ;  $p<0,05$ ), davranış kontrolü ( $r=0,47$ ;  $p<0,05$ ), genel işlevler ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanları ve aile değerlendirme ölçeği toplam puanları ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı

ilişki tespit edilmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi yüksek olan bireylerin ailenin iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler tutumlarına ve genel olarak aileye ilişkin değerlendirmeleri yüksek düzeyde olumsuzdur (Tablo 13).

Tablo 14'te belirsizliğe tahammülsüzlüğün aile değerlendirmesi üzerindeki etkisine ait regresyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 14. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Aile Değerlendirmesi Üzerindeki Etkisi**

	<b>Bağımlı Değişken</b>	<b>Bağımsız Değişken</b>	<b>B</b>	<b>SH<sub>B</sub></b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>P</b>
1. Model	Sabit	Sabit	1,783	0,434		4,1087	0,000
	Problem Çözme	Belirsizliğe Tahammülsüzlük	0,066	0,118	0,080	0,559	0,578
	R=0,080	R <sup>2</sup> =0,006 ΔR <sup>2</sup> =0,014					
	F <sub>(1,48)</sub> =0,313	p=0,578					
2. Model	Sabit	Sabit	1,113	0,396		2,811	0,007
	İletişim	Belirsizliğe Tahammülsüzlük	0,293	0,108	0,365	2,720	<b>0,009</b>
	R=0,365	R <sup>2</sup> =0,134 ΔR <sup>2</sup> =0,116					
	F <sub>(1,48)</sub> =7,400	p=0,000					
3. Model	Sabit	Sabit	1,554	0,315		4,927	0,000
	Roller	Belirsizliğe Tahammülsüzlük	0,216	0,086	0,341	2,517	<b>0,015</b>
	R=0,341	R <sup>2</sup> =0,117 ΔR <sup>2</sup> =0,098					
	F <sub>(1,48)</sub> =6,334	p=0,015					
4. Model	Sabit	Sabit	0,875	0,440		1,990	0,052
	Duygusal Tepki Verebilme	Belirsizliğe Tahammülsüzlük	0,373	0,119	0,411	3,121	<b>0,003</b>
	R=0,411	R <sup>2</sup> =0,169 ΔR <sup>2</sup> =0,151					
	F <sub>(1,48)</sub> =9,738	p=0,003					
5. Model	Sabit	Sabit	1,559	0,364		4,281	0,000
	Gereken İlgiyi Gösterme	Belirsizliğe Tahammülsüzlük	0,145	0,099	0,207	1,470	0,148
	R=0,207	R <sup>2</sup> =0,043 ΔR <sup>2</sup> =0,023					
	F <sub>(1,48)</sub> =2,159	p=0,148					
6. Model	Sabit	Sabit	1,132	0,339		3,343	0,002
	Davranış Kontrolü	Belirsizliğe Tahammülsüzlük	0,341	0,091	0,472	3,712	<b>0,001</b>
	R=0,472	R <sup>2</sup> =0,223 ΔR <sup>2</sup> =0,207					
	F <sub>(1,48)</sub> =13,782	p=0,001					
7. Model	Sabit	Sabit	0,944	0,379		2,489	0,016
	Genel İşlevler	Belirsizliğe Tahammülsüzlük	0,305	0,103	0,393	2,965	<b>0,005</b>
	R=0,393	R <sup>2</sup> =0,155 ΔR <sup>2</sup> =0,137					
	F <sub>(1,48)</sub> =8,794	p=0,005					
8. Model	Sabit	Sabit	1,258	0,322		3,906	0,000
	AİLE DEĞERLENDİRME	Belirsizliğe Tahammülsüzlük	0,257	0,088	0,390	2,932	<b>0,005</b>
	R=0,390	R <sup>2</sup> =0,152 ΔR <sup>2</sup> =0,134					
	F <sub>(1,48)</sub> =8,597	p=0,005					

### Model 1:

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin problem çözme tutumuna ilişkin katılımcıların algısı üzerindeki etkisini gösteren modelin uygun olmadığı görülmektedir ( $F_{(1;48)}=0,313$ ;  $R^2=0,01$ ;  $\Delta R^2=0,01$ ;  $p>0,05$ ). Birinci modele göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ailenin problem çözme tutumuna ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı ve problem çözme algısındaki varyansı açıklayamadığı tespit edilmiştir (Tablo 14).

H1: Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin problem çözme tutumuna ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

**H1 Ret:** Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin problem çözme tutumuna ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi yoktur.

### Model 2:

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin iletişim tutumuna ilişkin katılımcı algısı üzerindeki etkisini gösteren modelin uygun olduğu görülmektedir ( $F_{(1;48)}=7,40$ ;  $R^2=0,13$ ;  $\Delta R^2=0,12$ ;  $p<0,05$ ). İkinci modele göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ailenin iletişim tutumuna ilişkin olumsuz algı üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı etkisi ( $\beta=0,36$ ;  $t=2,72$ ;  $p<0,05$ ) tespit edilmiş olup ailenin iletişim tutumuna ilişkin katılımcı algısındaki toplam varyansın yaklaşık %12'sini açıklamaktadır (Tablo 14).

H2: Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin iletişim tutumuna ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

**H2 Kabul:** Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin iletişim tutumuna ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttıkça, ailenin iletişim tutumuna ilişkin olumsuz algıları da artmaktadır.

### Model 3:

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin rollerine ilişkin katılımcı algısı üzerindeki etkisini gösteren modelin uygun olduğu görülmektedir ( $F_{(1;48)}=6,33$ ;  $R^2=0,12$ ;  $\Delta R^2=0,10$ ;  $p<0,05$ ). Üçüncü modele göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ailenin

rollerine ilişkin olumsuz algı üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı etkisi ( $\beta=0,34$ ;  $t=2,52$ ;  $p<0,05$ ) tespit edilmiş olup ailenin rollerine ilişkin katılımcı algısındaki toplam varyansın yaklaşık %10'unu açıklamaktadır (Tablo 14).

H3: Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin rollerine ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

**H3 Kabul:** Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin rollerine ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttıkça ailenin rollerine ilişkin olumsuz algısı da artmaktadır.

Model 4:

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin duygusal tepki verebilmesine ilişkin katılımcı algısı üzerindeki etkisini gösteren modelin uygun olduğu görülmektedir ( $F_{(1;48)}=9,74$ ;  $R^2=0,17$ ;  $\Delta R^2=0,15$ ;  $p<0,05$ ). Dördüncü modele göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ailenin duygusal tepki verebilmesine ilişkin olumsuz algı üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı etkisi ( $\beta=0,41$ ;  $t=3,12$ ;  $p<0,05$ ) tespit edilmiş olup ailenin duygusal tepki verebilmesine ilişkin katılımcı algısındaki toplam varyansın yaklaşık %15'ini açıklamaktadır (Tablo 14).

H4: Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin duygusal tepki verebilmesine ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

**H4 Kabul:** Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin duygusal tepki verebilmesine ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttıkça ailenin duygusal tepki verebilmesine ilişkin olumsuz algısı da artmaktadır.

Model 5:

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, gereken ilgiyi gösterebilmesine ilişkin katılımcıların algısı üzerindeki etkisini gösteren modelin uygun olmadığı görülmektedir ( $F_{(1;48)}=2,16$ ;  $R^2=0,04$ ;  $\Delta R^2=0,02$ ;  $p>0,05$ ). Beşinci modele göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ailenin gereken ilgiyi gösterebilmesine ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı ve varyansı açıklayamadığı tespit edilmiştir (Tablo 14).

H5: Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin gereken ilgiyi gösterebilmesine ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

**H5 Ret:** Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin gereken ilgiyi gösterebilmesine ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi yoktur.

Model 6:

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin davranış kontrolü tutumuna ilişkin katılımcı algısı üzerindeki etkisini gösteren modelin uygun olduğu görülmektedir ( $F_{(1; 48)}=13,78$ ;  $R^2=0,22$ ;  $\Delta R^2=0,21$ ;  $p<0,05$ ). Altıncı modele göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ailenin davranış kontrolü tutumuna ilişkin olumsuz algı üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı etkisi ( $\beta=0,47$ ;  $t=3,71$ ;  $p<0,05$ ) tespit edilmiş olup ailenin davranış kontrolü tutumuna ilişkin katılımcı algısındaki toplam varyansın yaklaşık %21'ini açıklamaktadır (Tablo 14).

H6: Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin davranış kontrolü tutumuna ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

**H6 Kabul:** Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin davranış kontrolü tutumuna ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttıkça, ailenin davranış kontrolü tutumuna ilişkin olumsuz algıları da artmaktadır.

Model 7:

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin genel işlevlerine ilişkin katılımcı algısı üzerindeki etkisini gösteren modelin uygun olduğu görülmektedir ( $F_{(1; 48)}=8,79$ ;  $R^2=0,15$ ;  $\Delta R^2=0,14$ ;  $p<0,05$ ). Yedinci modele göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ailenin genel işlevlerine ilişkin olumsuz algı üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı etkisi ( $\beta=0,39$ ;  $t=2,97$ ;  $p<0,05$ ) tespit edilmiş olup ailenin genel işlevine ilişkin katılımcı algısındaki toplam varyansın yaklaşık %14'ünü açıklamaktadır (Tablo 14).

H7: Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin genel işlevine ilişkin algı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

**H7 Kabul:** Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ailenin genel işlevine ilişkin algı üzerinde

anlamli etkisi vardir. Bireylerin belirsizlige tahammulsuzlugu arttikca, ailenin genel islevine iliskin olumsuz algilari da artmaktadır.

Model 8:

Belirsizlige tahammulsuzlugun, aileye iliskin degerlendirme uzerindeki etkisini gosteren modelin uygun oldugu gorulmektedir ( $F_{(1; 48)}=8,60$ ;  $R^2=0,15$ ;  $\Delta R^2=0,13$ ;  $p<0,05$ ). Sekizinci modele gore, belirsizlige tahammulsuzlugun aileye iliskin olumsuz algi uzerinde pozitif yonlu ve anlamlı etkisi ( $\beta=0,39$ ;  $t=2,93$ ;  $p<0,05$ ) tespit edilmiş olup aileye iliskin degerlendirmedeki toplam varyansın yaklaşıklık %13'unu aciklamaktadır (Tablo 14).

H8: Belirsizlige tahammulsuzlugun, aileye iliskin degerlendirme uzerinde anlamlı etkisi vardir.

**H8 Kabul:** Belirsizlige tahammulsuzlugun, aileye iliskin degerlendirme uzerinde anlamlı etkisi vardir. Bireylerin belirsizlige tahammulsuzlugu arttikca, aileye iliskin olumsuz degerlendirme de artmaktadır.

## V.BÖLÜM

### SONUÇ

#### 5.1.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada multiple skleroz tanısı almış hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile aile iletişimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma yapılırken birçok değişken ve sosyodemografik özellikler göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmıştır. Araştırmada multiple skleroz tanısı almış bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri yükseldikçe aile iletişimlerinin olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir. Araştırmanın bu bölümünde elde edilmiş olan veriler ve bulgular literatür kapsamında değerlendirilmektedir.

Yapılan çalışmada katılımcıların 24'ü kadın 26'sı erkek; 23'ü 40 yaşından küçük, 16'sı 41-50 yaş aralığında ve 11'i 50 yaş üstü; 19'u ilköğretim mezunu, 15'i lise mezunu ve 16'sı üniversite mezunu; 13'ü işçi, 12'si serbest meslek sahibi ve 25'i emekli veya ev hanımı; 12'si 5 yıl ve daha az yıldır hastalığa sahip, 12'si 6-10 yıl aralığında hastalığa sahip, 15'i 11-15 yıl aralığında hastalığa sahip ve 11'i 15 yıldan daha fazla süredir MS hastalığına sahiptir. Araştırmada yer alan sosyodemografik özelliklere bakıldığında multiple skleroz tanısı alan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ve aile iletişimleri arasındaki ilişki açısından değişkenlik gösterdiği ve anlamlı farklılıkların ortaya çıktığı görülmektedir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük puanı açısından sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiş ve bu yüzden de belirsizliğe tahammülsüzlüğün cinsiyet açısından bir değişkenliği saptanmamıştır (Tablo3). İlgili literatür araştırıldığında MS tanılı hastaların belirsizliğe tahammülsüzlüğü ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi içeren çalışmaya rastlanmamıştır ancak herhangi bir hastalık sınırlılığı getirilmeden yapılan belirsizliğe tahammülsüzlük ve cinsiyet değişkeni arasındaki ilişki üzerine çalışmalara denk gelinmiştir. Hacettepe Üniversitesi öğrencileri üzerinde yürütülen çalışmanın sonucuna göre kadınlar erkeklere göre belirsizliği daha stres verici ve üzücü olarak değerlendirmektedir (Sarı, 2007).

Bu çalışmada belirsizlik düzeyleri ile sosyodemografik özellikler açısından anlamlı farklılık olmayan diğer olgular yaş grupları ve meslek değişkenleridir. Bunlara baktığımızda belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi ile yaş grubu değişkenlik göstermemiştir (Tablo 4).

Bu araştırmanın verilerine göre belirsizliğe tahammülsüzlük ile meslek seçimi değişkeni arasında anlamlı etki olduğu göstermediği saptanmıştır ( Tablo 6). Farklı araştırma incelendiğinde bu araştırma sonucuyla örtüşmeyen veriler elde edilmiştir. Emekli olan MS hastası bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının en yüksek olduğu ve çalışmayanların çalışanlara göre daha yüksek puanlarının olduğu saptanmıştır. Bu bulgular sonucunda da bireylerin hastalıkları ile ilgili durumları üzerinde düşünme sürelerinin fazla olması ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin artması arasında anlamlı ilişki olduğu düşünülmüştür (Gümüş, 2012).

Katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ile sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark bulunan olgulardan biri de öğrenim düzeyi değişkenidir. Öğrenim düzeyi değişkeni ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ve alt boyutları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır ( Tablo 5). İlkokul ve lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların belirsizliğin üzücü ve stres verici, eyleme geçmeyi engelleme, belirsiz olaylar olumsuz ve kaçınılması gerekir ve adil değildir alt boyut puanlarının üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür ( Tablo 5). Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin hastalığı kabullenmesinin ve problemlerle baş etme konusunda daha etkili yollar bulabilmesi ile ilişki olabilir.

Çalışmamızda hastaların hastalık süresi ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arasında anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır (Tablo 7). Belirsizlik adil değildir alt boyutu göz önüne alındığında hastalık süresi 11-15 yıl ve 15 yıldan fazla olan katılımcıların puanları, hastalık süresi 5 yıl ve daha az olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Belirsizlik üzücü ve stres vericidir, eyleme geçmeyi engeller, belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir alt boyutlarının ve belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının hastalık süresi ile ilişkisinde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 7). Gümüş (2012)'ün araştırmasına göre hastalık süresi uzun oldukça hastaların belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin azalacağı düşünülebilir. Hastalar ilk ataklarını geçirdikten sonra bir sonraki atak ve süreç için daha çok düşünebilirler ve bu

da süre uzadıkça belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini anlamlı şekilde etkileyebilir.

Bu araştırmada aile değerlendirme puanı açısından sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir (Tablo 8). MS hastalarında içinde bulunduğu kronik hastaların aile işlevleri ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştıran bir araştırmaya bakıldığında aile değerlendirme ölçeği alt grupları da göz önünde bulundurularak cinsiyete göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Acar, 2011).

Araştırmada aile değerlendirme puanı açısından sosyodemografik özellikler anlamlı farklılık olmayan olgular yaş grubu, öğrenim düzeyi ve meslek seçimleridir. Literatür incelendiğinde benzer çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda hastaların hastalık süreleri ile aile değerlendirme puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Başka bir araştırma olarak Acar(2011)'in araştırmasına göre olan sonuçlarına bakılmıştır ve aile değerlendirme ölçeği problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel fonksiyonlar alt ölçekleri açısından kronik hastalığı olan hastaların hastalık yılları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu bulgularıyla yaptığımız araştırmanın sonucunu desteklemektedir ancak araştırmamızı desteklemeyen alt ölçek olarak gereken ilgiyi gösterme alt ölçeğinde hastalık süresi arttığında gereken ilgiyi gösterme beceresinde sağlıksız durumlar gözlemlendiği tespit edilmiştir.

Literatüre bakıldığında sosyodemografik özellikler ile ölçeklerin karşılaştırılması üzerinde çok durulmamıştır, eksik veya net olmayan bilgiler görülmektedir. Bu sebeple yapılan bu araştırma sosyodemografik açıdan incelendiğinde literatür tarafından kısmen desteklenmiştir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ve aile değerlendirme arasındaki ilişki gözlemlendiğinde belirsizlik üzücü ve stres vericidir alt boyut puanı ile aile ilişkin iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler alt boyutları ve aile değerlendirme ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. Belirsizliğin üzücü ve stres verici olduğu düşüncesi yüksek bireylerin aile iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler tutumlarına ve genel olarak aileye ilişkin değerlendirmeleri yüksek düzeyde olumsuzdur. Acar (2011)'in araştırmasına göre MS'in de içinde yer aldığı kronik hastalık ve kontrol

grubundaki bireylerin aile işlevleri düzeylerin arasında iletişim, roller, duygusal tepki verebilme ve genel fonksiyonlar düzeyi açısından anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır.

Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller alt boyutu, belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir alt boyutu ve belirsizlik adil değildir alt boyutu ile aile değerlendirme arasındaki ilişkiye bakıldığında aileye ilişkin iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler ve aile değerlendirme ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki görülmüştür.

## **5.2. SINIRLILIKLAR ve ÖNERİLER**

Bu bölümde bu araştırmadaki sınırlılıklar ve elde edilen bulgulara bağlı olarak bundan sonra yapılacak olan çalışmalara yönelik öneriler sunulmaktadır.

Bu çalışmada Türkiye Multiple Skleroz Derneği İstanbul Şubesi'nde yardım gören Multiple Skleroz tanısı almış bireyler yer almaktadır. Ancak çalışmada örnekleme daha geniş tutup daha fazla MS tanılı birey ile çalışmak çalışmanın güvenilirliğini daha da arttıracaktır. Türkiye Multiple Skleroz Derneği İstanbul Şubesi'nde yardım gören şeklindeki sınırlama da araştırmanın örneklemini daraltmaktadır. Bu yüzden de yine örneklem genellenebilirlik açısından sınırlandırılmıştır. Bu nedenle daha fazla bireyde araştırma yapılabilir.

Diğer bir sınırlılık ise insanlar aile ilişkileri ve hastalıkları konusunda özellikle de nörolojik hastalıklar konusunda oldukça hassastır. Utanma duygusu ile birlikte yargılanabileceklerini, suçlanacaklarını ve dışlanacaklarını düşünebilirler. Bu nedenle çoğu zaman hastalıklarını veya aile içinde yaşadıkları olumsuz durumların gün yüzüne çıkmasını istememektedir. Aile değerlendirme ölçeğini ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğini ayıplanma, utanma, acınma gibi düşünceler sebebiyle doğru şekilde yanıtlandırmadıkları öngörülmektedir. Aynı zamanda katılımcıların ölçeklerin uygulandığı gün yaşadıkları olaylar ve depresyon seviyeleri de değişkenlik gösterdiği için araştırma için karışıklık yaratmaktadır.

Literatüre bakıldığında belirsizliğe tahammülsüzlük ve aile iletişimini inceleyen araştırmalara fazla denk gelinememiş olması çalışmaya da sınırlılık getirmiştir. Bu

yüzden de multiple skleroz hastalarının belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin aile iletişimine etkisi ile ilgili daha çok nicel ve nitel çalışma yapılmasının araştırmalara katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Bu araştırmanın sonucunda multiple skleroz hastalarının belirsizliğe tahammülsüzlükleri ile aile iletişimleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu; dolayısıyla hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arttıkça aile iletişimlerinde yaşanan sorunların da artacağı bilinmelidir.

Multiple skleroz hastalarında iyi bir psikiyatrik değerlendirme yapılarak depresyon, anksiyete ve belirsizliğin yarattığı sorunlar kontrol altına alınarak aile iletişimlerinde yaşanacak sorunlar azaltılabilir.

## KAYNAKÇA

- Acar, A. E. (2011). Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Akbostancı, C. (2003). Demiyelinizan ve İnflamatuvar Hastalıklar. Nörolojide Ayırıcı Tanı El Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara.
- Akdemir, N. (1996). Nöroloji Hemşireliği. Genişletilmiş 2.Baskı, Çağın Basın Yayın, Ankara.
- Akkuş, Y. (2004). Multiple Skleroz Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Bilgileri. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Akkuş, Y. (2008). Multiple Sklerozlu Hastalarda Ev Ziyareti Yoluyla Verilen Bakım Hizmetlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara.
- Alev, L. (1996). Multiple Sklerozun Klinik ve Demografik Özellikleri, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Arslan, Y. (2013). Belirsizlik Yönetimi(BELYÖN) Programının Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi
- Asan, T. (2007). Kronik Böbrek Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Ascherio, A., Munger, K. L., Simon K.C. (2010). Vitamin D and Multiple Sclerosis. The Lancet Neurology, 9(6), 599-612.
- Avcı, F. D. (2006). Multiple Skleroz Hastalarında Alt Ekstremitte Duyu Değişikliklerinin Denge Üzerine Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir.
- Aydemir, Ç., Çebeci, S., Göka, E., Kasım, İ., Tüzer, V. (2002). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar, Kriz Dergisi, Ankara.
- Bulut, I. (1990). Aile Değerlendirme Ölçeği. Özgeliş Matbaası, Ankara.
- Bradley, W. G., Daroff, R. B., Fenichel, G. M., Jankovic, J. (2008). Neurology in Clinical Practice. Veri Medikal Yayıncılık, Ankara.
- Butler, M. A., Bennet, T. L. (2003). Insearch of A Conceptualization of Multiple Sclerosis A Historical Perspective. Neuropsychol Rev. 13:93-111.
- Ciccarelli, O. &Tosy, A. (2006). Mechanisms Of Disability And Potential For Recovery In Multiple Sclerosis. Neurological Rehabilitation Of Multiple Sclerosis. Chapter 1. Queen Square Neurological Rehabilitation Series. UK.

- Comi, G. (2009). Treatment Of Multiple Sclerosis: Role of Natalizumab. *Neurological Sciences*. 30(2): 155-158.
- Compston, A., Ebers, G., Lassman, H., Mc Donald, I., Bryan Matthews, B., Wekerle, H. (1998). Symptoms and Signs Of Multiple Sclerosis. *McAlpine's Multiple Sclerosis* 3th ed. London. Churchill Livingstone, ss.186-195.
- Conlon, P., Oksenberg, J.R., Zhang, J., Steinman, L. (2009). The Immunobiology Of Multiple Sclerosis: An Autoimmune Disease Of Central Nervous System. *Neurobil Dis* 6, ss.149-166.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rheaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R. (1995). Worry And Problem Solving: Evidence Of A Specific Relationship. *Cognitive Therapy And Research*. 19(1), ss. 109-120.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, . (1997). Intolerance Of Uncertainty And Problem Orientation In Worry. *Cognitive Therapy And Research*. 21(6), ss. 593-606.
- Eraksoy, M., Kurtuncu, M., Hensiek A. (2003). A Whole Genom Screen For Linkage In Turkish Multiple Sclerosis. *J Neuroimmunol*. 143: ss.17-24.
- Eraksoy, M. Akman, Ü. G. (2004). Merkezi Sinir Sistemi Miyelin Hastalıkları. İstanbul Tıp Fakültesi Temel Klinik Bilimler Ders Kitapları Nöroloji. Ss.505-535.
- Erden, İ. (2006). Beyaz Cevher Hastalıkları. Nöroradyoloji Magnetik Rezonans Uygulamaları. Pozitif Matbaacılık, Ankara.
- Garland, E. J., Zis, A. P. (1991). Multiple Sclerosis And Affective Disorders. *Can J Psychiatry*, 36, ss. 112-117.
- Gilroy, J. (2002). Basic Neurology. Güneş Kitabevi, Ankara.
- Güleryüz, M. (2002). Multiple Skleroz Hastalarında İnterferon- Beta 1b Tedavisinin Sitokinler Üzerinde Oluşturduğu Etkiler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Gümüş, K. (2012). Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün İntihar Düşüncesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Samsun.
- Hammond, S. R., McLeod, J. G., Millingen, K. S.(1988). The Epidemiology Of Multiple Sclerosis In Three Australian Cities: Perth, Newcastle And Hobart. *Brain*, 111: ss.1-25.
- Hutchinson, M., Stack, J., Buckley, P. (1993). Bipolar Affective Disorder Prior To The Onset Of Multiple Sclerosis. *Acta Neurol Scand*.
- İdiman, E. (2002). Demyelinizan Hastalıklar. Klinik Nöroloji, Nobel-Güneş Yayınevi, Bursa.
- Johnson, K. P. (2007). Control Of Multiple Sclerosis Relapses With Immunomodulating Agents. *Journal Of The Neurological Sciences*, 256(1), ss. 23-28.
- Karabudak, R. (2002). Multiple Skleroz. Temel Nöroloji, Güneş Kitabevi, Ankara.

- Karabudak, R. (2004). Ms İle Yaşam. Türkiye Ms Derneği Yayınları, Ankara.
- Kronik Hastalıklar Raporu (2006). Sağlık Kurumu, Erişim Tarihi; 26.06.2010.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., Dugas, M. J. (2000). Experimental Manipulation Of Intolerance Of Uncertainty: A Study Of A Theoretical Model Of Worry. Behaviour Research And Therapy, 38(9), ss. 933-941.
- Leary, S. M., Thompson, A. J. (2005). Primary Progressive Multiple Sclerosis: Current And Future Treatment Options. CNS Drugs, 19(5): ss. 369-376.
- McDonald, W. I., Compston, A., Edan, G. (2001). Recommended Diagnostic Criteria For Multiple Sclerosis: Guidelines From The International Panel On The Diagnosis Of Multiple Sclerosis. Ann Neurol, 50,ss. 121-127.
- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E. (2011). Achieving Certainty About The Structure Of Intolerance Of Uncertainty In A Treatment Seeking Sample With Anxiety And Depression. Journal Of Anxiety Disorders,25(1), ss.112-122.
- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E. (2012). To Be Sure, To Be Sure: Intolerance Of Uncertainty Mediates Symptoms Of Various Anxiety Disorders And Depression. Behavior Therapy, 43(3), ss.533-545.
- Minden, S. L. (2000). Mood Disorders In Multiple Sclerosis: Diagnosis And Treatment. Journal Neurology. Ss.160-167.
- Miller, D., Barkhof, F., Montalban, X., Thompson, A., Filippi, M. (2005). Clinically Isolated Syndromes Suggestive Of Multiple Sclerosis, Part 1: Natural History, Pathogenesis, Diagnosis And Prognosis. The Lancet Neurology. 4(5), ss. 281-288.
- Mirza, M. (2002). Multiple Sklerozun Etiyolojisi Ve Epidemiyolojisi. Erciyes Tıp Dergisi, 24(1), ss.40-47.
- Mumenthaler, M., Mottle, H. (2004). Multiple Sclerosis, Neurology, ss.465-485.
- Munari, L., Lovati, R., Boiko, A. (2004). Therapy With Glatiramer Acetate For Multiple Sclerosis. Cochrane Database Of Systematic Reviews (online) (1): CD004678.
- Mutluay, F. K. (2006). Multiple Skleroz Rehabilitasyonu. Türk Nöroloji Dergisi.12, ss.134-143.
- Mutluer, N. (1998). Multiple Skleroz. Klinik Nöroloji, AÜTF ANTIP A.Ş, ss.123-128.
- Nazlı, S. (2000). Aile Danışması. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- O'Connor, P. (2002). Key Issues In The Diagnosis And Treatment Of Multiple Sclerosis. Neurology, Canadian Multiple Sclerosis Working Group, ss.1-33.
- Olek, M. J., Dawson, D. M. (2003). Multiple Sclerosis And Other Inflammatory Demyelinating Disease Of The Central Nervous System. Neurology In Clinical Practice, ss.60-143.
- Öz, F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik

Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.

Pirtilla, T., Nurmikko, T. (1995). CSF Oligoclonal Bands, MRI And The Diagnosis Of MS. *Acta Neurol Scand*, 92:ss. 468-471.

Poser, C. M., Brinar, V. V. (2004). Diagnostic Criteria For Multiple Sclerosis: An Historical Review. *Clinical Neurology And Neurosurgery*. 106: ss.147-158.

Rolak, L. (1996). The Diagnosis Of MS. *Neurol Clin*, ss.27-43.

Rowland, L. P. (1999). *Meritt's Neurology*. Tenth Edition.

Rowland, L. P. (2006). *Meritt's Textbook Of Neurology*. 4th ed. Baltimore: Neurol In Press, ss.804-826.

Siva, A. (2005). The Spectrum Of Multiple Sclerosis And Treatment Decisions. *Clinical Neurology And Neurosurgery*. Department Of Cerrahpasa Schol Of Medicine, Istanbul. Volume 108, issue 3.

Soysal, A., Şen, A., Koç, İ., Çetin, Ş., Özer, F., Arpacı, B. (1996). Multiple Sklerozlu 113 Olgunun Klinik Ve Laboratuar Bulgularının Analizi. *Düşünen Adam Dergisi*, 9(2), ss.59-63.

Soyuer, F., Mirza, M., Öztürk, A. (2005). Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesi Üzerine Yorgunluk Ve Yetersizliğin Etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, Kayseri.

Tekdemir, G. (1998). *Neuropsychological Correlates Of Ms*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.

Tunalı, G. (2004). *Epidemiyoloji: Türkiye Klinikleri Nöroloji Multiple Skleroz Özel Sayısı*. 3(2), ss.161-164.

Tuncer, N. (2006). Klinik Belirti Ve Bulgular. *Multiple Sklerozlu Olgularda Kognitif Fonksiyon Bozuklukları Türkiye Klinikleri*. 26: ss.559-564.

Turan, Ö. F. (2002). *Multiple Skleroz*. Klinik Nöroloji, Bursa.

Turhan, N., Bayramoğlu, M. (2004). *Multiple Skleroz*. Tıbbi Rehabilitasyon İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, ss. 649-663.

## EKLER

### EK 1



---

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

##### ÇALIŞMANIN ADI:

Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Aile İletişimine Etkisi

---

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

##### ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Günümüzde sıklıkla multiple skleroz hastasına rastlanmaktadır. Bu çalışmanın başlıca amacı, multiple skleroz tanısı almış olan kişilerin yaşadıkları belirsizliklerin aile içindeki iletişimlerini ne derece etkilediğini değerlendirmektir.

##### ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken 3 adet form verilecek, ilk formda demografik bilgileriniz istenecektir. Diğer iki form ise kendiniz ve aile içi iletişiminiz hakkında sorulan sorulardan oluşmaktadır. Tüm ölçeklerin ve bilgi formunun eksiksiz yapılması beklenmektedir.

## **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Çalışmaya katılmanız durumunda, literatüre eklenecek verilere katkı sağlanmış olacaktır ve var olan bilgilerin gelişimine katkı sağlayacaktır.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Kişisel bilgileriniz araştırma ekibi dışında bir kişiyle paylaşılmayacaktır.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

1. PSİKOLOG MELİS TUNÇEL  
[meliistuncel@gmail.com](mailto:meliistuncel@gmail.com) 05355623493
2. ÖĞRETİM ÜYESİ DR. HABİB ERENŞOY

## **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise ) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı <sup>2</sup> Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

- 1.Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi
- 2.Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

## EK 2

### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ADI SOYADI: .....

YAŞ: .....

CİNSİYET:

KADIN

ERKEK

EĞİTİM DURUMU:

OKURYAZAR

İLKOKUL

LİSE

ÜNİVERSİTE VE ÜZERİ

MESLEĞİ:

İŞÇİ

SERBEST

EMEKLİ

EV HANIMI

HASTALIK SÜRESİ: .....

### EK 3

## BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdiklerini tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin size ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz.

	1	2	3	4	5
	Beni Hiç Tanımlamıyor		Beni Kısmen Tanımlıyor		Beni Tam olarak Tanımlıyor
1-Belirsizlik, sağlam bir fikre sahip olmamı engelliyor					1 2 3 4 5
2-Emin olamama, kişinin düzensiz olduğu anlamına gelir					1 2 3 4 5
3-Belirsizlik yaşamı katlanılmaz hale getiriyor.					1 2 3 4 5
4-Yaşamda bir güvencenizin olmaması adaletsiz bir durumdur					1 2 3 4 5
5-Yarın ne olacağını bilemezsem zihnim rahat olmaz					1 2 3 4 5
6-Belirsizlik beni rahatsız, endişeli ya da stresli yapıyor					1 2 3 4 5
7-Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor .					1 2 3 4 5
8-İhtiyaç duyduğum bilginin tümüne sahip olamamak beni engelliyor					1 2 3 4 5
9-Belirsizlik istediğim şekilde bir yaşam sürmemi engelliyor					1 2 3 4 5
10-Beklenmeyen durumlardan kaçınmak için insan hep ileriye bakmalıdır					1 2 3 4 5
11-Çok iyi planlanmışken bile beklenmeyen ufacık bir durum her şeyi bozabilir					1 2 3 4 5
12-Harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizlik elimi kolumu bağlıyor					1 2 3 4 5
13-Belirsizlik içinde olmam, benim en iyi olmadığımı gösteri					1 2 3 4 5

14- Emin olamadığım zaman, yapacaklarım konusunda ilerleyemiyorum	1	2	3	4	5
15-Emin olamadığım zaman çok iyi iş çıkartamıyorum	1	2	3	4	5
16-Benim aksime, diğer insanlar ne yapacaklarından emin gözüktüyorlar	1	2	3	4	5
17-Belirsizlik beni kırılğan, mutsuz ya da hüzünlü kılıyor	1	2	3	4	5
18-Geleceğin benim için neler getireceğini her zaman bilmek isterim	1	2	3	4	5
19-Beklenmedik olaylara katlanamıyorum	1	2	3	4	5
20-En ufak bir şüphe bile harekete geçmemi engelliyor	1	2	3	4	5
21-Her şeyi önceden organize edebilmeliyim	1	2	3	4	5
22-Emin olamamam, güvensiz olduğum anlamına gelir	1	2	3	4	5
23-Başkalarının kendi geleceklerinden eminmiş gibi görünmeleri adaltsizliktir	1	2	3	4	5
24-Belirsizlik derin uyumamı engelliyor	1	2	3	4	5
25-Bütün belirsiz durumlardan uzaklaşmalıyım	1	2	3	4	5
26.Hayattaki belirsizlikler beni strese sokuyor	1	2	3	4	5
27. Geleceğimle ilgili kararsız olmaya katlanamıyorum	1	2	3	4	5

## EK 4

### AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra sizin ailenize ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur. (Aynen Katılıyorum /Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum / Hiç Katılmıyorum)

Her cümlenin yanında 4 seçenek için ayrı yerler ayrılmıştır. Siz uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar hızlı ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlamayız.				
2.Günlük hayatımızdaki sorunların(problem-lerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.				
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5.Evde birinin başı derde girdiğinde diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.				
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.				
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınır.				
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				

11.Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.				
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.				
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.				
17.Evde herkes başına buyruktur.				
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.				
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.				
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.				
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23.Gelirimiz(ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24.Ailemiz, bir problem çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.				

28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.				
37. Aile içinde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.				
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.				
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirilerine ilgi gösterir.				

43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.				
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45.Evde birinden birşey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.				
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				
48.Bizim evde aklınıza gelen herşey olabilir.				
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.				
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında(yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler,çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				

56.Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.				
60.Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

## **EK 5**

### **ÖZGEÇMİŞ**

#### **Kişisel Bilgiler :**

Adı-Soyadı : Melis TUNÇEL

Doğum Yeri : İstanbul

Doğum Tarihi : 03.01.1992

#### **Eğitim Durumu :**

2016 - 2018 : Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

2010 - 2015 : FMV Işık Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi İngilizce Psikoloji Bölümü

2006 - 2010 : Ahmet Sani Gezici Lisesi

#### **Yabancı Dil :**

İngilizce (iyi)

İspanyolca (giriş)

#### **Bilgisayar Bilgileri :**

Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)

SPSS

#### **İş Deneyimi :**

2016 Ocak – 2017 Temmuz : Aktif Psikoteknik Değerlendirme Merkezi

#### **Alınan Eğitimler/ Testler :**

Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi

Catell 2A- 3A Zeka Testi Eğitimi

Porteus Labirentleri Testi Eğitimi

Good Enough Harris Testi Eğitimi

Gesell Gelişim Figürleri Testi Eğitimi

Peabody Resim Kelime Eşleştirme Testi Eğitimi

Metropolitan Okul Olgunluğu Testi Eğitimi

Bender Gestalt Algı Testi Eğitimi

Benton Görsel Bellek Testi Eğitimi

D2 Dikkat Testi Eğitimi

Frostig Gelişimsel Görsel Algı Testi

Franfurter Dikkat Testi Eğitimi



EK 6

## ETİK KURUL ONAY BELGESİ



Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL  
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/644

25/05/2018

Dr.Öğr.Üyesi Habib ERENŞOY  
(Melis TUNÇEL)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 23/05/2018 tarihinde yapılan 06 No.lu “Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Aile İletişimine Etkisi” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı