



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MULTİPLE SKLEROZ TANILI BİREYLERDE ÖZ YÖNETİM
YETKİNLİĞİ İLE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Damla ERGEN

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU

İSTANBUL-2023

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MULTİPLE SKLEROZ TANILI BİREYLERDE ÖZ YÖNETİM
YETKİNLİĞİ İLE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Damla ERGEN

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU

İSTANBUL-2023

ÖZET

MULTİPLE SKLEROZ TANILI BİREYLERDE ÖZ YÖNETİM YETKİNLİĞİ İLE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Giriş

Multiple Skleroz (MS) merkezi sinir isteminde inflamasyon ve miyelin kılıfın zarar görmesiyle ortaya çıkan nöroimmun, kronik bir hastalıktır. (Karadakovan ve Etiaslan, 2010). Genç yaşlarda ortaya çıkması ilerleyen dönemde depresyona ve bireylerde hastalığı yönetmede çeşitli sorunlara yol açmaktadır. (Tel ve ark. 2014). Öz yönetim yetkinliğinin azalması bireylerin hastalık yönetim gücünü düşürmektedir. Bununla birlikte stresle baş etmede zorlanma, psikososyal gereksinimlerde artma, depresyon ve anksiyeteye yatkınlık gibi birçok soruna neden olmaktadır. Bu araştırma Multiple Skleroz tanılı bireylerin öz yönetim düzeylerinin depresyon ile ilişkisini araştırmak amacıyla yapıldı.

Yöntem: Çalışmaya 350 birey dahil edildi. Bireylere tanıtıcı bilgi formu ve hastalık bilgi formunu doldurulduktan sonra Multiple Skleroz Öz Yönetim Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği uygulandı. Veriler SPSS istatistik paket programlarında değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada toplam 350 kişi yer almıştır. 105 (%30) kişi erkek 245 (%70) kadındı. Öz yönetim ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı farklılıklar vardı ($p<0,001$). Multiple skleroz öz yönetim ölçeğinin Beck depresyon ölçeği üzerine etkisi doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. Yapılan değerlendirmeye göre öz yönetim puanındaki bir birimlik artış depresyon puanını 0,081 puan azaltmaktaydı.

Sonuç: Araştırmamızın sonucunda Multiple Skleroz tanılı bireylerde öz yönetim yetkinliği ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Depresyon düzeyi artan bireylerde öz yönetim yetkinliğinin azaldığı, öz yönetimin depresyonu %3.5 oranında etkilediği bulundu. Konu ile ilgili olarak Multiple Skleroz tanılı bireylerde öz yönetimini güçlendirip depresyonu azaltacak hemşirelik girişimlerinin planlanarak uygulanması, birey ve ailesinin hemşirelik bakım planı içerisinde etkin olarak yer alması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Multiple Skleroz, öz yönetim, depresyon, hemşirelik

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-MANAGEMENT COMPETENCE AND DEPRESSION IN INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Introduction

Multiple Sclerosis (MS) is a neuroimmune, chronic disease caused by inflammation in the central nervous system and damage to the myelin sheath (Karadakovan and Etiaslan, 2010). Its occurrence at a young age leads to depression in the later period and various problems in managing the disease in individuals (Tel et al. 2014). Decreased self-management competence reduces the disease management power of individuals. In addition, it causes many problems such as difficulty in coping with stress, increased psychosocial needs, and susceptibility to depression and anxiety. This study was conducted to investigate the relationship between self-management levels and depression in individuals diagnosed with Multiple Sclerosis.

Method: The study included 350 individuals. After completing the descriptive information form and disease information form, the Multiple Sclerosis Self-Management Scale and Beck Depression Scale were administered to the individuals. Data were evaluated using SPSS statistical package programs.

Results: A total of 350 participants took part in the study. 105 (30%) were male and 245 (70%) were female. There were significant negative differences between self-management and depression scale ($p < 0.001$). The effect of multiple sclerosis self-management scale on Beck depression scale was evaluated by linear regression analysis. According to the evaluation, a one-unit increase in self-management score decreased the depression score by 0.081 points.

Conclusion: As a result of our study, a significant relationship was found between self-management competence and depression in individuals diagnosed with Multiple Sclerosis. It was found that self-management competence decreased in individuals with increasing depression level and self-management affected depression by 3.5%. Regarding the subject, it should be ensured that nursing interventions that will strengthen self-management and reduce depression in individuals diagnosed with Multiple Sclerosis

are planned and implemented, and the individual and his/her family should be actively involved in the nursing care plan.

Keywords: Multiple Sclerosis, self-management, depression, nursing



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecinde bana olan desteği ve ilgisiyle her zaman yanımda olan, deneyimleri ve bilgisiyle bana ışık tutan kıymetli tez danışman hocam Elçin BABAOĞLU' na,

Eğitim hayatım boyunca sonsuz sevgi, şefkat ve desteklerini esirgemeyen aileme,

Motivasyonumu sağlamamda bana sabırla yaklaşan, her zaman yanımda ve destekçi olan, bana enerji veren ve beni seven arkadaşlarıma,

Çalışmamda yer almayı kabul eden ve beni kırmayan tüm katılımcılara,

Bana nörolojiyi sevdiren ve Multiple Skleroz ile ilgili daha fazla çalışma yapma isteği uyandırarak ilham kaynağı olan kıymetli hocam Doç. Dr. Serkan DEMİR' e,

Her şeye rağmen yılmayıp yola devam edebilme cesareti gösterebildiğim için kendime,

Tüm bu süreç boyunca bana destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Damla ERGEN

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve şkdar niversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

11.10.2023

Damla ERGEN

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR	iv
BEYAN FORMU	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	x
1.GİRİŞ	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	4
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Multiple Skleroz Epidemiyolojisi.....	5
2.2. Multiple Skleroz Patofizyolojisi	5
2.3. Multiple Skleroz Etiyolojisi.....	6
2.4. Multiple Skleroz Belirti ve Bulguları	6
2.5.Multiple Sklerozun Sınıflandırılması.....	7
2.6.Multiple Skleroz Tanı ve Tedavi Yöntemleri	9
2.6.1. Multiple Skleroz Tanısında Kullanılan Testler.....	9
2.6.2.Multiple Skleroz’da Tedavi Yöntemleri	11
2.6.2.1.Atak Tedavisi	11
2.6.2.2. Koruyucu Tedaviler	11
2.6.2.3. Belirti Giderici Tedaviler	14
2.6.2.4. Nöropatik Yakınmalar İçin Kullanılan Tedaviler;.....	14
2.7. Multiple Skleroz ve Öz Yönetim İlişkisi	14
2.8.Multiple Skleroz ve Depresyon İlişkisi	16
2.9.Multiple Skleroz ve Hemşirelik Bakımı	17
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19

3.1. Araştırmanın Şekli	19
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	20
3.4.2. Multiple Skleroz Öz Yönetim Ölçeği	20
3.5.Araştırma Verilerinin Toplanması	21
3.6. Veri Analizi.....	21
3.7.Araştırmanın Etik Boyutu	22
4.BULGULAR	23
5.TARTIŞMA.....	39
5.1. Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Öz yönetim ve Depresyon Düzeylerinin Yapılan Çalışmalarla Karşılaştırılarak Tartışılması	39
5.2. Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Tanımlayıcı ve Hastalık Özelliklerinin Depresyon ile İlişkisinin Tartışılması	40
5.3. Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Tanımlayıcı ve Hastalık Özelliklerinin Öz yönetim ile İlişkisinin Tartışılması	42
5.4. Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Öz yönetim Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
KAYNAKLAR.....	51
EKLER	57
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği.....	57
Ek 2. Tanıtıcı Bilgiler Formu.....	59
Ek 3. Hastalık Bilgi Formu.....	61
Ek 4. Multiple Skleroz Öz Yönetim Ölçeği.....	63
Ek 5. Beck Depresyon Ölçeği.....	66
Ek 6. Kurum Ön İzin Yazısı.....	69

Ek 7. İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzin Yazısı.....	70
Ek 8. Ölçek Kullanım İzin Mailed.....	71
Ek 9. Etik Kurul Onay Yazısı.....	72
Ek 10. İntihal Raporu.....	73
Ek 11. Özgeçmiş.....	74



TABLÖLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	23
Tablo 2: Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Hastalık Özellikleri.....	24
Tablo 3: Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Öz yönetim Puan ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	27
Tablo 4: Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	28
Tablo 5: Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Öz yönetim Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	28
Tablo 6: Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Öz yönetim Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30
Tablo 7: Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	32
Tablo 8: Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
Tablo 9: Multiple Skleroz Tanılı Bireylerin Öz yönetim Yetkinliği ile Depresyon Düzeyi ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 10: Depresyon Ölçeği Üzerinde Multiple Skleroz Öz yönetim Skorunun Etkisi	37
Tablo 11: Depresyon Ölçeği Üzerinde Multiple Skleroz Öz Yönetim Alt Ölçek Skorlarının Etkisi.....	38

KISALTMALAR DİZİNİ

- MS:** Multiple Skleroz
- MSS:** Merkezi Sinir Sistemi
- KLP:** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
- PPMS :** Primer Progresif Multipl Skleroz
- RPMS :** Relapsing Progresif Multipl Skleroz
- RRMS :** Relapsing Remitting Multipl Skleroz
- SPMS :** Sekonder Progresif Multipl Skleroz
- OKB :** Oligoklonalband
- IgG :**İmmünglobulin G
- MHC:** Majör Histokompabilite Kompleksi
- HLA:** Human Lokosit Antijen
- RIS:** Radyolojik İzole Sendrom
- KİS:** Klinik İzole Sendrom
- BOS:** Beyin Omirlik Sıvısı
- MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme
- SEP:** Somatosensoriyel Uyandırılmış Potansiyel
- VEP:** Vizüel Uyandırılmış Potansiyel
- OKT:** Optik Koherens Tomografi
- DMF:** Dimetil Fumarat
- PML:** Progresif Multifokal Lökoensefalopati
- BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği

1.GİRİŞ

Multipl Skleroz (MS) merkezi sinir sistemindeki inflamasyon ve nöronların etrafını saran miyelin kılıfın kaybı, hatta zaman içinde miyelinin altındaki aksonun hasarı ile karakterize nöroimmun bir hastalıktır. Hastalık genellikle ilerleyicidir. Hastalığın ortaya çıkmasında genetik, çevresel ve otoimmün faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hastalığın seyri kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Maclurg ve ark. 2005).

Hastalığın klinik belirti ve bulgularında birincil, ikincil ve üçüncül semptomları bulunmaktadır. Semptomların sıklığı ve şiddeti zaman içerisinde değişim göstermektedir. Birincil semptomlar; kas güçsüzlüğü, uyuşma, denge ve görme bozuklukları, yorgunluk şeklinde ortaya çıkabilmektedir. İkincil semptomlar ise üriner enfeksiyonlar, mesane ve barsak işlev bozuklukları, kas zayıflığı, bası yarası gibi hareket kısıtlamalarına bağlı semptomlardır. Üçüncül semptomlar psikolojik boyutta etkilenen semptomlar olmakla birlikte bunlar duygudurum dalgalanmaları, anksiyete, sosyal izolasyon, bağımlılık riski ve depresyon olarak ortaya çıkmaktadır (Woodward ve Mestecy, 2013). Hastalığın başlangıcında atak sırasında gözlemlenen sorunlar hastalığın ilerlemesi ile kalıcı hale gelmekte ve bireylerin yaşamını güçleştirmektedir (Kidd ve ark. 2017).

Depresyon ve anksiyetenin MS' li bireylerde fazlasıyla gözlemlendiği yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Aşiret ve ark. 2014; Tel ve ark. 2014). Depresyon bireylerde umutsuzluk, bireysel baş etmede güçlü, yetersiz öz yönetim gibi riskleri ortaya çıkarmaktadır. Yaşam kalitesinde düşme, benlik saygısında bozulma ve sosyal izolasyon gibi bireyi negatif yönde etkileyen depresyon bireyin kendisini ve ailesini de etkilemektedir (Bilir, 2006; Aşiret ve ark. 2014). Öz'ün 2019'da 245 MS' li katılımcıyla yaptığı çalışmada MS' li bireylerin depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur (Öz ve Öz, 2019). Benzer şekilde Tanık' ın 2012' de yaptığı çalışmada da MS tanılı bireylerin depresyon düzeyleri MS olmayan bireylere göre daha yüksek çıkmıştır (Tanık ve ark. 2012). Depresyonla birlikte ortaya çıkan etkisiz baş etme bireylerde öz yönetim gücünde azalmaya ve tedaviye uyumda bozulmalara neden olmaktadır. Benzer şekilde farklı kronik hastalıklarla yapılan çalışmalar incelendiğinde Bahar ve arkadaşlarının 2006' da diyabet tanılı bireylerle yaptığı çalışmanın sonucuna göre diyabet tanılı bireylerde depresyon oranı yüksek çıkmıştır (Bahar ve ark. 2006). Yapılan bir meta analiz çalışmasında da diyabet tanılı bireylerin depresyon düzeyleri yüksek çıkmış, depresyonu olan bireylerin diyabet belirti ve bulgularında artmalar olduğu bildirilmiştir (Anderson ve ark.2001). Romatoid artritli

bireyler ile yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanmıştır olup depresyon puanları yüksek çıkmıştır (Altan ve ark. 2004; Uçar ve ark. 2014). Hipertansiyon ve kalp hastalıklarında da literatürde benzer sonuçlar yer almaktadır (Löve ve ark. 2004; Wang ve ark. 2006). Yapılan tüm çalışma sonuçları bize kronik hastalığın getirdiği fiziksel ve psikolojik zorlanmalarla bireyin etkisiz baş etme, hastalığı yönetememe ve psikososyal gereksinimlerde artma gibi ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Artan bu ihtiyaçlar bireyin öz yönetim gücünü düşürerek süreci birey için zor hale getirmekte ve hastalık yönetimini güçleştirmektedir.

Öz-yönetim; Bireylerin hastalığı yönetmesinde, sağlığını sürdürmesinde, özbakım faaliyetlerini yerine getirmesinde, karar mekanizması oluşturmada ve etili baş etmeyi sağlamasında önemli bir yere sahiptir. Kronik hastalıkların yaygınlaşması ile birlikte öz yönetim kavramı bireylerin psikososyal gereksinimlerini karşılamada ve iyi oluş halinin korunmasında önem kazanmaktadır (İncirkuş ve Nahcıvan 2015). MS'li bireylerle yapılan nitel ve deneysel çalışmalarda öz yönetim gücünü artırmaya yönelik faaliyetler ve sonuçları değerlendirilmiştir. 5830 bireyin ve 57 çalışmanın yer aldığı bir meta analiz çalışmasında MS'li bireylere uygulanan öz yönetimi artırıcı girişimler ve sonuçları değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde öz yönetimi güçlendirmeye yönelik psikoeğitimler aktivite, stresle baş etme, diyet, yaşam tarzı değişikliklerine uyum gibi çeşitli kategorilerde yer almaktaydı. Tüm çalışmalar dikkatle incelendiğinde öz yönetimi güçlendirilen bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma, yaşam kalitesinde artış, etkili bireysel baş etme ve kaygı düzeylerinde azalma olduğu bildirilmiştir (Wills ve Probst, 2022). Öz yönetim farklı kronik hastalıklarda da benzer şekilde sonuçlar vermektedir. Hipertansiyon tanılı bireylerle yapılan çalışmalarda yeterli öz yönetim desteği sağlanan bireylerin tedaviye uyumunun arttığı, kan basınçlarının normal düzeylerde seyrettiği, yaşam aktivitelerine katılımının etkin olduğu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı belirtilmektedir (Jones ve ark. 2017; Huang ve ark 2018).

Multiple Sklerozla ilişkili olarak başka kronik hastalıklarda öz yönetim düzeylerini araştıran çalışmalar da incelenmiştir. Kronik hastalıklarda öz yönetim faaliyetlerinin etkisini araştırmak için yapılan ve 53 çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında diyabet, osteoartrit ve hipertansiyon hastalıklarına sahip bireylere uygulanan öz yönetimi güçlendirici faaliyetler bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmada pozitif sonuçlar verdiği belirtilmiştir (Chodosh 2015). Farklı hastalıklarla yapılan başka bir çalışmada ise kronik akciğer hastalığı, diyabet ve kas-iskelet hastalığına sahip olan bireylerde öz yönetimi güçlendirici girişimlerin sonucunda hastalık algısı ve yaşam kalitesinde artma, depresyon ve anksiyetede azalma olduğu

bildirilmiştir (Turner ve ark. 2015). Tüm çalışmalar dikkatle incelendiğinde kronik hastalıklara sahip bireylerin öz yönetim yetkinliğinin depresyonla ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu, bireylerin psikososyal gereksinimlerini etkilediği söylenebilmektedir.

Hemşirelerin hastalık yönetimine ilişkin bireyleri hastalık kontrolünü sağlamaya teşvik etme, istek ve ihtiyaçlarını keşfederek açıkça belirtmelerini sağlama, duygularını dile getirmeye cesaretlendirme, danışmanlık yapma, rehberlik etme ve bireylerin ihtiyaçlarını bir bütün olarak kapsayan bakım planları geliştirme gibi önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşireler aynı zamanda bireyi topluma kazandıracak sosyal destek mekanizmalarını aktive ederek bireyin ailesini ve yakın çevresini güçlendirme, baş etme mekanizmalarını geliştirme, danışmanlık yapma, diğer sağlık profesyonelleri ile iletişime geçerek birey ve ailesinin gereksinimlerine yönelik eğitimler planlama gibi rolleri de bulunmaktadır (Daniali ve ark. 2016; Tülek,2007; Tel ve ark. 2014). Bireylerin öz yönetim gücü ile depresif belirtiler arasındaki ilişki incelenerek bireylerin öz yönetimini engelleyen depresif belirtilerine yönelik bütüncü bakım planlanabilecektir. Hemşireler tarafından planlanan öz yönetim yetkinliğini geliştirici faaliyetlerin uygulanması açısından bireylerdeki eksik alanların ve gereksinimlerin belirlenmesi gerekmektedir. Hemşireler belirlenen bu alanlara yönelik faaliyetlerin planlanması ve uygulanması aşamalarında da etkin rol oynamaktadır. Çalışmamız bireylerin öz yönetim ve depresyon düzeylerini belirleyerek ilerde yapılacak çalışmalara zemin oluşturması açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızda öz yönetim ve depresyonu etkileyen sosyodemografik ve hastalık özellikleri belirlenerek, risk grubunda yer alan bireyler belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarında risk gruplarında yer bireylerin ihtiyaçlarına uygun bakım planları oluşturularak hastalığı yönetme ve sağlığı sürdürmede öz yönetim gücünün artırılması, depresyon düzeylerinin azaltılması gibi bireylere özgü hemşirelik faaliyetleri planlanabilecektir.

Çalışma süresince yapılan literatür taramasında Multiple Skleroz öz yönetim ve depresyon ilişkisi ile ilgili direkt olarak yapılmış tanımlayıcı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Deneysel özellikte olan çalışmalar ise öz yönetimi güçlendirici girişimler ve sonuçları üzerine yapılmıştır. Bu bağlamda çalışmamız multiple skleroz tanılı bireylerde öz yönetim ve depresyon ile ilgili olarak tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma sonuçlarında yer alan değişkenleri etkileyen faktörleri de ortaya koyması teorik ve klinik uygulama alanlarına faydalı olacağı öngörülmektedir.

1.2.Araştırmanın amacı

Bu çalışmada MS tanılı bireylerin öz-yönetim düzeylerinin depresyon ile ilişkisini araştırmak amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı.

Araştırma soruları

1. MS hastalığına sahip bireylerin öz yönetim düzeyi nasıldır?
2. MS hastalığına sahip bireylerin depresyon düzeyi nasıldır?
3. MS hastalığına sahip bireylerin öz yönetim düzeyleri bireylerin sosyodemografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
4. MS hastalığına sahip bireylerin ile depresyon düzeyleri bireylerin sosyodemografik ve hastalığa ilişkin tanıtıcı özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
5. MS hastalığına sahip bireylerin öz yönetim düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 1-18 yaşından büyük olma
- 2-Multiple skleroz tanısı almış olma
- 3-Bilişsel yetilerinin yerinde olması ve dil engelinin bulunmaması

2.GENEL BİLGİLER

Multiple Skleroz özellikle genç yetişkinlerde ortaya çıkan ve sinir sistemini etkileyerek kalıcı hasarlara yol açan, otoimmün bir hastalıktır. Hastalık ilk olarak 1868 yılında Jean-Martin Charcot tarafından tanımlanmıştır. Kişiden kişiye farklı seyir ve klinik tablolar seyretmektedir. Hastalığa yol açan faktörler tam olarak bilinmemekle beraber ataklarla ortaya çıkmaktadır. Ataklar görmede bozulma, yürüme güçlüğü, mesane ve bağırsak problemleri, güç kaybı ve yorgunluk şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın tedavisi kişiye özgü seçilmektedir. Kronik ve ilerleyici özellikte olan MS, bireylerde psikiyatrik sorunların sıklıkla görüldüğü bir hastalıktır (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu, 2018).

2.1. Multiple skleroz epidemiyolojisi

MS hastalığı 15 yaş altı ve 55 yaş üstü bireylerde de görülebildiği gibi genellikle 20-40 yaş aralığında görülmektedir. 21 -25 yaş grubunda en üst düzeyde görülmekte olup kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Kadın- Erkek oranı 3.1/1.4'dir. Hastalığın birinci derecede akrabalarda görülme sıklığı toplumdaki genel popülasyondan on beş kat daha fazladır (Karadakovan ve Etiaslan, 2010). Ebeveynlerden birisi MS' li ise çocukta MS hastalığı görülme riski %3-5; her iki ebeveyninde MS' li olması durumunda risk %30'lara kadar çıkmaktadır. Toplumun tamamında görülme sıklığı ise %0,2' dir (Yavuz, 2017). Dünya üzerinde yaklaşık olarak 2,8 milyon MS' li birey olduğu bildirilmektedir. Hastalığın görülme sıklığı yaşanan bölgeye ve ırka göre değişim göstermektedir. Dünyada prevelans ile ilgili yapılan çalışmalarda beyaz tenli ve Avrupa kökenli bireylerde diğer bölgelere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Czerwińska ve ark. 2019). Ülkemizde ise MS hastalığının ortalama 2000-2500 kişide bir görüldüğü (Bulut ve Alp, 2013), prevelans ve insidans oranlarının Avrupa'dan düşük, Asya ve Orta Doğu ülkelerinden yüksek olduğu bildirilmektedir (Makhani ve ark. 2014; Heydarpour ve ark. 2015).

2.2. Multiple skleroz patofizyolojisi

Multiple Skleroz nedeni tam olarak bilinmeyen ve tedavisi kesin olmayan kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. Hastalık sürecinde optik sinir ve çevresi, perivenöz alanlar, beyin sapı, periventriküler beyaz cevher, korpus kallozum ve spinal kord gibi MSS'nin her bölgesinde tutulum göstererek plak oluşumu olabilir. Oluşan plaklar miyelin içeren bölümlerde gelişme göstererek skarlaşabilmektedir. Miyelin ve akson hasarına sebep olan bu oluşumun otoimmün

kaynaklı olduğu düşünölmekte fakat buna sebep olan otoimmün sürecin nedeni tam olarak bilinmemektedir (Öztürk ve ark. 2017). Yapılan çalışmalarda T hücrelerinin aktive olarak kan beyin bariyerini aştığı, burada inflamasyona neden olarak MS' ne inflamatuvar sitokinler salgılatarak antikor üretimini başlattığı bildirilmiştir. Sonuç olarak dokularda demiyelizasyon oluşmakta ardından remiyelizasyon evresi gelmektedir. Remiyelizasyon kişiden kişiye ve zaman içinde değışiklik göstermekte, etkilenen aksonların onarımı, semptomların ortadan kalması ve inflamasyonun azalması gibi pozitif bir süreç olarak görölmektedir. Fakat hastalık seyriyle zarar gören miyelin kılıfın onarılamaması skar dokularının artmasına ve geri dönüşümü olmayan fonksiyon kayıplarına da yol açabilmektedir (Tobore, 2020).

2.3. Multiple skleroz etiyolojisi

MS etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber otoimmün sistemin bozularak hastalığa sebep olduğu bilinmektedir. Otoimmün sistemi bozan faktörler genetik, çevresel, bakteriyel veya viral kaynaklı olabilmektedir.

Genetik faktörler

Yapılan çalışmalarda Majör Histokompabilite Kompleksini (MHC) içeren gen ve antijenlerin (Human Lokosit Antijen HLA) MS oluşumunda etkili olduğu bulunduğu bildirilmiştir (Kuş ve ark 2004). Genetik bir hastalık olmamasına rağmen hastalığın akrabalıkla birlikte artış gösterdiği bilinmektedir. İkizler ile yapılan bir çalışmada tek yumurta ikizlerinde %25, çift yumurta ikizlerinde %5, kardeşlerde %2 oranında MS göröldüğü bildirilmiştir (Weinshenker, 1996). Yine yapılan başka bir çalışmada ailede tekrar oranı %20 olarak bildirilmiştir (Marrie, 2004).

Çevresel faktörler

MS hastalığına sebep olduğu düşünölen bazı çevresel faktörler arasında güneş ışığına maruziyetin az olması, düşük D vitamini düzeyi, stres, beslenme alışkanlıkları, amalgam diş dolguları, sigara, toksinlere maruziyet ve enfeksiyonlar gösterilebilir (Olsson ve ark. 2017). Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı enfeksiyonlarının otoimmün sistemi bozduğu belirtilmiş ancak kesin olarak kanıtlanamamıştır. Özellikle Herpes, Epstein Barr, Clamidy Pneumonia gibi mikroorganizmaların hastalık oluşum sürecinde rol oynadığı belirtilmiştir (Ascherio ve Munger, 2007).

2.4. Multiple skleroz belirti ve bulguları

Multiple Skleroz hastalığında lezyonların oluşum bölgesi, sayısı ve büyüklüğü çeşitli belirti ve bulguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Hastalığın kliniğine bakıldığında birincil, ikincil ve üçüncül semptomları bulunmaktadır. Semptomların sıklığı ve şiddeti zaman içerisinde değişim göstermektedir. Birincil semptomlar; kas güçsüzlüğü, uyuşma, denge ve görme bozuklukları, yorgunluk şeklinde ortaya çıkabilmektedir. İkincil semptomlar ise üriner enfeksiyonlar, mesane ve barsak işlev bozuklukları, kas zayıflığı, bası yarası gibi hareket kısıtlamalarına bağlı semptomlardır. Üçüncül semptomlar psikolojik boyutta etkilenen semptomlar olmakla birlikte bunlar duygudurum dalgalanmaları, anksiyete, sosyal izolasyon, bağımlılık riski ve depresyon olarak ortaya çıkmaktadır (Woodward ve Mestecy, 2013).

Motor belirtiler

Multiple skleroz hastalığına sahip bireylerde belirtilerin en sık görüleni motor bozukluklardır. Sıklıkla alt ekstremitelerde tutulum mevcuttur. Derin tendon refleksinde artma, patolojik reflekslerin ortaya çıkması, spastisite, tremor, dizartri, paraparezi, koordinasyonda bozulma, kas zayıflığı, yürüme güçlüğü, disfaji ve çabuk yorulma gözlemlenebilen diğer motor belirtilerdir. Kas tonüsü artar bunun sonucunda ağrılı kramplar olmaktadır (Türk Nöroloji Derneği MS Çalışma Grubu, 2014).

Vizüel belirtiler

Diplopi, bulanık görme, ç-görme alanının daralması, ani görme kaybı, göz küresinde ağrı, nistagmus ve optik nörit multiple sklerozda gözlemlenen vizüel belirtilerdir. Işık refleksinde azalma pupillerin düzensizliği yine gözlemlenen belirtiler arasındadır (Türk Nöroloji Derneği MS Çalışma Grubu, 2014).

Duyusal belirtiler

Uyuşukluk, iğne batması hissi, sensoryal ataksiler, yürümede zorlanma, sıcağa duyarlılık, ciltte yanma hissi, ağrı, tat duyusunun bozulması ve Lhermitte belirtisi gibi belirtiler multiple sklerozun duyuşsal belirtileri arasında gösterilebilmektedir (Türk Nöroloji Derneği MS Çalışma Grubu, 2014).

Mesane ve cinsel fonksiyon bozuklukları

Miksiyon kontrol odaklarının bulunduğu bölgelerdeki lezyonların tutulumuna bağlı idrar kaçırma veya idrar yapamama problemleri, sık idrar yapma, idrar yapmada aciliyet, dizüri, kesik kesik idrar yapma ve idrar yolu enfeksiyonları gözlemlenmektedir (Dilek ve ark. 2019).

Genital sinirlerin hasara uğraması sonucu erkeklerde ereksiyon ve ejakülasyon problemleri, orgazm şiddetinde azalma, yorgunluk, inkontinans gözlemlenebilmektedir. Kadınlarda libido kaybı, vajinal lubrikasyonda azalma gözlemlenebilmektedir (Dilek ve ark.2019). Barsak problemleri ise konstipasyon ve gaita inkontinansı şeklinde gözlemlenebilir (Türk Nöroloji Derneği MS Çalışma Grubu,2014).

Kognitif ve psikiyatrik belirtiler

Hafıza kaybı, öfori, karar vermede güçlük, duygu durum dalgalanmaları, sosyal izolasyon, anksiyete multiple sklerozda en sık gözlemlenen belirtiler arasındadır (Kidd ve ark. 2017).

2.5.Multiple sklerozun sınıflandırılması

MS semptomları ve klinik seyri kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte beş tipe ayrılmaktadır. Bunlar iyi huylu (benign) MS, relapsing-remitting MS (RRMS), sekonder progresif MS (SPMS), progresif relapsing MS (RPMS), primer progresif MS (PPMS) şeklinde adlandırılmaktadır (Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2013).

- **Benign (iyi huylu) MS:** Hafif ataklarla ortaya çıkan, atak sonrasında tam veya tama yakın düzelme gösteren formdur. Ataklar arası hastalıkta ilerleme yoktur (Eraksoy ve ark. 2013; Tülek, 2007).
- **Sekonder progresif MS:** Başlangıçta ataklarla seyreden daha sonra progresif forma dönüşen formdur. Ataklar ve iyileşmeler ile ilerleyip daha sonra atakların minimal düzeyde fakat iyileşmenin az görülüşü tablodur. Bu formda özürlülük hastalık ilerledikçe artış göstermektedir (O'Connor, 2002).
- **Progresif- Relapsing MS:** Hastalık başlangıcından itibaren sürekli ilerleme gösteren relapsların olduğu formdur (Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2013).
- **Primer progresif MS:** Hastalığın başlangıcından itibaren ilerleme mevcuttur. Hızlı veya yavaş ilerleme olabilmektedir. Genellikle iyileşme gözlemlenmez. Belirgin atak yoktur. Bireylerin %10-15 oranındaki kısmında gözlemlenebilir (O'Connor, 2002; Noseworthy ve ark. 2000).
- **Relapsing-Remitting MS:** En sık görülen formudur. Bu formda bireyler önceden belirti vermeyen ataklar yaşayarak kötüleşip, ara dönemlerde ise düzelme seyri göstermektedir. Atak sonrası düzelmelerde birey tamamen eski haline dönebilir veya minimal sekelleri olabilir. Yaklaşık %70 oranında bireyler MS tanısını bu alt tipe almaktadır (Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2013).

- **Radyolojik izole sendrom (RIS):** Klinik belirtilerin bulunmayıp ancak MRG görüntülemesinde inflamatuvar demiyelizasyon alanlarının gözlemlenmesidir. MS tanısı için yeterli klinik tablo ve kriterler olmadığından MS alt tipi olarak adlandırılmamıştır. Belirti ve bulgu olmamasına rağmen demiyelizan alanların bulunması ilerleyen dönemde MS olabileceği riski taşımaktadır (Gilroy, 2002; Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2013).
- **Klinik izole sendrom (KİS):** MRG görüntülemesindeki lezyonlara uyumlu olarak klinik belirti ve bulguların da gözlemlenmesidir. MS' in ilk görünümü denilebilmektedir. Beyin sapı, omurilik tutulumu, optik nöropati ve hemisferik tutulumlar gözlemlenebilmektedir. MS, klinik izole sendromun ortaya çıkması ile başlar (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2018).

2.6. Multiple skleroz tanı ve tedavi yöntemleri

MS'te hastalığın seyrini belirlemekte tek bir yöntem ve belirti olamamakla beraber, tedavi yöntemini belirlemek için bireyin içinde bulunduğu klinik durum, radyolojik görüntüleme ve laboratuvar sonuçlarının hastalıkla uyumlu olması beklenmektedir. Tanının belirlenmesinde merkezi sinir sistemindeki lezyonların başka bir hastalığa bağlı olmadığına belirlenmesi gerekmektedir (Oh ve ark. 2018).

2.6.1 Multiple skleroz tanısında kullanılan testler

Temel Testler; Kan tetkikleri, MRG ve BOS analizleridir.

İkincil Testler; Uyandırılmış potansiyeller (VEP,SEP), Optik koherens tomografi ve Nörokognitif testleri içermektedir.

Diğer Testler; Ürodinami Biyopsi (Deri, Lenf nodülü) Anjiyografi (serebral) Elektrofizyoloji (EMG) Akciğer grafisi (adenopati) (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2018).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

MS tanısında klinik tablodan sonra tanıya karar vermede kullanılan en önemli parametre MR görüntülemesidir. Klinik tablo kesin olarak multiple sklerozla uyumlu olsa dahi MR görüntülemesi yapılmalıdır. Spinal MR gerekli olmamakla birlikte kontrastlı- kontrastsız beyin MR görüntülemesi hastalık seyrinin sağlıklı takibi açısından önem taşımaktadır.

Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) İncelemesi

BOS' ta oligoklonal band bulunması ve IgG indeks yüksekliği MS tanısı için önemlidir. Bu iki parametrenin varlığı intratekal IgG sentezini gösterir. MS için karakteristiktir fakat MS' e özgü bir bulgu sayılmamaktadır. Beyin ve meninkslerin inflamasyonlarında ve paraneoplastik hastalıklarda da gözlemlenebilmektedir (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2018).

MS hastalığına sahip bireylerde BOS görünümü berrak, basıncı normal, klor ve şeker düzeyi normal olmaktadır. Olguların 2/3'ünde protein düzeyi normaldir. 1/3 olguda ise hafif düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. BOS' ta hücre sayısı 0-20/mm³ 'dür ve genellikle lenfositlerdir (Gündüz ve ark. 2018).

Uyandırılmış Potansiyeller

Klinik bulgularda yer almayan bazı lezyonların bulunmasında tanı ve takip aşamasında önemlidir.

Görsel uyandırılmış potansiyeller (Vizüel Uyandırılmış Potansiyeller [VEP]), zaman ve mekânda yayılımı göstermektedir. Görsel uyandırılmış potansiyellerde birey bir ekranın karşısına oturtulup ekranda hareket halinde olan şekillerin ortasında yer alan sabit bir noktaya odaklanması istenir. Bu sırada elektrotlar yardımıyla beyin dalgaları kayıt altına alınır. Risksiz, ağrısız ve kısa süreli bir işlemdir (Bulut ve ark. 2015).

Ekstremiteler için ise medyan ve tibial somatosensoriyel uyandırılmış potansiyel (SEP) incelemeleri, yapılabilmektedir. SEP spinal yerleşimli lezyonların tanımlanmasında önemlidir. SEP işleminde bireye dokunsal, görsel ve işitsel uyaranlar verilmektedir (Sariteke ve ark. 2019).

Optik Koherens Tomografi

MS hastalığında en sık etkilenen bölge optik sinirdir. Optik nörit öyküsü olmamasına rağmen yapılan çalışmalarda optik sinirin hastalıktan etkilendiği gözlemlenmiştir. OKT retina katmanlarının farkı bölgelerinden yansıyan ışığın derinliğini hızını belirlenmesi olarak da tanımlanabilmektedir. Görme alanı, görme keskinliği ve OKT birlikte değerlendirilmelidir (Songur ve ark. 2020).

2.6.2. Multiple sklerozda tedavi yöntemleri

2.6.2.1. Atak tedavisi

MS atağı, en az 24 saat süren, yeni bulguların ortaya çıktığı, var olan semptomların artması ile karakterize MS' e bağlı demiyelizan ve enflamatuvar nedenlerinden kaynaklı dönemdir. Atak tedavisinde atak şiddetini azaltmak, iyileşmeyi hızlandırmak ve bu süreci kısaltmak temel amaçlardır. Her атаға müdahale edilmeyebilir ancak bireyin günlük yaşam fonksiyonlarını etkileyen ataklar mutlaka tedavi edilmelidir (Erbay ve Yeşilbalkan, 2017).

Atak Tedavisinde Steroid Kullanımı

Atak tedavisinde steroid kullanımı, antienflamuar etkilerinin atak belirtilerini ortadan kaldırma yararlılığı nedeniyle kullanılmaktadır. Atak tedavisinde steroid 1gr/gün, 3-10 gün olarak uygulanır. Spesifik durumlar dışında 1gr/gün' den yüksek dozlar önerilmemektedir. Kortizolün sabah saatlerinde tek doz ve 60-120 dakikada uygulanması en uygun yöntem olarak kabul edilmektedir. Tedavi boyunca bireye tuz ve karbonhidrattan fakir diyet önerilmeli, tedavi bittikten 1 hafta sonrasında kademeli olarak normale dönmesi sağlanmalıdır. Etki mekanizmaları tam olarak bilinmemekle birlikte steroidler, kan beyin bariyerinden geçerken bozulan bariyeri onardığı T hücreleri ve gamma interferonların 12 salınımını azalttığı, MSS' de IgG'yi ve miyelin bazlı protein ve oligoklonal bantlara karşı artan antikörleri da azaltarak, inflamasyon sürecini durdurduğu gözlemlenmiştir. Akut ataklar dışında uzun süreli kullanımı önerilmeyen steroid tedavilerini uzun süreli alan bireylerde ilerleyen dönemde steroidin faydasının olmadığı belirtilmiştir (Ömerhoca ve ark. 2019).

Kortizon tedavisine yanıt vermeyen bireylerde plazmaferez uygulanabilir. Plazmaferez; plazma değişimi ya da terapötik plazmaferez olarak da adlandırılabilir. Bireyin venöz kanının bir cihazdan geçirilerek kanı bileşenlerine ayıran daha sonra bireye taze plazma ile birlikte yeniden veren bir işlemdir. İmmün sistemin işlevini bozan komponentlerin uzaklaştırılması amaçlanmaktadır (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2018).

2.6.2.2. Koruyucu tedaviler

Atak tekrarını azaltarak yeni plak oluşumunu engellemek amacıyla kullanılan tedavilerdir. İlaçların koruyucu etkisi sayesinde birey uzun yıllar ataksız geçirebilmektedir. Koruyucu tedaviler birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedaviler olarak gruplara ayrılmaktadır:

Birinci basamak tedaviler

Atak sıklık ve şiddetini azaltan yan etkileri az ve güvenli ilaçların bulunduğu gruptur. Hastalığın erken döneminde kullanımı uygundur. Bunlar; *İnterferon β -1a (Avonex®)*, *İnterferon β -1a (Rebif®)*, *İnterferon β -1b (Betaferon®)*, *İnterferon β -1a (Plegridy®)* şeklinde bulunabilir. İnterferon Beta-1a rekombinant DNA teknolojisiyle üretilen yapısında insan interferonu beta hücreleri bulunan Çin hamster over hücreleri tarafından 166 aminoasit içeren bir glikoproteindir. İnterferon beta-1b rekombinant DNA teknolojisiyle üretilen yapısında interferon beta-ser 17 geni içeren Escherichia coli türlerinin bakteriyel fermentasyonuyla elde edilir (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2018). İmmunomodülatör, antiviral ve antiproliferatif etkilere sahiptir. Klinik düzeyde atak sıklık ve şiddetini, radyolojik etkide ise yeni lezyon gelişimini ve yükünü azaltan etkileri bulunmaktadır. Yıllık atak geçirme sıklığını üçte bir oranında düşürmekle birlikte lezyon oluşumu ve yükünü % 70-90 oranında azaltmaktadır (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2018).

Grip semptomları, lökopeni, karaciğer enzimlerinde artış, ağrı, halsizlik, baş ağrısı ve enjeksiyon bölgelerinde gelişen reaksiyonlar gibi yan etkileri vardır. Bu gruptaki ilaçların atak sayı ve şiddetini azaltıp, fiziksel yetmezliği yavaşlattıkları bilinmektedir (Akkuş ve Kapucu, 2006).

Glatiramer Asetat (Copaxone®); RRMS tedavisinde subkutan olarak uygulanan bir ilaçtır. L-alanin, L-glutamik asit, L-lizin ve L-tirozin amino asitlerinin polimerleşmesi ile üretilen sentetik bir peptittir. T hücrelerinin miyelin kılıfa saldırmasına engel olacak bir etki mekanizması vardır. Lezyonları ve atak sayısını azalttığı gözlemlenmiştir. Günlük olarak subkutan enjeksiyon formunda uygulanmaktadır. Göğüste ani sıkışma, baskı hissi, halsizlik ve duygudurum dalgalanmaları gibi yan etkileri olabilmektedir (Erbay ve Yeşilbalkan, 2017; Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2013).

Teriflunomid (Aubagio®); Teriflunomid multipl sklerozun nükseden formlarının tedavisinde kullanılan bir oral pirimidin sentez inhibitörüdür. 1985 yılında bağışıklık sistemini baskılayıcı etkileri keşfedilen leflunomid isimli ilaçtan üretilmiş, enflamasyon azaltıcı etkisi olan bir ilaçtır (Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2013).

Dimetil Fumarat (Tecfidera®); Dimetilt fumarat (DMF), RRMS türüne sahip bireylerin tedavisinde kullanılan oral bir ilaçtır. Enflamasyon azaltıcı etkisi vardır. Mide ve bağırsak yan etkileri yaygın görülmektedir. Doz artırımı yan etkilerin şiddetine göre belirlenir (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2018).

İkinci basamak tedaviler

İkinci basamak tedaviler, birinci basamak tedaviler uygulanmasına karşın hastalığı kontrol altına alınamayan, birinci basamak tedavilerin yan etkileri nedeniyle uygulanamayan bireylere verilmektedir (Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2013).

Fingolimod: Çin tıp sektöründe gençlik iksiri olarak geçen Isaria Sinclairii isimindeki mantardan elde edilen moleküllerden birinin yeniden sentezlenmesi ile elde edilmiştir. Günde tek doz aç veya tok alınır. Kapsül formdadır. Hasarlı hücreleri lenf düğümlerine hapseder ve dolaşıma çıkışını engeller. Kalp ritminde ve tansiyonda ciddi bozulmalara sebep olabilir. İlk doz uygulamalarından sonra ortalama 4-6 saat gözlem gerektirir (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2018).

Ocrelizumab (Ocrevus): B lenfositlerini yok eden anti-CD20 monoklonal antikordur. B lenfositlerin kandaki sayısının azalmasını sağlar böylece bağışıklık sistemi baskılanarak, merkezi sinir sisteminde hasara neden olan oluşumları kandan temizlemektedir. Hastalığa neden olacak hücreleri belirleyerek etkisiz hale getirilmesini sağlar. Premedikasyon uygulaması gerektirir. İlk doz 300 mg, 2.doza iki hafta sonra 300 mg sonraki dozlar ise 6 ayda bir 600mg şeklinde devam eder. Üst solunum yolu enfeksiyonu benzeri yan etkiler gözlemlenebilir. MS hastalığına sahip her birey için uygun bir tedavi değildir. Öncesinde sıkı tarama ve tetkik gerektirir (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2018).

Natalizumab (Tysabri): Bağışıklık sistemindeki hasarlı hücrelerin beyne ve omuriliğe geçişini engeller. Laboratuvar ortamında üretilmiş bir monoklonal antikordur. Ayda bir kez uygulanır. Yapılan çalışmalarda diğer tedavi yöntemlerine oranla daha etkili olduğu görülmüş ancak ciddi yan etkileri sebebiyle kullanımı sınırlandırılmıştır. Progresif multifokal lökoensefalopati (PML) ye sebep olması nedeniyle dikkatli kullanılması gerekmektedir (Aysun ve ark. 2018).

Cladribine (Mavenland): Tablet formda bir ilaçtır. Bağışıklık sistemindeki hasarlı hücrelerin sayılarını azaltarak etki gösterir. Saç dökülmesi, Herpes, döküntü benzeri yan etkileri vardır (Aysun ve ark. 2018).

Üçüncü basamak tedaviler

Alemtizumab (Lemtrada): Beyaz kan hücrelerinin sayısını azaltarak, yeniden gruplaşmasını sağlar. Kemik iliğinin yeniden yapılandırılmasına benzer bir etkisi vardır. Bu nedenle ilk uygulama sonrasında lenfosit düzeylerini düşürür. İlk kür 5 gün boyunca günde 12 mg/gün şeklindedir. Enfeksiyona yatkınlık yapabilmektedir.

2.6.2.3. Belirti giderici tedaviler

Bu gruptaki ilaçların hastalık seyri üzerinde etkisi bulunmamaktadır. Ancak yorgunluk, ağrı, depresyon, anksiyete gibi semptomlara yönelik kullanılabilirler.

Fampiridin-Dalfampiridin (Fampyra); İlaç hastalığın seyrine etki göstermemektedir. Beyindeki potasyum kanallarını bloke ederek yürüme ve hareket fonksiyonlarını artırmaktadır. Yürüme güçlüğü çeken bireylere uygulanabilmektedir. MS' in tüm tiplerinde kullanılabilir. Bulantı, yoğunluk, dengesizlik gibi yan etkileri mevcuttur (Aysun ve ark. 2018).

Kas Gevşetici Tedaviler; Spasite azaltıcı bu grupta en sık kullanılan ilaçlar; Baklofen (Lioresal®) ve tizanidindir (Sirdalud®) (Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. 2018).

2.6.2.4. Nöropatik yakınmalar için kullanılan tedaviler; Ağrı, uyuşukluk, karıncalanma gibi nöropatik ağrı ve yakınmaları azaltmak amacıyla kullanılan ilaç grubudur. En sık kullanılanlar gabapentin, karbamezapin ve pregabalindir (Bulut ve Alp, 2013).

2.7. Multiple skleroz ve öz yönetim ilişkisi

Öz yönetim; bireyin aile, toplum ve sağlık profesyonelleri ile birlikte hastalığa dair tedaviyi, bulguları, yaşam stilini ve koşullarını bütüncül biçimde yönetme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Başoğlu ve ark. 2020). Birey kendi gereksinimlerini göz önünde bulundurarak sağlığını sürmede aktif rol alarak yönetebilmesi sağlanmalıdır. Öz yönetimde bireyin kendi ihtiyaçlarının farkında olarak fiziksel ve ruhsal sağlığının güçlendirilmesi ve kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılaması amaçlanmaktadır (Brownson ve ark. 2007). Öz yönetim kavramı temelini 1998 yılında geliştirilen kronik bakım modelinden almıştır. Sağlık ekibi ve birey arasındaki etkileşimin artırıldığı model sayesinde bireyin bilgi, becerisi artırılıp güven duygusu ile kronik hastalığının yönetimini kendisinin yapabilmesi sağlanabilmektedir. Modelde bireyin sağlığının güçlendirilmesi ve öz yönetiminin desteklenmesi sağlanmaktadır. Böylece bireyin sağlığını sürdürme ve hastalıkla bireysel baş etmesinde aktif katılımı sağlanır (İncirkuş ve Nahcivan, 2015). MS' li bireylerde öz yönetim hastalığın seyri, semptom yönetimi ve öz bakım faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bishop ve arkadaşları tarafından 157 bireyin dahil edildiği çalışmada öz yönetim gücü yüksek bireylerin yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir (Bishop ve ark. 2008). Yapılan diğer çalışmalarda da öz yönetim gücü yüksek olan MS' li bireylerde hastalığa uyumda artış, iyileşme oranlarında artış, engellilik oranlarında azalma ve hastalığa bağlı komplikasyonlarda azalma gibi pozitif sonuçlar olduğu bildirilmiştir (Wilski ve ark 2016; Daniali ve ark. 2016; Dilek ve ark. 2019). 80 kişi ile

yapılan yarı deneysel bir çalışmada yaşam becerileri eğitimin öz yönetim üzerindeki etkisi araştırılmıştır. 4 oturumda farklı kategorilerde verilen eğitimler neticesinde eğitim verilen MS hastalığına sahip bireylerin öz yönetim yetkinliklerinde artış gözlemlenmiş ve baş etme mekanizmalarında gelişme olduğu bildirilmiştir. Aynı şekilde bireylerin tedaviyi ve hastalığı yönetme becerilerinde gelişme olduğu bildirilmiştir (Hemmatpoor, 2018). 2018’de 18 MS’ li birey ile yapılan bir çalışmada 6 alanda öz yönetim modeli geliştirerek bireylerin öz yönetim süreci araştırılmıştır. Bu alanlar bireyin kişisel baş etme ve yönetme becerilerini, sosyal desteğini bir bütün halinde ele alarak belirlenmiştir. Bireylerle yapılan görüşmeler ve çalışma neticesinde bireylerde öz yönetimde eksik alanlar ve güçlü alanlar belirtilmiştir. Gündelik hayatta kendini yönetebilen ve başa çıkma mekanizmalarını etkin kullanabilen bireylerin hastalık sürecini yönetmede sorun yaşamadıkları belirtilmiştir (Ghahari ve ark. 2019).

Öz yönetim, kronik hastalıklarda hastalığın getirdiği fiziksel, psikolojik sorunlarla baş etme, tedaviye uyum, belirti ve bulguların takibini yapma, kronik hastalığın sonuçlarının yaşam tarzı üzerindeki etkilerine uyum sağlama gibi bireyin hastalığı yönetme becerisi olarak da tanımlanabilmektedir. Bu nedenle MS dışındaki kronik hastalıklarda da büyük önem verilmektedir. Özellikle diyabette öz yönetim üzerine yapılan çalışmalarda öz yönetim gücü yüksek olan bireylerin hastalığı yönetmede daha başarılı olduğu belirtilmiştir (Aytemur ve ark. 2022; Güneysel ve ark.2023) Benzer şekilde epilepsi ve öz yönetim ilişkisinde de öz yönetim gücü yüksek bireylerde hastalık semptom yönetimi ve tedavi uyumu pozitif yönde olmaktadır (Adadioğlu ve Oğuz, 2016). Hipertansiyon ve böbrek hastalıklarıyla ilgili yapılan çalışmalarda da öz yönetimin hastalığın önemini anlama, tedaviye uyum ve motivasyon sağladığı belirtilmiştir (Huang ve ark. 2018).

Bireylerin öz yönetim becerilerini öğrenmeleri, geliştirebilmeleri ve günlük yaşamlarında kullanabilmeleri için hemşirelere önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin de MS’li bireylere günlük yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli öz yönetim desteğini sağlamak üzere etkili girişimsel stratejileri bilmeleri ve bu stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlamaları hastalığın yönetiminde olumlu sonuçların elde edilmesini kolaylaştıracaktır (Kayıhan ve ark. 2003). Sağlığın korunması, işlevselliğinin devamlılığının sağlanması, tedaviye uyumu ve sosyal ilişkilerinin korunması için öz yönetim becerilerinin geliştirilmesi ve yeterli sosyal desteğin sağlanması önem taşımaktadır. Bireylerin hastalık hakkında yanlış bilgiler edinmesi, ilaç uyumunun sağlanamaması ve kendini toplumdan dışlayarak sosyal izolasyona alması, hastalık seyrini olumsuz etkilemektedir (Akkuş ve ark. 2006).

2.8. Multiple skleroz ve depresyon ilişkisi

MS hastalığına sahip bireylerde ruhsal bozukluklar diğer kronik ve nörolojik hastalıklara sahip bireylere oranla daha fazla olarak belirtilmektedir. MS' li bireylerde depresyon oranı %50 oranında yaygınlık göstermektedir. Depresyon bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte, yorgunluk, yeti yitimi, öz yönetimde bozulma, tedavi ve hastalığa uyumsuzluk, sosyal izolasyon gibi sonuçlara sebep olmaktadır (Bilir, 2006). Tülek tarafından İstanbul'da 164 birey ile yapılan bir çalışmada; bireylerin ev içi ve sosyal rolleri sürdürmede zorlandıkları belirlenmiştir. Yapılan çalışma neticesinde MS' li bireylerin yaşam kalitesi, yeti yitimi, strese duyarlılık ve depresyondan etkilendiği belirtilmiştir (Tülek, 2006). Tanık'ın Van ilinde 52 MS' li birey ile yapılan bir çalışmada ise bireyin depresyonu değerlendirmiş ve MS' li bireylerin kontrol grubuna göre depresyona girme olasılığının 12 kat arttığını, özörlülük düzeyi arttıkça depresyon görülme riskinin de arttığını belirtmiştir. Hastalığın başından itibaren hastalığa uyum sağlayamayan ve hastalığı yönetmede zorluk yaşayan bireylerin öz yönetimlerinde düşük olması depresyona zemin hazırlamaktadır. Hastalığın atak sayısında artmaya ve kötü seyre neden olabilmektedir (Tanık, 2006). Konu ile ilgili olarak Mohr' un yaptığı çalışmada depresyon, etkisiz baş etme, olumsuz bakış açıcı ve düşük sosyal desteğe sahip bireylerin ataklarının tetiklendiği belirtilmiştir. Hastalığa uyum ve öz yönetim dolaylı olarak vurgulanmıştır (Mohr, 2008). Yine Lode ve arkadaşları tarafından yeni tanı almış 16 MS' li bireyin ile yapılan bir çalışmada baş etme biçimleri ve depresif semptomlar kontrol grubu ile karşılaştırarak değerlendirmiştir. MS' li bireylerin kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde problem odaklı ve duygusal odaklı baş ettiklerini ve 2 kat fazla düzeyde depresif belirtiler gösterdiklerini bulmuşlardır (Lode ve ark. 2009). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da MS ve depresyon ile ilgili olarak benzer sonuçlara rastlanmıştır. Depresyon varlığının bireylerde yaşam kalitesinde düşmelere sebep olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarında depresif bulguların MS' li bireylerin yaşam kalitesini fiziksel özörlülük kadar büyük oranda etkilemekte, atak sayılarında artma, hastalığın seyrinin kötüleşmesi ve fiziksel engelliliğe yatkınlığın artması gibi sonuçlar doğurmaktadır. Depresyon varlığı bireylerde öz yönetim ve öz bakım gücünü de büyük ölçüde etkilemektedir. Bu da bireylerde etkisiz baş etme ve komplikasyon riskini artırmaktadır (Güven ve ark.2016; Koçer ve ark. 2011; Şen ve ark.2015). Toy tarafından yapılan nitel bir araştırmada bireylerin %80 'nin hastalığı daha önce duymadığı, duyanların ise hastalıkla ilgili bilgisinin çok fazla olmadığı belirlenmiştir. Bu durum hastalıkla ilgili bilgisi sınırlı olan bireylerin tanı aldıktan sonra yaşadıkları psikolojik sorunlar, rol çatışması, psikososyal zorlanmaların yüksek düzeyde olduğunu açıkça göstermektedir (Toy, 2016). MS' le birlikte artan depresyon ve anksiyete düzeyleri, yetersiz öz yönetim ve öz bakım, etkisiz baş

etme bireylerde suicid riskini artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda MS' li bireylerde intihar girişimi normal popülasyona göre 7,5 kat fazla görülmektedir (Sadovnick, 1991). Lara ve arkadaşlarının 197 MS' li birey ile başlatıp bireyleri 2 yıl süreyle takip ederek yaptıkları bir çalışmada bireylerin yüksek oranda depresyon ve anksiyeteye sahip olduğu belirtilmiştir (Stepleman, 2009). Hyphantis ve arkadaşlarının 79 MS' li birey ile yaptıkları çalışmada ise MS'de ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin, kontrol grubuna göre 6,7 kat fazla olduğu belirlenmiştir (Hyphantis, 2008).

MS hastalığı süresince bireyler yalnızca fiziksel olarak etkilemekle kalmayıp aile yaşantısı, sosyal ilişkileri ve iş yaşamlarında da önemli sorunlar yaşamaktadırlar (Tülek, 2007; Tüzer, 2011). Danimarka'da 2538 MS'li bireyde yapılan kohort çalışmasında bireylerin hastalık başlangıcından sonraki ilk 5 yılda %30'unun erken emekli olmak zorunda kaldığı, 20.yılda ise %78'inin çalışma yaşamını bıraktığı saptanmıştır (Pfleger ve ark. 2010). Türkiye'de ise Özdemir ve Aşiret tarafından yapılan bir çalışmada MS hastalığına sahip bireylerin %47,5'inin işsiz olduğu, %12,9'unun hastalıktan dolayı işi bırakmak zorunda kaldığı ve hastalığa bağlı olarak bireylerin %71,3'ünün sosyal yaşamının kısıtlandığı tespit edilmiştir (Özdemir ve Aşiret, 2011). Yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin %27,7'sinin çok genç yaşta bu hastalığa yakalanmasından dolayı evlenemedikleri, %11,1'inin ise MS tanısı konulduktan sonra eşlerinden boşandıkları rapor edilmiştir (Kayıhan ve ark. 2003). Yetiştirimi riski bireylerde belirsizlik, gelecek kaygısı ve endişe yaratmaktadır. Yaşamın erken ve üretken döneminde gelecek kaygısı yaşamak bireylerde anksiyete ve stresi artırmaktadır (Tülek, 2007).

Multiple Skleroz, depresyon ve öz yönetim ile ilgili sınırlı çalışma olması nedeniyle öz yönetim ve depresyon ile ilgili olarak Aytap ve Özer' in 2021 yılında 418 birey ile yaptığı çalışmada farklı kronik hastalıklara sahip bireylerin öz yönetim ve depresyon gücü araştırılmıştır. Bu çalışmada kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, solunum sistemi hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve kronik böbrek yetmezliği gibi hastalıklara yer verilmiş olup bu hastalıklara sahip olan bireylerin depresyon ve öz yönetim gücüne bakılmıştır. Çalışma sonucunda öz yönetim gücü yüksek olan bireylerin depresyon düzeyleri düşük olarak bulunmuştur (Aytap ve Özer, 2021).

2.9.Multiple skleroz ve hemşirelik bakımı

Sağlık fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları içeren bütüncül bir olgudur. Hastalık ise biyolojik, fizyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel ve psikososyal yönleri barındıran çok yönlü bir olgudur. Günümüzde birçok hastalığın temelinde psikolojik etkilerin olduğu bilinmektedir. Sağlık ve

hastalık kavramı içerisinde yer alan problemlerin fizyolojik ve psikolojik olarak ayrılmaması ve bütüncül yaklaşım sergilenmesi konsültasyon liyezon psikiyatrisinin (KLP) temelini oluşturmaktadır (Kaçmaz, 2006).

KLP, fiziksel ve ruhsal sağlığın bir bütün olarak korunması ve sürdürülmesinde bakımların planlanmasını, uygulanmasını içermektedir. Bireylerde gözlemlenebilecek psikiyatrik problemleri tanımlamak, yaygınlığını önlemek, tedaviye katılım sağlamak ve psikososyal gereksinimlerini belirleyerek buna yönelik girişimlerde bulunmayı amaçlar (Kocaman, 2005).

KLP hemşiresi bireyin ve ailesinin fiziksel sağlık gereksinimleri ile psikososyal gereksinimlerini belirlemede birincil koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyonda etkin rol oynayarak hemşireliğin tüm rollerinden faydalanmaktadır. KLP hemşiresi psikiyatri alanında yaptığı çalışmalarda klinikteki ekip arkadaşlarıyla bilgi paylaşımı yapan, eğitimler ve araştırmalar yapan psikiyatri hemşiresidir (Kaçmaz, 2006; Kocaman, 2005).

MS tanılı bireylerin fiziksel sağlık problemlerinin yanı sıra psikososyal gereksinimlerinin tanımlanması ve bu gereksinimlere yönelik bakımların planlanması KLP hemşireliği açısından önemlidir. Uygun tanımlama bakım planlaması ve uygulama bireye öz yönetim gücü kazandırarak bireyin hastalıkla etkili baş etmesini destekleyecektir. MS' li bireylerin ve ailelerinin kendilerine özgü gereksinimlerinin belirlenmesi, sorunların erken tanınması, farkındalık geliştirilmesi soruna yönelik müdahalelerin yapılması uygulanan tedavi ile birlikte bireylerin güçlenmesini sağlayacaktır. Bu süreç bireylere stresle baş etme, hastalık sürecini yönetme, güçlendirme ve hastalığa uyumda pozitif ilerleme kaydedebilmesi açısından önem taşımaktadır (Kocaman, 2005).

MS hastalığına sahip bireylerin sağlığını korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde hemşireler etkin rol almaktadır. Hemşireler bu rolleri gerçekleştirirken bireyin kendi gücünü kullanmasını sağlamalı ve öz yönetim gücünü geliştirmesine destek olmalıdır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın şekli

Bu araştırma MS tanısı almış bireylerin öz yönetim düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı.

3.2.Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri

Araştırma 1 Şubat 2018 tarihinde hizmet vermeye başlamış olan İstanbul’da bir eğitim araştırma hastanesinde yapılmıştır. Bu hastanede, 53 bin m2 alan, 380 yatak kapasitesi olup ayaktan ve yatarak tedavi hizmeti verilmektedir. Hastanede MS takibi nöroloji poliklinik ve kliniği tarafından yapılmakta olup 2022 verilerine göre birimde kayıtlı birey sayısı 1200 dür. Bu bireyler hastanede gününbirlik ayaktan tedavi, poliklinik hizmeti, laboratuvar ve görüntüleme hizmeti, yatarak tanı ve tedavi hizmeti almaktadır.

Araştırma bu birime gelen MS tanılı bireylerle 12 Nisan 2023-7 Temmuz 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini, son bir yıl içerisinde ilgili hastanenin Multipl Skleroz Polikliniği’ne muayeneye gelen 1000 Multiple Skleroz hastalığına sahip birey oluşturmaktadır. Birimden takipli olan ancak hastaneye düzenli olarak gelmeyen 200 birey çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmanın örnekleme, evren belli olduğu durumda örneklem hesaplama formülüne göre toplam birey sayısı içerisinde %95 güven aralığında %5 hata payı ile en az 277 birey ile çalışmanın yapılmasının gerektiği hesaplanmıştır. Araştırmada 12 Nisan 2023-7 Temmuz 2023 tarihleri arasında toplam 350 bireye ulaşılmıştır.

Örneklem hesaplama formülü:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq} = \frac{1000 \times (1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50}{(0,05)^2 \times (1000-1) + (1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50} = 277,74 \dots$$

N= Evrendeki birey sayısı (1000)

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,50) (0,50)

t= Belirli serbestlik derecesi ve saptanan yanılma düzeyindeki teorik değer (1,96)

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir. (0,05)

3.4. Veri toplama araçları

Araştırmada iki form ve iki ölçek kullanılmıştır. Formlardan ilki araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulmuş olan tanıtıcı bilgi formu, yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bireylerin sosyodemografik özelliklerini içeren bilgilerin yer aldığı ve toplam 15 maddeden oluşan bir formdur (Güler ve ark, 2018; Tastan, 2019; Gedizlioğlu ve ark. 2015). Aynı formun devamında hastalık sürecine ilişkin tanımlayıcı bilgilerin yer aldığı hastalık bilgi formu da yer almakta olup bu formda tıbbi tanı tarihi, ilaç kullanımı ve hastalık sürecine ilişkin toplam 13 soru ve tıbbi veriler bulunmaktadır. Bu çalışmada kullanılması planlanan diğer formlar ise Beck Depresyon Ölçeği ve Multiple Skleroz Öz yönetim Ölçeğidir. Aşağıda bu formlara ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.4.1. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh tarafından depresyon düzeyini ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Türkiye'deki geçerlilik güvenirlik çalışması Hisli tarafından yapılan ölçek 21 maddeden oluşur. Ölçeğin her maddesi 4 seçenekten oluşmaktadır. Her maddeden alabileceğiniz toplam skor 0-3 arasındadır. Anketin iç 20 güvenirlik katsayısı $\alpha = .80$ olarak bulunmuştur. Bu araştırma için ölçeğin iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .91$ 'dir (Hisli, 1989). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon belirti düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçekten alınan 0-9 puan minimal düzeyde depresyon, 10- 16 puan hafif düzeyde depresyonu, 17-29 puan orta düzeyde depresyonu ve 30- 63 puan şiddetli düzeyde depresyonu göstermektedir. BDÖ'nün kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir (Hisli, 1989).

3.4.2. Multiple skleroz öz yönetim ölçeği

Multipl Skleroz Öz-Yönetim ölçeği (MSSM), MS'li bireyler arasında öz-yönetim davranışlarının kapsamlı olarak değerlendirmesini sağlamak amacıyla Malachy Bishop ve Michael Frain tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Orijinal çalışmada ölçek cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.85 olarak belirtilmiştir. Ölçekte yer alan likert tipi 24 maddeden oluşmaktadır.

Her bir madde;

‘Tamamiyle katılmıyorum-1 puan’;

‘Kısmen katılmıyorum-2 puan’;

‘Kararsızım-3 puan’;

‘Kısmen katılıyorum-4 puan’;

‘Tamamiyle katılıyorum-5 puan’ şeklinde yanıtlar verilerek değerlendirilmektedir.

Ölçek puanlaması 0-100 arasında değişmekte olup puan arttıkça öz-yönetim derecesinin arttığı belirtilmektedir. Ölçek;

“Sağlık ekibi ile ilişki- iletişim (6 madde; 9-12-14-16-18-20),”

“Tedaviye uyum-engeller (7 madde; 11-15-17-21-22-23-24)”

“Sosyal destek-aile desteği (3 madde; 6-10-13)”

“MS hakkında bilgi ve bilgilendirilme (4 madde; 1-2-3-4)”

“Sağlıklı Davranışlarını Sürdürme (4 madde; 5-7-8-19)” olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Erbay ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin tamamı için güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur. Tüm maddelerin analizinde ise en düşük 0.61 ile en yüksek 0.99 arasında güvenilirlik katsayısı değerleri bulunmuştur. (Erbay ve ark. 2020). Bizim çalışmamızda ise ölçeğin tamamı için güvenilirlik katsayısı 0,954, alt boyutlarda ise; sağlık ekibi ile ilişki-iletişim 0,959, MS hakkında bilgi ve bilgilendirilme 0,948, tedaviye uyum-engeller 0,671, sağlıklı davranışlarını sürdürme 0,826, sosyal destek-aile desteği 0,896 olarak bulundu.

3.5.Araştırma verilerinin toplanması

Araştırma araştırmacı tarafından gerekli izinler alınmasından sonra hastanenin nöroloji klinik, poliklinik ve gününbirlik kliniğinde yapılmaya başlanmıştır. Bireylerle yüz yüze görüşme sağlanarak araştırma hakkında bilgi verilmesi sağlanmış, araştırma kriterlerine uygun bireylerden gönüllü bilgilendirme rızaları alınmıştır. Self report özellikli ölçeklerin uygulanması için bireylerin dikkatlerinin dağılmadığı ve uyarının olmadığı kapalı bir görüşme odasında soruları cevaplandırmaları sağlanmıştır. Sorulara yanıt verilme esnasında araştırmacı birey ile kalmıştır. Olası soruları cevaplandırmıştır. Hastalık bilgi formunda yer alan bazı bilgilerin birey tarafından bilinmemesi nedeniyle bazı bireylerin izinleri alınarak hastalık süreci ile ilgili bilgilerine sistem üzerinden ulaşılmıştır.

3.6. Veri analizi

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programlarında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama -standart sapma ($Ort \pm SS$), medyan (M) ve minimum (min), maksimum

(*max*) değerleri olarak verildi. Ölçekler ve alt boyutları için güvenilirlik Cronbach's Alpha katsayısı ile incelendi. 0,60 üzerinde Cronbach's Alpha katsayısına sahip ölçekler güvenilir kabul edildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. İki grubun karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenler için Bağımsız örneklerde t Testi kullanılmıştır. İkidenden fazla kategorili değişkenler için karşılaştırmaları Varyans Analizi ile yapıldı. Varyans Analizi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile incelendi. Multiple skleroz öz yönetim leği ile Beck depresyon leği arasındaki ilişki doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. Artıklar (residuals) arasında otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson değeri ve artıkların normalliği Q-Q grafikleri ile kontrol edildi. $p < 0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7.Araştırmanın etik boyutu

Araştırma uygulanmadan önce çalışmanın yapılacağı hastanenin başhekimliği ile görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı başvuru yapılarak araştırma için yönetiminden n izin alınmıştır. Ardından şkdar niversitesi girişimsel olmayan bilimsel araştırmalar etik kurulundan araştırmanın uygulanabilmesi için etik kurul izni alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerden, katılımları için gönüllü olduklarına ilişkin sözlü ve yazılı onay alınmıştır. Araştırma sonrasında gerekirse bireylerin araştırmacıya ulaşabilmeleri için araştırmacının iş yeri ve cep telefon numaraları ve mail adresi bireylere verilmiştir.

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonunda elde edilen çeşitli bilgilere ilişkin bulgular ve değerlendirmeler yer almaktadır. MS tanılı bireylerin tanıtıcı bulguları, MS hastalığına ilişkin bulguları, öz yönetim yetkinliğine ilişkin bulgular ve depresyona ilişkin bulguları yer almaktadır.

Tablo 1: Multiple skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı özellikleri (N=350)

	İstatistikler
Yaş, n (%)	
18-30 yaş	82 (%23,4)
31-45 yaş	189 (%54)
45 yaş üzeri	79 (%22,6)
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	245 (%70)
Erkek	105 (%30)
Eğitim Durumu, n (%)	
Ortaokul	47 (%13,4)
Lise	99 (%28,3)
Üniversite	204 (%58,3)
Çalışma Durumu, n (%)	
Evet	183 (%52,3)
Hayır	119 (%34)
Emekli	48 (%13,7)
Meslek, n (%)	
Öğrenci	12 (%3,4)
Özel Sektör	262 (%74,9)
Kamu kurumu	76 (%21,7)
Algılanan Gelir Durumu, n (%)	
İyi	64 (%18,3)
Orta	259 (%74)
Kötü	27 (%7,7)

Tablo 1: Multiple skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı özellikleri (N=350) (devamı)**Sosyal Güvence Varlığı, n (%)**

Var	323 (%92,3)
Yok	27 (%7,7)

Medeni Durum, n (%)

Evli	239 (%68,3)
Bekâr	111 (%31,7)

Çocuk Sayısı, n (%)

Çocuk yok	129 (%36,9)
1-3 çocuk	207 (%59,1)
3 ve üzeri çocuk	14 (%4)

Yaşanılan Yer, n (%)

İstanbul	279 (%79,7)
İstanbul dışı	71 (%20,3)

Yaşanılan Bireyler , n (%)

Aile	307 (%87,7)
Arkadaş	9 (%2,6)
Yalnız	34 (%9,7)

Özet istatistikler *Sayı (Yüzdelik)* değer olarak verilmiştir.

Tablo 1'e göre çalışmada toplam 350 kişi yer almıştır. 105 (%30) kişi erkek 245 (%70) kişi kadın katılımcı yer almıştır. 189 (%54) kişi orta yaş grubunda yer almaktaydı. 204 (%58,3) kişinin eğitim düzeyi üniversite düzeyindeydi. 64 (%18,3) kişinin aylık geliri iyi ve 111 (%31,7) kişi bekârdı. Katılımcılardan 262 (%74,9) kişi özel sektörde çalışmaktaydı. 279 (%79,7) kişi İstanbul'da yaşamaktaydı. Bireylerin büyük çoğunluğu 307'si (%87,7) ailesiyle yaşamaktaydı.

Tablo 2: Multiple skleroz tanılı bireylerin hastalık özellikleri (N=350)

	İstatistikler
Tanı süresi, (yıl)	
<i>Ort±SS</i>	7,65±6,89
<i>M (min-max)</i>	5 (0-37)

Tablo 2: Multiple skleroz tanılı bireylerin hastalık özellikleri (N=350)(devamı)

Tanı Tarihi, <i>n</i> (%)	
0-5 yıl	186 (%53,1)
6-10 yıl	75 (%21,4)
10 yıl üzeri	89 (%25,4)
Sahip Olunan MS Türü, <i>n</i> (%)	
Sekonder Progresif MS	75 (%21,4)
Primer Progresif MS	72 (%20,6)
Progresif Relapsing MS	30 (%8,6)
Relapsing Remitting MS	163 (%46,6)
Bening MS	10 (%2,9)
Farklı Kronik Hastalık Varlığı, <i>n</i> (%)	
Var	104 (%29,7)
Yok	246 (%70,3)
Kullanılan Tedaviler, <i>n</i> (%)	
Steroid	17 (%4,9)
İnterferonlar	125 (%35,7)
Tablet Tedavi (Fingolimod)	108 (%30,9)
Aylık IV İnfüzyonlar	100 (%28,6)
Atak Sıklığı, <i>n</i> (%)	
Yılda bir kez	66 (%18,9)
Yılda birkaç kez	69 (%19,7)
3 yıldan uzun süredir sadece bir kez atak	215 (%61,4)
Fiziksel Sorun Varlığı, <i>n</i> (%)	
Var	293 (%83,7)
Yok	57 (%16,3)
Psikolojik Sorun Varlığı, <i>n</i> (%)	
Var	244 (%69,7)
Yok	106 (%30,3)

Tablo 2: Multiple skleroz tanılı bireylerin hastalık özellikleri (N=350)(devamı)

Psikolojik Destek Varlığı, n (%)	
Var	110 (%31,4)
Yok	240 (%68,6)
Aile Desteği Varlığı, n (%)	
Var	281 (%80,3)
Yok	69 (%19,7)
Yardımcı Alet Kullanımı, n (%)	
Var	37 (%10,6)
Yok	313 (%89,4)
Düzenli Takip Durumu, n (%)	
Evet	332 (%94,9)
Hayır	18 (%5,1)
Ailede MS Hastalığı varlığı, n (%)	
Var	56 (%16)
Yok	294 (%84)
MS Hastalığına İlişkin Bilgi Durumu, n (%)	
Var	74 (%21,1)
Yok	276 (%78,9)

Özet istatistikler sayısal veriler için *ortalama ± standart sapma* ve *Medyan (minimum, maksimum)*, kategorik veriler için *Sayı (Yüzdelik)* değer olarak verilmiştir.

Tablo 2'ye göre katılımcıların ortalama tanı tarihi 5 yıl olarak bulundu. Katılımcıların 163'ü (%46,6) Relapsing Remitting MS tanısına sahipti. 246 (%70,3) kişinin MS dışında ek hastalığı bulunmamaktaydı. Kullanılan tedavi İnterferon olan 125 (%35,7) kişi, Tablet Tedavi (Fingolimod) olan 108 (%30,9) kişi ve Aylık IV İnfüzyonlar olan 100 (%28,6) kişi yer almaktaydı. 215 (%61,4) kişi 3 yıl ve uzun süredir sadece bir kez atak geçirdiğini belirtti. Katılımcıların 244' ü (%69,7) hastalıkla birlikte psikolojik sorunlar yaşadığını belirtti, buna karşın 240' ının (%68,6) psikolojik bir destek almadığı belirlendi. 332 (%94,9) kişi hastalığının düzenli takip edildiğini belirtti.

Tablo 3: Multiple skleroz tanılı bireylerin öz yönetim puan ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı (N=350)

	İstatistikler	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Sağlık ekibi ile ilişki- iletişim			
<i>Ort±SS</i>	24,93±7,41	6	0,959
<i>M (min-max)</i>	29 (6-30)		
MS hakkında bilgi ve bilgilendirilme			
<i>Ort±SS</i>	16,67±4,93	4	0,948
<i>M (min-max)</i>	19 (4-20)		
Tedaviye uyum-engeller			
<i>Ort±SS</i>	23,7±5,81	7	0,671
<i>M (min-max)</i>	24 (7-35)		
Sağlıklı Davranışlarını Sürdürme			
<i>Ort±SS</i>	14,35±4,53		
<i>M (min-max)</i>	16 (4-20)	4	0,826
Sosyal destek-aile desteği			
<i>Ort±SS</i>	10,91±4,04	3	0,896
<i>M (min-max)</i>	12 (3-15)		
Multiple Skleroz Öz Yönetim Ölçeği			
<i>Ort±SS</i>	90,56±23,33	24	0,954
<i>M (min-max)</i>	99 (24-120)		

Özet istatistikler *ortalama ± standart* ve *Medyan (minimum, maksimum)* değer olarak verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde öz yönetim ölçeği toplam skor ortalaması 90,56±23,33 puan olarak ölçüldü. Ölçekte 24 madde bulunmaktaydı. Sağlık ekibi ile ilişki- iletişim, MS hakkında bilgi ve bilgilendirilme, tedaviye uyum-engeller, sağlıklı davranışlarını sürdürme ve sosyal destek-aile desteği olmak üzere beş boyuttan oluşmaktaydı. Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,954 olarak bulundu. Alt boyutlar için Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayıları 0,671 ile 0,959 arasında değişmekte olduğu bulundu. Sağlık ekibi ile ilişki- iletişim boyut ortalaması

24,93±7,41 puan, MS hakkında bilgi ve bilgilendirilme boyut ortalaması 16,67±4,93 puan, tedaviye uyum-engeller boyut ortalaması 23,7±5,81 puan, sağlıklı davranışlarını sürdürme boyut ortalaması 14,35±4,53 puan ve sosyal destek-aile desteği boyut ortalaması 10,91±4,04 puan olarak bulundu.

Tablo 4: Multiple skleroz tanılı bireylerin depresyon puan ortalamalarının dağılımı (N=350)

	İstatistikler	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Beck Depresyon Ölçeği			
<i>Ort±SS</i>	14,16±13,00	21	0,912
<i>M (min-max)</i>	13 (0-54)		
Depresyon Seviyesi			
Minimal depresyon	133 (%38,0)		
Hafif depresyon	92 (%26,3)	-	-
Orta depresyon	94 (%26,9)		
Şiddetli depresyon	31 (%8,9)		

Özet istatistikler *ortalama ± standart* ve *Medyan (minimum, maksimum)* değer olarak verilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde depresyon ölçeği skor ortalaması 14,16±13,00 puan olarak ölçüldü. Ölçek 21 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,912 olarak bulundu.

Tablo 5: Multiple skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre öz yönetim puan ortalamalarının dağılımları (N=350)

	Multiple Skleroz Öz Yönetim Ölçeği	Test (<i>p</i>)
Yaş		
18-30 yaş	92,43±20,08	<i>F</i> =0,472 <i>p</i> =0,624
31-45 yaş	90,46±23,12	
45 yaş üzeri	88,86±26,86	

Tablo 5: Multiple skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre öz yönetim puan ortalamalarının dağılımları (N=350)) (devamı)

Cinsiyet		
Kadın	90,90±23,71	$t=0,414$ $p=0,679$
Erkek	89,77±22,50	
Eğitim Durumu		
Ortaokul	85,79±29,92	$F=1,138$ $p=0,322$
Lise	91,39±22,84	
Üniversite	91,25±21,79	
Çalışma Durumu		
Evet	91,48±21,10	$F=0,328$ $p=0,721$
Hayır	89,83±24,42	
Emekli	88,85±28,49	
Meslek		
Öğrenci	89,25±21,68	$F=1,416$ $p=0,244$
Özel Sektör	89,47±23,91	
Kamu kurumu	94,54±21,29	
Algılanan Gelir Durunu		
İyi	95,47±22,24	$F=1,989$ $p=0,138$
Orta	89,77±23,37	
Kötü	86,48±24,55	
Sosyal Güvence Varlığı		
Var	90,79±23,75	$t=0,627$ $p=0,531$
Yok	87,85±17,65	
Medeni Durum		
Evli	90,71±23,97	$t=0,173$ $p=0,863$
Bekâr	90,24±21,98	

Tablo 5: Multiple skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre öz yönetim puan ortalamalarının dağılımları (N=350)) (devamı)

Çocuk Sayısı		
Çocuk yok	91,47±19,85	F=0,227 p=0,797
1-3 çocuk	89,87±25,49	
3 ve üzeri çocuk	92,36±20,36	
Yaşanılan Yer		
İstanbul	91,09±23,26	t=0,842 p=0,401
İstanbul dışı	88,48±23,64	
Yaşanılan Bireyler		
Aile	90,55±23,69	F=0,298 p=0,742
Arkadaş	96,00±9,55	
Yalnız	89,24±22,80	

Bağımsız Örneklem t Test (t); ANOVA (F); Özet istatistikler *ortalama ± standart* olarak verilmiştir.

Tablo 5 incelendiğinde öz yönetim ölçeği skor ortalaması kişisel özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0,05$).

Tablo 6: Multiple skleroz tanılı bireylerin hastalık özelliklerine göre öz yönetim puan ortalamalarının dağılımları (N=350)

Multiple Skleroz (MS) Test (p)		
Yönetim Ölçeği		
Tanı Tarihi		
0-5 yıl	91,67±23,46	F=1,140 p=0,321
6-10 yıl	91,64±19,83	
10 yıl üzeri	87,34±25,62	
Sahip Olunan MS Türü		
Sekonder Progresif MS	94,41±20,73	F=1,245 p=0,292
Primer Progresif MS	89,64±24,24	
Progresif Relapsing MS	95,43±16,93	

Tablo 6: Multiple skleroz tanılı bireylerin hastalık özelliklerine göre özyönetim puan ortalamalarının dağılımları(N=350)(devamı)

Relapsing Remitting MS	88,53±24,63	
Bening MS	86,80±28,18	
Farklı Kronik Hastalık Varlığı		
Var	90,15±24,49	t=-0,212 p=p=0,833
Yok	90,73±22,87	
Kullanılan Tedaviler		
Steroid	90,35±19,62	
İnterferon	90,62±22,95	F=0,347 p=0,791
Tablet Tedavi (Fingolimod)	92,13±21,50	
Aylık IV İnfüzyonlar	88,82±26,28	
Atak Sıklığı		
Yılda bir kez	85,36±25,00	F=2,051 p=0,130
Yılda birkaç kez	91,28±24,05	
3 yıldan uzun süredir sadece bir kez atak	91,93±22,44	
Fiziksel Sorun Varlığı		
Var	90,90±22,87	
Yok	88,81±25,69	t=0,620 p=0,536
Psikoloji Sorun Varlığı		
Var	89,03±23,03	t=-1,865 p=0,063
Yok	94,08±23,74	
Psikolojik Destek Varlığı		
Var	88,83±25,26	t=-0,941 p=0,348
Yok	91,35±22,39	
Aile Desteği Varlığı		
Var	92,49±23,73	t=3,172 p=0,002
Yok	82,68±19,91	

Tablo 6: Multiple skleroz tanılı bireylerin hastalık özelliklerine göre öz yönetim puan ortalamalarının dağılımları(N=350) (devamı)

Yardımcı Alet Kullanımı		
Var	93,62±23,33	
Yok	90,2±23,34	$t=0,844$ $p=0,399$
Düzenli Takip Durumu		
Evet	91,46±22,96	$t=3,142$ $p=0,002$
Hayır	73,94±24,50	
Ailede MS Hastalığı Varlığı		
Var	85,16±25,19	$t=-1,897$ $p=0,059$
Yok	91,59±22,86	
MS Hastalığına İlişkin Bilgi durumu		
Var	91,85±22,88	$t=0,536$ $p=0,592$
Yok	90,21±23,47	

Bağımsız Örneklem t Test (t); ANOVA (F); Özet istatistikler ortalama $\pm$ standart olarak verilmiştir.

Tablo 6 incelendiğinde aile desteği alanların öz yönetim ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak yüksek olarak bulundu($t=3,172$ $p=0,002$). Düzenli takip durumu olanların öz yönetim ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak yüksek olarak bulundu($t=3,142$ $p=0,002$).

Tablo 7: Multiple skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon puan ortalamalarının dağılımları(N=350)

	Beck Depresyon Ölçeği	Test (<i>p</i>)
Yaş		
18-30 yaş	13,85±9,95	<i>F</i> =0,128 <i>p</i> =0,880
31-45 yaş	14,1±10,24	
45 yaş üzeri	14,63±9,94	
Cinsiyet		
Kadın	14,51±9,84	<i>t</i> =1,004 <i>p</i> =0,316
Erkek	13,33±10,63	

Tablo 7: Multiple skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon puan ortalamalarının dağılımları(N=350)(devamı)

Eğitim Durumu		
Ortaokul	14,79±9,63	$F=1,044$ $p=0,353$
Lise	15,2±11,17	
Üniversite	13,51±9,61	
Çalışma Durumu		
Evet	12,50±9,18	$F=5,601$ $p=0,004$
Hayır	15,64±10,99	
Emekli	16,83±10,06	
Meslek		
Öğrenci	14,33±10,78	$F=1,121$ $p=0,327$
Özel Sektör	14,60±10,32	
Kamu kurumu	12,63±9,08	
Algılanan Gelir Durumu		
İyi	9,52±8,53	$F=12,891$ $p<0,001$
Orta	14,67±9,55	
Kötü	20,26±13,75	
Sosyal Güvence Varlığı		
Var	13,55±9,63	$t=-4,013$ $p<0,001$
Yok	21,48±12,50	
Medeni Durum		
Evli	13,80±9,97	$t=-0,971$ $p=0,332$
Bekâr	14,93±10,32	
Çocuk Sayısı		
Çocuk yok	13,95±9,95	$F=0,701$ $p=0,497$
1-3 çocuk	14,48±10,29	
3 ve üzeri çocuk	11,29±7,90	

Tablo 7: Multiple skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon puan ortalamalarının dağılımları(N=350)(devamı)

Yaşanılan Yer		
İstanbul	13,78±10,00	
İstanbul dışı	15,66±10,34	$t=-1,408$ $p=0,160$
Yaşanılan Bireyler		
Aile	14,25±10,17	
Arkadaş	12,22±8,15	$F=0,198$ $p=0,821$
Yalnız	13,82±9,91	

Bağımsız Örneklem t Test (t); ANOVA (F); Özet istatistikler *ortalama ± standart ve Medyan (minimum, maksimum)* değer olarak verilmiştir. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 7 incelendiğinde çalışanların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak daha düşük olarak bulundu ($F=5,601$ $p=0,004$). Algılanan gelir düzeyi arttıkça depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak düşmekte olduğu belirlendi ($F=12,891$ $p<0,001$). Sosyal güvencesi olanların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak düşük olarak bulundu ($t=-4,013$ $p<0,001$).

Tablo 8: Multiple skleroz tanılı bireylerin hastalık özelliklerine göre depresyon puan ortalamalarının dağılımları(N=350)

	Beck Depresyon Ölçeği	Test (p)
Tanı Tarihi		
0-5 yıl	12,47±9,10	
6-10 yıl	16,04±10,14	$F=5,709$ $p=0,004$
10 yıl üzeri	16,10±11,38	
Sahip Olunan MS Türü		
Sekonder Progresif MS	13,60±10,32	
Primer Progresif MS	13,33±10,62	
Progresif Relapsing MS	11,53±8,55	
Relapsing Remitting MS	15,08±9,83	
Bening MS	17,20±11,97	$F=1,258$ $p=0,286$

Tablo 8: Multiple skleroz tanılı bireylerin hastalık özelliklerine göre depresyon puan ortalamalarının dağılımları(N=350)(devamı)

Farklı Kronik Hastalık Varlığı		
Var	16,99±10,95	<i>t</i> =3,469 <i>p</i> =0,001
Yok	12,96±9,46	
Kullanılan Tedaviler		
Steroid	18,41±10,86	<i>F</i> =1,470 <i>p</i> =0,223
İnterferon	13,66±10,01	
Tablet Tedavi (Fingolimod)	13,43±9,81	
Aylık IV İnfüzyonlar	14,86±10,26	
Atak Sıklığı		
Yılda bir kez	14,56±10,33	<i>F</i> =5,702 <i>p</i> =0,004
Yılda birkaç kez	17,57±10,05	
3 yıldan uzun süredir sadece bir kez atak	12,94±9,79	
Fiziksel Sorun Varlığı		
Var	15,44±9,93	<i>t</i> =5,634 <i>p</i> <0,001
Yok	7,56±8,17	
Psikoloji Sorun Varlığı		
Var	17,33±9,71	<i>t</i> =10,154 <i>p</i> <0,001
Yok	6,86±6,50	
Psikolojik Destek Varlığı		
Var	16,51±9,90	<i>t</i> =2,985 <i>p</i> =0,003
Yok	13,08±10,00	
Aile Desteği Varlığı		
Var	13,15±9,44	<i>t</i> =-3,859 <i>p</i> <0,001
Yok	18,28±11,55	
Yardımcı Alet Kullanımı		
Var	17,22±9,40	<i>t</i> =1,958 <i>p</i> =0,049
Yok	13,80±10,11	

Tablo 8: Multiple skleroz tanılı bireylerin hastalık özelliklerine göre depresyon puan ortalamalarının dağılımları(N=350)(devamı)

Düzenli Takip Durumu		
Evet	13,84±9,77	<i>t</i> =-2,593 <i>p</i> =0,010
Hayır	20,11±13,78	
Ailede MS Hastalığı Varlığı		
Var	15,75±10,45	<i>t</i> =1,289 <i>p</i> =0,198
Yok	13,86±10,00	
MS Hastalığına İlişkin Bilgi Durumu		
Var	14,12±11,50	<i>t</i> =-0,037 <i>p</i> =0,971
Yok	14,17±9,69	

Bağımsız Örneklem t Test (t); ANOVA (F); Özet istatistikler *ortalama ± standart ve Medyan (minimum, maksimum)* değer olarak verilmiştir. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 8 incelendiğinde tanı süresi 5 yıldan düşük olanların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak düşük bulundu ($F=5,709$ $p=0,004$). Farklı kronik hastalığı olanların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulundu ($t=3,469$ $p=0,001$). Üç yıldan uzun süredir sadece bir atak yaşayanların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak düşük bulundu ($F=5,702$ $p=0,004$). Fiziksel sorun yaşayanların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulundu ($t=5,634$ $p<0,001$). Psikoloji sorun yaşayanların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulundu ($t=2,985$ $p=0,003$). Aile desteği alanların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak düşük bulundu ($t=-3,859$ $p<0,001$). Yardımcı alet kullananların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulundu ($t=1,958$ $p=0,049$). Düzenli takip durumu olanların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak düşük bulundu ($t=-2,593$ $p=0,010$).

Tablo 9: Multiple skleroz tanılı bireylerin öz yönetim yetkinliği ile depresyon düzeyi ve alt boyutları arasındaki ilişki (N=350)

	Beck Depresyon Ölçeği
Sağlık ekibi ile ilişki-iletişim	$r=-0,147$ $p=0,006$
MS hakkında bilgi ve bilgilendirilme	$r=-0,086$ $p=0,107$
Tedaviye uyum-engeller	$r=-0,114$ $p=0,033$
Sağlıklı Davranışlarını Sürdürme	$r=-0,221$ $p<0,001$
Sosyal destek-aile desteği	$r=-0,299$ $p<0,001$

Tablo 9: multiple skleroz tanılı bireylerin öz yönetim yetkinliği ile depresyon düzeyi ve alt boyutları arasındaki ilişki (n=350)(devamı)

Multiple Skleroz Öz Yönetim Ölçeği $r=-0,188$ $p<0,001$

r: Pearson korelasyon katsayısı, Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 9 incelendiğinde sağlık ekibi ile ilişki-iletişim ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki varlığı olduğu bulundu ($r=-0,147$ $p=0,006$). Tedaviye uyum-engeller ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki varlığı olduğu bulundu ($r=-0,114$ $p=0,033$). Sağlıklı Davranışlarını Sürdürme ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı olduğu bulundu ($r=-0,221$ $p<0,001$). Sosyal destek-aile desteği ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı olduğu bulundu ($r=-0,299$ $p<0,001$). Öz yönetim ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varlığı olduğu bulundu ($r=-0,188$ $p<0,001$). MS hakkında bilgi ve bilgilendirilme ile depresyon ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 10: Depresyon ölçeği üzerinde multiple skleroz öz yönetim skorunun etkisi (N=350)

	β	<i>se</i>	$z\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	β için %95 Güven Aralığı	
						<i>Alt</i>	<i>Üst</i>
Sabit	21,516	2,128		10,113	<0,001	17,332	25,700
Multiple Skleroz Öz Yönetim Ölçeği	-0,081	0,023	-0,188	-3,570	<0,001	-0,126	-0,036

Bağımlı değişken: Beck Depresyon Ölçeği

Model Anlamlılığı: $F=12,746$; $p<0,001$; $R^2=0,035$; Durbin-Watson İstatistiği=2,17

β : Regresyon katsayısı, *se*: Standart hata, $z\beta$: Standardize edilmiş regresyon katsayısı, R^2 : Belirleyicilik Katsayısı, Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 10'de öz yönetim puanı ve depresyon puanı arasındaki ilişki doğrusal regresyon analizi değerlendirildi. Kurulan model istatistiksel olarak önemlidir ($F=12,746$; $p<0,001$). Artıklar (residuals) arasında otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson değeri ile değerlendirildi. Durbin-Watson değeri 2,171 olarak bulundu. Artıkların normalliği Q-Q grafikleri ile değerlendirilmiş olup artıkların normal dağılım gösterdiği belirlendi.

Modele göre öz yönetim puanındaki bir birimlik artış depresyon puanını 0,081 puan azaltmakta olduğu bulundu. Kurulan modele göre öz yönetimin depresyon puanlarındaki

değişimi %3,5 düzeyinde açıkladığı bulundu. Yapılan analizde öz yönetim ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir fark olduğu bulundu.

Tablo 11: Depresyon ölçeği üzerinde multiple skleroz öz yönetim alt ölçek skorlarının etkisi (N=350)

	β	<i>se</i>	<i>z</i> β	<i>t</i>	<i>p</i>	β için %95 Güven Aralığı	
						<i>Alt</i>	<i>Üst</i>
Sabit	19,442	2,191		8,874	<0,001	15,133	23,751
Sağlık ekibi ile ilişki- iletişim	0,022	0,137	0,016	0,159	0,874	-0,247	0,291
MS hakkında bilgi ve bilgilendirilme	0,450	0,185	0,220	2,435	0,015	0,087	0,814
Tedaviye uyum- engeller	0,073	0,137	0,042	0,530	0,597	-0,197	0,342
Sağlıklı Davranışlarını Sürdürme	-0,348	0,180	0,157	1,932	0,044	-0,703	-0,006
Sosyal destek-aile desteği	-0,921	0,195	0,369	4,721	<0,001	-1,305	-0,538
Bağımlı değişken: Beck Depresyon Ölçeği							
Model Anlamlılığı: $F=9,259$; $p<0,001$; $R^2=0,119$; Durbin-Watson İstatistiği=2,195							

β : Regresyon katsayısı, *se*: Standart hata, *z* β : Standardize edilmiş regresyon katsayısı, R^2 : Belirleyicilik Katsayısı, Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 11’de öz yönetim alt ölçek puanları ve depresyon puanı arasındaki ilişki doğrusal regresyon analizi değerlendirildi. Kurulan modele göre ($F=9,259$; $p<0,001$). Artıklar (residuals) arasında otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson değeri ile değerlendirildi. Durbin-Watson değeri 2,195 olarak bulundu. Öz yönetim alt ölçek puanlarındaki değişim depresyon ölçeği üzerindeki değişimi %11,9 düzeyinde açıklamaktaydı.

Yapılan doğrusal regresyon analizi incelendiğinde öz yönetim alt ölçek sıralamasında sosyal destek-aile desteği ve sağlıklı davranışlarını sürdürme puanları arttıkça depresyon düzeyi azalmaktaydı. MS hakkında bilgi-bilgilendirme puanı arttıkça ise depresyon artmaktaydı.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmadan elde edilen veriler literatür bilgileri doğrultusunda aşağıdaki gibi alt başlıklar halinde tartışılmıştır;

- Multiple Skleroz tanılı bireylerin öz yönetim ve depresyon düzeylerinin yapılan çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılması
- Multiple Skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı ve hastalık özelliklerinin depresyon ile ilişkisinin tartışılması
- Multiple Skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı ve hastalık özelliklerinin öz yönetim ile ilişkisinin tartışılması
- Multiple Skleroz tanılı bireylerin öz yönetim düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1.Multiple skleroz tanılı bireylerin öz yönetim ve depresyon düzeylerinin yapılan çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılması

Çalışmamızın sonucunda depresyon ölçeği skor ortalaması $14,16 \pm 13,00$ puan olarak bulundu. Bu puan çalışmamıza katılan katılımcıların hafif düzey depresyona sahip olduğunu göstermekteydi. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Beck depresyon puanı 13.5 ± 9.8 olarak bulunmuş olup hafif düzey depresyona sahip bireyler yer almaktadır (Kaya ve ark. 2003). Yapılan başka bir çalışmada ise MS tanılı bireyin depresyon puan ortalaması $14,04 \pm 8,809$ (min;0-max;39) ve hafif düzey depresyon olarak bulunmuştur. (Aygünoğlu ve ark. 2015). 2020’de 100 hasta ile yapılan çalışmada ise BDÖ ortalaması $12,58 \pm 9,78$ (min-max:0-51) olarak bulunmuştur (Köseoğlu ve ark. 2020). Onat ve arkadaşlarının 2015 de MS’li birey ve kontrol grubuyla yaptığı bir çalışmada ise MS hastalarının depresyon skor ortalaması $23,69 \pm 11,84$ ve orta düzey depresyon olarak bulunmuş ancak kontrol grubunun ortalaması $7,00 \pm 5,00$ ve minimal düzey depresyon olarak belirtilmiştir (Onat ve ark. 2015). Çalışmamızda yer alan katılımcıların depresyon düzeyi yapılan çalışmaların birçoğuyla benzer sonuç vermiştir.

Çalışmamızın sonucunda öz yönetim ölçeği skor ortalaması $90,56 \pm 23,33$ puan ve öz yönetim gücü yüksek olarak bulundu (min; 24, max; 120). Multiple skleroz öz yönetim ölçeği alt boyut puan ortalamaları ise sağlık ekibi ile ilişki- iletişim $24,93 \pm 7,41$, MS hakkında bilgi ve bilgilendirilme $16,67 \pm 4,93$, tedaviye uyum-engeller $23,7 \pm 5,81$, sağlıklı davranışlarını sürdürme $14,35 \pm 4,53$ ve sosyal destek-aile desteği $10,91 \pm 4,04$ olarak bulundu. Bulunan alt boyut puan

ortalamaları değerlendirildiğinde çalışmamızdaki MS' li bireylerin öz yönetim düzeyleri iyi olarak söylenebilmektedir.

Aytaş ve Özer'in 2021'de yaptığı kronik hastalıklarda öz yönetim gücünün araştırıldığı bir çalışmada kalp hastalıklarında öz yönetim ortalama puanı $102,50 \pm 8,43$, hipertansiyonda $106,65 \pm 8,51$, diyabette $109,16 \pm 8,1$, solunum sistemi hastalıklarında $105,01 \pm 8,25$, kas ve iskelet sistemi hastalıklarında $107,90 \pm 8,26$, kronik böbrek yetmezliğinde ise $106,62 \pm 8,39$ şeklinde bulunmuştur. (Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği min:35 max:175 puan) (Aytaş ve Özer, 2021). Çalışmanın sonucuna göre kronik hastalık öz yönetimi iyi düzeydedir. Bizim çalışmamızla benzer sonuçlar vermiştir. Yine farklı bir kronik hastalık olarak epilepsi hastaları ile yapılan çalışmada, epilepsiye özgü öz yönetim ölçeği kullanılmış ve öz yönetim skoru $89,15 \pm 12,63$ ve iyi düzeyde bulunmuştur (Min: 58, max:115) (Özcan, 2021). Güneysel ve Zengin'in 200 diyabetli bireyle yaptığı bir çalışmada ise kronik hastalık öz yönetim ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamaları incelendiğinde kendini damgalama puan ortalaması 27.05 ± 14.22 , damgalanma ile baş etme 64.45 ± 14.22 , sağlık bakım etkinliği 68.84 ± 19.76 ve tedavi uyum $78.33 \pm 16,46$ puan olarak saptanmıştır. Bulunan puan ortalamaları kullanılan ölçeğe göre değerlendirildiğinde yapılan çalışmadaki diyabetli bireylerin öz yönetiminin iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (Güneysel ve ark. 2023). Bahsedilen çalışmaların ölçek puan ortalamaları bizim çalışmamızla benzer özellikler göstermektedir. Ancak araştırmalarda yer alan öz yönetimi etkileyen etmenler incelendiğinde hastalık özelliklerine göre farklılıklar görülmektedir.

Çalışmamızla ilişkili olarak yapılan nitel çalışmalarda da öz yönetim ile ilgili pozitif sonuçlar olduğu raporlanmıştır. Nitel çalışmaların birçoğu öz yönetim gücünü artırmaya yönelik girişimler ve bu girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi şeklinde yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda öz yönetim gücünü artırıcı faaliyetlerin uygulandığı grupların depresyon puan ortalamaların düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir (Kidd ve ark. 2017).

5.2. Multiple skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı ve hastalık özelliklerinin depresyon ile ilişkisinin tartışılması

MS tanılı bireylerin depresyon puan ortalamaları $14,16 \pm 13,00$ (en az: 0(sıfır) en çok: 54) olarak bulundu. MS tanılı bireylerin hastalık özelliklerine bakıldığında ise tanı süresi 6 yıl ve üzerinde olanların, farklı kronik hastalığı olanların, yılda birkaç kez atak geçirenlerin, fiziksel ve psikolojik sorunu olup aile desteği almayanların, yardımcı bir alet kullananların ve düzenli takip yapılmayanların depresyon puanlarının yüksek olduğu bulundu. Bu alanlarla ilgili

çalışmamızda anlamlı sonuçlar elde edildi. Hastalık özellikleriyle ilgili diğer kategorilerde depresyonla alakalı olarak anlamlı bir sonuç çıkmadı.

Depresyonu olan MS tanılı bireylerin sosyodemografik özellikler arasındaki farklılıklara bakıldığında depresyonun bir işte çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi ve sosyal güvence varlığı gibi özelliklerden en çok etkilendiği belirlendi. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek gibi diğer özelliklerin ise depresyona etkisi ile ilgili anlamlı bir sonuca varılmadı.

Araştırmamızda yer alan kişisel özellikler incelendiğinde Beck Depresyon ölçeği ortalamalarının anlamlı olarak değişkenlik gösterdiği alanlar bulunmaktaydı. Herhangi bir işte çalışanların, algılanan gelir düzeyi yüksek olanların ve sosyal güvencesi olan bireylerin depresyon ortalamaları düşük olarak bulundu. Beck depresyon ölçeğinde bahsi geçen kişisel özellikler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktaydı. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, meslek, yaşanılan yer ve yaşanılan kişiler gibi özellikler bireyleri depresyonla ilişki olarak benzer düzeylerde etkilediği belirlendi. Çalışmamızda bir işte çalışanların depresyon ölçeği skor ortalaması istatistiksel olarak daha düşük olarak bulundu. Algılanan gelir düzeyi arttıkça depresyon ölçeği puan ortalamasının düştüğü ve sosyal güvencesi olanların depresyon ölçeği puan ortalamasının da düşük olduğu belirlendi. Onat ve arkadaşlarının 2015’ de 54 MS’ li birey ve kontrol grubu ile yaptığı çalışmaya göre aktif olarak bir işte çalışmayan MS tanılı bireylerin %58,6’sında depresyon gözlemlenmiştir (Onat ve ark. 2015). 30 hasta ile yapılan bir nitel çalışmada katılımcıların 17’ si bir işte çalışmakta 13’ ü ise çalışmamaktadır. İş hayatıyla ilgili çeşitli zorlanmalar yaşadığını ifade eden katılımcıların, işe alınmama, başka bir işte çalıştırılma, işten çıkarılma gibi sebeplerle yaşadığı ekonomik kaygının depresyona sebep olacağı belirtilmektedir (Çakır, 2021).

Araştırmamızda yer alan hastalık özellikleri ise farklı kronik hastalık varlığı, fiziksel ve psikolojik sorun varlığı, tanı süresi, psikolojik ve aile desteğinin olmaması, yardımcı alet kullanımı ve düzenli takibinin yapılmaması depresyon üzerinde etkili olduğu ve anlamlı sonuçlar vermediği belirlendi. Şen ve arkadaşlarının 2015’ te 50 MS’ li birey ile yaptığı çalışmada atak sayısı arttıkça depresyon puan düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Şen ve ark. 2015). Yapılan bazı çalışmalarda ise atak sayısı ile depresyon arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (Tanık, 2012). Çalışmamıza katılan katılımcıların 244’ ü (%69,7) hastalıkla birlikte psikolojik sorunlar yaşadığını, buna karşın 240’ ının (%68,6) psikolojik bir destek almadığını belirtti. Psikolojik sorun yaşayan bireylerin depresyon ölçeği skor ortalamasında anlamlı

farklılıklar bulundu ($p<0,001$). Psikolojik destek almayan bireylerin de depresyon ölçeği skor ortalamasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ($p=003$). Yapılan çalışmalar incelendiğinde 2014 yılında 65 MS' li birey ile yapılan yaşam doyumu, umutsuzluk ve depresyon düzeylerini belirleyen bir çalışmada bireylerin %43 oranında ciddi depresif belirtiler gösterdiği ve buna bağlı olarak umutsuzluk ve yaşam doyumu düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir (Aşiret ve ark. 2014). 192 hasta ile yapılan bir çalışmada bireylerin %56'sında psikiyatrik sorun olduğu ve sorunlar içerisinde depresyonun ön planda olduğu bulunmuştur. Buna karşın çalışmada yer alan bireylerin %60'ı psikiyatrik destek aldığını ifade etmişlerdir (Topkaya ve ark.2002). Şahin tarafından 2020 yılında 9 araştırmanın taranması ile yapılan bir sistematik derlemede MS hastalığına sahip bireylerin psikiyatrik bozukluk insidansları yüksek olarak bulunmuş bu bozukluklar içinde en çok depresyon saptanırken, anksiyete, bipolar bozukluk, panik atak, suicid belirtileri gibi birçok sorun saptanmıştır. Bireyler ciddi oranda psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını fakat psikolojik destek alamadıklarını belirtmişlerdir (Şahin ve ark. 2020). Jones ve arkadaşlarının 2015' de 429 hastayla yaptığı çalışmada katılımcıların %52.92'sinde depresyon bulunurken %48'inin de psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu saptanmıştır(Jones ve ark. 2015). Araştırma bulgularımız yapılan çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda farklı kronik hastalığı olan bireylerin depresyon ölçeği puan ortalamaları yüksek olarak bulundu. Pattern ve arkadaşları 2003 yılında MS' li başka kronik hastalığı olmayan bireyler ve farklı kronik hastalığa sahip bireyleri karşılaştırmıştır. Araştırma sonucuna göre diğer kronik hastalığa sahip bireylere oranla MS' te depresyon oranı artış göstermektedir (Pattern ve ark. 2003).

Çalışmamızda yardımcı alet kullanan ve fiziksel sorun yaşayan MS tanılı bireylerin depresyon puan düzeyleri yüksek olarak bulundu. Yapılan çalışmalar incelendiğinde Güler'in çalışmasında %13.3 oranında, Alğantekin' in yaptığı çalışmada ise %16 oranında yardımcı alet kullanımı olduğu belirtilmiştir (Güler, 2016; Alğantekin, 2013). 2013' de 108 birey ile yapılan bir çalışmada bireylerin özürüllük ve yardımcı alet kullanım durumu arttıkça, depresyona düzeyinin de arttığı gözlenmiştir (Bilgi ve ark. 2013).

5.3.Multiple skleroz tanılı bireylerin tanımlayıcı ve hastalık özelliklerinin öz yönetim ile ilişkisinin tartışılması

MS tanılı bireylerin öz yönetimi ile sosyodemografik özellikler arasındaki farklılıklara bakıldığında ise çalışmada yer alan kişisel özelliklerin öz yönetim ile arasında anlamlı bir sonuç

bulunmadı. MS tanılı bireylerin öz yönetim puan ortalamaları $90,56 \pm 23,33$ (en az: 24 en çok:120) olarak bulundu. MS tanılı bireylerin hastalık özelliklerine bakıldığında, aile desteği alan ve düzenli takipleri yapılan bireylerin öz yönetim yetkinliği ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Hastalık özelliklerinin diğer alanlarında öz yönetimle ilişkili anlamlı bir sonuç bulunmadı. Öz yönetim ve depresyon puanları arasındaki ilişki incelendiğinde de güçlü yönde ilişki olduğu bulundu.

Araştırmamızda yer alan kişisel özellikler incelendiğinde multiple skleroz öz yönetim ölçeği ortalamalarının sosyodemografik özelliklerle ilişkisinde anlamlı bir sonuç bulunmadı. Ancak minimal düzeydeki farklılıklara baktığımızda 18-30 yaş aralığında, kadın bireylerde, eğitim durumu lise-üniversite olan bireylerde, bir işte çalışmakta olan bireylerde, kamu kurumunda çalışanlarda, gelir düzeyi iyi, sosyal güvencesi olan, İstanbul'da yaşayan ve arkadaşıyla yaşayan bireylerde öz yönetim puanlarının yüksek olduğu görüldü. Medeni durumun evli veya bekar olması öz yönetimi eşit düzeyde etkilediği belirlendi. Çocuğu olmayan bireyler veya 3 ve üzeri çocuğu olan bireylerde ise öz yönetim üzerinde benzer şekilde etkilendiği belirlendi. Bu bireylerin öz yönetim düzeyleri yüksek olarak bulundu. Fakat istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmedi ($p>0,05$).

Diyabetli bireyler ile yapılan bir çalışmaya baktığımızda sosyodemografik özellikler ile öz yönetim skorları arasında anlamlı farklar bulunduğu belirtilmiştir($p<0,05$). Aynı çalışmada yer alan bireylerde aile desteği alan, sosyal destek mekanizmaları iyi olan, yaşamının çoğunu şehirde sürdüren bireylerin öz yönetim gücü yüksek olarak bulunmuştur. Yaş, eğitim durumu, yaşanan yer diyabetli hastaların öz yönetim yetkinliğini etkileyen başlıca sosyodemografik özellikler olarak gösterilmektedir (Aytemur ve ark. 2022). Bir başka çalışmada ise diyabet öz yönetim alt boyut puanlarını etkileyen sosyodemografik özellikler içinden medeni durum ve gelir düzeyinin öz yönetimi etkilediği belirtilmiştir. Çalışmada evli bireylerin tedaviye uyumunun bekar bireylere oranla daha yüksek puan aldığı belirtilmiştir. Gelir düzeyi iyi olan bireylerin ise sağlık bakım etkinliği puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur (Güneysel ve ark. 2023). Fakat Karadut tarafından diyabet tanılı bireylerle yapılan başka bir çalışmada evli bireylerin öz bakım gücünün bekârlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Karadut ve ark. 2013).

Aytop ve Özer'in 2021 yılında çeşitli kronik hastalıklara sahip bireylerle yaptığı çalışmada ise kronik hastalığa sahip bireylerin öz bakım yönetimi alt boyut puanları değerlendirildiğinde; kadınların, bekâr olanların, gelir durumu çok iyi olanların öz bakım yönetimi daha yüksek

bulunmuştur (Aytap ve Özer, 2021). Yapılan başka bir çalışmada, kadın hastaların öz bakım yönetimi toplam puan ortalaması, erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Özdelikara, 2020). Literatürdeki çalışmalarla kendi çalışmamızı karşılaştırdığımızda ortaya çıkan bu farklılıklar araştırma örnekleminin sayısı ve niteliği, araştırmanın yapıldığı yer ve zaman gibi durumlara göre farklılıklar göstermektedir.

Araştırmamızda yer alan hastalık özellikleri incelendiğinde ise, tanı süresi 0-10 yıl aralığında olan, progresif relapsing MS türüne sahip olan, tablet tedavi alan, 3 yıl ve uzun süredir yalnızca bir kez atak geçirmiş olan, psikolojik sorunu olmayan, ailede MS hastalığına sahip birey olmayan ve hastalığa ilişkin bilgisi olan bireylerde öz yönetim puan ortalamaları diğer bireylere göre minimal düzeyde yüksek olarak bulundu. Yaptığımız çalışmada hastalık sürecinde aile desteği alan ve hastalık sürecinde sağlık ekibi tarafından düzenli takibi yapılan bireylerin öz yönetim puan ortalamaları yüksek olarak bulundu. Bahsedilen özellikler ve öz yönetim arasında güçlü bir ilişki olduğu bulundu ($p=0,002$).

2012’de 55 yaş üstü 18 MS’ li birey ile yapılan nitel bir çalışmada tanı süresinden itibaren devam eden hastalık süresinin yaşla da bağlantılı olarak öz yönetim gücü üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmada hastalığın ilk döneminden itibaren gerek duyulan sosyal destek ve psikiyatrik destek mekanizmalarına yer verilmiş, hastalık süresince öz yönetimi güçlendirici faaliyetlerin bireyler üzerindeki etkisi nitel olarak değerlendirilmiştir. Öz yönetim gücü yüksek olan bireyler hastalığın getirdiği zorlanmalardan etkilenmediğini ifade etmişlerdir. Bu bireyler uzun yıllar hastalıkla yaşamını devam ettiren ve orta yaşın üzerindeki bireylerdir (Ploughman ve ark. 2012). Bu çalışmanın sonucu, çalışmada yer alan 55 yaş üzeri bireylerin hastalık algısı, baş etme mekanizmalarının etkin kullanımı, sosyal çevrenin desteği ve kültürel yapının farklı olması gibi etmenlere bağlı olarak bizim çalışmamızın sonucuyla farklılık göstermiştir. Çalışmamızda yaşın artmasıyla öz yönetim düzeyi azalmaktaydı.

Sağlık ekibi tarafından düzenli takibi yapılan bireylerin öz yönetim ölçeği üzerinde anlamlı bir farklılığı olduğu bulundu. Bireylerin MS tanısı almasından, tedavi ve hastalık uyum süreci boyunca sağlık ekibi ile birlikte güvenli iletişimi sağlaması ve koruması gerekmektedir. Hastalığın tanısı, tedavisi, periyodik olarak izlem gerektirmesi, ilaçların düzenli kullanımı, psikososyal gereksinimlerin karşılanması gibi birçok alanda sağlık ekibinin düzenli takibi gerekmektedir. Düzenli takibi yapılan bireylerde ortaya çıkan güven duygusu bireylerde depresyonu azaltmakta ve öz yönetim yetkinliğini güçlendirmektedir. Çakır’ın 30 MS’ li birey ile yaptığı nitel bir çalışmada hastalığın bilinmeyen yönlerini hekim ve hemşirelerden

öğrendikleri, depresyona yatkınlık sürecinde psikolojik destek sağladıkları, tanı ve tedavi aşamalarının detaylandırılarak anlatımında hekim ve hemşirelerin öğretici olduğu kendi ifadeleri ile aktarılmaktadır. Böylelikle oluşan sağlık ekibi-MS' li birey etkileşimi güven çerçevesinde ele alınarak düzenli takip sağlandığında depresyon düzeyinde azalma, etkili baş etme, hastalığın yönetilmesi ve öz yönetim gücünün artırılması gibi pozitif sonuçları elde edilebilmektedir (Çakır ve ark. 2021).

Yapılan nitel bir çalışmada aile desteğinin hastalık sürecine olumlu etkileri olduğunu ifade eden katılımcıların yanı sıra aile içi çatışmaların sonucunda hastalığın ortaya çıktığını düşünen katılımcılar da bulunduğu belirlenmiştir. Aile desteği alan katılımcıların hastalığı yönetmede daha etkili olduğu belirtilmiştir (Çakır ve ark. 2021). Akrami'nin 216 MS' li birey ile yaptığı çalışmada katılımcıların %62'sinin eskiye oranla hastalık sonrasında ailesinden daha fazla ilgi gördüğü ve ailesi tarafından desteklendiği bulunmuştur (Akrami ve ark. 2020). 2019' da yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyi yüksek bulunmuştur. Çalışmadaki algılanan sosyal destek alt boyut ortalamalarına bakıldığında en yüksek puan ise aile üzerine olmuştur (Öztürk ve ark. 2019). Aile yaşamının her döneminde sosyal destek önemli olmakla birlikte stres durumları karşısında, ailede özellikle eşlerin birbirlerine karşı destekleyici davranışları, hastalığı yönetmede son derecede önemlidir. Sağlıklı bir aile yapısının oluşturulması ve sürdürülebilmesi ve destekleyici olması bireyin sosyal destek mekanizmalarını geliştirerek öz yönetim gücünü artırmaktadır.

5.4. Multiple skleroz tanımlı bireylerin öz yönetim düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin tartışılması

Multiple skleroz öz yönetim ölçeği alt boyutları ve Beck depresyon ölçeği arasındaki ilişkiye baktığımızda sağlık ekibi ile ilişki-iletişim ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı farklar vardı ($p=0,006$). Tedaviye uyum-engeller ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı farklar vardı ($p=0,033$). Sağlıklı Davranışlarını Sürdürme ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı farklar vardı ($p<0,001$). Sosyal destek-aile desteği ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı farklar vardı ($p<0,001$). Öz yönetim ile depresyon ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı farklar vardı ($p<0,001$). Yapılan çalışmanın korelasyon analizinde MS hakkında bilgi, bilgilendirme ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunmamaktaydı. Fakat yapılan doğrusal regresyon analizinde MS hakkında bilgi-bilgilendirme puanındaki artışın depresyon düzeylerinde artışa neden olduğu bulundu. Bu sonuç bize bireylere verilen bilgi ve bilgilendirmenin etkin olmadığını, verilen bilgilerin bireylerde ruhsal olarak etkilenmeyi artırdığını göstermektedir. Verilen bilgilerin kim

tarafından, nasıl ve hangi içerikleri içererek verildiğinin bilinmemesi etkili bilgilendirmeyi etkilemektedir. Bu nedenle bireylere verilen eğitimin hemşireler tarafından etkili ve etkin şekilde verilmesi gerekmektedir. 2006 yılında yapılan randomize kontrollü bir çalışmada MS' li bireylere 8 hafta süre ile verilen eğitim sonucunda çalışmayı takip eden süreçte bireylerin zihinsel ve genel sağlıklarını koruduğu, psikolojik olarak iyilik halini sürdürdüğü bildirilmiştir (Ennis ve ark. 2006).

Sonuçlar incelendiğinde MS tanılı bireylerde öz yönetim yetkinliğinin artması depresyonu azalttığı bulundu. Yapılan istatistikler sonucunda öz yönetimin depresyon üzerinde %3.5 oranında etkisi olduğu bulundu. Öz yönetim puanındaki bir birimlik artış depresyon puanını 0,081 puan azaltmaktaydı. Bu sonuç bize araştırmamızın amacıyla doğru orantılı olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermekteydi. Yapılan çalışmalar incelendiğinde 2021'de Aytap ve Özer'in kronik hastalığa sahip 418 birey ile yaptığı çalışmada depresyon ve öz yönetim arasında çalışmamıza benzer şekilde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir($p<0,05$) (Aytap ve Özer 2021). Dirik ve arkadaşlarının 2011 de fibromiyalji tanılı bireylerle yaptığı çalışmada öz yönetim ve depresyon arasında benzer bir ilişki olduğu belirtilmiştir($p<0,05$) (Dirik ve ark. 2011). Yapılan bazı deneysel çalışmalar öz yönetim ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu bağlamda literatürde MS' li bireylerin öz yönetim yetkinliğini artırmaya yönelik psikososyal müdahale çalışmaları mevcuttur. Bu çalışmaların depresyon üzerindeki etkisine baktığımızda, 41 müdahale grubu 41 kontrol grubu 82 hasta ile yapılan bir çalışmada öz yönetimi geliştirmeye yönelik müdahalelerde bulunan bireylerde depresyonun azaldığı hastaların yaşam kalitesini arttırdığını ve psikolojik refah ve öz yeterlilik üzerinde etkisi olduğunu gösterilmiştir (Graziano ve ark. 2015). 2012 de 18 MS' li birey ile yapılan nitel bir çalışmada ise bireylerin hastalığı yönetmeye dair öz yönetim gücünü yıllar içinde destek grupları, sosyal faaliyetler, hekim, hemşire ve sosyal destek kaynaklarını kullanarak sağladıkları belirtilmiştir. Hastalığın başında yoğun anksiyete ve depresyon hisseden bireylerin öz yönetim becerilerini geliştirmeye yönelik faaliyetlerin hastalığı yönetmede büyük ölçüde etkisi olduğu bildirilmiştir (Ploughman ve ark.2012). Kidd ve arkadaşlarının 10 araştırmayı dahil ederek yaptığı bir sistematik derleme çalışmasında MS' li bireylerin öz yönetim gücünü artırmaya yönelik faaliyetler ve bunların depresyon üzerindeki etkilerine bakılmıştır. Çeşitli psikoeğitimleri ve müdahaleleri içeren faaliyetlerin sonucunda depresyonla ilişkili olarak beş çalışmanın verileri değerlendirilmiştir. Çalışmaların sonuçları ele alındığında öz yönetim gücünün arttığı belirlenen MS' li bireylerin depresyon oranlarında azalma görüldüğü bildirilmiştir (Kidd ve ark. 2017).

Bu araştırma sonucuna göre Multiple Skleroz tanılı bireylerin öz yönetim yetkinliği ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Öz yönetim gücü düşük olan bireylerin gereksinimlerinin değerlendirilerek öz yönetim gücünü artırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve buna bağlı gelişen depresyonun düzeyine göre gereken önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Bu araştırma ile birlikte Multiple Skleroz tanılı bireylerin öz yönetim yetkinliği ve depresyon düzeylerinin incelenmesi, aralarındaki ilişkiyi ortaya koyması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Multiple Skleroz tanılı bireylerde öz yönetim yetkinliği ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışmanın sonuçlarına göre;

- 1- Çalışmaya 105 (%30) erkek, 245 (%70) kadın olmak üzere 350 katılımcı katılmıştır. Katılımcıların çoğunluğu (%54) 31-45 yaş aralığında yer almaktaydı.
- 2- Katılımcıların eğitim seviyesi çoğunlukla üniversite düzeyindeydi (%58,3). Katılımcıların %52,3 (183) ü bir işte çalışmaktaydı. Çalışan bireylerin mesleği %74,9 (262) oranında özel sektör olarak bulundu. %74 (259) 'ünün gelir düzeyi orta seviyedeydi ve büyük bir çoğunluğun sosyal güvencesi bulunmaktaydı (323 kişi, %92,3).
- 3- 111 (%31,7) kişi bekârdı. 207 (59,1) kişinin 1,2 veya 3 çocuğu bulunmaktaydı.
- 4- 279 (%79,7) kişi İstanbul'da yaşamaktaydı. Biriyle birlikte yaşayan bireylerin 307 (%87,7) si ailesiyle yaşamaktaydı.
- 5- Katılımcıların ortalama tanı süresi 5 yıldır.
- 6- Katılımcıların birçoğu 3-5 yılda bir atak geçirmektedir (215 birey; %61,4).
- 7- Hastalıkla birlikte yardımcı alet kullanan bireylerin sayısı 37 (%10,6) idi.
- 8- Çalışmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğu 163 (46,6) birey Relapsing Remitting türünde MS'e sahipti. Steroid tedavisi dışındaki tedavileri alan birey sayısı benzer oranlardaydı (interferon %35,7, tablet tedavi %30,9, aylık IV infüzyon %28,6).
- 9- Hastalıkla birlikte fiziksel ve psikolojik sorun yaşayan birey oranları yüksekti. Ancak psikolojik destek alan birey sayısı azdı (fiziksel sorun yaşayan sayısı; 293 (%83,7), psikolojik sorun yaşayan sayısı; 244 (%69,7), psikolojik destek alan sayısı 110 (%31,4) hastalık süresince ailesinden destek alan bireyler çoğunluklardı (281 birey; %80,3).
- 10- Ailesinde MS hastalığına sahip birey varlığı olan katılımcı sayısı az sayıdaydı (56 birey; %16). Buna paralel bir sonuç olarak hastalığa ilişkin bilgisi olmayan 276 (%78,9) birey bulunmaktaydı.

- 11- Hastalık süresince sağlık ekibi tarafından düzenli takibi yapılan 332(%94,9) birey bulunmaktaydı.
- 12- Multiple Skleroz Öz yönetim Ölçeği toplam skor ortalaması $90,56 \pm 23,33$ puandı. Ölçekte 24 madde bulunmaktaydı. Ölçek beş boyuttan oluşmaktaydı. Sağlık ekibi ile ilişki- iletişim boyut ortalaması $24,93 \pm 7,41$ puandı. MS hakkında bilgi ve bilgilendirilme boyut ortalaması $16,67 \pm 4,93$ puandı. Tedaviye uyum-engeller boyut ortalaması $23,7 \pm 5,81$ puandı. Sağlıklı Davranışlarını Sürdürme boyut ortalaması $14,35 \pm 4,53$ puandı. Sosyal destek-aile desteği boyut ortalaması $10,91 \pm 4,04$ puandı.
- 13- Beck Depresyon Ölçeği skor ortalaması $14,16 \pm 13,00$ puandı. Ölçekte 21 madde bulunmaktaydı. Ölçek tek boyuttan oluşmaktaydı.
- 14- Bireylerin 133 (%38,0)' ü minimal depresyon, 92 (%26,3)' si hafif depresyon, 94 (%26,9)' ü orta derecede depresyon ve 31 (%8,9)' i şiddetli derecede depresyona sahipti.
- 15- Bir işte çalışan bireylerin depresyon puan ortalaması daha düşüktü ($F=5,601$ $p=0,004$).
- 16- Algılanan gelir düzeyi arttıkça depresyon puan ortalamasında düşme olduğu bulundu ($F=12,891$ $p<0,001$).
- 17- Sosyal güvenceye sahip olanların depresyon puan ortalaması düşüktü ($t=-4,013$ $p<0,001$).
- 18- Çalışmamızda kişisel özellikler depresyonla ilişkilendirildiğinde birçok özellikle ilişkisi anlamlı bulunmadı (Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve bireyler).
- 19- Tanı süresi 5 yıldan düşük olanların depresyon puan ortalaması düşüktü.
- 20- Multiple skleroz öz yönetim ölçeği alt puanları ve depresyon puanları arasında negatif yönde bir ilişki vardı.
- 21- Multiple skleroz öz yönetim alt ölçek değerlendirilmesinde MS hakkında bilgi-bilgilendirme puanı ile depresyon arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı.
- 22- Öz yönetim puanları ve depresyon puanları arasında % 3,5 oranında bir ilişki vardı.

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda, Multiple Skleroz tanılı bireylerin öz yönetim yetkinliği ile depresyon arasında ilişkisi olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda;

- Depresyona sebep olan etmenlerin belirlenerek depresyonu azaltıcı bakım planlarının yapılması ve uygulanması,
- Yardımcı alet kullanan ve aile desteği olmayan bireylerin psikososyal gereksinimlerinin belirlenerek depresyonu azaltılan ve öz yönetim gücünü artıran faaliyetler içeren bakım planlarının oluşturulması,
- Belirlenen bakım planlarının bütüncül yaklaşımla uygulanmasında aile ve sosyal çevrenin etkin katılımının sağlanması,
- Hastalık süreci, tedaviler ve psikososyal alanlarla ilgili etkili bilgi ve bilgilendirilmenin yapılması,
- Yapılacak yeni çalışmalarda öz yönetim gücünü düşüren alanların belirlenmesi,
- MS'li bireylerde öz yönetimi artırıcı faaliyetlerin planlanarak uygulanması ve depresyon ile arasındaki ilişkinin incelenmesi,
- Depresyon risk faktörü olarak belirlenen ekonomik durumların yarattığı kaygı düzeyinin belirlenmesi,
- Sağlık ekibi tarafından düzenli takibi yapılan ve yapılmayan bireylerin hastalık, depresyon ve öz yönetim algılarının belirlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Adadoğlu Ö, Oğuz S (2016) Epilepsi ve Öz Yönetim. *Epilepsi*, 22(1), 1 - 4.
10.5505/Epilepsi.2015.76588
- Akkuş Y, Kapucu S (2006) Multipl Skleroz ve Hasta Eğitimi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.57-6.
- Akrami E, Alsancak F (2020) Multipl Skleroz Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Bir İnceleme. *Pearson Journal*, 5(9), 304–315.
- Alğanteğin H (2013) Multipl Sklerozlu Hastalarda Yorgunluğun Denge Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesisağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. (2004) Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Romatizma*. 19(1): 7-13.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. (2001) *Diabetes Care* 2001; 24:1069-1078.
- Ascherio A, Munger K.L (2007) Environmental Risk Factors For Multiple Sclerosis; Part I: The Role Of Infection. *Annals of Neurology*,61 (4): 288-299.
- Aşiret G, Özdemir L, Maraşlıoğlu N (2014) Hopelessness, Depression and Life Satisfaction Among Patients with Multiple Sclerosis. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2014; 20(1): 1-6.
- Aygünoğlu SK., Çelebi A., Vardar N, Gürsoy E (2015) Multipl skleroz hastalarında yorgunluğun depresyon, özürllük ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 247-51.
- Aysun Ünal D, Burcu A, Nilüfer Kale İ, Ufuk E (2018) Multipl Sklerozda Tanı ve Ayırıcı Tanı. *Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Klavuzu* 2018:11-28.
- Ayrap F, Özer Z (2021) Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *TJFMPC*, 2021;15(2): 212-222.
- Aytemur M, İnkaya B (2022) Diabetes Mellituslu Bireylerde Diyabet Komplikasyon Risk Algısının ve Diyabet Öz yönetim Becerilerinin İncelenmesi, *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi* , 6(2):121-130.
- Bahar, A., Sertbaş, G., & Sönmez, A. (2006). Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 18-26.
- Baçoğlu, S., Polat, Ü., Güngör, C. (2020). HIV/AIDS hastalarında öz yönetim ve uyum davranışları. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 2(3), 183-190. doi: 10.48071/sbuhemşirelik.696645
- Bilgi E, Özdemir HH, Bulut S (2013) Multipl Sklerozlu Hastalarda Depresyon ve Kognitif Fonksiyon Bozukluğu Sıklığının Belirlenmesi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 19(1), 11-14.
- Bilir N (2006) Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 25:1-6.
- Bishop M.L, Frain M.P, Tschopp M.K. (2008) Self-Management, Perceived Control, and Subjective Quality of Life in Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52, 45-56.
- Brownson CA, Miller D, Crespo R, Neuner S, Thompson J, Wall JC, Emont S, Fazzino P, Fisher EB, Glasgow RE. (2007) A Quality Improvement Tool to Assess Self-Management Support in Primary Care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*,33(7):408-16.
- Bulut S, Alp R. (2013) Multipl Skleroz: Nöroloji Temel Kitabı, Emre M (Ed), Birinci Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, s.1112-36.

- Bulut MN, Oral AY, Bulut K. (2015) Pattern VEP (Desen Görsel Uyarılmış Potansiyel) Normal Değerlerimiz. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 26,109-114.
- Chodosh J. Morton SC. Mojica W. Maglione M. Suttorb MJ. Hilton L. Et al. (2015) Meta-Analysis: Chronic Disease Self-Management Programs for Older Adults. *Annals of Internal Medicine*.2015;143(6):427-438.
- Czerwińska-Mazur K, Kulesa-Mrowiecka M, Kopański Z, Tabak J, Mazurek M.(2019) Multiple Sclerosis–Classification, Epidemiology And Etiology. *Journal Of Public Health, Nursing And Medical Rescue*, 292;08-11.
- Çakır M, Yurtsever E (2021) Multiple Skleroz Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Sosyal Hizmet Perspektifinden İncelenmesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 32 (4) , 1441-1466.
- Daniali SS, Shahnazi H, Kazemi S, Marzbani E (2016) Multipl Sklerozlu Hastalarda Ağrı Kontrolü İçin Eğitim Müdahalesinin Bilgi ve Kendi Yetkinlik Üzerine Etkisi. *Mater Sociomed Journal*, 24;28(4):283-287.
- Dilek F, Deniz E.B, Erol Ö, Ünsar S (2019) Multiple Skleroz’da Üç Semptom Ve Hemşirelik Yönetimi: Yorgunluk, Mesane Problemleri ve Cinsellik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22,297-302
- .Dirik G, Sertel P, Kartal M (2011) Fibromyalji Sendromlu Hastaların Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntılar ile Sosyal Destek, Öz Yeterlik ve Yeti Yitimi İlişkisi . *Duzce Medical Journal* , 13 (1) , 45-52
- Ennis M, Thain J, Boggild M, Baker GA, Young CA. (2006) A Randomized Controlled Trial of A Health Promotion Education Programme for People with Multiple Sclerosis. *Clinical Rehabilitation*. 20(9):783-792.
- Erbay Ö, Usta Yeşilbalkan Ö, Yüceyar N, Baklan M, Karadakovan A,Tekindal A. (2020) Validity and Reliability Study of The Turkish Version of Multiple Sclerosis Self-Management Scale. *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(3), 122–127.,
- Erbay Ö, Yeşilbalkan Ö (2017) Multipl Sklerozda İlaç Tedavisine Uyumu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri*, 9,171-176.
- Gedizlioğlu M, Yumurtaş S, Trakyalı AU, Yıldırım F, Ortan P, Köşkerelioğlu A. (2015) Multipl Sklerozda Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanımı: Kesitsel Bir Anket Çalışması. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation* , 21(1), 13-5.
- Ghahari S, Forwell Sj, Suto Mj, Morassaei S (2019) Multiple Sclerosis Self-Management Model: Personal and Contextual Requirements for Successful Self-Management. *Patient Education and Counseling*, 102(5):1013-1020.
- Gilroy J (2002) (Çev. Editörü: Karabudak R.), Temel Nöroloji, Günes Kitabevi, 3, Baskı, 199-224.
- Graziano F, Calandri E, Borghi M, Bonino S (2014) The Effects of A Group-Based Cognitive Behavioral Therapy on People with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Rehabilitation*. 28(3):264-274
- Güler S, Ersin F (2018) Multiple Skleroz Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Durumları, *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,21(1):42-50
- Güler BS (2016) Harran Üniversitesi’nde Tedavi Görmekte Olan Multiple Skleroz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Depresyon, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı, Şanlıurfa
- Gündüz T, Tanyel KT, Ulusoy C, Kürtüncü M, Türkoğlu R (2018) Cerebrospinal Fluid Analysis of Pericytic Mediators in Clinically Isolated Syndrome and Multiple Sclerosis: A Preliminary Study. *Deneyisel Tıp Araştırma Enstitüsü Dergisi*, 8,18-22.
- Güneysel BG, Zengin N (2023) Diyabetli bireylerde kronik hastalık öz yönetimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(1), 9-17.
- Güneş A, Erol Ö, Ünsar S. (2019) Multipl Skleroz ve Öz-Yönetim.

- Güven ŞŞ, Özcan DS, Aras M, Köseoğlu BF, Ak F (2016) Multipl Sklerozlu Hastalarda Ağrının Değerlendirilmesi ve Yaşam Kalitesi, Yorgunluk ve Depresyon ile İlişkisi. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 62(2): 123-31.
- Hemmatpoor B, Gholami A, Parnian S, Seyedoshohadaee M. (2018) The Effect of Life Skills Training on the Self-Management of Patients with Multiple Sclerosis, *Journal of Medicine and Life*, 11(4); 387–39.
- Heydarpour P, Khoshkish S, Abtahi S, Moradi-Lakeh M, Sahraian MA (2015) Multiple Sclerosis Epidemiology in Middle East and North Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology*. 16;44(4):232-2.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 7(28), 3-13
- Huang B, Li Z, Wang Y, Xia J, Shi T, Jiang J, Nolan MT, Li X, Nigwekar SU, Chen L. (2018) Effectiveness of self-management support in maintenance haemodialysis patients with hypertension: a pilot cluster randomized controlled trial. *Nephrology* 2018;23:755-63
- Hyphantis T, Christou K, Kontoudoki S, Mantas C, Papamichael G, Goulia P. (2008) Disability Status, Disease Parameters, Defense Styles and Ego Strength Associated With Psychiatric Complications Of Multiple Sclerosis. *Internal Journal Psychiatry in Medicine*, 38(3):307-327
- İncirkuş K, Nahcivan NÖ (2015) Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75.
- Jones LM, Rosenberg MS, Wright KD. (2017) Opportunities for the advanced practice nurse to enhance hypertension knowledge and self-management among african american women. *Clin Nurse Spec*. 2017;31(6):311-318.
- Jones SM, Amtmann D. (2015) The Relationship of Age, Function, and Psychological Distress in Multiple Sclerosis. *Psychol Health Med*. 2015;20(6):629-34.
- Kaçmaz N (2006) Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği; Tarihsel Bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*:9 (1); 75-85.
- Karadakovan A, Etiaslan F (2010) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana: Nobel Kitapevi, p.1203-1207. 3.Baskı.
- Karadut P, Aşlar R, Yıldırım A. (2013) Diyabetli hastaların Öz-bakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2013;14(1)
- Kaya N, Akpınar Z, Çilli AS (2003) Multipl sklerozda yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi/Relationship between depression and anxiety and quality of life in multiple sclerosis. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(4), 220.
- Kayıhan H, Soyuer F, Armutlu K, Uyanık M, Bumin G, Düger T. (2003) Multipl Sklerozlu Hastalarda Fonksiyonel Değerlendirme. *Erciyes Tıp Dergisi*;25 (1): 28-37
- Kidd T, Carey N, Mold F, Westwood S, Miklaucich M, Konstantara E, Steer A, Cooke D (2017) A Systematic Review of The Effectiveness of Self-Management Interventions in People with Multiple Sclerosis at Improving Depression, Anxiety and Quality of Life, *Plos One Journal*, 10(11).
- Kocaman N (2005) Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*: 9(1); 49-54.
- Kocaman N (2005) Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Ve Rolü Nedir?, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*:8 (3); 107-11.
- Koçer E, Koçer A, Yaman M (2011) Multipl Skleroz Olgularında Yaşam Kalitesi: Fiziksel Özürlülük ve Depresyonun Etkisi?. *Journal of Mood Disorders*;1: 63-7.

- Köseoglu M, Gözübatık Çelik RG, Tütüncü M, Erbaş B (2020) Multipl Skleroz'de Yaşam Kalitesi: Depresif Bulgular Fiziksel Özürlülük Kadar Etkili midir?. *Dicle Tıp Dergisi*, 47 (3);712-719 .
- Kuş N, Şener U, Zorlu Y, Çoker I, Altınel Ö. (2004) R-R Tip Multipl Skleroz Hastalarında HLA DQ Antijenlerinin Dağılımı. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 14,95-100.
- Lode K, Bru E, Klevan G, Myhr K.M. (2009) Depressive Symptoms and Coping in Newly Diagnosed Patients with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*;15: 638-643
- Löve B, Grafe K, Christiane U, Kroenke K, Grünig E, Herzog W et al. (2004) Anxiety and Depression in Patients with Pulmonary Hypertension. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66: 831-836.
- Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA, Cutter GR, Sørensen PS, Thompson AJ, (2014) Defining The Clinical Course Of Multiple Sclerosis: The 2013 Revisions. *Neurology Journal*, 83(3):278-86.
- Maclurg K, Hawkins S. (2005) A primary Case-Based Needs Assessment Of People With Multiple Sclerosis. *British Journal of General Practice*,55(514):378-383
- Makhani N, Morrow S. A, Fisk J, Evans C, Beland S. G, Kulaga S, Pringsheim T. (2014) MS Incidence and Prevalence in Africa, Asia, Australia and New Zealand: A Systematic Review. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 3(1), 48- 60.
- Marrie RA (2004) Environmental Risk Factors in Multiple Sclerosis Etiology. *The Lancet Neurology*, 3(12):709-718.
- Mohr DC (2008) Stress and Multiple Sclerosis. *Journal of Neurology*, 225(2):309-310.
- Multiple Skleroz Çalışma Grubu. Multiple Skleroz Tanı ve Tedavi Klavuzu. İstanbul: Galenos Yayınevi (İnternette) Kasım 2013. Erişim 12.05.2021, <https://www.noroloji.org.tr>
- Noseworthy JH, Lucchinetti C, Rodriguez M, (2000) Multiple Sclerosis, *Medical Progress*,28: 938- 952.
- O'Connor P. (2002) Key Issues In The Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis: An Overview, *Neurology Journal*, 59(3): 1-32.
- Olsson T, Barcellos LF, Alfredsson L (2017) Interactions Between Genetic, Lifestyle and Environmental Risk Factors For Multiple Sclerosis. *Nature Reviews Neurology*, 13(1):25.
- Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. (2015) Multipl Sklerozda Depresyon, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi İlişkisi: Bir Rehabilitasyon Merkezi Deneyimi. *FTR Bilim Dergisi*,18: 139-45
- Ömerhoca S, Akkaş SY, Haşımoğlu ZY, Erdoğan S, Kale N. (2019) Multipl Skleroz Hastalarının Atak Tedavisinde Yüksek Doz Kortikosteroid Kullanımının Erken ve Geç Dönem Ağır Morbiditeye Yol Açan Yan Etkileri: Uzun Dönem Gözlem Sonuçları. *Türkisch Journal of Neurology*, 25, 71-75.
- Öz H, Öz F. (2019) The coping methods for stress of multiple sclerosis patients and the related psychiatric symptoms. *J Psy Nurs*. 2019; 10(4): 251-261
- Özcan E. (2021) Kadın Epilepsi Hastalarında Öz Yönetim ve Cinsel Fonksiyonlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Tekirdağ.
- Özdelikara A, Taştan A, Atasayar BŞ (2020) Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Uyumun Değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;5(1):42-49.
- Özdemir L, Aşiret GD (2011) A Holistic At Patients With Multiple Sclerosis: Focusing on Social Life, Household and Employment Issues. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Journal*, 57:19-24.c
- Özer S (2019) Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

- Öztürk S, Sindel M, Aytaç G, Kızılay F (2017) Multipl Skleroz. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 3,137-147
- Öztürk M., Tek Ş (2019) Multipl Skleroz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Yordanmasında Sosyodemografik Değişkenlerin ve Algılanan Sosyal Desteğin Etkisi . *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*,(14);10-26.
- Patten SB, Beck CA, Williams JVA, Barbui C, Metz LM (2003) Major Depression in Multiple Sclerosis: A Population-Based Perspective. *Neurology*. 9;61(11):1524-7.
- Pfleger C, Flachs E, Koch Henriksen N. (2010) Social Consequences of Multiple Sclerosis: Early Pension and Temporary Unemployment a Historical Prospective Cohort Study. *Multiple Sclerosis Journal*;16(1):121-6
- Ploughman M, Austin Mw, Murdoch M, Kearney A, Godwin M, Stefanelli M. (2012) The Path to Self-Management: A Qualitative Study Involving Older People with Multiple Sclerosis. *Physiotherapy Canada Journal*, 64(1):6-17.
- Sadovnick D, Eisen K, Ebers GC, Paty DW (1991) Cause Of Death in Patients Attending Multiple Sclerosis Clinics. *Neurology*, 41, 1193-1196.
- Sarıteke A, Uludağ İF, Şener U (2019) Multipl Skleroz Hastalarında Duysal Uyarılmış Potansiyel Çalışmaları ile Klinik Vibrasyon Duyusu Bozukluğunun Karşılaştırılması. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 29(1), 91-94.
- Songur MS, Hamamcı M, Aslan Bayhan S, Bayhan HA, İnan L (2020) Multiple Sklerozda Optik Koherens Tomografi ile Retina Sinir Lifi Tabakasının Değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 10,55-59.
- Smith T (2015) An Update On Immunopathogenesis, Diagnosis, and Treatment Of Multiple Sclerosis. *Brain and Behavior*, 5,2-13.
- Stepleman LM, Jumb R, Shelton SF, Hughes MD (2009) Psychological Consultation services at a Multiple Sclerosis Clinic. *Internal Journal of MS Care*, 11:180-186
- Şahin AÖ, Özer D (2020) Multipl Skleroz Hastalarında Ruhsal Durumun Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rolü: Sistemik Derleme. *Archives Medical Review Journal*, 2020; 29(1): 89-95.
- Şen, N, Genç Ş, Aydın, NK, Kılınçel O, Altınışik İ, Kılınçel Ş, Köle İH, Eker SS (2015) Multiple Sklerozda Depresyon ve Anksiyete . Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi , 41 (2) , 73-77 .
- Tanık N (2006) Multiple Sklerozda Depresyon ve Hastalık Parametreleri ile İlişkisi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıpta uzmanlık tezi, Van
- Tanık N, Aydın A, Selvi Y, Güleç M, Anlar Ö, Tombul T. (2012) Multipl Skleroz'da Tedavi, Özürlülük ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Arch Neuropsychiatry* 2012;49:300–30.
- Tastan A (2019) Multiple Skleroz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Tel H, Tay BN, Canbay M (2014) Kronik Fiziksel Hastalıklı Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*;22:69-75.
- Tobore TO (2020) Towards A Comprehensive Etiopathogenetic and Pathophysiological Theory of Multiple Sclerosis. *International Journal of Neuroscience*, 130, 279-300.
- Topkaya ŞÖ, Oğuz M, Uzunyel F, Özakbaş S, Alptekin K, İdman E (2002) Multipl Skleroz Hastalarında Psikolojik Destek Gereksinimi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 2002;8(4):59-64
- Toy Z (2016) Multipl Sklerozun Psikososyal Etkilerinin Değerlendirilmesi, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Turner A. Anderson JK. Wallace LM. Bourne C. (2015) An Evaluation of A Self-Management Program For Patients with Long Term Conditions. *Patient Educ Couns.* 2015;98(1): 213–219.
- Tülek Z (2006) Düzenli Sağlık Kontrolüne Alınan MS Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, Doktora tezi, İstanbul.
- Tülek Z (2007) Multiple Sklerozlu Hastanın Hemşirelik Bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2):25-32.
- Türk Nöroloji Derneği MS Çalışma Grubu. Multiple skleroz. Ankara: TND Beyin Yılı Aktiviteleri (İnternette) 2014. Erişim 18.9.2021
- Türk Nöroloji Derneği Multiple Skleroz Çalışma Grubu. Multiple Skleroz Tanı ve Tedavi Klavuzu. İstanbul: Türk Nöroloji Derneği (İnternette) 2018 Erişim 15.03.2021, https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/MS_tan%C4%B1%20ve%20tedavi%202018.pdf
- Tüzer V (2011) Kronik Hastalıklar ve Yeti Yitiminde Sistemik Aile Yaklaşımları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4: 193-201.
- Uçar, M. , Sarp, Ü. & Gül, A. (2014). Romatoid artrit ve depresyon arasındaki ilişki . *Dicle Tıp Dergisi* , 41 (3) , 548-551 .
- Umphred DA (2001) Neurological Rehabilitation, Mosby Harcourt Sciences Company, U.S.A. 4. Baskı, 595- 615.
- Yavuz M (2017) Beynin Sırları ve Manyetik Şifreleri. 3.Baskı. IQ Kültür Sanat Yayıncılık, p:281-289.
- Wang W, Lopez V, Martin RC. Structural Ambiguity of the Chinese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients with Coronary Heart Disease. (2006) *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006; 4(6): 1-5.
- Weinshenker BG (1996) Epidemiology of Multiple Sclerosis. *Neurologic Clinics*. 14(2):291-308
- Wills OC, Probst YC. (2022) Understanding lifestyle self-management regimens that improve the life quality of people living with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2022 Nov 25;20(1):153
- Wilski M, Tasiemski T. (2016) Multipl Sklerozda Öz-Yönetimin Korelasyonları Olarak Hastalık Algısı, Tedavi İnançları, Benlik Saygısı ve Öz-Yeterlilik. *Acta Neurologica Scandinavica*, 133(5):338-45.
- Woodward S, Mestecy A, Topçuoğlu M, Durna Z, Karadakovan A (2013) Nörolojik Bilimler Hemşireliği Kanıta Dayalı Uygulamalar, 1.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 472-485.

EKLER

EK-I

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği (Bgof)

Çalışmanın Adı: Multiple Skleroz Tanılı Bireylerde Öz yönetim Yetkinliği ile Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

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 verirsiniz, 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 istenmeyecektir. Araştırmada süresinde yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

Çalışmanın Konusu ve Amacı: Çalışma Multiple Skleroz tanısı almış bireylerin öz yönetim yetkinlikleri ve depresif belirtileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Çalışma İşlemleri: Yapılacak çalışmada öncelikle bireylerin bilgilendirilmesi ve gönüllülük esasıyla çalışmanın başlayacağı bilgisi verilecektir. Çalışmaya başlarken kullanılacak olan tanıtıcı bilgi formu ve hastalık bilgi formuna bireylerin mahremiyeti ve gizliliği ön planda tutularak veriler alınacaktır. Verilerin alınması araştırmacı ve katılımcı ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak kapalı bir görüşme odasında uyarandan uzak şekilde sağlanacaktır. Kullanılacak ölçekler self report ölçekler olması sebebiyle katılımcı ölçekleri kendisi doldururken araştırmacı yanında bulunacak ve herhangi bir soru sorulması ihtimalinde soruları cevaplandıracaktır. Toplanan verilerin istatistik olarak değerlendirilecek ve benzer çalışmalarla karşılaştırılıp bulguları objektif olarak sunulacaktır.

Çalışmaya Katılmamanın Olası Yararları Nelerdir?

Bu çalışmaya katılım sağlayan bireyler çalışmanın amacına uygun olarak öz yönetim yetkinliği ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi incelenmesine yardımcı olacak, araştırma konusu ile ilgili problem alanların belirlenmesine ve yapılacak olan araştırmaların önünü açmış olacaklardır. Bireylere araştırma sonuçları ile ilgili bilgilerin verilebileceği, araştırma sonuçlarıyla kendileri hakkında düşünme imkânı sağlayacaktır.

Kişisel Bilgilerim Nasıl Kullanılacak?

Yapılacak olan çalışma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmada kişisel bilgileriniz korunarak herhangi başka kişi veya kurumlarla paylaşılmayacak ve araştırma sınırları içinde tutulacaktır. Dolduracağınız formlarda belirtilen sorular dışında isim, kimlik numarası gibi özel bilgiler vermenize gerek yoktur.

Soru ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:

Damla ERGEN

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.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

EK-2

Anket No:

Tanıtıcı Bilgiler Formu

Sayın katılımcı, bu veri toplama formu ‘MS tanılı bireylerin öz-yönetim düzeylerinin depresif belirtiler ile ilişkisini araştırmak’ amacı ile oluşturulmuştur. Araştırmadan elde edilen verilerin doğruluğu için lütfen her soruyu dikkatli bir biçimde okuyunuz ve durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz. Hiçbir soruyu yanıtsız bırakmamaya özen gösteriniz. Araştırmamıza katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma devam ederken herhangi bir zamanda araştırmacılara bilgi vererek, çalışmadan ayrılmanız isteğinize bağlıdır. Araştırma esnasında sizden alınan bilgiler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. İsminiz hiçbir şekilde belirtilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Damla Ergen

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

1)Yaşınız hangi aralıkta yer almaktadır?

- a) 18-30 yaş
- b) 31-45 yaş
- c) 45 yaş üzeri

2)Cinsiyetiniz nedir?

- a) Kadın
- b) Erkek

3)Eğitim durumunuz nedir?

- a) Ortaokul
- b) Lise
- c) Üniversite

4)Çalışıyor musunuz?

- a) Evet çalışıyorum
- b) Hayır çalışmıyorum
- c) Emekliyim

5)Mesleğiniz nedir?

- a) Öğrenci
- b) Özel Sektör
- c) Kamu kurumu

6)Gelir durumunuz nedir?

- a) İyi
- b) Orta

c)Kötü

7)Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet, var

b) Hayır, yok

8)Medeni durumunuz nedir?

a) Evli

b) Bekar

9)Çocuğunuz var mı? Sayısını belirtiniz.

a) Hayır yok. 0 (sıfır).

b) 1-3

c) 3 ve üzeri

10) Nerede yaşıyorsunuz?

a) İstanbul

b) İstanbul dışı

11) Kiminle yaşıyorsunuz?

a) Ailemle

b) Arkadaşımla

c) Yalnız

12) Sigara veya alkol kullanımınız var mı?

a) Evet

b) Hayır

13) Sağlık kurumu tarafından düzenli takibiniz yapıldı mı?

a) Evet, yapıldı

b) Hayır, yapılmadı

14) Ailenizde MS hastalığına sahip başka birey var mı?

a) Evet var

b) Hayır, yok

15) MS hastalığına ilişkin bilginiz var mıydı?

a) evet vardı

b) hayır yoktu

EK-3

Hastalık Bilgi Formu

1) Kaç yıl önce MS tanısı aldınız?

- a) 0-5 yıl
- b) 6-10 yıl
- c) 10 yıl ve üzeri

2) İlk şikayetleriniz ne zaman başladı?

- a) 3 ay önce
- b) 6 ay önce
- c) 1 yıl ve daha uzun zaman önce

3) Sahip olduğunuz MS türü nedir

- a) Sekonder Progresif MS
- b) Primer Progresif MS
- c) Progresif Relapsing MS
- d) Relapsing Remitting MS
- e) Bening MS

4) Ne sıklıkla atak geçiriyorsunuz?

- a) Yılda bir kez
- b) Yılda birkaç kez
- c) 3 yıldan uzun süredir sadece bir kez

5) MS tedavisi olarak kullandığınız ilaç nedir?

- a) Steroid
- b) İnterferonlar
- c) Tablet Tedavi
- d) Aylık IV İnfüzyonlar

6) Hastalıkla birlikte fiziksel sorunlar yaşıyor musunuz? (Yorgunluk, mesane ve barsak problemleri, ağrı denge yutma güçlüğü, görme bozuklukları gibi)

- a) Evet yaşıyorum
- b) Hayır yaşamıyorum

7) Hastalıkla birlikte psikolojik sorunlar yaşıyor musunuz? (Anksiyete, kaygı, depresif durumlar, takıntılı ve endişeli durumlar, umutsuzluk, sosyal ortamlardan uzaklaşma gibi)

- a) Evet yaşıyorum
- b) Hayır yaşamıyorum

- 8) Hastalık süresince psikolojik destek aldınız mı?
- a) Evet aldım
- b) Hayır almadım
- 9) Hastalık süresince ailenizden destek aldınız mı?
- a) Evet
- b) Hayır
- 10) Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?
- a) Evet var
- b) Hayır yok
- 11) MS dışında başka kronik hastalığınız var mı?
- a) Evet var
- b) Hayır yok
- 12) Yardımcı alet kullanıyor musunuz (yürüteç, tekerlekli sandalye vs.)?
- a) Evet
- b) Hayır
- 13) Medikal ilaçlar dışında kullandığınız alternatif ilaç veya tedavi var mı?
- a) Evet
- b) Hayır

EK-4**Multipl Skleroz Öz Yönetim Ölçeği**

Multipl Skleroz (MS) hastalığı olan insanlar hastalığını birçok şekilde yönetebilmektedir.

Aşağıda kendinize nasıl dikkat ettiğiniz, MS hastalığını ve tedavisini nasıl yönettiğiniz ve bu durumlar hakkında neler hissettiğinizle ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir madde için en çok katıldığınız seçeneği işaretleyiniz. Cevaplar arasında doğru veya yanlış seçenek yoktur. Sadece kendinize en yakın hissettiğiniz, durumunuza en uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz. Bazı sorular birbirine benzer olsa bile veya sizin için geçerli olmasa bile bütün soruları cevaplamanız önemlidir.

	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. MS'in ne olduğunu anladığımı düşünüyorum.				
2. MS hastalığım hakkında bilgi edinirim.				
3. MS tanısını aldığımdan bu yana MS hakkında çok şey öğrendim.				
4. İlaçlarımı neden kullandığımı ve ilaçların ne işe yaradığını tam olarak biliyorum.				
5.Kendimi yorgun hissettiğim zamanlarda ara vermeye/dinlenmeye çalışırım.				
6.Arkadaşlarımdan veya ailemden duygusal olarak çok destek alırım.				

7.Yemek öğünlerimi düzenli olarak tükettiğimden eminim.				
8. Yeteri kadar uyuyorum.				
9. Hekimim/hemşirem bütün sorularımı cevaplamakta oldukça isteklidir.				
10. Ailem hastalığımı yönetmede ve durumumu sürdürmede bana destek olur.				
11. Hayatımdaki kararların çoğunu kendim ya da eşimle birlikte alırım.				
12. Hekimim/hemşirem ile sorularımı rahat bir şekilde tartışırım.				
13. Hastalığımı yönetmede ve durumumu sürdürmede arkadaşlarım bana destek olur.				
14. İlaçlarımın yan etkileri hakkında hekimimle konuşurum.				
15. Sağlıklı olabilmek için ilaçlarımı almam gerektiğinden eminim.				
1. Tedavimle ilgili alınan kararlara dâhil edilirim.				

2. İlaçlarımı almak düzenli aktivitelerimin bir parçası gibidir (Örneğin diş fırçalamak gibi).				
3. Sağlık ekibimin(hekim/hemşire) uyguladığı tedavi yaklaşımına güvenirim.				
4. Aşırı sıcaktan mümkün olduğunca kaçınırım.				
5. Hekimim ile aramda durumum hakkında çok iyi bir iletişim vardır.				
21. Yan etkiler, ilaçları gerektiği gibi almamı zorlaştırmaktadır.				
22. İlaçlarımı almak bana artık bir alışkanlık gibi geliyor, bu konu hakkında çok düşünmüyorum.				
23. Bazen ilaçlarımı almayı unutuyorum.				
24. İlaç almayı bir deneme/test çalışması olarak hissediyorum; bırakmaya karar verebilirim.				

EK-5

Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Her şeyden sıkılıyorum
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime kızgıyım.
 - (3) Kendimden nefrete ediyorum
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 - (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
 - (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
 - (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13. (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15. (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- (1) Eskisine oranla seксе ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirim diye düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor

