

T.C  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**MULTİPL SKLEROZLU HASTALARDA HASTALIK ALGISININ  
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Şükrü ÖZEN**

Tez Danışmanı  
Prof.Dr. Hatice BOSTANOĞLU

ANKARA  
Ağustos 2013

T.C  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**MULTİPL SKLEROZLU HASTALARDA HASTALIK ALGISININ  
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Şükrü ÖZEN**

Tez Danışmanı  
Prof.Dr. Hatice BOSTANOĞLU

ANKARA  
Ağustos 2013

T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Programı  
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından  
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 19/08/2013



Doç.Dr. Sevgisun KAPUCU  
Hacettepe Üniversitesi  
Jüri Başkanı



Prof.Dr. Hatice BOSTANOĞLU  
Gazi Üniversitesi



Yrd.Doç.Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN  
Gazi Üniversitesi

## İÇİNDEKİLER

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| KABUL VE ONAY .....                | Hata! Yer işareti tanımlanmamış. |
| İÇİNDEKİLER .....                  | ii                               |
| TABLolar .....                     | iv                               |
| KISALTMALAR .....                  | v                                |
| 1.GİRİŞ .....                      | 1                                |
| 1.1.Problem tanımı ve Önemi .....  | 1                                |
| 1.2. Araştırmanın Amacı .....      | 4                                |
| 2.GENEL BİLGİLER .....             | 5                                |
| 2.1.MS'in tanımı ve Tarihçesi..... | 5                                |
| 2.2.MS Fiziopatolojisi .....       | 5                                |
| 2.2.1.Otoimmünite.....             | 6                                |
| 2.2.2.Genetik faktörler .....      | 9                                |
| 2.2.3.Çevresel faktörler .....     | 9                                |
| 2.3. MS'teSınıflandırma.....       | 9                                |

|                                                    |            |
|----------------------------------------------------|------------|
| 2.4.MS hastalarında görülen sorunlar .....         | 10         |
| 2.5. MS'te Tedavi .....                            | 18         |
| 2.6. Hastalık Algısı .....                         | 23         |
| 2.7.MS'te Hastalık Algısı ve Hemşirelik.....       | 27         |
| <b>3.GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>                     | <b>29</b>  |
| 3.1.Araştırmanın tipi .....                        | 29         |
| 3.2.Araştırmanın yeri.....                         | 29         |
| 3.3.Araştırmanın evreni ve örnekleme.....          | 29         |
| 3.4.Verilerin toplanması .....                     | 30         |
| 3.4.1.Veritoplama araçları .....                   | 30         |
| 3.4.1.1.Anket Formu.....                           | 30         |
| 3.4.1.2. Hastalık Algısı Ölçeği .....              | 30         |
| 3.4.2. Veritoplama araçlarının ön uygulaması ..... | 32         |
| 3.4.3. Veritoplama araçlarının uygulanması.....    | 32         |
| 3.4.4. Araştırmanın etik yönü .....                | 33         |
| 3.4.5. Araştırmanın sınırlılıkları .....           | 33         |
| 3.4.6.Araştırmanın değerlendirilmesi.....          | 33         |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                           | <b>35</b>  |
| <b>5.TARTIŞMA .....</b>                            | <b>54</b>  |
| <b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                    | <b>61</b>  |
| 6.1.Sonuçlar .....                                 | 61         |
| 6.2.Öneriler .....                                 | 65         |
| <b>7. ÖZET .....</b>                               | <b>67</b>  |
| <b>8.ABSTRACT .....</b>                            | <b>68</b>  |
| <b>9.KAYNAKLAR .....</b>                           | <b>69</b>  |
| <b>10.EKLER.....</b>                               | <b>85</b>  |
| <b>11.TEŞEKKÜR .....</b>                           | <b>106</b> |
| <b>12.ÖZGEÇMİŞ.....</b>                            | <b>107</b> |

## TABLÖLAR

|                                                                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri .....                                                                                               | 35 |
| Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri .....                                                                                      | 37 |
| Tablo 4.3. Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları.....                                                                      | 39 |
| Tablo 4.4. Hastaların Cinsiyete Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Ortalama Puanları .....                                              | 40 |
| Tablo 4.5. Hastaların Cinsiyete Göre Olası Hastalık Nedenlerinin Ortalama Puanları .....                                                       | 41 |
| Tablo 4.6. Hastaların Yaş Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Ortalama Puanları ...                                                      | 42 |
| Tablo 4.7. Hastaların Yaş Göre Olası Hastalık Nedenlerinin Ortalama Puanları.....                                                              | 43 |
| Tablo 4.8. Hastaların Medeni Duruma Göre Olası Hastalık Nedenlerinin Ortalama Puanları.....                                                    | 44 |
| Tablo 4.9. Hastaların Çocuk Sayısına Göre Olası Hastalık Nedenlerinin Ortalama Puanları .....                                                  | 45 |
| Tablo 4.10. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Ortalama Puanları .....                                       | 46 |
| Tablo 4.11. Hastaların MS Dışında Bir Hastalığı Olma Durumuna Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları .....             | 47 |
| Tablo 4.12. Hastaların Yardım Gereksinimine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları .....                               | 48 |
| Tablo 4.13. Hastaların Başkasının Bakımından Sorumlu Olma Durumuna Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları .....        | 49 |
| Tablo 4.14. Hastaların Bilgi Alma Durumuna Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları .....                                | 50 |
| Tablo 4.15. Hastaların Hastalık Hakkında Yeterli Bilgi Alma Durumuna Hastalık Algısı Ölçeği Boyutlarının Ortalama Puanları .....               | 51 |
| Tablo 4.16. Hastaların Bakım Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları ..... | 52 |

## KISALTMALAR

**MS** : Multipl Skleroz

**TUİK**: Türkiye İstatistik Kurumu

**MSS**: Merkezi Sinir Sistemi

**PLP**: Proteolipid Protein

**MBP (Myelin basic protein)** : Miyelin Bazik Protein

**TGF (Transforming growth factor)** : Dönüştürücü Büyüme Faktörü

**IL (Interleukin)** : İnterlökin

**MHC (Major histocompatibility complex)** : Doku Uyum Kompleksi

**HLA (Human leukocyte antigen)** : İnsan Lökosit Antijeni

**RRMS (Relapsing-Remitting multiple sclerosis)**: Yineleyen-Düzelen  
Multipl skleroz

**MI**: Miyokard İnfarktüsü

**HAÖ**: Hastalık Algısı Ölçeği

## 1.GİRİŞ

### 1.1.Problem tanımı ve Önemi

Kronik bir hastalık olan Multipl Skleroz (MS); özellikle genç yaştaki bireyleri etkileyen, bireylerde fonksiyonel işlevlerde azalma ya da değişimin yanı sıra psikolojik, sosyoekonomik sorunlara neden olarak yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü olumsuz yönde etkileyen ilerleyici bir hastalıktır.<sup>1,2,3</sup>

Dünyada, MS'in görülme oranı Avrupa, Kuzey Amerika, Yeni Zelanda'da yüksek (50-100/ 100 000);uzak doğu, Asya, Afrika ve Güney Amerika'da ise düşüktür (<5/100 000). Türkiye'ye komşu ülkelerde MS'in görülme oranı, Yunanistan'da 38.9/100 000, Bulgaristan'da 39.3/100 000 ve İran'da bu oran 35.4/100 000'dir.<sup>4,5,6,7,8</sup> Ülkemizde, Türk Börü ve arkadaşlarının (2006) İstanbul'un Maltepe ilçesinde yaptıkları çalışma sonucuna göre MS görülme oranı 101.4 olarak saptanmıştır. Çelik ve arkadaşlarının (2011) Edirne bölgesinde yaptıkları çalışma sonucuna göre MS görülme sıklığı, 33.9/100 000 olarak belirlenmiştir.<sup>9</sup> Bu çalışmaların dışında Türkiye'deki görülme oranını belirleyecek kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerine göre MS nedeni ile ölenlerin sayısı 2010 yılında 120, 2011 yılında 121, 2012 yılında 140'tır.<sup>10</sup> Multipl Skleroz, 20-40 yaş aralığında ve kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir. Multipl Skleroz'da ölüm oranının az olmasına rağmen genç yaşta ortaya çıkması, üretken yaştaki nüfusu etkilemesi, uzun süreli olması, hastalığının ilerlemesi ve özürllülüğe yol açması, bireylerin öz bakım ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi hastalığa verilen önemi daha da artırmaktadır.<sup>9,11,12,13,14</sup>

MS, Merkezi Sinir sisteminin (MSS) demiyelinize, inflamatuvar, kronik hastalığıdır.<sup>15,16,17,18</sup> Multipl Skleroz'da merkezi sinir sisteminin etkilenmesi sonucunda, etkilenen bölgeye göre yorgunluk, mesane ve bağırsak disfonksiyonları, cinsel sorunlar, görme bozuklukları, spastisite, uyku bozuklukları, bilişsel bozukluklar, depresyon ağrı, yutma güçlüğü, hissizlik, konuşma bozuklukları gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır.<sup>19,20,21</sup> Multipl Skleroz'un klinik seyrinde, değişkenlik görülmekle birlikte, durumu kötüleştiren ataklar ve nörolojik fonksiyonlarda yavaş yavaş bozulma veya her ikisi beraber görülebilmektedir.

MS'te ortaya çıkan yorgunluk, mesane ve bağırsak sorunları, cinsel sorunlar, spastisite gibi belirtiler stres algısı, sosyal destek, yaşam kalitesi ve hastalığa uyum için önem taşımaktadır. Multipl sklerozlu hastaların dörtte biri, hastalığın seyri sırasında, tanı koyma, rehabilitasyon süreçlerinin tümünde destekleyici ve sürekli bakıma ihtiyaç duymaktadır.<sup>21,22</sup> Özdemir ve Aşiretin (2011) yaptığı çalışmada, hastalarda görülen belirti sayısının, ailede yaşanan sorunlar, ev içindeki ve dışındaki görevlerin sürdürülmesi, sosyal aktivite seviyesi ve iş durumu ile negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir.<sup>23</sup> Özellikle uzun süre ayakta kalma, yürüme, yazma, bellek, hafıza, odaklanma problemleri ve yorgunluk bireyin işi bırakmasına veya emekli olmasına neden olmaktadır.<sup>24,25,26,27</sup> Hastanın birey olarak, hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkilerini, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve yaşam kalitesini belirlemektedir.<sup>28</sup> Hastaların yaşadıkları stres, başa çıkma yöntemleri bireyin hastalığa uyumunu etkilemektedir. Bunların yanında bireyin kişisel özellikleri, hastalıkla ilgili görüşleri, hastalığı yönetme gibi bireyin hastalık algısını oluşturan faktörler de hastanın uyumunu etkilemektedir.<sup>29</sup>

Lerdal ve arkadaşları yaptığı (2009) çalışmada, MS hastalarının, fiziksel fonksiyonlardaki bozulmayı, hastalığın en önemli belirtisi olarak algıladıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada genel sağlık düzeyi düşük ve fiziksel fonksiyon kısıtlılığı olan hastaların, hastalığı daha şiddetli algıladıkları ve hastalık algısındaki değişimin sosyal fonksiyonlarla ilişkili olduğu saptanmıştır.<sup>30</sup> Hastalık belirtilerini daha şiddetli yaşayan hastalarda, hastalık algısı daha düşük olmaktadır. Jobson ve arkadaşlarının 168 MS hastası ile yaptığı çalışmada, MS hastalarının hastalıkları hakkındaki inançlarının hastalığa uyumlarını etkilediği saptanmıştır.<sup>29</sup> Skerret ve Moss-Morris'in (2006) yaptığı çalışmada, MS belirtilerini çok düşünen hastalarda, hastalığa bağlı sosyal ve fiziksel fonksiyonlarda kısıtlanma hissinin olduğu saptanmıştır.<sup>31</sup> Philips ve arkadaşlarının (2011) MS hastaları ile yaptığı çalışmada, duygusal yanıt düşük olan hastaların yaşam kalitelerinin de düşük olduğu saptanmıştır.<sup>32</sup> Hastalık algısı hastanın yaşamını etkilemektedir. MS hastalarında olumsuz hastalık algısı ya da hastalık algısının düşük olması, sosyal aktivitelerde kısıtlanmaya neden olmaktadır. Hastalık algısı, hastaların hastalık hakkında olumlu davranışlar geliştirmesini, hastalığa uyumunu, fonksiyonel durumunu yükseltmeyi ve sağlığı geliştirecek girişimleri uygulamayı etkilemektedir. Hastalığın ilerlemesinin öngörülememesi, hastaları kaygılandırmakta ve hastalığa uyumlarını olumsuz etkilemektedir. Hastalık algısı, hastaların hastalık süresince yaşadıkları deneyimleri, baş etme durumlarını etkilemektedir. Hastalık algısı bireyin sadece iyilik durumunu değil, yaşam kalitesini ve hastalığın gidişini de etkilemektedir. Hastalık algısı, aynı hastalıklara ya da problemlere sahip olan hastaların, farklı algılarının olması ve bu algıların bazen hastaları yanlış yönlendirmesi nedeniyle önemlidir.<sup>33</sup> Bu nedenlerle hastaların özellikle kronik hastalığı olanlarda meydana gelecek durum değişikliklerini anlamak, kontrol ve tedavi etmek için hastaların hastalık algısının bilinmesi gereklidir. Bu hastalarda, hastaların değerleri ön planda tutulmalı ve hastanın motivasyonun sağlamaya yönelik girişimler planlanmalıdır.<sup>34</sup>

Burada hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hastaların, hangi yönden yetersiz kaldıklarının belirlenmesi ve o konu üzerine yoğunlaşmaları, hastanın hastalığını yönetmesini sağlayacaktır.<sup>35</sup> Hastalık algısının yükseltilmesi yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır. Yaşam kalitesindeki bu değişim, hastalar ile bakım vericileri arasındaki ilişkileri güçlendirerek, hastaların uyumunu ve hastaların hastalığı yönetme becerilerini geliştirecektir.<sup>36</sup> Bu nedenlerle hastaların hastalık algılarının değerlendirilmesi önemlidir.

Bu araştırmada, MS'li hastaların hastalık algılarının ve etkileyen faktörlerin saptanması ile elde edilecek verilerin, bireyin hastalığa tedaviye uyumunun sağlanmasında, hastalık üzerindeki kontrolünü geliştirmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında, aynı zamanda tedavi ve bakım kalitesini artırmada, sağlık personeli için önemli olacağı düşünülmüştür.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada, MS tanısı konan hastalarda hastalık algısının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1.MS'in tanımı ve Tarihçesi**

MS'te ilk tanılama, 1835 te Cruveilhaer tarafından yapılmıştır. Charcot,1865 yılında ölen bir kadın hastasının beynini inceleyerek patolojik sürecin, miyelin kılıf dejenerasyonu ile ortaya çıktığını ve bu alanlarda skleroz oluştuğunu belirlemiştir.<sup>37</sup>

### **2.2.MS Fizyopatolojisi**

Nöron, sinir sistemin temel yapı ve görev birimidir. Nöron bir hücre gövdesi ile dendrit ve akson denilen uzantılardan oluşur. Akson her bir sinir hücresi için tektir ve uyarıların akson içindeki geçişine akson akımı adı verilmektedir. Aksonun etrafını, yalıtkan zar maddesi olan miyelin kılıf çevrelemektedir.<sup>37,38,39</sup>

Miyelin, aksonun etrafını saran, hızlı ileti için gerekli olan, aksone sıkıca sarılmış iki lipid tabakası ve arasında yer alan özel proteinlerden oluşmuş bir yapıdır. Periferik sinir sisteminin miyelinini, aksonal segmenti saran schwann hücresi tarafından yapılırken, merkezi sinir sisteminde miyelin oligodendrositler tarafından oluşturulur. Bir oligodendrosit, plazma membranı aracılığıyla 20-40 aksonun miyelin kılıfını oluşturur. Hücre uzantıları aksonun etrafını sardıkça, sitoplazmik ve ekstraselüler plazma yaprakları yapışık, yakın pozisyonda kapanır. Periferik ve merkezi sinir sistemi miyelinin proteinleri de farklıdır. Proteolipid protein (PLP) merkezi sinir sistemi proteinlerinin yaklaşık %50'sini oluşturur. PLP integral bir membran proteinidir. Miyelin bazik proteini (MBP), merkezi sinir sistemi miyelininin %30'unu, periferik sinir

sisteminin %10'unu oluşturur. Merkezi sinir sisteminin beyaz cevher hastalıkları başlıca primer ve sekonder miyelin hastalıkları olarak sınıflandırılabilir. Primer miyelin hastalıklarında, etkilenen yapılar oligodendrosit ve/veya miyelin kılıftır.<sup>37,40,41,42,43</sup>

Multipl sklerozun fizyopatolojisi net olmamakla birlikte plakların oluşumu ile ilgili birçok mekanizma ileri sürülmüştür.

### 2.2.1.Otoimmünite

MS lezyonlarının immün histopatolojisinde, beyin ve spinal kord'da beyaz maddenin T ve B lenfositlerince fokal infiltrasyonu gösterilmiştir. Ancak hedefteki temel antijenik yapının ne olduğu tam olarak bilinmemekle birlikte MS'te, T lenfositlerin, miyeline karşı reaksiyon gösterdikleri ve mikroglia ile makrofajları aktive edip, miyelin kılıfta hasar oluşturarak sinir iletilerini bozduğu anlaşılmıştır.<sup>37,41,45</sup>

Aktif demiyelinizasyonun gözlemlendiği, MS lezyonlarındaki inflamatuvar infiltratta T hücresi, monosit ve mikroglialardan köken alan makrofajlar bulunmaktadır. Bu hücreler, oligodendrositleri ve aksonları direkt olarak hasarlayabilecek oksijen radikalleri, nitrik oksit, vazoaktif amin, kompleman, proteazlar, sitokinler ve inflamasyonun diğer mediatörlerini salgılamaktadır.<sup>37,44</sup>

Sağlıklı deney hayvanlarında, miyelin spesifik CD4+T hücrelerinin enjeksiyonu ile deneysel alerjik ensefalomyelit görülebildiği için, MS'in temel olarak CD4+T hücre aracılı bir hastalık olduğu hipotezi öne sürülmüştür. Ancak bu bulgular MS lezyonlarının immün patolojisi ile tam bir benzerlik sergilememektedir. CD8+T hücrelerinin MS patolojisinde

önemli bir rol aldıkları anlaşılmış, MS plaklarında CD8+T hücrelerinin klonal ve oligoklonal olarak çoğaldıkları gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda CD8+T hücrelerinin, CD4+T hücrelerinden sayıca fazla oldukları gösterilmiş ve bu bulgu sitotoksik T hücrelerinin inflamatuvar süreci yönettiği belirtilmektedir.<sup>37,45</sup>

CD8+T hücreleri MS lezyonlarında gözlenen aksonal hasardan direkt olarak sorumlu olmaktadır. Aktive CD8+ ve CD4+T hücrelerinin in vitro olarak aksonlar boyunca dizildikleri ve nöronal hücre ölümüne neden oldukları gösterilmiştir. CD8+T hücrelerinin demiyelinize aksonlara direkt temas ederek, bu bölgedeki sitotoksik mediatörlerin salınımını etkilediği ortaya konmuştur.<sup>37,44,45,46</sup>

Merkezi sinir sistemi enflamasyonunda, astrositlerin ve mikrogliaların, immünolojik fonksiyonlarına dair kanıtlar bulunmakla beraber, MS lezyonlarındaki spesifik rolleri hala tartışmalıdır. Astrositler ve mikroglialar, Tip1 yardımcı T hücresi (Th1) cevaplarını baskılayacak Dönüştürücü Büyüme Faktörü beta (TGF beta- Transforming Growth Factor beta) ve interlökin 10 (IL-10) gibi antiinflamatuvar sitokinler salgılayabilmektedir. MS'te hem astrositler hem de mikroglialar aktive olmakta ve yüksek düzeyde majör doku uyuşum kompleksi (MHC) sınıf II moleküllerini baskılamaktadırlar.<sup>37,41,43,</sup>

Multipl sklerozdaki demiyelinizasyona, miyelinin, miyelin spesifik T hücreleri, miyeline karşı antikör oluşturma özelliği taşıyan B hücreleri ve non-spesifik efektör özelliği olan mononükleer hücreleri neden olabilmektedir. Merkezi sinir sistemi inflamasyonunda CD4+ T hücreleri temel bir yere sahip olsalar da doku hasarının derecesi ve yaygınlığı, hem doğal hem de edinsel immün sisteme ait elemanların lezyonlardaki varlığına işaret etmektedir. İnflamasyon ve nörodejenerasyonun diğer

kronik merkezi sinir sistemi hasarında olduğu gibi MS sürecinde de beraber izlenebilmektedir.<sup>37,41,43</sup>

Mononükleer hücrelerin, kan beyin bariyerinin bozulması ile merkezi sinir sistemine geçişı ve bu hücrelerin uzaklaştırılamaması sonucu lenfoid artıklar oluşmaktadır. Demiyelinizan plaklar çevresinde ve perivasküler bölgelerde yerleşmiş lenfosit ve monositler izlense de bu hücreler meningeal boşluklar ve normal gri ve beyaz cevherde de bulunabilmektedir. Aktif MS plaklarında inflamasyon tetikleyici sitokinler ve kemokinler de saptanmıştır. MS hastalarında ölüm sonrası yapılan araştırmalarda, merkezi sinir sistemi dokusunda kemokin reseptörlerinin varlığı gösterilmiş, aktif MS plağı olan kişilerde de kemokinler için özelleşmiş makrofajlar ve aktif mikroglialar bulunabilmektedir.<sup>37,16,41</sup>

İnflamasyon, sadece kan beyin bariyerini geçen hücrelerle olmamaktadır. Endojen yerleşimli mikroglia ve astrositlerden oluşan lokal immün hücrelerde bu sürece katılırlar. Bu hücrelerden ikincil inflamatuvar mediatörlerin; interlökin-1 ve interlökin-2 (IL1, IL2) salınımıyla merkezi sinir sistemine ait reaksiyon ortaya çıkmaktadır. Böyle bir durumda mikroglialar hemen antijen üretimini sağlamakta ve morfolojilerini değıştirmektedir. Tüm bu enflamasyon süreci sonunda miyelin kılıfta hasar meydana gelmektedir.<sup>37,45</sup>

MS'te hem inflamatuvar hem de dejeneratif (aksonal kayıp) bulgular bir arada olup nörodejenerasyon sürecinde demiyelinizasyon ve aksonal kayıp hem birbirinden bağımsız hem de bağımlı olarak ilerlemektedir. Demiyelinizasyon oluştuktan sonra remiyelinizasyon dönemi başlamaktadır. Hastada ilk dönem kısmi iyileşmeler görölse de MS'in tipine göre ilerleyen zamanda aksondaki hasar kaybı ilerlemekte ve geri dönüş olmamaktadır.<sup>37,47,48</sup>

### 2.2.2.Genetik faktörler

İkiz çalışmaları ve kardeşlerde yürütülen çalışmalar, MS'e yatkınlıkta genetik faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir. Günümüze kadar olan bilgiler, orta derecede etkili olan birden fazla genin rol oynadığına işaret etmektedir. Yapılan çalışmalar, İnsan Lökosit Antijeni (HLA-Human Leukocyte Antigen) ile IL2RA (İnterlökin2RA) ve IL7RA (İnterlökin7RA) alellerinin MS için kalıtsal risk faktörü olabileceğini doğrulamaktadır. Hastalığın genetik geçişinde belli bir kalıtım paterni gösterilemediğinden, MS'i "hastalığa yatkın kişilerde çevresel tetikleyici faktörlerle karşılaşıldığında ortaya çıkan, genetik olarak kompleks bir hastalık" olarak tanımlanabilmektedir. Yapılan araştırmalar MS'in tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha fazla görüldüğü saptanmış ancak bunun sadece genetikle açıklanamayacağı çevresel faktörlerinde etkisiyle ortaya çıktığı belirtilmektedir.<sup>49,50,51,52,53</sup>

### 2.2.3.Çevresel faktörler

Yapılan çalışmalarda, güneş ışığı ile MS arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Epstein-Barr virüs enfeksiyonunun rolü ileri sürülmekle birlikte MS riskni nasıl arttırdığı ile ilgili net veri bulunmamaktadır. Sigaranın MS hastalığı için risk oluşturduğu ve MS sürecini olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Ağır sigara içenlerde bu riskin %70 oranında arttığı ifade edilmektedir.<sup>37,38,39,54</sup>

## **2.3. MS'teSınıflandırma**

Multipl skleroz, merkezi sinir sisteminde birden çok yeri tutabilmekte, nörolojik belirti ve bulgular yavaş ilerleyebilmekte, akut

kötüleşmeler ve iyileşmeler görölebilmektedir. MS, hastalığın şiddetine göre ikiye ayrılmaktadır.<sup>37,55</sup>

1. Benign MS; hastalığın ilerlemesinin yavaş olduğu ve motor fonksiyonlarda bozulmanın düşük seviyede olduğu MS tipidir.
2. Malign MS; Ataklarla beraber hastalardaki sekel oranının artığı ve atak sonrası tam iyileşmenin olmadığı MS tipidir.

Multipl skleroz, 4 alt grupta incelenmektedir.

1. Relapsing remitting (Yineleyen-Düzelen) MS(RRMS); %85'i bu tipte başlar. İlk bulgular, tamamen iyileşir veya hafif bulgular kalır. Sonraki beş yıl içerisinde ikinci bir atak geçirme olasılığı fazladır. Tekrarlayan ataklarda nörolojik sekeller kalabilir. Bu hastaların uzun süreli takiplerinde yarıdan fazlası sekonder faza geçmektedir.
2. Sekonder progressif (ikincil ilerleyici) MS; RRMS tipinde başlar. İki, üç veya daha fazla atak sonrası ilerleme görölr.
3. Relapsing progressif (yineleyici ilerleyici) MS; ataklar halinde seyreder ve temelde sürekli bir ilerleme görölr.
4. Primer progressif MS (birincil ilerleyici); hastalık, hastaların yaklaşık %15'inde başlangıçta atak olmadan ilerlemektedir. Görölme yaşı 40'ın üzerinde ve kadın erkek oranı eşittir.<sup>37,48,55, 56,</sup>

#### **2.4.MS hastalarında görölen sorunlar**

MS'de merkezi sinir sistemi demiyelinizasyonu, bir çok belirti ve bulgunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu belirti ve bulgular arasında; yorgunluk, seksöel sorunlar, bağırsak ve idrar sorunları, görme sorunları, bilişsel sorunlar, yürüme bozuklukları, ağrı, depresyon, uyuşukluk, spastisite, konuşma ve yutma güçlüğü yer almaktadır. MS'te, hastalık süreci ve şiddeti öngörölememekte ve aktivite kısıtlılıkları, fiziksel

yetersizlik düzeyleri, hastadan hastaya değişkenlik göstermektedir.<sup>21,54</sup> MS, bireyin tıbbi durumunu ve sosyal durumunu önemli ölçüde etkilemektedir.

MS hastalarında en sık görülen, en çok göz ardı edilen belirti, yorgunluktur. Yorgunluk, sosyal ilişkileri, günlük aktiviteleri, bilişsel ve fiziksel fonksiyonları etkilemektedir.<sup>19,46,57</sup> Yapılan çalışmalarda, MS hastalarında yorgunluğun %50-%90 arasında değiştii belirtilmektedir. Yorgunluğun %48 oranında diğer belirtilerin artışına da neden olduğu yapılan çalışmalar sonucunda ortaya konulmuştur.<sup>58,59,60,61</sup> Vouyovitch ve arkadaşlarının (2006) 237 MS tanısı almış hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, yorgunluğun engellilik, depresyon ve yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, hastaların sadece %26.2'sinde depresyon saptanmamıştır. Aynı çalışmada, yorgunluk arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır.<sup>58</sup> Motl ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, fiziksel aktivite ile semptomların görülmesi arasında negatif bir korelasyon olduğu, fiziksel olarak daha aktif olanların fonksiyonel olarak da daha iyi oldukları, daha az özürllülüğe sahip oldukları sonucuna varılmıştır.<sup>57,62</sup>

MS hastalarında görülen yorgunluğun nedeni ile ilgili birçok görüş bulunmakla birlikte, neden tam olarak belirlenememiştir. Bunlar demiyelinizasyon ve akson kaybı gibi merkezi sinir sistemi ile ilişkili ve otoimmün faktör olan sitokin üretimi ile açıklanmaktadır. MS hastalarında psikolojik sorunlar da, en sık görülen sorunlar arasında yer almaktadır. Motl ve arkadaşlarının yaptığı (2009) çalışmada, MS hastalarında yorgunluğun %80'in üstünde olduğu ve bunun hastanın işini kaybetmesine neden olduğu, günlük yaşam aktivitesi ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir.<sup>63</sup> Buchanan ve arkadaşlarının (2010) erişkin MS hastalarında yaptığı çalışmada, fiziksel durumun

hastanın hem yaşam kalitesini hem de sosyal yaşamını etkilediği saptanmıştır.<sup>21</sup> Fiziksel olarak aktif olan MS hastalarında depresyon, yorgunluk ve ağrı daha az, sosyal destek ve öz yeterlilikleri daha yüksek bulunmakta bunda yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.<sup>63</sup> Jopson ve Moss-Morrisi'nin 168 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastalık algısı ve hastalık şiddetinin yorgunluğun ortaya çıkmasında önemli olduğu saptanmıştır.<sup>29</sup> Skerret ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, bireyin hastalıkla ilgili kişisel kontrol algısının düşük olması, hastanın hastalığını daha fazla düşünmesine ve bunun da hastada yorgunluğa neden olduğu saptanmıştır.<sup>31</sup>

MS hastalarında depresyon oranları %20 ile %50 arasında değişmektedir. Nörolojik hastalıklar da dahil olmak üzere kronik hastalıklar içinde MS hastaları depresyon görülme oranı, diğerlerinden daha yüksektir.<sup>64</sup> Giardino ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011) tanı konulma aşamasında anksiyete oranlarının kadınlarda daha çok olmak üzere her iki cinsiyet grubunda yüksek olduğu, depresyon oranlarının da bununla ilişkili olarak yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>65</sup> Soyuer ve arkadaşlarının (2010) 70 hasta üzerinde yaptığı depresyon ve işlevsellik konulu çalışmada, depresyon oranı %21.4 olarak saptanmış ancak bunun işlevsellik ile ilgisinin olmadığını saptamışlardır.<sup>66</sup> Depresyon ve anksiyete ile yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada MS hastalarında depresyon ve anksiyete oranları yüksek bulunurken, yaşam kalitesi de düşük bulunmuştur.<sup>67</sup> Yapılan çalışmalarda, MS hastalarında depresyon oranlarının (%31) MS olmayanlara göre(%16.1) oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Depresyon oranlarının bu kadar yüksek olmasının nedeni olarak fonksiyon bozukluğu, öz bakım, yaşam kalitesi ve işsizlik ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.<sup>68,58</sup>

MS tanısı alan hastaların büyük bir kısmında, yaşamlarının herhangi bir döneminde alt üriner sistem sorunları ve seksüel sorunlar görülmektedir. Beyaz cevherde görülen plaklar mesane fonksiyon bozukluklarına neden olmaktadır. Mesanenin duyusal, motor ve sfinkter fonksiyonları etkilenmekte ve sıklıkla ani idrara çıkma, sık idrara çıkma ve idrar kaçırmaya görülmektedir.<sup>69</sup> Yapılan çalışmalarda MS'li hastalarda ürolojik semptom sıklığı %52 – 97 oranında olduğu bildirilirken, hastaların %5'inde ilk semptom olarak ortaya çıkmakta ve hastalık ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Mesane disfonksiyonu kişinin; sosyal, mesleki ve seksüel yaşamını olumsuz etkilemektedir.<sup>70,71,72,73</sup> Gündüz ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada hastaların çoğunda üriner sorunlar olduğu belirlenmiştir.<sup>69</sup> Tarhan ve arkadaşlarının vaka ve kontrol grubu kullanarak yaptığı çalışmada üriner disfonksiyonun yüksek olduğu hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğu, hastalığın süresi ve özürllülük durumunun da üriner sorunlar üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir.<sup>74</sup> Gündüz ve arkadaşlarının (2006) 30 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %77'sinde sık idrara gitme ve sıkışma, %60'ında da idrar kaçırmaya sorunu olduğu saptanmıştır.<sup>69</sup> Mesane fonksiyon bozukluğu, hastanın yaşam kalitesini ve sosyal aktivitelerini olumsuz etkilemektedir.<sup>75,76</sup>

MS hastalarında cinsel sorunlar, önemli bir sorun olmasına rağmen, cinsel sorunların sağlık çalışanları ile tartışılması bir tabu olarak görülmekte ve hasta ile partneri arasında bile konuşulması oldukça zor bir durum olup ihmal edilmektedir.<sup>77</sup> MS'te cinsel sorunlar %50-%90 oranları arasında görülmektedir.<sup>78,79,80</sup> MS'te cinsel sorunlar görülmesinin nedenleri arasında pons atrofi, inferior parietal lob beyaz madde lezyonları ve lateral ventriküllerin büyümesi yer almaktadır. Bunların dışında beyinde görülen toplam lezyon sayısı ile de ilişki olduğu belirtilmektedir.<sup>81</sup> Hastaların %63'ü hiçbir şekilde cinsel sorunlarla ilgili bilgi vermemektedir. Oysa MS hastalığında cinsel ve genital sorunlar erkeklerde %75-84, kadınlarda ise %45-85 oranında

görülmektedir. Kadınlarda; cinsel arzu da azalma, vajinal kuruluk, his azalması, cinsel uyarı ve orgazm şikayeti görülmektedir. Erkeklerde ise ereksiyon, uyarılma ve orgazm sorunları ve libidoda azalma en sık görülen şikayetlerdir.<sup>80,82,83</sup> Edemci ve arkadaşlarının (2010) vaka-kontrol grubu üzerinde yaptığı çalışma, cinsel sorun sıklığının, hasta yaşı ve hastalık süresi ile orantılı olarak artış gösterdiği saptanmıştır.<sup>84</sup> Cinsel fonksiyon bozuklukları, birçok kronik hastalıkta olduğu gibi MS'te de bireyi olumsuz etkilemektedir.<sup>80,82,84,45</sup>

Multipl Skleroz hastalarında sık görülen belirtilerden biri de, görme fonksiyonlarındaki kusurlardır. Görme sorunları ile ilgili en sık görülen bulgu optik nevrittir. Optik nevrit, optik sinirin inflamatuvar harabiyetidir. Optik nevrit, ağrı ile birlikte ani görme kaybı, renk görme bozuklukları ve görme alanı bozuklukları şeklinde görülür.<sup>86</sup> MS hastalarında, yapılan çalışmalarda %85 oranında optik nevritle birlikte ya da optik nevrit tablosu gelişmeksizin optik sinir lezyonu olduğu saptanmıştır.<sup>87,88,89</sup> MS'li hastalarda görme sorunları, hastaların %50'sinde ilk semptom olarak görülmektedir. Şahin Hamurcu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada MS hastalarında, optik sinir tutulumu yüksek bulunmuştur.<sup>90</sup>

Spastisite, motor bozukluklarla ilgili kas hareketlerinde hızlı kasılma olarak tanımlanmaktadır. Spastisite, basit beceri ve hareket gerektiren, günlük aktiviteleri etkileyen, nöronal lezyon sonuçlarından bir tanesidir. MS hastalarının %80'inde, daha çok alt ekstremitelerde spastisite görülmektedir. Spastisite, multipl sklerozlu hastalarda denge bozukluğuna, beceri kaybına, kas zayıflığına ve yorgunluğa neden olmaktadır.<sup>91,92,93</sup> Aynı zamanda spastisite ile hijyen, rahatlık, yürüyüş, güvenlik, bağırsak ve mesane fonksiyonları arasında da ilişki bulunmaktadır. İdrar yolları enfeksiyonu ya da kabızlık spastisitenin

artmasına neden olabilmektedir. Spastisite, kaslarda çeşitli değişikliklere neden olmakta ve uzun sürede kontraktüre dönüşebilmektedir.<sup>94</sup> Spastisite görülen hastalarda vücut postürü bozulmaktadır. Sosnoff ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada, spastisitenin hastalarda postür bozukluğuna neden olduğunu saptamışlardır.<sup>95</sup> MS hastalarında vücut postürünün bozulması, motor fonksiyonlarda bozulma ve duyuşal bozukluklar nedeniyle olmaktadır.<sup>96</sup>

MS, duyuşal ve motor fonksiyonları etkilemekte, algı, kas kontrolünü ve koordinasyonu sağlayan fonksiyonlarda azalmaya neden olmaktadır.<sup>97</sup> Yetişkin MS hastalarında, düşme ve düşmeye bağılı yaralanmalar oldukça önemlidir. Yetişkin MS hastalarında, düşme oranının %50 olduğı bildirilmektedir.<sup>98</sup> Matsuda ve arkadaşlarının 265 MS hastası ile yaptığı (2011) çalışma da hastaların %60'a yakını son altı ay içinde düştüğünü ifade etmiş ve nedenleri arasında da denge sorunların üçüncü sırada yer aldığı saptanmıştır.<sup>99</sup> Kadın MS hastaları ile yapılan bir çalışmada, düşme oranları yüksek bulunmuş ve neden olarak da denge ve yürüyüş ile ilgili problemler gösterilmiştir.<sup>98</sup>

MS hastalarında, bağırsak sorunları (konstipasyon ve fekal inkontinans) %43-73 oranında görülebilmekte, beraber ya da ayrı ayrı olabilmektedir. Konstipasyon ve fekal inkontinansı içeren bağırsak sorunları, merkezi sinir sistemindeki bir problem ile ilişkili psikolojik nedenlerle, ya da multipl sklerozun nedeni belli olmayan karmaşık süreci ile ilişkilidir.<sup>100</sup> Gulick 'in 506 hasta üzerinde yaptığı (2011) çalışmada, hastaların sadece %14.2'si herhangi bir bağırsak problemi olmadığını ifade etmiştir.<sup>71,101</sup> Yapılan bir çalışmada, MS hastalarına çalışma hayatınızı kısıtlayan en önemli üç neden nedir diye sorulduğunda spastisite ve denge bozukluğundan sonra üçüncü sırada bağırsak ve mesane sorunlarının geldiğı saptanmıştır.<sup>100</sup>

MS hastalarında, uyku bozuklukları, uykusuzluk, uykuda nefes almada yetersizlik, sirkadiyan ritm bozuklukları, huzursuz bacak sendromu, uykuya aşırı eğilim, uyku davranışında bozukluk gibi birçok belirti görülebilmektedir. Uyku bozuklukları, sıklıkla fark edilmemiş olsa da MS hastalarında genel popülasyondan daha sık görülmektedir. Tahmini olarak bu oranın %25 ile %54 arasında olduğu düşünülmektedir.<sup>102</sup> Gündüz vakti uykusuzluğunun toplumda görülme sıklığı, %10 ile %15 arasında değişmekle beraber, bu oranın MS hastalarında daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.<sup>18,102,103,104</sup> Tachibana ve arkadaşlarının 28 MS hastası üzerinde yaptığı çalışmada hastaların %54'ünde uykusuzluğun olduğu saptanmıştır.<sup>102</sup>

MS hastalarında bilişsel sorunlar, %40-70 arasında görülmektedir.<sup>105</sup> Bilişsel sorunlar hastalarda genellikle, yakın geçmişi hatırlayamama, dikkat, bilgi işleme sorunları, çevreyi algılamada bozukluk olarak ortaya çıkmaktadır. Araştırmalar, bilişsel fonksiyonlardaki bozulma ile birlikte fiziksel yetersizliklerin de ortaya çıktığını göstermektedir.<sup>20,28</sup> Bu sorunlar, bireylerin yaşam tarzında, çalışma durumunda, yaşam kalitesinde değişikliklere neden olmaktadır. MS'te gelişen bilişsel sorunlar; evi geçindirme, sosyal yaşama katılamama ve bireyin yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.<sup>86,106,107,108,109,110</sup> Heesen ve arkadaşlarının MS hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, hastalarda sık görülen yorgunluk ve depresyonun nedeninin bilişsel sorunlar olduğu saptanmıştır.<sup>108</sup> Benedict ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışma, MS hastalarında çalışılabilirlik ile bilişsel fonksiyonlar arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur.<sup>109</sup>

Multipl skleroz, kronik ve ilerleyici bir hastalık olduğu için hastanın yaşamı üzerinde ciddi etkileri vardır. Ortaya çıkan belirtiler hastada özürllülüğe neden olabilmekte ve bu da hastanın yaşam kalitesini

etkilemektedir. Koçer ve arkadaşlarının (2011) MS hastalarının yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada erken evrede hastaların psikolojik durumlarının bozulduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada depresyon varlığının yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır.<sup>113</sup> Yapılan başka çalışmalarda, özürlülük skoru ve uzun hastalık süresinin, yaşam kalitesinin fiziksel sağlık bölümünü etkilediği ancak mental sağlığı etkilemediği saptanmıştır.<sup>111,112</sup> Karatepe ve arkadaşları (2011) yaptığı çalışmada, yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de mental bileşenlerin olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir.<sup>113</sup> Murphy ve arkadaşlarının 143 kadın hasta ile yaptığı (2012) çalışmada, kadınların %55.9'u strese bağlı idrar inkontinansı yaşadıkları ve bu durumun bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır.<sup>114</sup>

MS hastalarında fiziksel durumdaki düşme; sosyal ilişkilerde bozulma, sınırlı katılım, öz bakımı yerine getirmede yetersizlik, üretkenlik ve boş zaman aktiviteleri ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmalar da, MS hastalarında, MS belirtileri ortaya çıktıkça öz bakım gücünün düştüğü belirtilmektedir.<sup>91,115</sup> Kendi kendine kateterizasyon, günlük yaşam değişiklikleri (yorgunlukla başa çıkma, fiziksel egzersiz) ve aile ve sosyal döngünün hastalık ve tedavi sürecine eklenmesi, bireyin öz bakımını etkilemektedir.<sup>87</sup> Bu nedenlerle MS hastalarında, öz bakım çok önemli bir yer tutmaktadır. MS gibi kronik hastalıklarda öz bakım hastanın bakımının temelini oluşturmaktadır. Paltamaa ve arkadaşlarının 120 MS hastası üzerinde yaptıkları çalışma, MS hastalarının %31'inin öz bakımda zorluk çektiğini veya bağımlı olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada hastaların %52'sinin hareket etmede, %68'inin ise aile yaşamında bağımlı oldukları veya zorluk çektikleri belirtilmektedir.<sup>115</sup>

MS, aile içindeki rolünü, ihtiyaçlarını ve kişinin hastalıkla başa çıkma durumunu etkilemekte, aile ilişkilerinde kırılmağa neden

olmaktadır.<sup>116</sup> MS hastaları ile yapılan çalışmada MS hastalarında boşanma oranları %33 bulunmuş olmakla beraber genç yaş ve çocuk sahibi olmayan çiftlerde boşanma oranları diğerlerine göre daha yüksek, oran olarak erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Julian ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada MS hastalarının hareket kısıtlılıkları, ellerini kullanamama, yorgunluk ve bilişsel sorunların iş kaybı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.<sup>117</sup> Yine MS hastaları ile yapılan çalışmada, hastaların %51'inin MS hastalığı nedeniyle işsiz olduğu belirlenmiştir.<sup>118</sup> MS, çocuk yetiştirme döneminde olan bireyleri etkilediği için kadınların annelik görevlerini yerine getirmede sorunlara neden olmaktadır. MS anne-babanın aile içindeki rol ve sorumluluk dağılımı üzerinde etkili olmaktadır. MS hastalarında, resmi olmamakla birlikte bakımın büyük bir kısmı aile üyeleri tarafından verilmektedir ve bunun büyük bir kısmı da çocuklar tarafından karşılanmaktadır.<sup>27</sup> Bunun sonucunda hastalığın kronik olması ve hastalarda fonksiyon yetersizliklerinin gitgide artması bakım vericilerde tükenmişliğe neden olmaktadır.<sup>119</sup> MS hastaları ve bakım vericilerini fiziksel, psiko-sosyal yönden etkileyen sorunlara neden olan önemli bir hastalıktır.

## **2.5. MS'te Tedavi**

Günümüzde, MS tedavisi, akut atakların tedavisi, önlenmesi ve semptomatik tedaviyi kapsamaktadır. MS ataklarının tedavisi, kortikosteroidlerle yapılmaktadır. Steroid tedavisi, atak işlev kaybına yol açmışsa, ilerleme devam ediyorsa veya sekel kalmışsa yapılmaktadır. Bunun için farklı steroid ajanlar farklı dozlarda kullanılabilir. En yaygın kullanılanı metilprednisolon 5-7 gün arasında verilmektedir. MS'te hastalık seyrini etkileyen, atak önleyici tedaviler, hastaların sık atak geçirmesi ve lezyonlarda artış durumunda, immunomodulator tedaviler; interferonlar (interferon  $\beta$ -1a, interferon  $\beta$ -1b), Glatiramer asetat, Natalizumab ve immunsupresif (mitoksantron, siklofosfamid, azothioprin,

metotreksat) tedaviler kullanılmaktadır. interferon  $\beta$ -1b gün aşırı ve sc enjeksiyon şeklinde yapılmaktadır. interferon  $\beta$ -1a, haftada bir kez kas içine ve gün aşırı omak üzere iki formda yapılmaktadır. Belirtilen ilaçların dışında çalışması yapılmakta olan birçok ilaç bulunmaktadır.<sup>120, 121, 122</sup>

MS'te kullanılan ilaçlar hastalarda daha fazla ilaç kullanmak zorunda bırakabilecek yan etkilere neden olmaktadır.<sup>120</sup> Bu nedenle hasta ve ailenin ilaçları kullanırken etki, yan etkileri, ve kullanırken nelere dikkat etmeleri gerektiğini bilmeleri önemlidir.

#### 2.5.1.MS'te kullanılan İlaçlar, Etki, Yan Etki ve Kullanırken Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

##### **Gilenya® (kapsül)**

##### **Etkileri,**

- 1- Atak sayısını azaltır.
- 2- MS nedeniyle fiziksel problemlerin gelişmesini yavaşlatır.

##### **Yan etkiler**

- 1- Yorgunluk, titreme
- 2- Eklem veya kas ağrısı, baş ağrısı sırt ağrısı, öksürük, boğaz ağrısı
- 3- Kusma, diyare, bulantı, kilo kaybı
- 4- Kaşıntılı, kırmızı yanan döküntü
- 5- Deri, saç veya tırnakları etkileyen mantar enfeksiyonları
- 6- Yüksek tansiyon
- 7- Depresif durumda olma, sersemlik

##### **Dikkat edilmesi gereken durumlar**

- 1- Düzensiz kalp atışı olup, bunun için ilaç kullanan hastalar
- 2- Aşı yaptırılması düşünülüyorsa(canlı aşılar yapılmamalı)
- 3- Görme bozukluğu veya görme ile ilgili bir problem varsa
- 4- Hamile veya hamile kalınmak planlanıyorsa kullanmamalı

5- Gilenya kullanılırken çocuk emzirilmemeli

6- Her gün aynı saatte alınması

### **Avonex® (İM/haftada bir)**

#### **Etkileri;**

Atak sıklığını azaltır.

Fiziksel fonksiyonlarda bozulmanın ilerlemesini durdurur.

#### **Yan etkileri**

1- Grip benzeri semptomlar

2-Uykusuzluk, depresyon

3-Baş ağrısı

4-Hipoestezi, kas spastisitesi

5-Kusma, diyare, bulantı, anoreksi

6-Kaşıntı terlemede artış

7-Kas krampı, boyun ağrısı, kas zayıflığı

8-Enjeksiyon bölgesinde ağrı ve eritem

#### **Dikkat edilmesi gereken durumlar**

1- Uygulama yeri alkollü pamukla silinmeli ve kuruması beklenmeli

2- Enjeksiyon öncesinde yaklaşık 30 dk oda sıcaklığında bekletilmeli

3- İğne 90 derecelik açıyla yapılmalı.

4- Enjeksiyon sonrası bölge alkollü pamukla silinmeli

5- Enjeksiyon bölgesi her hafta değiştirilmeli

6- Yanında antipretik analjezik almalı

### **Betaferon® (SC)**

#### **Etkileri**

Atak sıklığını azaltmada kullanılır

#### **Yan etkileri**

1- Grip benzeri belirtiler, titreme, ateş

2- Enjeksiyon yerinde reaksiyon, iltihap, ağrı

3- Enjeksiyon yerinde doku hasarı

4- Anemi, trombositopeni, lökopeni,

5- Depresyon

6- Mide bulantısı, kusma

**Dikkat edilmesi gereken durumlar**

1- Uygulama yeri alkollü pamukla silinmeli ve kuruması beklenmeli

2- İğne 90 derecelik açıyla yapılmalı.

3- Enjeksiyon sonrası bölge alkollü pamukla silinmeli

4- Enjeksiyon bölgesi her hafta değiştirilmeli.

5- Allerjisi varsa kullanılmamalı.

6- Gebelik döneminde kullanılmamalı

7- Enjeksiyon bölgesinin rotasyonu ve kızarıklık şişlik, ağrı vb semptomlar olduğunda doktora başvurulmalı.

8- Çocuk emzirilmemeli

9- Bazı ilaçlar etkileşim gösterdiği için kullanılan ilaçlar konusunda doktoruna bilgi vermeli

10- Bir doz unutulduğunda iki doz birlikte alınmamalı

**Rebif® (SC)**

**Etkileri**

Atak önleme amacıyla kullanılmaktadır.

**Yan etkiler**

1- Nötropeni, lenfopeni, lökopeni, trombositopeni, anemi

2- Depresyon, uykusuzluk

3- Baş ağrısı

4- İshal, bulantı, kusma

5- Kaşıntı, döküntü,

6- Kas ve eklem ağrısı

7- Enjeksiyon yeri enflamasyonu, enjeksiyon yeri reaksiyonu, grip benzeri belirtiler

8- Karaciğer fonksiyon bozuklukları

**Dikkat edilmesi gereken durumlar**

- 1- Enjeksiyona başlamadan önce eller sabunlu su ile yıkanmalı
- 2- Enjeksiyon deriyle 90 derecelik açıyla yapılmalı
- 3- Deri alkollü bez ile silinmeli ve kuruduktan sonra enjeksiyon yapılmalı
- 4- Unutulan dozlarda çift doz kullanılmamalı
- 5- Emzirme ve gebelik dönemlerinde kullanılmamalı
- 6- Doktora danışmadan ilaç dozu değiştirilmemeli

**Copaxone® (SC)****Etkileri**

Atakların sayısını azaltır.

**Yan etkiler**

- 1- Karaciğer markırlarının yükselmesi
- 2- Cilt altı yağ dokusu kaybı
- 3- Enjeksiyon yerinde cilt reaksiyonları
- 4- Göğüste ve yüzde yanma hissi
- 5- Nefes darlığı
- 6- Bulantı
- 7- Anksiyete
- 8- Terleme

**Dikkat edilmesi gereken durumlar**

- 1- Enjeksiyona başlamadan önce eller sabunlu su ile yıkanmalı
- 2- Enjeksiyon deriyle 90 derecelik açıyla yapılmalı
- 3- Deri alkollü bez ile silinmeli ve kuruduktan sonra enjeksiyon yapılmalı  
Hamilelerde kullanılmamalıdır.
- 4- İlaç başka bir ilaçla karıştırılıp yapılmamalıdır.
- 5- Aynı iğne birden fazla kullanılmamalıdır.
- 6- Partikül içeren ilaçlar kullanılmamalıdır.
- 7- Cilt altına enjekte edilmelidir.
- 8- İlaç enjekte edilmeden önce eller sabunlu suyla yıkanmalıdır.
- 9- Her enjeksiyon için farklı bir bölge seçilmelidir.
- 10- Unutulan dozlar için çift doz kullanılmamalıdır.<sup>123,124,125,126,127</sup>

## 2.6. Hastalık Algısı

Hastalık, her bireye göre farklı deneyimlenmektedir. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri inançları ve gereksinimleri ışığında hastalığı açıklamaya çalışırlar. Hastalar, bir hastalık tanısı aldıklarında, kendi durumları ile ilgili inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar hastalığa verilecek tepkinin temelini oluşturur. Hastalık hakkında, hastaların fikirlerinin ve algılarının değişimi, tedaviye yanıtta da değişikliğe neden olur. Hastalık algısı ve bilişsel durum, hastanın hastalığa verdiği yanıtı ve tedaviye yanıtı etkiler.<sup>128,129,130</sup>

Hastalık algısı, bireyin kişisel deneyimleri ve hastalık ile ilgili geçmişinin ürünüdür. Bireyin hastalık algısı, problemi ya da tehlikeyi tanımlar ve başa çıkma ile ilgili hedefleri belirler. Başa çıkma, hedeflerle ulaşıp ulaşılamayacağı ile ilgili değer biçer. Bundan dolayı başa çıkma, hastalık algısı ile iyi olma durumu arasında bir arabulucu görevi görmektedir.<sup>131</sup>

Osteoartritli hastalarda (2009) yapılan bir çalışma, hastalık algısının engellilikle ilişki olduğu ve zamanla hastalık algısının değişebileceğini göstermiştir. Hastalığı kontrol algısı ve sonuç algısı, bireyin genel hastalık algısını etkilemektedir. Semptom sayısı arttıkça, kontrol algısı düşmekte ve bununla birlikte genel hastalık algısı düzeyinde de düşme görülmektedir.<sup>132</sup>

Bireysel sağlık ve hastalık algısı, kültürlerarası ve hatta aynı kültür içinde yaşayan insanlarda bile değişmektedir. Bu yüzden toplumları tam olarak anlamak ve kültürel faktörleri iyi bilmek, hayati önem taşımaktadır. Aynı zamanda hastalık algısı, bireyin bilgi kullanımı ve hastalıkla başa çıkmasını da etkilemektedir. Bireyin algısı daha çok bireyin

sağlık davranışını etkileyen toplumsal değerler tarafından etkilenmektedir. Kırsal bir bölgede yapılan çalışma bireylerin hastaneye ya da doktora başvurmadan önce toplumun diğer üyelerinden yardım almak istediklerini ortaya koymuştur.<sup>133</sup> McCabe ve arkadaşlarının (2012) 207 Atrial Fibrilasyonlu hasta üzerinde yaptıkları çalışmada hastalık algısının, hastanın psikolojik durumunu önemli ölçüde etkilediğini ve bireylerin hastalık algısının değerlendirilmesi ile hastaların psikolojik durumlarındaki rahatsızlığın düşürülebileceğini ifade etmişlerdir.<sup>134</sup> Hastalık algısı astımlı hastalarda, hastalıkla başa çıkma ve hastalığı yönetme durumlarını da etkilemektedir.<sup>135</sup> Miyokard infarktüsü (MI) geçiren hastalarda, MI sonrası sağlık ilgili yaşam kalitesinde düşme, yorgunluk ve depresyon şikayetleri oldukça sık görülmektedir. MI geçirip yorgunluk görülen hastalar hastalıklarının daha uzun ve daha şiddetli olacağını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, yorgunluk ile hastalık algısı arasında negatif bir ilişki olduğu yorgunluk artıkça, hastalık algısı ile ilgili hastalığa uyum, aktivitenin azaldığı, motivasyonun düştüğü belirlenmiştir.<sup>136</sup>

Hastalık algısını, hasta ve ailesi için hastalığının sonucuna ilişkin inanışları içermektedir. Bu kapsamda vurgulanması gereken iki nokta önemlidir. Birincisi, hastaların inanışları, onları tedavi edenlerden farklı olmaktadır. Yani sağlık çalışanları için hastanın ne düşündüğü ya hiç sorulmamaktadır ya da pek dikkate alınmamaktadır. İkincisi ise hastaların hastalıkları aynı olsa bile algıları birbirinden çok farklı olabilmektedir.<sup>137</sup>

Hastalık durumunda da bireyler, yaşadıkları sorunları anlamlandırmak ve onlarla baş etmek için kendi hastalık temsili modellerini geliştirirler. Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklanmaktadır. Leventhal ve arkadaşları, hastaların bilişsel modellerle kendi baş etme düzeneklerini geliştirdiklerini ileri sürerek sağduyu modelini

geliştirmişlerdir. Bu model de kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilere göre zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili bazı temsiller oluştururlar. Hastalık temsilleri üç kaynak tarafından oluşturulmaktadır. Bu temsillerden birincisi, bireyin daha önceki iletişiminden ve kültürel değerlerden edindiği temsillerdir. İkincisi, dış uyaranlardan edindiği (bir yakınının hastalanmasına şahit olmak) bilgilerdir. Üçüncüsü, hastanın kendi deneyimlerinden edindiği temsillerdir. Bu temsillere dayanarak kişiler algıladıkları tehditle baş etmek üzere belirli bir plan oluştururlar. Baş etme stratejisinin başarısı değerlendirilir ve değiştirilebilir. Hastaların hastalıklarıyla baş etme modelleri baş etmeyi belirleyen çeşitli faktörlere dayanmaktadır. Sağlık çalışanlarının yanı sıra sosyal ortamlardan, medyadan ya da kişilerin şahsi deneyimlerinden elde edilen bilgiler bu temsillerin oluşmasında rol oynar. Sağduyu modeline göre kişiler, hastalıkla ilgili bilgiyi beş alanda değerlendirir; kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik, süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Diğer iki alan (sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturur.<sup>138,139,140,141</sup>

Sağduyu modeli, bireyin hastalığı ile ilişkili bilgi işleme sürecini etkileyen faktörleri tanımlamaktadır. Bu model, bireye yapılan uygulamaların, bireyde başa çıkmada, hastalık algısının nasıl etkilendiğini açıklamada yardımcı olmaktadır. Aynı zaman da bireyin tedavi arayışı içinde olup olmadığını da göstermektedir. Bu modelde birey belirtileri tanımaya ve anlamlandırmaya çalışılmaktadır. Bu model, birey var olan semptomları bir tehdit olarak görüp görmediği ve tıbbi veya profesyonel biri tarafından desteklenme ihtiyacı olup olmadığını belirlemektedir. Bu nedenle bireyin başa çıkma yolları, semptom, algı ve duyularla ilgilidir. Olası başa çıkma yollarından biri tedavi yolunu aramak diğeri ise sorundan kaçmaktır.<sup>142</sup> Sağduyu modeline göre, birey hastalığını tehdit eden etkene karşı üç şekilde cevap verir. İlk, birey sağlığı tehdit eden olaylarla ilgili

emosyonel ve bilişsel temsiller oluşturur. Bu temsiller sayesinde, birey hastalığı tehdit eden olayı içsel semptom gibi, dışsal bilgi kaynakları şeklinde yorumlamaya çalışır. İkincil olarak bir eylem planı oluşturulur. Başa çıkma yöntemleri, bireyin inanışları doğrultusunda algılanır. Üçüncü adım, başa çıkma yollarının değerlendirilmesidir. Bu, amaç ve hedeflere yönelik baş etme yöntemlerinin etkinliğini göstermek açısından önemlidir.

143, 144

Hastalık algısı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Karabulutlu ve Okanlı'nın (2011) hemodiyaliz hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada, hastalık algısının alt boyutlarına ilişkin bulunan puan ortalamaları kişisel kontrol için  $18.6 \pm 3.5$ ; süre (akut/kronik) için  $18.8 \pm 3.1$ ; süre (döngüsel) için  $12.6 \pm 3.4$ ; sonuçlar için  $20.0 \pm 3.7$ ; tedavi kontrolü için  $15.2 \pm 3.2$ ; hastalığı anlayabilme için  $13.4 \pm 4.0$ , duygusal temsiller için  $20.1 \pm 5.9$  puan olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar hemodiyaliz hastalarının hastalığın döngüsel olmadığını düşündüklerini göstermekte ve hastaların emosyonel etkilerin altında kaldığını göstermektedir.<sup>129</sup> Hsiao ve arkadaşlarının hipertansif hastalarda yaptıkları (2012) çalışmada, hastalık algısı alt boyutları puan ortalamaların; duygusal temsiller için  $2.5 \pm 0.9$ ; süre (akut) için  $3.4 \pm 0.7$ ; süre (döngüsel) için  $2.9 \pm 0.9$ ; sonuçlar için  $2.2 \pm 0.7$ ; kişisel kontrol için  $3.2 \pm 0.7$ ; tedavi kontrolü için  $3.7 \pm 0.6$  ve hastalığı anlayabilme için ise  $3.4 \pm 1.0$  puandır.<sup>73</sup> Bu sonuç, hastaların tedavi etme ile ilgili olumlu inanca sahip olduklarını göstermektedir. Stafford ve ark. (2009) da 193 koroner arter hastalarıyla yaptıkları çalışmada, hastalık algısının sonuçlar alt boyutunun puan ortalaması  $19.6 \pm 4.4$ ; kişisel kontrol alt boyutu  $23.2 \pm 3.4$ ; tedavi kontrolü alt boyutu  $19.1 \pm 3.0$  ve süre için  $19.5 \pm 5.2$  olarak belirtilmiştir.<sup>145</sup> İbrahim ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastalarında (2011) yaptıkları çalışmada, hastalık algısının alt boyutları ortalama puanları; süre (akut/kronik)  $23.9 \pm 4.9$ , süre (Döngüsel)  $13.6 \pm 3.4$ , sonuçlar  $21.6 \pm 4.6$ , kişisel kontrol  $18.7 \pm 4.3$ , tedavi kontrolü  $16.9 \pm 3.2$ , hastalığı anlayabilme  $16.0 \pm 4.5$ , duygusal temsiller  $18.1 \pm 5.3$  olarak

saptanmıştır. Hastaların hastalıklarını kronik olarak düşündüğü, hastalığın tedavi edilebileceği ve kontrol altında tutulabileceği ile ilgili olumlu bir algıya sahip oldukları belirlenmiştir.<sup>146</sup> Whitehead ve arkadaşlarının epilepsili hastalarda (2013) yaptıkları çalışmada, hastaların hastalık algısının puan ortalamaları şu şekilde saptanmıştır; süre (akut/kronik)  $21.0 \pm 6.0$ , sonuçlar  $23.0 \pm 8.3$ , kişisel kontrol  $15.0 \pm 7.3$ , tedavi kontrolü,  $15.0 \pm 4.3$ , süre (döngüsel)  $14.0 \pm 4.3$ , duygusal temsiller  $21.5 \pm 9.0$ 'dır. Çalışmada en yüksek puanlar sonuçlar, duygusal temsiller ve süre (akut/kronik) alt boyutlarında bulunmuştur. Hastalığın sonuçlarının, hasta ve ailesini, duygusal durumunu etkilediğini ve hastalıklarının kronik olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.<sup>147</sup>

## **2.7.MS'te Hastalık Algısı ve Hemşirelik**

MS hastalarının günlük yaşam aktivitelerini etkileyebilecek birden çok faktör vardır. Bunların içinde hastaları en çok etkileyen faktör fiziksel fonksiyonlarda bozulmadır. Bununla birlikte hastalık algısının şiddeti; hastalık deneyimi, fonksiyonel kapasite düzeyi ve hastalığın süresi gibi faktörler nedeniyle de etkilenmektedir. MS hastalığının hastalık algısını nasıl etkilediği ve algının nasıl değiştiği ile ilgili yeterince çalışma bulunmamaktadır. Lerdal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük fiziksel aktivite ve genel sağlık durumu düşük olanların hastalık algıları bir senenin sonunda hastalığı algılama şiddetinin yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastalık algısındaki değişikliğin sosyal fonksiyonlarındaki değişikliklerle ilişkili olduğu belirlenmiştir.<sup>30</sup>

Hastalık algısı ile başa çıkma davranış ve yöntemleri arasında ilişki bulunmaktadır. Hastalık algısı, direkt olarak başa çıkma cevabına ve uyumunu önemli oranda etkilemektedir. Palyatif bakım verilen

hastalarda hastalık algısının, kronik hastalıklarda hastalık yönetiminde yardımcı olduğu belirtilmektedir.<sup>148</sup> Sırt ağrısı çeken hastalarda yapılan araştırmada, kendini algısal olarak güçsüz hisseden ve hastalığın yaşamlarını daha fazla etkileyeceğini düşünen hastaların doktora daha sık başvurduğu belirtilmiştir. Bu sonuç hastaların algıları üzerine daha fazla yoğunlaşılması gerektiğini ortaya koymaktadır.<sup>149</sup>

Hastalık, bireyin uyumu veya tedavi rejimlerini direk ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Hastalık semptomlarını daha sık yaşayan hastalarda algı daha olumsuz olmakta ve hastalığın kontrol altında tutulması daha çok zor olmaktadır. Bu durum hastaların tedaviye uyumlarını ve öz yönetimlerini olumsuz etkilemektedir. Hastalık üzerinde kontrol yeteneğinin azalması, bireyin hastalık algısındaki ruhsal, bilişsel durumunu etkilemektedir. Hastalık algısının yüksek olması bireylerin hastalığa uyum ve tedavi rejimlerine dikkat etmelerini sağlamaktadır.

Sağlık profesyonelleri hastalığın, bireyin uyumu üzerindeki etkisini iyi bilmeli ve hastaya doğru bilgiyi vermelidir. Sağlık profesyonelleri bireyin hastalığa uyumunu sağlamalı, hastalık üzerindeki kontrolünü geliştirmesine yardımcı olmalıdır.<sup>150</sup>

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın tipi**

Araştırma, Multipl Skleroz (MS) tanısı konan hastalarda hastalık algısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2.Araştırmanın yeri**

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Anabilim Dalı Multipl Skleroz Polikliniği'nde yapılmıştır. Multipl skleroz polikliniğinde, MS hastalarının tanı, takibi ve ayaktan tedavileri yapılmaktadır. Poliklinik, randevu sistemine göre çalışmakta olup, çarşamba günleri ortalama 7-8 hastaya hizmet vermektedir. Poliklinikte bir öğretim üyesi, araştırma görevlisi ve bir hemşire çalışmaktadır. Hemşire 8-16 saatleri arasında atak tedavisi, hasta ve ailesine gereksinimler doğrultusunda eğitim vermektedir. Hasta ve ailenin eğitiminde, ilaç kullanımı ve tedaviye uyum, beslenme, fiziksel egzersiz, belirtilerle baş etme ile ilgili broşürler kullanılmaktadır.

#### **3.3.Araştırmanın evreni ve örneklemi**

Araştırmanın evreni, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) MS polikliniği'ne hastaların tekrarlı başvuruları nedeniyle saptanamamıştır. Araştırmanın örneklemini saptamak amacıyla güç analizi testi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde testin gücü %90 alınarak, çalışmanın örneklemi 70 hasta olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan örneklem sayısına ulaşıldığında çalışma sonlandırılmıştır.

### **3.4.Verilerin toplanması**

#### **3.4.1.Veri toplama araçları**

Araştırmada veriler, literatür<sup>1,9,11,12,13,14,18,19,21,29,57,60</sup> incelenerek hazırlanan Anket Formu (EK 1) ve Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-R) (IPQ-Illness Perception Questionnaire Revised) (EK 2) kullanılarak toplanmıştır.

##### **3.4.1.1.Anket Formu**

Anket formu, MS hastalarının bazı sosyo-demografik özellik ve hastalık durumlarıyla ilgili özelliklerini belirlemeye yönelik, iki bölüm ve toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Anket formunun birinci bölümünde, hastaların, yaş, cinsiyet eğitim, medeni durumu, çocuk sayısı, sosyal güvencesi gibi demografik özellikler, ikinci bölümde ise hastalığın süresi, başka bir hastalığı olma, ilaç kullanma ve atak durumunu içeren hastalık ve tedavi ile ilgili sorular yer almaktadır.

##### **3.4.1.2. Hastalık Algısı Ölçeği**

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (IPQ-R Illness Perception Questionnaire Revised), 1996 yılında Weinmann ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Moss-Morris ve arkadaşları HAÖ boyutlarında yenileme gerektiren önemli alanları belirlemişlerdir<sup>151</sup>. HAÖ 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları yeniden düzenlemişlerdir. Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2007 yılında Kocaman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>141</sup>

HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır.

Hastalık tipi boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye, önce 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşıyor yaşımadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır olarak yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: 38 maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir.

Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırmakta ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanmaktadır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırmaktadır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırmaktadır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin

hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırmaktadır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır.

Hastalık nedenleri boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör., stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (ör. kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir.

#### 3.4.2. Veri toplama araçlarının ön uygulaması

Ön uygulama, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Multipl Skleroz Polikliniği'ne Aralık 2011 tarihinde, başvuran 10 hasta ile yapılmıştır. Ön uygulama sonuçlarına göre anket formunda bazı değişiklikler yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar, araştırmaya dahil edilmemiştir.

#### 3.4.3. Veri toplama araçlarının uygulanması

Veri toplama formları, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Multipl Skleroz Polikliniği'ne başvuran hastalara, Temmuz 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Uygulama, hastaların poliklinik muayeneleri bittikten

sonra, çalışma için ayrılan bir oda da yapılmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

#### 3.4.4. Araştırmanın etik yönü

Araştırma için, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (EK 3) ve Gazi Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Merkezi (GÜSAUM) Başhekim'liğinden (EK 3) onam alınmıştır. Örneklem kapsamına alınan hastalara çalışmanın amacı açıklanmış ve hastalardan yazılı onam (EK 4) alınmıştır.

#### 3.4.5. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemi Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Multipl Skleroz Polikliniği ve polikliniğe başvuran hastalar ile sınırlıdır. Araştırmaya 18 yaşından büyük, iletişim kurulabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler alınmıştır.

#### 3.4.6. Araştırmanın değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini, hastalarla ve hastalık ile ilgili tanıtıcı özellikler oluşturmaktadır. Bağımlı değişkenleri, hastalık algısı ölçeği (HAÖ) verileri oluşturmaktadır. Normallik testi sonucunda, gruplar arasında farklılık incelenirken, ikili gruplarda normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U Testi, ikiden fazla gruplarda normal dağılmayan değişkenlerde Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır.

Gruplar arası farklılık incelenirken; anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup  $p < 0.05$  olması durumunda gruplar arası anlamlı farklılığın olduğu,  $p > 0.05$  olması durumunda ise gruplar arası anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=70)**

| Tanıtıcı Özellikler           |                  | S  | %    |
|-------------------------------|------------------|----|------|
| Cinsiyet                      | Erkek            | 23 | 32,9 |
|                               | Kadın            | 47 | 67,1 |
| Yaş<br>( $\bar{X}$ =33,4±8.9) | 25 ve Altı       | 17 | 24,3 |
|                               | 26 -30           | 11 | 15,6 |
|                               | 31-35            | 13 | 18,6 |
|                               | 36-40            | 13 | 18,6 |
|                               | 41 ve Üzeri      | 16 | 22,9 |
| Medeni durumu                 | Evli             | 45 | 64,3 |
|                               | Bekar            | 25 | 35,7 |
| Çocuk sayısı<br>(n=62)        | Yok              | 12 | 17,1 |
|                               | 1                | 24 | 34,3 |
|                               | 2 ve Üzeri       | 26 | 37,1 |
| Eğitim durumu                 | Orta Öğretim     | 27 | 38,6 |
|                               | İlköğretim       | 22 | 31,4 |
|                               | Yüksek Öğretim   | 19 | 27,1 |
|                               | Okur Yazar değil | 2  | 2,9  |
| Çalışma Durumu                | Çalışan          | 27 | 38,6 |
|                               | Çalışmayan       | 43 | 61,4 |
| Çalışma Statüsü               | Ev Hanımı        | 24 | 34,3 |
|                               | Memur            | 17 | 24,3 |
|                               | İşsiz            | 8  | 11,4 |
|                               | Serbest Meslek   | 7  | 10,0 |
|                               | Öğrenci          | 7  | 10,0 |
|                               | İşçi             | 5  | 7,1  |
|                               | Emekli           | 2  | 2,9  |

**Tablo 4.1'in devamı**

| <b>Tanıtıcı Özellikler</b>                  |                            | <b>S</b> | <b>%</b> |
|---------------------------------------------|----------------------------|----------|----------|
| Sosyal Güvence Durumu                       | Var                        | 68       | 97,1     |
|                                             | Yok                        | 2        | 2,9      |
| Gelir Gideri Karşılama Durumu               | Muhtaç Durumdayım          | 8        | 11,4     |
|                                             | Ancak Geçinebiliyorum      | 17       | 24,3     |
|                                             | Orta Derecede İyi          | 25       | 35,7     |
|                                             | iyi                        | 20       | 28,6     |
| Oturduğu Yer                                | Apartman (1. Kat Ve Üzeri) | 51       | 72,8     |
|                                             | Müstakil/Giriş             | 19       | 27,2     |
| Bakımından sorumlu olduğu birey olma durumu | Evet                       | 41       | 58,6     |
|                                             | Hayır                      | 29       | 41,4     |
| Bakımından Sorumlu Olduğu Bireyler*         | Çocuklarım                 | 29       | 70,7     |
|                                             | Eş                         | 8        | 19,5     |
|                                             | Diğer                      | 4        | 9,8      |
| Sigara kullanma Durumu                      | Kullanan                   | 24       | 34,3     |
|                                             | Kullanmayan                | 46       | 65,7     |
| Alkol kullanma Durumu                       | Kullanan                   | 6        | 8,6      |
|                                             | Kullanmayan                | 64       | 91,4     |

\*Kayın baba 3, kayın valide 1

Tablo 4.1'de hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %67.1'i kadın, yaş ortalamaları 33,4±8.9'tür. Hastaların %64.3'ü evli, %71,4'ünün bir veya birden fazla çocuğu bulunmaktadır. Hastaların eğitim durumuna bakıldığında, %38.6'sı orta öğretim mezunu, %31.4'ü ilköğretim mezunu, %27.1'i yüksek öğretim mezunu ve %2,9'u Okur/Yazar değildir. Hastaların %61,4'ü çalışmamakta, %34.3'ü ev hanımı, %24.3'ü memurdur. Hastalardan sadece %2.9'unun sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Hastaların ifadelerine bakıldığında, gelir gideri karşılama durumuna göre hastaların %28.6'ı durumunun iyi olduğunu belirtmiştir. Hastaların %72.8'i apartman dairesinde oturmaktadır. Başkasının bakımından sorumlu olma durumlarına göre %58,6'sı başkasının (%70.7'si çocuğu, %19.5'i eşi) bakımından sorumludur. Hastaların %65.7'si sigara içmemekte, %91.4'ü alkol almamaktadır.

**Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri**

| Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Özellikler                                |                 | S  | %    |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------|----|------|
| MS Hastalığının Süresi (Ay)                                          | 1-24            | 36 | 51,4 |
|                                                                      | 25-48           | 15 | 21,4 |
|                                                                      | 49 ve Üstü      | 19 | 27,2 |
| MS Dışında Hastalığı Olma Durumu                                     | Evet            | 17 | 24,2 |
|                                                                      | Hayır           | 53 | 75,8 |
| MS tedavisi alma durumu                                              | Alan            | 44 | 52,9 |
|                                                                      | Almayan         | 26 | 37,1 |
| İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu (n=44)                            | Kullanan        | 42 | 95,5 |
|                                                                      | Kullanmayan     | 2  | 4,5  |
| İlaçların Etkilerini Bilme Durumu (n=44)                             | Bilen           | 18 | 40,9 |
|                                                                      | Bilmeyen        | 26 | 59,1 |
| İlaçların Yan Etkilerini Bilme Durumu (n=43)                         | Bilen           | 5  | 11,6 |
|                                                                      | Bilmeyen        | 38 | 88,4 |
| İlaçları Kullanırken Dikkat Edilmesi Gerekenleri Bilme Durumu (n=44) | Bilen           | 5  | 11,4 |
|                                                                      | Bilmeyen        | 39 | 88,6 |
| Yardımcı Araç Gereç Kullanma Durumu                                  | Evet            | 7  | 10,0 |
|                                                                      | Hayır           | 63 | 90,0 |
| MS Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu                                  | Yatan           | 41 | 58,6 |
|                                                                      | Yatmayan        | 29 | 41,4 |
| MS Nedeniyle Hastaneye Yapılan Yatış Sayısı (n=41)                   | 1               | 19 | 46,3 |
|                                                                      | 2               | 9  | 22,0 |
|                                                                      | 3 ve Daha Fazla | 13 | 31,7 |
| Son 6 ay içinde Atak Geçirme Durumu                                  | Evet            | 19 | 27,1 |
|                                                                      | Hayır           | 51 | 72,9 |
| Atak Sayısı (n=19)                                                   | 1               | 15 | 78,9 |
|                                                                      | 2               | 1  | 5,3  |
|                                                                      | 3 ve Üstü       | 3  | 15,8 |
| Başkasının Yardımına Gereksinim Duyma                                | Evet            | 18 | 25,7 |
|                                                                      | Hayır           | 52 | 74,3 |
| Bilgi Alma Durumu                                                    | Alan            | 45 | 64,3 |
|                                                                      | Almayan         | 25 | 35,7 |
| Hastalığı Hakkında Yeterli Bilgi Alma Durumu                         | Yeterli         | 40 | 88,9 |
|                                                                      | Yetersiz        | 5  | 11,1 |
| Tedavi Hakkında Yeterli Bilgi Alma Durumu                            | Yeterli         | 37 | 82,3 |
|                                                                      | Yetersiz        | 8  | 17,7 |
| Bakım hakkında Yeterli Bilgi Alma Durumu                             | Yeterli         | 32 | 71,2 |
|                                                                      | Yetersiz        | 13 | 28,8 |
| Bilgi Aldığı Kaynaklar*                                              | Hemşire         | 16 | 35,6 |
|                                                                      | Doktor          | 12 | 26,7 |
|                                                                      | Diyetisyen      | 12 | 26,7 |
|                                                                      | Basın Tv        | 3  | 6,7  |
|                                                                      | Arkadaş         | 2  | 4,4  |

\*n katlanmıştır.

Tablo 4.2’de Hastaların hastalığa ilişkin tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde, hastaların hastalık süresi %51.4’ ünün 1-24 ay arası, %27.2’sinin ise 49 ve üstü aydır. Hastaların, %24.2’sinin MS dışında başka bir hastalığı vardır. MS’e yönelik tedavi alanların %52.9 olduğu ve bunların %95.5’inin ilaçlarını düzenli kullandığı saptanmıştır. Hastaların %59.1’inin ilaçların etkilerini, %88.4’ünün ilaçların yan etkilerini ve %88.6’sının İlaçları kullanırken dikkat edilmesi gerekenleri bilmedikleri saptanmıştır. Yardımcı araç gereç kullanma durumuna bakıldığında, hastaların %10’unun yardımcı araç gereç kullandığı belirlenmiştir. Hastaların %58,6’sı MS nedeniyle hastaneye yatmış ve %53.7’sinin iki ve daha fazla MS nedeni hastane yatışları olmuştur. Son altı ay içinde hastaların %27.1’i atak geçirmiş, atak geçirenlerin %78.9’u bir kez, %21’i iki ve daha fazla atak geçirmiştir. Hastaların %25.7’si başkasının yardımına gereksinim duyduğunu ifade etmiştir. Bilgi alma durumlarına bakıldığında, hastaların %64.3’ü bilgi aldığını belirtmiştir. Hastaların %88.9’u hastalığı hakkında, %82.3’ü tedavi ve %71.2’si bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etmiştir. Hastalara bilgi aldıkları kaynaklar sorulduğunda %35.6’sı hemşireden, %26.7 oranlarında doktor ve diyetisyenden bilgi aldığını belirtmiştir.

**Tablo 4.3. Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı Alt Boyutları | ( $\bar{X}$ ) | Min-Max Değerler |
|-------------------------------|---------------|------------------|
| Süre (Akut/Kronik)            | 18,1±3,1      | 10,0-24,0        |
| Sonuçlar                      | 19,2±4,0      | 6,0-30,0         |
| Kişisel Kontrol               | 19,8±4,0      | 10,0-30,0        |
| Tedavi Kontrolü               | 17,1±3,6      | 8,0-25,0         |
| Hastalığı Anlayabilme         | 16,4±3,7      | 7,0-24,0         |
| Süre (Döngüsel)               | 13,0±3,1      | 4,0-19,0         |
| Duygusal Temsiller            | 18,5±4,8      | 7,0-29,0         |
| <b>Olası Nedenler</b>         |               |                  |
| Psikolojik Atıflar            | 18,5±3,9      | 10,0-28,0        |
| Risk Faktörleri               | 16,4±3,9      | 9,0-29,0         |
| Bağıışıklık                   | 8,6±2,2       | 3,0-14,0         |
| Kaza Veya Şans                | 4,7±1,4       | 2,0-9,0          |

Tablo 4.3'te hastaların hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar verilmiştir. Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlar incelendiğinde; süre (akut/kronik) algısı ( $\bar{X}$  =18.1±3.1), sonuçlar algısı ( $\bar{X}$ =19.2±4.0), kişisel kontrol algısı ( $\bar{X}$  =19.8±3.9) duygusal temsiller algısı ( $\bar{X}$ =18.5±4.8) algısı puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların süre (Döngüsel) algısı puan ortalaması en düşük ( $\bar{X}$ =13.0±3.1) bulunmuştur. Hastalığın nedenleri boyutuna bakıldığında; hastaların en çok psikolojik atıflar ( $\bar{X}$ =18.5±3.9) ve risk faktörlerini ( $\bar{X}$ =16.4±2.2) olası neden olarak gördükleri saptanmıştır.

**Tablo 4.4. Hastaların Cinsiyete Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Ortalama Puanları**

| Hastalık algısı<br>Alt Boyutları |       | Ortalama Puanlar |           |      |      |     | p            |
|----------------------------------|-------|------------------|-----------|------|------|-----|--------------|
|                                  |       | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. |              |
| Kimlik                           | Erkek | 23               | 3,4       | 0    | 9    | 2,9 | <b>0,010</b> |
|                                  | Kadın | 47               | 5,3       | 0    | 10   | 2,7 |              |
| Süre (akut/kronik)               | Erkek | 23               | 17,9      | 12   | 23   | 2,7 | 0,558        |
|                                  | Kadın | 47               | 18,2      | 10   | 24   | 3,4 |              |
| Sonuçlar                         | Erkek | 23               | 18,3      | 12   | 24   | 3,7 | 0,187        |
|                                  | Kadın | 47               | 19,6      | 6    | 30   | 4,2 |              |
| Kişisel kontrol                  | Erkek | 23               | 19,3      | 11   | 29   | 4,3 | 0,541        |
|                                  | Kadın | 47               | 20,1      | 10   | 30   | 3,9 |              |
| Tedavi kontrolü                  | Erkek | 23               | 16,9      | 8    | 23   | 3,8 | 0,955        |
|                                  | Kadın | 47               | 17,3      | 10   | 25   | 3,5 |              |
| Hastalığı anlayabilme            | Erkek | 23               | 17,0      | 10   | 24   | 3,1 | 0,407        |
|                                  | Kadın | 47               | 16,0      | 7    | 23   | 4,0 |              |
| Süre (döngüsel)                  | Erkek | 23               | 12,7      | 8    | 17   | 2,8 | 0,521        |
|                                  | Kadın | 47               | 13,1      | 4    | 19   | 3,3 |              |
| Duygusal temsiller               | Erkek | 23               | 17,1      | 7    | 26   | 5,0 | 0,118        |
|                                  | Kadın | 47               | 19,2      | 9    | 29   | 4,5 |              |

Tablo 4.4.'te hastaların cinsiyete göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları ortalama puanları yer almaktadır. Hastalık algısı alt boyutlarından kimlik boyutu incelendiğinde, kadınların ortalama puanının ( $\bar{X}=5.3\pm2.7$ ), erkeklerin ortalama puanından ( $\bar{X}=3.4\pm2.9$ ) daha yüksek olduğu görülmektedir. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Cinsiyete göre hastalık algısının, alt boyutlarına bakıldığında; kadınlarda, sonuçlar ( $\bar{X}=19.6\pm4.2$ ), kişisel kontrol ( $\bar{X}=20.1\pm3.9$ ) ve duygusal temsiller ( $\bar{X}=19.2\pm4.5$ ) ortalama puanlarının diğer alt boyutlara göre erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.5. Hastaların Cinsiyete Göre Olası Hastalık Nedenlerinin Ortalama Puanları**

| Olası Hastalık Nedenleri | Cinsiyet | Ortalama Puanlar |           |      |      |     | p     |
|--------------------------|----------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                          |          | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. |       |
| Psikolojik               | Erkek    | 23               | 16,4      | 10   | 21   | 2,9 | 0,001 |
|                          | Kadın    | 47               | 19,6      | 10   | 28   | 3,8 |       |
| Risk                     | Erkek    | 23               | 16,9      | 13   | 29   | 3,6 | 0,797 |
|                          | Kadın    | 47               | 16,2      | 9    | 27   | 4,1 |       |
| Bağışıklık               | Erkek    | 23               | 8,5       | 3    | 14   | 2,5 | 0,840 |
|                          | Kadın    | 47               | 8,6       | 5    | 14   | 2,1 |       |
| Kaza                     | Erkek    | 23               | 4,7       | 3    | 9    | 1,6 | 0,599 |
|                          | Kadın    | 47               | 4,7       | 2    | 7    | 1,4 |       |

Tablo 4.5'te hastaların, cinsiyete göre olası hastalık nedenlerinin ortalama puanları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, psikolojik atıflar boyutunda kadınların ortalama puanlarının ( $\bar{X}=19.6\pm3.8$ ) erkeklerin ortalama puanından ( $\bar{X}=16.4\pm2.9$ ) daha yüksek olduğu görülmektedir. Psikolojik atıflar boyutunda, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Risk faktörleri, bağışıklık ve kaza olası hastalık nedenleri ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6. Hastaların Yaşa Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları | Yaş             | Ortalama Puanlar |           |      |      |     | p     |
|----------------------------------|-----------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                  |                 | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. |       |
| Kimlik                           | 25 yaş ve altı  | 17               | 3,76      | 0    | 9    | 3,0 | 0,130 |
|                                  | 26 -30 yaş      | 11               | 6,27      | 3    | 10   | 2,4 |       |
|                                  | 31-35 yaş       | 13               | 3,62      | 0    | 9    | 2,9 |       |
|                                  | 36-40 yaş       | 13               | 5,00      | 1    | 10   | 2,9 |       |
|                                  | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 5,06      | 1    | 9    | 2,8 |       |
| Süre (akut/kronik)               | 25 yaş ve altı  | 17               | 18,2      | 13   | 24   | 3,4 | 0,964 |
|                                  | 26 -30 yaş      | 11               | 18,4      | 15   | 23   | 2,6 |       |
|                                  | 31-35 yaş       | 13               | 18,5      | 13   | 23   | 2,7 |       |
|                                  | 36-40 yaş       | 13               | 17,5      | 10   | 22   | 3,9 |       |
|                                  | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 18,0      | 12   | 24   | 3,2 |       |
| Sonuçlar                         | 25 yaş ve altı  | 17               | 18,3      | 6    | 28   | 5,1 | 0,651 |
|                                  | 26 -30 yaş      | 11               | 19,6      | 14   | 25   | 3,6 |       |
|                                  | 31-35 yaş       | 13               | 18,3      | 13   | 23   | 3,1 |       |
|                                  | 36-40 yaş       | 13               | 20,2      | 15   | 30   | 4,3 |       |
|                                  | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 19,8      | 11   | 26   | 3,7 |       |
| Kişisel kontrol                  | 25 yaş ve altı  | 17               | 20,9      | 16   | 30   | 4,4 | 0,964 |
|                                  | 26 -30 yaş      | 11               | 19,0      | 10   | 27   | 5,7 |       |
|                                  | 31-35 yaş       | 13               | 19,2      | 15   | 23   | 2,2 |       |
|                                  | 36-40 yaş       | 13               | 19,3      | 13   | 24   | 3,4 |       |
|                                  | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 20,2      | 13   | 29   | 4,0 |       |
| Tedavi kontrolü                  | 25 yaş ve altı  | 17               | 17,3      | 12   | 24   | 3,4 | 0,629 |
|                                  | 26 -30 yaş      | 11               | 17,4      | 12   | 22   | 3,1 |       |
|                                  | 31-35 yaş       | 13               | 16,4      | 8    | 21   | 3,3 |       |
|                                  | 36-40 yaş       | 13               | 15,9      | 9    | 22   | 3,9 |       |
|                                  | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 18,4      | 12   | 25   | 3,9 |       |
| Hastalığı anlayabilme            | 25 yaş ve altı  | 17               | 17,4      | 11   | 23   | 3,7 | 0,130 |
|                                  | 26 -30 yaş      | 11               | 17,6      | 14   | 21   | 2,4 |       |
|                                  | 31-35 yaş       | 13               | 17,15     | 10   | 20   | 3,1 |       |
|                                  | 36-40 yaş       | 13               | 14,3      | 7    | 20   | 3,9 |       |
|                                  | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 15,5      | 10   | 24   | 4,2 |       |
| Süre (döngüsel)                  | 25 yaş ve altı  | 17               | 12,8      | 7    | 17   | 2,6 | 0,017 |
|                                  | 26 -30 yaş      | 11               | 11,73     | 4    | 18   | 3,7 |       |
|                                  | 31-35 yaş       | 13               | 12,2      | 6    | 16   | 2,9 |       |
|                                  | 36-40 yaş       | 13               | 12,4      | 8    | 16   | 3,0 |       |
|                                  | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 15,1      | 8    | 19   | 2,5 |       |
| Duygusal temsiller               | 25 yaş ve altı  | 17               | 18,4      | 10   | 26   | 4,7 | 0,485 |
|                                  | 26 -30 yaş      | 11               | 16,1      | 7    | 29   | 7,0 |       |
|                                  | 31-35 yaş       | 13               | 19,7      | 13   | 26   | 4,2 |       |
|                                  | 36-40 yaş       | 13               | 18,9      | 14   | 26   | 3,5 |       |
|                                  | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 19,0      | 12   | 25   | 4,2 |       |

Tablo 4.6’da hastaların yaşa göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları ortalama puanları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, 41 ve üzeri yaş grubunun süre (döngüsel) ortalama puanının ( $\bar{X}$ =15.1±2.5) diğer yaş grubunda olanların süre (döngüsel) ortalama puanından daha yüksek

olduğu saptanmıştır. Yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Farkı oluşturan yaş grubunun 41 ve üzeri yaş grubu olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarda ise yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.7. Hastaların Yaşa Göre Olası Hastalık Nedenlerinin Ortalama Puanları**

| Olası Hastalık Nedenleri | Yaş Grupları    | Ortalama Puanlar |           |      |      |     | p     |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                          |                 | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. |       |
| Psikolojik               | 25 yaş ve altı  | 17               | 18,4      | 10   | 28   | 5,5 | 0,760 |
|                          | 26-30 yaş       | 11               | 17,6      | 12   | 21   | 2,8 |       |
|                          | 31-35 yaş       | 13               | 18,0      | 11   | 23   | 3,7 |       |
|                          | 36-40 yaş       | 13               | 19,2      | 12   | 24   | 3,9 |       |
|                          | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 19,1      | 14   | 23   | 2,6 |       |
| Risk                     | 25 yaş ve altı  | 17               | 14,1      | 9    | 21   | 3,4 | 0,016 |
|                          | 26-30 yaş       | 11               | 16,9      | 10   | 21   | 3,4 |       |
|                          | 31-35 yaş       | 13               | 18,9      | 14   | 29   | 4,3 |       |
|                          | 36-40 yaş       | 13               | 17,4      | 9    | 27   | 4,5 |       |
|                          | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 15,7      | 9    | 20   | 2,6 |       |
| Bağımsızlık              | 25 yaş ve altı  | 17               | 7,6       | 6    | 11   | 1,6 | 0,061 |
|                          | 26-30 yaş       | 11               | 8,1       | 3    | 11   | 2,3 |       |
|                          | 31-35 yaş       | 13               | 9,8       | 6    | 14   | 2,4 |       |
|                          | 36-40 yaş       | 13               | 8,2       | 5    | 12   | 2,2 |       |
|                          | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 9,3       | 6    | 13   | 2,3 |       |
| Kaza                     | 25 yaş ve altı  | 17               | 4,8       | 2    | 7    | 1,6 | 0,993 |
|                          | 26-30 yaş       | 11               | 4,6       | 3    | 7    | 1,3 |       |
|                          | 31-35 yaş       | 13               | 4,6       | 3    | 6    | 1,1 |       |
|                          | 36-40 yaş       | 13               | 4,5       | 2    | 6    | 1,3 |       |
|                          | 41 yaş ve Üzeri | 16               | 4,8       | 2    | 9    | 2,0 |       |

Tablo 4.7’de hastaların yaşa göre olası hastalık nedenleri ortalama puanları yer almaktadır. Risk faktörleri açısından, 31-35 yaş grubunda olan hastaların risk faktörleri ortalama puanının ( $\bar{X}=18.9\pm4.3$ ), diğer yaş grubunda olanların ortalama puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşa göre risk faktörleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Farkı, 31-35 yaş aralığındaki grup oluşturmaktadır. Hastalık nedenlerine ilişkin yaş grupları arasında

psikolojik atıf, bağışıklık, kaza, boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Medeni durum, çocuk sayısına göre hastalık algısı alt ölçeği boyutları istatistiksel olarak değerlendirilmiş, aradaki fark anlamsız bulunduğu için tablolastırılmamıştır ( $p>0.05$ ) (EK 5).

**Tablo 4.8. Hastaların Medeni Duruma Göre Olası Hastalık Nedenlerinin Ortalama Puanları**

| Olası Hastalık Nedenleri | Medeni Durum | Ortalama Puanlar |           |      |      |     | p            |
|--------------------------|--------------|------------------|-----------|------|------|-----|--------------|
|                          |              | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. |              |
| Psikolojik               | Evli         | 45               | 18,6      | 11   | 25   | 3,4 | 0,698        |
|                          | Bekar        | 25               | 18,3      | 10   | 28   | 4,6 |              |
| Risk                     | Evli         | 45               | 17,0      | 9    | 27   | 3,4 | <b>0,031</b> |
|                          | Bekar        | 25               | 15,3      | 9    | 29   | 4,6 |              |
| Bağışıklık               | Evli         | 45               | 8,8       | 3    | 14   | 2,4 | 0,106        |
|                          | Bekar        | 25               | 8,1       | 6    | 14   | 2,0 |              |
| Kaza                     | Evli         | 45               | 4,7       | 2    | 9    | 1,5 | 0,944        |
|                          | Bekar        | 25               | 4,6       | 2    | 7    | 1,4 |              |

Tablo 4.8’de hastaların medeni duruma göre olası hastalık nedenleri ortalama puanları verilmiştir. Medeni duruma göre olası hastalık nedenleri boyutunda risk faktörleri açısından, evli olanların risk faktörleri ortalama puanı ( $\bar{X}=17.0\pm3.4$ ), bekar olanların risk faktörleri ortalama puanından ( $\bar{X}=15.3\pm4.6$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Medeni duruma göre risk faktörleri ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Medeni durum ile hastalığın diğer olası nedenleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9. Hastaların Çocuk Sayısına Göre Olası Hastalık Nedenlerinin Ortalama Puanları**

|                          |                | Ortalama Puanlar |           |      |      |     |              |
|--------------------------|----------------|------------------|-----------|------|------|-----|--------------|
| Olası Hastalık Nedenleri | Çocuk Sayıları | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. | p            |
| Psikolojik               | Yok            | 12               | 17,3      | 10   | 24   | 4,2 | 0,193        |
|                          | 1              | 24               | 19,8      | 12   | 25   | 2,8 |              |
|                          | 2 ve üzeri     | 26               | 18,3      | 11   | 23   | 3,7 |              |
| Risk                     | Yok            | 12               | 13,7      | 9    | 18   | 3,3 | <b>0,005</b> |
|                          | 1              | 24               | 18,4      | 13   | 29   | 3,8 |              |
|                          | 2 ve üzeri     | 26               | 16,90     | 9    | 23   | 3,3 |              |
| Bağışıklık               | Yok            | 12               | 7,8       | 6    | 12   | 1,8 | 0,182        |
|                          | 1              | 24               | 8,9       | 3    | 14   | 2,5 |              |
|                          | 2 ve üzeri     | 26               | 9,0       | 6    | 14   | 2,3 |              |
| Kaza                     | Yok            | 12               | 4,3       | 2    | 6    | 1,4 | 0,163        |
|                          | 1              | 24               | 5,2       | 3    | 9    | 1,6 |              |
|                          | 2 ve üzeri     | 26               | 4,4       | 2    | 6    | 1,2 |              |

Tablo 4.9'da hastaların çocuk sayısına göre olası hastalık nedenleri ortalama puanları verilmiştir. Çocuk sayısına göre olası risk faktörleri açısından fark istatistiksel olarak bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çocuğu olmayanların ortalama risk puanının daha düşük ( $\bar{X}=13.7\pm3.3$ ) olduğu görülmektedir. Çocuğu olmayanlar ile 1 çocuk sahibi olanlar ve çocuğu olmayanlar ile 2 ve üzeri çocuk sahibi olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Çocuğu olan hastaların olmayanlara göre hastalık nedeni olarak risk faktörlerine sahip olmayı gördükleri saptanmıştır. Hastaların çocuk sayılarına göre olası hastalık nedenlerinin psikolojik atıflar, bağışıklık ve kaza ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.10. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları | Eğitim durumu                | Ortalama Puanlar |           |      |      |     | p     |
|----------------------------------|------------------------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                  |                              | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. |       |
| Kimlik                           | Okuryazar değil /İlköğretim  | 24               | 5,08      | 0    | 10   | 3,0 | 0,647 |
|                                  | Orta öğretim                 | 27               | 4,33      | 0    | 10   | 3,0 |       |
|                                  | Yüksek Öğretim               | 19               | 4,58      | 0    | 9    | 2,7 |       |
| Süre<br>(akut/kronik)            | Okuryazar değil / İlköğretim | 24               | 18,0      | 10   | 23   | 3,3 | 0,537 |
|                                  | Orta öğretim                 | 27               | 17,9      | 13   | 24   | 3,1 |       |
|                                  | Yüksek Öğretim               | 19               | 18,7      | 12   | 24   | 3,1 |       |
| Sonuçlar                         | Okuryazar değil / İlköğretim | 24               | 20,2      | 14   | 30   | 3,7 | 0,268 |
|                                  | Orta öğretim                 | 27               | 19,5      | 12   | 28   | 3,9 |       |
|                                  | Yüksek Öğretim               | 19               | 17,6      | 6    | 24   | 4,5 |       |
| Kişisel kontrol                  | Okuryazar değil / İlköğretim | 24               | 19,8      | 14   | 27   | 2,7 | 0,965 |
|                                  | Orta öğretim                 | 27               | 19,6      | 10   | 29   | 4,7 |       |
|                                  | Yüksek Öğretim               | 19               | 20,2      | 13   | 30   | 4,5 |       |
| Tedavi kontrolü                  | Okuryazar değil / İlköğretim | 24               | 16,5      | 9    | 20   | 3,0 | 0,702 |
|                                  | Orta öğretim                 | 27               | 17,3      | 8    | 25   | 3,8 |       |
|                                  | Yüksek Öğretim               | 19               | 17,7      | 12   | 25   | 4,0 |       |
| Hastalığı<br>anlayabilme         | Okuryazar değil / İlköğretim | 24               | 14,8      | 9    | 20   | 3,3 | 0,040 |
|                                  | Orta öğretim                 | 27               | 17,2      | 7    | 23   | 3,7 |       |
|                                  | Yüksek Öğretim               | 19               | 17,2      | 11   | 24   | 3,7 |       |
| Süre (döngüsel)                  | Okuryazar değil / İlköğretim | 24               | 13,0      | 6    | 17   | 3,0 | 0,900 |
|                                  | Orta öğretim                 | 27               | 13,2      | 4    | 19   | 3,2 |       |
|                                  | Yüksek Öğretim               | 19               | 12,7      | 7    | 17   | 3,2 |       |
| Duygusal<br>temsiller            | Okuryazar değil / İlköğretim | 24               | 18,8      | 14   | 26   | 3,7 | 0,450 |
|                                  | Orta öğretim                 | 27               | 19,0      | 7    | 29   | 5,5 |       |
|                                  | Yüksek Öğretim               | 19               | 17,4      | 10   | 26   | 4,8 |       |

Tablo 4.10'da hastaların eğitim durumuna göre hastalık algısı ölçeği ortalama puanları verilmiştir. Hastalık algısının alt boyutları ile eğitim durumları arasında, hastalığı anlayabilme boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Okuryazar değil/ilköğretim mezunu olanların hastalığı anlayabilme ortalama puanı ( $\bar{X}=14.8\pm3.3$ ) diğer eğitim durumlarının, hastalığı anlayabilme ortalama puanından daha düşük bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olara anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.11. Hastaların MS Dışında Bir Hastalığı Olma Durumuna Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları<br>durumu | MS dışında hastalık olma<br>durumu | Ortalama puanlar |           |      |      |     |       |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                            |                                    | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. | p     |
| Kimlik                                     | Olan                               | 17               | 4,2       | 0    | 9    | 2,7 | 0,381 |
|                                            | Olmayan                            | 52               | 4,8       | 0    | 10   | 3,0 |       |
| Süre<br>(akut/kronik)                      | Olan                               | 17               | 18,5      | 13   | 24   | 3,0 | 0,483 |
|                                            | Olmayan                            | 53               | 18,0      | 10   | 24   | 3,2 |       |
| Sonuçlar                                   | Olan                               | 17               | 19,2      | 13   | 24   | 2,9 | 0,889 |
|                                            | Olmayan                            | 53               | 19,3      | 6    | 30   | 4,4 |       |
| Kişisel kontrol                            | Olan                               | 17               | 21,4      | 13   | 29   | 4,0 | 0,016 |
|                                            | Olmayan                            | 53               | 19,3      | 10   | 30   | 3,9 |       |
| Tedavi<br>kontrolü                         | Olan                               | 17               | 17,7      | 12   | 25   | 3,7 | 0,546 |
|                                            | Olmayan                            | 53               | 16,9      | 8    | 25   | 3,6 |       |
| Hastalığı<br>anlayabilme                   | Olan                               | 17               | 17,2      | 12   | 24   | 3,2 | 0,310 |
|                                            | Olmayan                            | 53               | 16,0      | 7    | 23   | 3,8 |       |
| Süre<br>(döngüsel)                         | Olan                               | 17               | 13,8      | 8    | 19   | 2,9 | 0,274 |
|                                            | Olmayan                            | 53               | 12,7      | 4    | 18   | 3,6 |       |
| Duygusal<br>temsiller                      | Olan                               | 17               | 20,5      | 12   | 26   | 4,4 | 0,046 |
|                                            | Olmayan                            | 53               | 17,9      | 7    | 29   | 4,8 |       |

Tablo 4.11.'de hastaların MS dışında bir hastalığı olma durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının ortalama puanları verilmiştir. Hastaların MS dışında bir hastalığı olma durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarına bakıldığında; MS dışında bir hastalığı olmayanların kişisel kontrol algısı alt boyutu ortalama puanı ( $\bar{X}=19.3\pm3.9$ ), başka bir hastalığı olanların kişisel kontrol algısı ortalama puanından daha düşük ( $\bar{X}=21.4\pm21.4$ ) bulunmuştur. Duygusal temsiller alt boyutunda MS dışında bir hastalığı olmayanların ortalama puanı ( $\bar{X}=17.9\pm4.$ ), olanların ortalama puanından daha düşük ( $\bar{X}=20.5\pm4.4$ ) bulunmuştur. Kişisel kontrol, ve duygusal temsiller alt boyutlarında MS dışında hastalığı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalığı anlayabilme algısı alt boyutunda MS hastalığı dışında bir hastalığı olmayanların ortalama puanı ( $\bar{X}=16.0\pm3.8$ ), başka bir hastalığı olanların ortalama puanından ( $\bar{X}=17.2\pm3.2$ ) daha düşük

bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastalık algısının, kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ )

**Tablo 4.12. Hastaların Yardım Gereksinimine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt boyutları | Yardım Gereksinimi | Ortalama puanlar |           |      |      |     |       |
|----------------------------------|--------------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                  |                    | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. | p     |
| Kimlik                           | Olan               | 18               | 6,0       | 1    | 10   | 2,6 | 0,023 |
|                                  | Olmayan            | 52               | 4,2       | 0    | 9    | 2,9 |       |
| Süre (akut/kronik)               | Olan               | 18               | 17,7      | 10   | 22   | 3,6 | 0,607 |
|                                  | Olmayan            | 52               | 18,3      | 12   | 24   | 3,0 |       |
| Sonuçlar                         | Olan               | 18               | 21,7      | 13   | 30   | 4,1 | 0,004 |
|                                  | Olmayan            | 52               | 18,4      | 6    | 25   | 3,7 |       |
| Kişisel kontrol                  | Olan               | 18               | 19,7      | 13   | 27   | 3,7 | 0,740 |
|                                  | Olmayan            | 52               | 19,9      | 10   | 30   | 4,1 |       |
| Tedavi kontrolü                  | Olan               | 18               | 16,8      | 8    | 24   | 4,0 | 0,755 |
|                                  | Olmayan            | 52               | 17,3      | 9    | 25   | 3,4 |       |
| Hastalığı<br>anlayabilme         | Olan               | 18               | 15,6      | 9    | 23   | 4,1 | 0,295 |
|                                  | Olmayan            | 52               | 16,7      | 7    | 24   | 3,6 |       |
| Süre (döngüsel)                  | Olan               | 18               | 13,8      | 10   | 18   | 2,2 | 0,213 |
|                                  | Olmayan            | 52               | 12,7      | 4    | 19   | 3,3 |       |
| Duygusal<br>temsiller            | Olan               | 18               | 18,8      | 14   | 29   | 4,2 | 0,925 |
|                                  | Olmayan            | 52               | 18,4      | 7    | 26   | 5,0 |       |

Tablo 4.12.'de hastaların yardım gereksinimine göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları ortalama puanları verilmiştir. Hastalığın kimliğine bakıldığında yardım gereksinimi olan hastaların ortalama puanları ( $\bar{X}=6.0\pm2.6$ ), olmayanlara ( $\bar{X}=4.2\pm2.9$ ) göre daha yüksek bulunmuştur. Kimlik boyutunda yardım alan ile almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Sonuçlar alt boyutuna bakıldığında, yardım gereksinimi olanların ortalama puanları ( $\bar{X}=21.7\pm4.1$ ), olmayanlara ( $\bar{X}=18.4\pm3.7$ ) göre daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlar alt boyutundaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yardım gereksinimine göre hastalık algısının, süre (akut/kronik), kişisel kontrol,

tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.13. Hastaların Başkasının Bakımından Sorumlu Olma Durumuna Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları | Bakımdan sorumlu olma durumu | Ortalama puanlar |           |      |      |     |       |
|----------------------------------|------------------------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                  |                              | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. | p     |
| Kimlik                           | Olan                         | 41               | 4,3       | 0    | 10   | 3,0 | 0,221 |
|                                  | Olmayan                      | 29               | 5,2       | 0    | 9    | 2,8 |       |
| Süre<br>(akut/kronik)            | Olan                         | 41               | 18,2      | 10   | 24   | 3,0 | 0,971 |
|                                  | Olmayan                      | 29               | 18,1      | 12   | 24   | 3,4 |       |
| Sonuçlar                         | Olan                         | 41               | 19,5      | 13   | 26   | 3,4 | 0,662 |
|                                  | Olmayan                      | 29               | 18,8      | 6    | 30   | 4,9 |       |
| Kişisel kontrol                  | Olan                         | 41               | 19,5      | 10   | 29   | 4,1 | 0,580 |
|                                  | Olmayan                      | 29               | 20,2      | 13   | 30   | 3,9 |       |
| Tedavi kontrolü                  | Olan                         | 41               | 16,3      | 8    | 25   | 3,6 | 0,028 |
|                                  | Olmayan                      | 29               | 18,3      | 12   | 25   | 3,2 |       |
| Hastalığı anlayabilme            | Olan                         | 41               | 16,2      | 7    | 24   | 3,5 | 0,671 |
|                                  | Olmayan                      | 29               | 16,6      | 9    | 23   | 4,0 |       |
| Süre (döngüsel)                  | Olan                         | 41               | 13,1      | 4    | 19   | 3,3 | 0,701 |
|                                  | Olmayan                      | 29               | 12,8      | 7    | 17   | 2,8 |       |
| Duygusal temsiller               | Olan                         | 41               | 19,2      | 9    | 29   | 4,5 | 0,190 |
|                                  | Olmayan                      | 29               | 17,6      | 7    | 26   | 5,0 |       |

Tablo 4.13.'te hastaların başkasının bakımından sorumlu olma durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutları ortalama puanları verilmiştir. Hastalık algısı alt boyutlarına bakıldığında, tedavi kontrolü alt boyutunda başkasının bakımından sorumlu olmayanların ortalama puanı ( $\bar{X}=18.3\pm3.2$ ), başkasının bakımından sorumlu olanların tedavi kontrolü ortalama puanından daha yüksek ( $\bar{X}=16.3\pm3.6$ ) ve ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalık algısının kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.14. Hastaların Bilgi Alma Durumuna Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları | Bilgi alma durumu | Ortalama puanlar |           |      |      |     | p     |
|----------------------------------|-------------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                  |                   | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. |       |
| Kimlik                           | Olan              | 45               | 4,6       | 0    | 10   | 2,8 | 0,964 |
|                                  | Olmayan           | 25               | 4,8       | 0    | 10   | 3,5 |       |
| Süre<br>(akut/kronik)            | Olan              | 45               | 18,7      | 10   | 24   | 3,0 | 0,003 |
|                                  | Olmayan           | 25               | 15,8      | 12   | 20   | 2,7 |       |
| Sonuçlar                         | Olan              | 45               | 19,1      | 6    | 30   | 4,1 | 0,867 |
|                                  | Olmayan           | 25               | 19,5      | 14   | 28   | 3,9 |       |
| Kişisel kontrol                  | Olan              | 45               | 19,9      | 10   | 30   | 4,3 | 0,879 |
|                                  | Olmayan           | 25               | 19,5      | 14   | 23   | 2,6 |       |
| Tedavi kontrolü                  | Olan              | 45               | 16,9      | 8    | 25   | 3,5 | 0,178 |
|                                  | Olmayan           | 25               | 18,1      | 9    | 24   | 4,0 |       |
| Hastalığı<br>anlayabilme         | Olan              | 45               | 16,5      | 7    | 24   | 3,7 | 0,611 |
|                                  | Olmayan           | 25               | 15,9      | 10   | 23   | 3,8 |       |
| Süre (döngüsel)                  | Olan              | 45               | 13,1      | 4    | 19   | 3,0 | 0,386 |
|                                  | Olmayan           | 25               | 12,3      | 6    | 18   | 3,5 |       |
| Duygusal<br>temsiller            | Olan              | 45               | 18,2      | 7    | 26   | 4,8 | 0,303 |
|                                  | Olmayan           | 25               | 20,0      | 14   | 29   | 4,2 |       |

Tablo 4.14'te hastaların bilgi alma durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının ortalama puanları verilmiştir. Bilgi alma durumuna göre hastalık algısı alt boyutlarına bakıldığında, süre (akut/kronik) alt boyutunda bilgi alan hastaların ortalama puanları ( $\bar{X} = 18,7 \pm 3,0$ ), bilgi almayan hastaların ortalama puanından ( $15,8 \pm 2,7$ ) daha yüksek, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hastalık algısı, kimlik, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4.15. Hastaların Hastalık Hakkında Yeterli Bilgi Alma Durumuna Hastalık Algısı Alt Ölçeği Boyutlarının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları             |          | Ortalama Puanlar |           |      |      |     |       |
|----------------------------------------------|----------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
| Hastalığı hakkında yeterli bilgi alma durumu |          | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. | p     |
| Kimlik                                       | Yeterli  | 40               | 4,8       | 0    | 10   | 2,7 | 0,556 |
|                                              | Yetersiz | 5                | 4,3       | 0    | 9    | 3,1 |       |
| Süre (akut/kronik)                           | Yeterli  | 40               | 18,3      | 10   | 24   | 3,4 | 0,311 |
|                                              | Yetersiz | 5                | 19,5      | 16   | 23   | 1,8 |       |
| Sonuçlar                                     | Yeterli  | 40               | 18,8      | 6    | 30   | 4,4 | 0,441 |
|                                              | Yetersiz | 5                | 19,9      | 13   | 25   | 3,3 |       |
| Kişisel kontrol                              | Yeterli  | 40               | 20,4      | 10   | 30   | 4,9 | 0,162 |
|                                              | Yetersiz | 5                | 18,9      | 15   | 23   | 2,0 |       |
| Tedavi kontrolü                              | Yeterli  | 40               | 16,9      | 8    | 25   | 3,8 | 0,679 |
|                                              | Yetersiz | 5                | 17,1      | 12   | 21   | 2,6 |       |
| Hastalığı anlayabilme                        | Yeterli  | 40               | 17,3      | 9    | 24   | 3,6 | 0,018 |
|                                              | Yetersiz | 5                | 14,7      | 7    | 20   | 3,5 |       |
| Süre (döngüsel)                              | Yeterli  | 40               | 12,8      | 4    | 19   | 3,2 | 0,242 |
|                                              | Yetersiz | 5                | 13,8      | 9    | 17   | 2,6 |       |
| Duygusal temsiller                           | Yeterli  | 40               | 17,4      | 9    | 26   | 4,6 | 0,058 |
|                                              | Yetersiz | 5                | 19,9      | 7    | 26   | 5,1 |       |

Tablo 4.15.'te hastaların hastalık hakkında yeterli bilgi alma durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının ortalama puanları verilmiştir. Hastalığı anlayabilme alt boyutunda hastalık hakkında aldıkları bilginin yeterli olduğunu ifade edenlerin ortalama puanı ( $\bar{X}=17.3\pm3.6$ ), yeterli olmadığını ifade edenlerin ortalama puanından ( $\bar{X}=14.7\pm3.5$ ) daha yüksek bulunmuştur. Hastalığı anlayabilme alt boyutundaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalık hakkında yeterli bilgi alma durumuna göre hastalık algısının kimlik, süre (akut/kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel), duygusal temsiller alt boyutlarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.16. Hastaların Bakım Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları | Bakım ile ilgili bilgi durumu | Ortalama puanlar |           |      |      |     |       |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                  |                               | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. | p     |
| Kimlik                           | Yeterli                       | 32               | 5,1       | 0    | 10   | 2,8 | 0,119 |
|                                  | Yetersiz                      | 13               | 4,0       | 0    | 9    | 2,6 |       |
| Süre<br>(akut/kronik)            | Yeterli                       | 32               | 18,3      | 10   | 24   | 3,0 | 0,460 |
|                                  | Yetersiz                      | 13               | 19,0      | 12   | 24   | 3,0 |       |
| Sonuçlar                         | Yeterli                       | 32               | 19,0      | 6    | 30   | 4,5 | 0,759 |
|                                  | Yetersiz                      | 13               | 19,3      | 12   | 25   | 3,6 |       |
| Kişisel kontrol                  | Yeterli                       | 32               | 20,4      | 10   | 30   | 5,1 | 0,250 |
|                                  | Yetersiz                      | 13               | 19,3      | 13   | 29   | 3,0 |       |
| Tedavi kontrolü                  | Yeterli                       | 32               | 17,3      | 8    | 25   | 4,1 | 0,417 |
|                                  | Yetersiz                      | 13               | 16,5      | 12   | 21   | 2,4 |       |
| Hastalığı<br>anlayabilme         | Yeterli                       | 32               | 17,4      | 9    | 24   | 3,5 | 0,031 |
|                                  | Yetersiz                      | 13               | 15,3      | 7    | 23   | 3,7 |       |
| Süre (döngüsel)                  | Yeterli                       | 32               | 13,1      | 4    | 19   | 3,2 | 0,981 |
|                                  | Yetersiz                      | 13               | 13,2      | 8    | 17   | 2,8 |       |
| Duygusal<br>temsiller            | Yeterli                       | 32               | 18,1      | 9    | 26   | 5,1 | 0,923 |
|                                  | Yetersiz                      | 13               | 18,3      | 7    | 26   | 4,6 |       |

Tablo 4.16.'da hastaların bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının ortalama puanları verilmiştir. Tablo incelendiğinde, hastalığı anlayabilme alt boyutunda bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade edenlerin ortalama puanı ( $\bar{X}=17.4\pm3.5$ ), yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade edenlerin ortalama puanından ( $\bar{X}=15.3\pm3.7$ ) yüksek bulunmuştur. Hastalığı anlayabilme boyutunda ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bakım hakkında yeterli bilgi alma durumuna göre hastalık algısının, kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) duygusal temsiller alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Eğitim durumlarına göre hastalık algısı  l eği alt boyutları; süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında yer alan hastalık algısını etkileyebileceği düşünülen özellikler olarak;

- Çalışma durumu
- Oturduğu yer bakımından sorumlu olduğu bireyler olma durumu
- Hastalığın süresi
- MS nedeniyle hastaneye yatma
- İlaç kullanma durumu
- Son altı ayda atak geçirme durumu
- Gelir gideri karşılama durumuna göre hastalık algısı  l eği alt boyutları ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak değerlendirilmiş olup fark anlamlı bulunmamıştır (EK 5).

## 5.TARTIŞMA

Bu bölümde, MS tanısı konan hastaların hastalık algısı değerlendirilmesi sonucunda elde edilen verilerin tartışması yer almaktadır.

Hastalık algısının değerlendirilmesinde kullanılan Hastalık Algısı Ölçeği; kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutları ve olası hastalık nedenleri boyutlarından oluşmaktadır. Hastalığa eşlik eden belirtiler anlamına gelen hastalığın kimliği alt boyutu, yorgunluk ve anksiyete ile ilişkilidir. Hastalar yaşadıkları belirti ve deneyimlere göre hastalıklarına bir etiket bulmaya çalışır, bunu bulduklarında kendi inançlarına göre sürekli bu etiketi kullanırlar. Belirtiler hastalara hastalığının kronik, ilerleyici ya da anksiyete ve yorgunluğa neden olduğunun işareti gibi gelebilmektedir. Bu duygular hastanın uzaklaşmasına ya da sosyal ilişkisinde azalmaya neden olur. Fiziksel yorgunluğun hastanın kişisel kontrolünü olumsuz etkilediği bulunmuştur. Hastaların mental yorgunluğu azaldıkça, hastalığı tedavi etme inancı artmakta, mental yorgunluk artıkça da sonuçları algılama inancı düşmektedir. Duygusal temsiller, hastanın hem hastalığa uyumu hem de süre (döngüsel) alt boyutlarını olumsuz etkilemektedir. Fiziksel yetersizlik hastalığa uyum boyutunda da düşmeye neden olmaktadır.<sup>29</sup>

Çalışmamızda; örnekleme alınan hastaların süre (akut/kronik) puan ortalaması  $18.1 \pm 3.1$  olarak saptanmıştır. Puanın yüksek olması, hastaların hastalığı kronik bir hastalık olarak düşündüğünü göstermektedir. Sonuçlar puan ortalaması  $19.2 \pm 4.0$  olarak bulunmuştur. Bu, hastalığın hasta üzerinde olumsuz sonuçları olduğunu göstermektedir. Kişisel kontrol puan ortalaması  $19.8 \pm 4.0$ 'dir. Hastanın hastalığını kontrol

edebildiğini göstermektedir. Tedavi kontrolü puan ortalamasının  $17.1 \pm 3.6$  olması, örneklem kapsamına alınan hastaların hastalığını kontrol edebileceği ilgili olumlu inanca sahip olduğunu göstermektedir. Hastalığı anlayabilme puan ortalamasının  $16.4 \pm 3.7$  olması, hastanın hastalığını anladığını; süre (döngüsel) puan ortalamasının  $13.0 \pm 3.1$  olması, hastalığın doğal bir döngüsü olduğuna dair inancı olduğu göstermektedir. Hastaların duygusal temsiller puan ortalaması ise  $18.5 \pm 4.8$  olarak bulunmuştur. Bu sonuç, hastalıkla beraber ortaya çıkan olumsuz emosyonel duyguların arttığını göstermektedir. Örneklem kapsamına alınan hastalar, hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını kişisel kontrol ( $19.8 \pm 4.0$ ), en düşük puan ortalamasını süre (döngüsel) puan ortalaması ( $13. \pm 3.1$ )'ndan almıştır. Hastaların hastalığı kontrol edebilme konusunda pozitif inançlara, hastalığın seyri ve doğası ile ilgili negatif inançlara sahip oldukları söylenebilir.

Spain ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, MS tanısı konan 580 hastanın yaşam kalitelerinin hastalık algısını etkileme durumu incelenmiştir. Çalışmada, hastaların sonuçlar, süre, kimlik alt boyutlarında olumsuz hastalık algısına, kontrol ve tedavi alt boyutlarında ise olumlu hastalık algısına sahip oldukları belirlenmiştir. Spain ve arkadaşlarının çalışması hastalık algısı alt boyutlarında çalışmamızla paralellik göstermemektedir.<sup>35</sup>

Lerdal ve arkadaşları (2008) 313 MS hastasında hastalık algısını incelemişlerdir. Hastaları progresif/ilerleyici tipteki MS hastası olanlar (n=55) ve tekrarlayıcı/sekonder ilerleyici MS hastası olanlar (n=252) olmak üzere 2 gruba ayırarak hastalık şiddetine yönelik algılarını bir yıl arayla değerlendirmişlerdir. Bir yıl sonra Progresif ilerleyici MS hastalarının hastalık şiddeti algısı puan ortalamasının tekrarlayıcı/sekonder ilerleyici MS hastalarının puan ortalamasından

yüksek olduğu ve hastalığı daha şiddetli algıladıkları belirlenmiştir. Hastalığı daha şiddetli algılayan hastaların aynı zamanda düşük fiziksel fonksiyona, düşük mental sağlığa sahip oldukları ve rollerinde daha fazla kısıtlama yaşadıkları belirlenmiştir.<sup>30</sup> Jopson ve Moss-Morris (2003) 168 MS hastasında hastalık algısını belirlemek için yaptıkları çalışmada, hastalığın şiddetini; MS'in mevcut durumu, tanı konulduktan sonra geçen süre ve iyileşme durumu gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir. Çalışmada hastalık algısının en çok (%32) psikososyal disfonksiyonlar, rol kayıpları (%17) ve fiziksel disfonksiyonlarla (%11) ilişkili olduğu saptanmıştır. Psikososyal fonksiyonları, en çok etkileyen faktörler hastalık kimliği ve hastalığın ciddi sonuçları olduğu inancıdır. Hastalığın ciddi sonuçları olduğu inancı, rol kısıtlaması ve fiziksel yetersizliklerle ilişkilidir. Aynı zamanda fiziksel fonksiyon yetersizlikleri için hastalık kimliği ve süre (akut/kronik) önemli alt boyutlardır. Aynı çalışmada fiziksel yorgunluğun kişisel kontrolü olumsuz etkilediği, tedavi kontrolünün mental yorgunluk düştükçe yükseldiği saptanmıştır. En yüksek puan ortalamasının kişisel kontrol alt boyutunda olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada, hastalık algısının, MS hastalığı ve tedavisine uyum sağlamada önemli rol oynadığı saptanmıştır.<sup>29</sup>

Milani ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada, hastaların girişim öncesi hastalık algısı ölçeği ortalama puanı 129.3 iken, girişim sonrası bu puan 133.3 olmuştur.<sup>152</sup> Çalışmamızda, hastaların hastalık algısı ölçeği ortalama puanı 129.0 bulunmuş ve Milani ve arkadaşlarının girişim öncesi hastalık algısı ölçeği puanı ile paralellik göstermiştir. Milani ve arkadaşlarının çalışması, hastaların hastalık algısının girişim ile değişebileceğini göstermiştir. Aynı çalışma hastaların yaşam kalitesinin fiziksel sağlıkla ilişkili boyutunun hastalık algısı ile beraber yükseldiği ortaya konulmuştur. Çalışmaya alınan hastaların büyük bir kısmı aile bireyleri, arkadaşları ve toplumun, hastalığın onları ne kadar kötü etkilediğini anlamadıklarını belirtmiş ve bunun onlar için kısıtlamaya neden

olduğunu belirtmiştir.<sup>152</sup> Spain ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, fiziksel faktörlerin hastalık algısını etkilediği saptanmıştır.<sup>35</sup> Jopson ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada, hastalık kimliği ve sürenin (akut-kronik) fiziksel fonksiyon yetersizlikleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır.<sup>29</sup>

Çalışmamızda, ölçeğin olası hastalık nedenleri boyutuna bakıldığında, psikolojik atıflar puan ortalaması  $18,5 \pm 3,9$ , risk faktörleri puan ortalaması  $16,4 \pm 3,9$ , bağışıklık puan ortalaması  $8,6 \pm 2,2$  ve kaza/şans puan ortalaması  $4,7 \pm 1,4$ 'tür. Araştırma kapsamına alınan hastalar, daha çok psikolojik atıfların (stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri gibi), İkinci sırada risk faktörlerinin (Genetik, diyet-yemek alışkanlıkları, kendi davranışım) hastalığa neden olduğunu düşünmektedirler. Bağışıklık (vücut direncinin azalması, bir mikrop ya da virüs, çevre kirliliği) ve kaza/şansın ( kaza ya da yaralanma, şans ya da kötü talih) hastalığa neden olduğu düşünenlerin sayısı azdır. Jopson ve Moss-Morris'in çalışmasında, hastalar olası hastalık nedeni olarak bir mikrop ya da virüs (%35), stres (%21), kalıtsal (%8), vücut direncinin bozulması (%7)'ni görmektedir. Araştırmamızda ise hastalar hastalığı en çok psikolojik kaynaklı görürken, en az vücut direncinin azalmasını neden olarak görmektedir.<sup>29</sup>

Hastalık algısını sosyodemografik özelliklerin de etkileyebileceği düşünülmüş; ancak çalışmamızın sonucuna göre sosyodemografik özellikler ile hastalık algısı alt boyutları arasında yapılan istatistiksel analize göre yaş,cinsiyet, medeni durum gibi özellikler ile hastalık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır( $p < 0.05$ ). Sadece eğitim durumuna göre hastalık algısı alt boyutundan hastalığı anlayabilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Okuryazar değil / ilköğretim ile orta öğretim eğitim grupları arasındaki fark anlamlıdır. Milani ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada, bu çalışmaya paralel olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalık süresinin hastalık algısını etkilemediği saptanmıştır. Aynı çalışma da eğitim durumun hastalık algısını etkilediği ve eğitim seviyesi yükseldikçe hastalığın daha iyi anlaşıldığı bulunmuştur.<sup>152</sup> Jopson ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada cinsiyet, ırk ve eğitim durumunun hastalık algısını etkilemediği saptanmıştır.<sup>29</sup> Çalışmamızda aynı zamanda hastalık algısını etkileyebileceği düşünülen hastalıkla ilgili faktörler (hastalık süresi, hastaneye yatış durumu, atak geçirme durumu vd) incelenmiş, ancak yapılan istatistik analiz sonucu bu faktörlerin hastalık algısını etkilemediği saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Ancak hastalık algısının, fiziksel kısıtlılık, hastalığın belirtileri, MS'in tipi, pek çok değişkenden etkilenebileceği düşünülmektedir. Bean ve arkadaşlarının (2007) Avrupa, Güney Asya ve Pasifik Ada'larında yaşayan diyabetli hastalarda yaptıkları çalışmada hastalık algısı etnik gruplar arasında farklı bulunmuştur.<sup>153</sup> Traeger ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, duygusal durumları iyi olan hastaların tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, daha az olumsuz sonuçları yaşadıkları saptanmıştır.<sup>154</sup> Çalışmamızda, anlamlı bir fark bulunmasa da bu değişkenlerin de bireysel ve kültürel farklılıklar gösterebileceği göz önünde bulundurulması önemlidir.

Çalışmamızda, örnekleme alınan hastaların başkasının bakımından sorumlu olma durumuna göre hastalık algısı ölçeği ortalama puanına bakıldığında, başkasının bakımından sorumlu olmayanların tedavi kontrolü algısı ortalama puanının ( $18.3 \pm 3.2$ ), bakımından sorumlu olanların ortalama puanından ( $16.3 \pm 3.6$ ) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu, başkasının bakımından sorumlu olmayanların, tedaviyi kontrol edebildiği ve bununla ilgili olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermektedir.

MS dışında başka bir hastalığı olma durumuna göre hastalık algısına bakıldığında, MS dışında bir hastalığı olanların kişisel kontrol algısı ortalama puanı ( $21.4 \pm 4.0$ ) ve duygusal temsiller algısı ortalama puanı ( $20.5 \pm 4.4$ ), MS dışında hastalığı olmayanların kişisel kontrol algısı ( $19.3 \pm 3.9$ ) ve duygusal temsiller algısı ( $17.9 \pm 4.8$ ) ortalama puanından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. MS dışında bir hastalığı olanların, kişisel kontrollerinin daha iyi olduğu ancak hastalıkla beraber görülen olumsuz duyguların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, yardım gereksinimine göre hastalık algısına bakıldığında, yardım gereksinimi olanların hastalığın belirtilerini daha çok yaşadıkları görülmüştür. Yardım gereksinimi olanların sonuçlar algısı ortalama puanı ( $21.7 \pm 2.6$ ), yardım gereksinimi olmayanlarınkinden ( $18.4 \pm 3.7$ ) daha yüksek görülmektedir. Yardım gereksinimi olan hastalar, hastalığın olumsuz sonuçlarını daha fazla algılamaktadırlar.

Hastalık algısı, bireyin hastalık hakkında sahip olduğu bilgileri ifade etmektedir. Bu nedenle hastanın, hastalıkla ilgili bilgi alma durumu ve bilginin yeterliliği, hastalık algısının yükseltilmesinde önem taşımaktadır. Çalışmamızda hastaların %64.3'ünün bilgi aldığı ve bunların %35.6'sının hemşireden aldığı saptanmıştır. Bilgi alma durumuna göre hastalık algısına bakıldığında; bilgi alan hastaların süre (akut/kronik) algısı ortalama ( $18.7 \pm 3.0$ ) puanı, bilgi almayanlarınkinden ( $15.8 \pm 2.7$ ) yüksek bulunmuştur. Bu sonuç bilgi alan hastaların, hastalığın kronik olduğunu bildiklerini göstermektedir. Hastalık hakkında yeterli bilgi aldığını ifade eden hastaların, kişisel kontrol ( $20.4 \pm 4.9$ ) ve hastalığı anlayabilme algısı ( $17.3 \pm 3.6$ ) ortalama puanı, yeterli bilgi almadığını ifade edenlerinkinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yeterli bilgi aldığını ifade eden hastalar, hastalığı kontrol edebilme ile ilgili olumlu inançlara sahip ve hastalıklarını daha iyi anlamaktadırlar. Bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olan hastaların, hastalığı anlayabilme algısı ortalama puanı bakım hakkında

yeterli bilgi almadığını ifade edenlerin ortalama puanından daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, bakım hakkında yeterli bilgi alan hastaların hatalıklarını daha iyi anladıklarını ortaya koymaktadır. Küçükaya'nın göğüs kanseri hastaları ile (2010) yaptığı çalışmada, bilgilendirmenin hastaların, hastalık algısını ve olumlu yaşam değişikliklerine hastayı cesaretlendirerek uyumu ve başa çıkmasının sağlanabileceği belirlenmiştir.<sup>155</sup>

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

MS hastalarında hastalık algısını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması  $33.4 \pm 8.9$ 'dur. Hastaların %67.1'i kadın, %64.3'ü evli, %37.1'i 2 ve üzeri çocuk sahibidir. Hastaların %38.6'sı ortaöğretim mezunudur. Çalışma durumlarına bakıldığında, %61.4'ünün çalışmadığı, %34.3'ünün ev hanımı olduğu, %97.1'inin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Hastaların %35.7'si ekonomik durumu orta derecede olduğunu ifade etmiştir. Hastaların %72.8'inin apartman dairesinde oturduğu (1. Kat ve üzeri), %70.7'sinin çocuklarının bakımından sorumlu olduğu, %65.7'sinin sigara, %91.4'ünün ise alkol almadığı saptanmıştır (Tablo 4.1).

Hastaların %51.4'ünün hastalık süresi 1-24 aydır. Hastaların %24.6'sının MS dışında başka hastalığı olduğu, %59.2'sinin MS'e yönelik ilaç kullandığı saptanmıştır. İlaç kullanan hastaların %95.5'inin düzenli ilaç kullandığı, ancak %59.1'inin ilaçların etkilerini, %88.4'ünün ise ilaçların yan etkilerini, %88.6'sının ilaç kullanırken dikkat edilmesi gereken noktaları bilmediği belirlenmiştir. Hastaların %90'nı yardımcı bir araç-gerece gereksinimi duymamaktadır. Hastaların %58.6'sının MS nedeniyle hastaneye yattığı, %46.3'ünün bir kez yattığı, %27.1'inin son altı ay içinde MS atağı geçirdiği, %79'unun bir atak geçirdiği belirlenmiştir. Hastaların %74.3'ünün başkasının yardımına gereksinim duymadığı belirlenmiştir. Hastaların %64.3'ünün hastalıkla ilgili bilgi aldığı saptanmıştır. Bilgi aldığını ifade eden hastaların %11.1'i hastalık, %17.7'si tedavi, %28.8'i ise

bakım hakkında yeterli bilgi almadığını ifade etmiştir. Hastaların, %35.6'sının bilgi kaynağının hemşire olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.2).

Araştırmamızda; örnekleme alınan hastaların hastalık algısı ölçeği alt boyutları, süre (akut/kronik) puan ortalaması  $18.1 \pm 3.1$ , sonuçlar puan ortalaması  $19.2 \pm 4.0$ , kişisel kontrol puan ortalaması  $19.8 \pm 4.0$ , tedavi kontrolü puan ortalaması  $17.1 \pm 3.6$ , hastalığı anlayabilme puan ortalaması  $16.4 \pm 3.7$ , süre (döngüsel) puan ortalaması  $13.0 \pm 3.1$ , duygusal temsiller puan ortalaması  $18.5 \pm 4.8$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin olası hastalık nedenleri boyutuna bakıldığında, psikolojik atıflar puan ortalaması  $18.5 \pm 3.9$ , risk faktörleri puan ortalaması  $16.4 \pm 3.9$ , bağışıklık puan ortalaması  $8.6 \pm 2.2$  ve kaza/şans puan ortalaması  $4.7 \pm 1.4$ 'tür (Tablo 4.3).

Hastaların, hastalık algısının alt boyutları olan süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller ortalama puanları açısından istatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Ancak, sonuçlar, kişisel kontrol, ve duygusal temsiller algılarının diğer alt boyutlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Cinsiyete göre olası hastalık nedenleri incelendiğinde, psikolojik atıflar boyutunda, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Kadınların ortalama puanlarının ( $\bar{X} = 16.4 \pm 3.8$ ) erkeklerin ortalama puanından ( $\bar{X} = 16.4 \pm 2.9$ ) daha yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 4.5).

Yaşa göre hastalık algısı alt boyutları ortalama puanları incelendiğinde; yaş grupları arasında süre (döngüsel) alt boyutunda

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu farkı oluşturan grup, 41 ve üzeri yaş grubudur. (Tablo 4.6).

Yaşa göre olası hastalık nedenleri incelendiğinde: Yaşa göre, risk faktörleri açısından, 25 ve altı ile 31-35 yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu farkı oluşturan grup 31-35 yaş grubudur. Hastalık nedenlerine ilişkin kaza, bağışıklık, psikolojik atıf boyutlarında, yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.7).

Medeni duruma göre olası hastalık nedenleri incelendiğinde, evli olanların risk faktörleri ortalama puanının, bekar olanlara göre, daha yüksek olduğu görülmüştür. Medeni durum ile risk faktörleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Medeni durum ile hastalığın diğer olası nedenleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.8).

Çocuk sayısına göre olası hastalık nedenleri risk faktörleri arasında fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çocuğu olmayanların ortalama risk puanının daha düşük ( $13,67\pm3.26$ ) olduğu görülmüştür. Çocuk sayılarına göre olası hastalık nedenleri; psikolojik atıflar, bağışıklık ve kaza ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.9).

Eğitim durumuna göre hastalık algısının alt boyutları arasında, hastalığı anlayabilme alt boyutunda fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Okuryazar değil/ilköğretim ile orta öğretim eğitim durumları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Okuryazar değil/ilköğretim mezunu olanların ortalama hastalığı anlayabilme puanının diğer eğitim durumlarının, ortalama hastalığı anlayabilme puanından daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.10).

MS dışında bir hastalığı olma durumuna göre hastalık algısına bakıldığında kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). MS dışında bir hastalığı olma durumuna göre; bakımdan sorumlu olan ve olmayanlar arasında kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11).

Yardım gereksinimine göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarına bakıldığında, kimlik ve sonuçlar alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalığın belirtilerini (kimlik) yaşayanların ortalama puanı daha yüksek bulunmuştur. Yardım gereksinimi olan hastaların sonuçlar algısı ortalama puanı, yardım gereksinimi olmayanların ortalama puanından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12).

Başkasının bakımından sorumlu olma durumuna hastalık algısı alt boyutları arasında, tedavi kontrolü alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Başkasının bakımından sorumlu olan ve olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.13).

Bilgi alma durumuna göre hastalık algısına bakıldığında, bilgi alan hastaların, süre (akut/kronik) alt boyutu ortalama puanı, bilgi almayan hastaların ortalama puanından daha yüksek bulunmuştur. Bilgi alan ve almayan hastalar arasında süre (akut/kronik) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.14).

Hastalık hakkında yeterli bilgi alma durumuna göre hastalık hakkında yeterli bilgi aldığını ifade edenlerin hastalığı anlayabilme alt boyutu ortalama puanı daha yüksek bulunmuştur. Hastalığı anlayabilme

alt boyutunda, hastalık hakkında yeterli bilgi alan ile almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.15).

Bakım hakkında yeterli bilgi alma durumuna bakıldığında, bakım hakkında yeterli bilgi alanların, hastalığı anlayabilme alt boyutu ortalama puanı, bakım hakkında yeterli bilgi almadığını ifade edenlerin ortalama puanından daha yüksek bulunmuştur. hastalığı anlayabilme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.16).

Araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında yer alan, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, hastalığın süresi, MS nedeniyle hastaneye yatma durumu, son altı ayda atak geçirme durumuna göre hastalık algısı alt boyutları ortalama puanları istatistiksel olarak değerlendirilmiş olup farklar anlamlı bulunmamıştır. (Ek 5)

## **6.2.Öneriler**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Araştırma kapsamına alınan hastalar, daha çok psikolojik atıfların (stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri gibi) hastalığa neden olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle hastaların görüş ve düşüncelerinin ifade edilebilmesinin sağlanması önemlidir.
- Hastaların yarısından fazlası (%64.3) bilgi aldığını ve bilgi aldığını ifade eden hastalarında aldıkları bilgileri yeterli bulmadıkları saptanmıştır. Bu nedenle hastaların hastalık algılarını etkileyeceğinden, hastalık, tedavi ve

bakımlarına ilişkin gereksinimlerinin saptanması ve bu doğrultuda bilgilendirilmeleri

- Literatürde incelendiğinde MS hastalarında hastalık algısı ile ilgili yeterli çalışmaya ulaşılamadığından, bu konuda ve daha geniş popülasyonda çalışmaların yapılması önerilebilir.

## 7. ÖZET

### **MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA HASTALIK ALGISININ BELİRLENMESİ**

Bu çalışma, MS tanısı konulan hastalarda, hastalık algısının belirlenmesi amacıyla 70 MS hastası ile yapılmıştır. Verilerin toplanması için Anket Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-R) (IPQ-R Illness Perception Questionnaire) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi için, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Çalışma sonucunda, hastalık algısı alt boyutlarından kişisel kontrol puan ortalaması en yüksek, süre (döngüsel) puan ortalaması ise en düşük bulunmuştur. Ölçeğin olası hastalık nedenleri boyutuna bakıldığında, psikolojik atıflar puan ortalaması en yüksek bulunmuştur. Hastalık alt boyutlarından kimlik boyutu kadınlarda, süre (döngüsel) alt boyutu 41 ve üzeri yaş grubunda, hastalığı anlayabilme alt boyutu okuryazar değil/ilköğretim mezunu olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlar incelendiğinde; süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol ve duygusal temsiller puan ortalamalarının diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Multipl Skleroz dışında hastalığı olan hastalarda kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutu, yardıma gereksinimi olanlarda kimlik ve sonuçlar alt boyutu, bilgi alma durumuna göre süre (akut/kronik) alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bilgi alan hastaların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Hem hastalık hakkında hem de bakım konusunda yeterli bilgi alan hastalarda, hastalığı anlayabilme alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Hastalık Algısı, Multipl Skleroz, Hemşirelik, Uyum, Yaşam Kalitesi

## **8.ABSTRACT**

### **Determination Of Illness Perception In Multiple Sclerosis Patients**

This research was carried out with 70 patients to determinate the illness perception of patients' diagnosed Multiple Sclerosis (MS). Descriptive Features Form and Illness Perception Questionnaire were used to collect data. For analysis of the data, frequency distribution, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis H test were used.

As a result, the highest mean score of illness perception sub-dimensions was personal control and the lowest was time (cyclic). Between the possible causes of illness, psychological attributions were the highest mean score. The identification of disease, one of the sub-dimensions, in women; duration (cyclic) in the age group of 41 and above; understanding the illness in the illiterate/elementary education graduates were found statistically significant. When patients' views on the disease and sub-dimensions were examined, time (acute/chronic), the results, personal control and emotional representations mean scores were found to be higher than the others. For the patients who had another disease out of MS self-control and emotional representations mean score, for the patients who needed help identity and the results mean score, depending on the period of obtaining information time (acute/chronic) were statistically significant. For the patients who received adequate information about the both disease and care, understanding disease was found statistically significant. Variables such as patients' working status, duration of disease, hospitalization, drug usage, attack status in the last six months were found no statistically significance.

**Key Words:** Illness Perception, Multiple Sclerosis, Nursing, Adherence, Quality of Life

## 9.KAYNAKLAR

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Chronic illness and disability. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing 2007, Chapter 10.165-88.
2. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride güncel yaklaşımlar- Current Approaches In Psychiatry 2011; 3(3): 513-52.
3. Duffany KO, Finegood DT, Matthews D, Mckee Martin, Narayan K MV, Puska P, et al. Community interventions for health (CIH): A novel approach to tackling worldwide epidemic of chronic diseases. CVD Prev Control 2011; 6(2): 47-56.
4. Piperidou HN, Heliopoulos IN, Maltezos ES, Milonas IA. Epidemiological data of multiple sclerosis in the province of Evros, Greece. Eur Neurol 2003;49:8-12.
5. Milanov I, Georgiev D, Kmetska K, Jordanova L, Topalov N. Prevalence of Multiple Sclerosis in Bulgaria. Neuroepidemiology 1997;16:304-7.
6. Georgiev D, Milanov I, Tzonev V, Kalafatova O. The epidemiology of multiple sclerosis in Sofi a. In Firnhaber W, Lauer K eds. Multiple Sclerosis in Europe. An Epidemiological Update. Alsbach: Leuchtturm-Verlag/LTV Press, 1994;322-5.
7. Milanov I, Topalov N, Kmetski T. Prevalence of multiple sclerosis in Gypsies and Bulgarians. Neuroepidemiology 1999;18:218-22.
8. Etemadifar M, Janghorbani M, Shaygannejad V, Ashtari F. Prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. Neuroepidemiology 2006;27:39-44.
9. Çelik Y. et al. Prevelance of multiple slerosis in the metropolitan area of Edirne city, Turkey. Balkan Med J 2011; 28: 193-6.
10. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1083](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083) erişim tarihi:02.05.2013.

11. Turner AP, Kivlahan DR, Haselkorn JK. Exercise and quality of life among people with multiple sclerosis: Looking beyond physical functioning to mental health and participation in life. *Am J Phys Med Rehabil* 2009; 90: 420-8.
12. Zwibel H. Quality of life in patients with relapsing multiple sclerosis: Making the intangible tangible. *J Neurol Sci* 2009; 287(1): 11-6.
13. Koçer E, Koçer A, Yaman M, Eryılmaz M, Özdem Ş, Börü ÜT. Multipl skleroz olgularında yaşam kalitesi: Fiziksel özürlülük ve depresyonun etkisi? *JMOOD* 2011; 1(2): 61-7.
14. Yahia A, Ghroubi S, Mhiri C, Elleuch MH. Relationship between muscular strength, gait and postural parameters in multiple sclerosis. *Ann Phys Rehabil Med* 2011; 54: 144-55.
15. Mirza M. Multiple sklerozun etyoloji ve epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Derg* 2002; 24(1): 40-7.
16. Kurne A, Karabudak R, Aydın ÖM. Multiple skleroz patogeneğinde basamakları Nöroinflamasyondan Nörodejenerasyona. *Türk Norol Derg* 2006; 12(1): 5-13.
17. Fernandez O. Oral laquinimod treatment in multiple sclerosis. *Neurologia* 2011; 26(2): 111-7.
18. Brass SD, Duquette P, Therrien JP, Auerbach S. Sleep disorders in patients with multiple sclerosis. *Sleep Med Rev* 2010; 14(2):121-9.
19. Motl RW, Suh S, Weikert M, Dlugonski D, Balantraou S, Sandrof B. Fatigue depression and physical activity in relapsing-remitting multiple sclerosis: result from a prospective 18 months study. *Mult Scler Relat Disord* 2012; 1:43-8.
20. Diamond BJ, Johnson SK, Kaufman M, Graves L. Relationships between information processing depression fatigue and cognition in multiple sclerosis. *Arch Clin Neuropsychol* 2008; 23: 189-99.
21. Buchanan RJ, Radin D, Huang C, Zihu L. Caregiver perceptions associated with risk of nursing home admission for people with multiple sclerosis. *Disabil Health J* 2010; 3(2): 117-24.

22. Garrett M, Coote S. Multiple sclerosis and exercise in people with minimal gait impairment a review. *Physical Therapy Review* 2009;14:169-80
23. Özdemir L, Aşiret GD. A Holistic Look at Patients With Multiple Sclerosis: Focusing on Social Life, Household and Employment Issues. *Turk J Phys Med Rehab* 2011; 57: 19-24.
24. Heiskanen S, Pietila AM. Psychosocial support as a counselling in improving health-related quality life of patients with recent multiple sclerosis in Finland. *J Nurs Healthc Chronic Illn* 2009; 1(2): 167-76.
25. Taylor B, McDonal E, Fantino B, Sedal Les, MacDonnel R, Pittas F, et al. The cost of multiple sclerosis in Australia. *J Clin Neurosci* 2007;14: 532-9.
26. Vanner EA, Block P, Christodoulou CC, Horowitz BP, Krupp LB. Pilot study exploring quality of life and barriers to leisure-time physical activity with moderate to sever multiple sclerosis. *Disabil Health J* 2008; 1:58-65.
27. Pakenham KI, Cox S. The nature of caregiving in children of a parent with multiple sclerosis from multiple sources and the associations between caregiving activities and youth adjustment overtime. *Psychol Health* 2012; 27(3):324-46.
28. Sosnof JJ, Boes MK, Sandroff MB, Socie MJ, Pula JH, Motl RW. Walking and thinking in persons with multiple sclerosis who vary in disability. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92: 2028-33.
29. Jopson NM, Morris RM. The role of illness severity and illness represantation in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2003; 54: 503-11.
30. Lerdal A, Celius EG, Moum T. Perception of illness and its developments in patients with multiple sclerosis: a prospective cohort study. *J Adv Nurs* 2008; 65(1): 184-92.

31. Skerret TN, Moss-Morris T. Fatigue and social impairment in multiple sclerosis: the role of patients' cognitive and behavioral responses to their symptoms. *J Psychosom Res* 2006; 61: 587-97.
32. Philips LH, Henry JD, Scott C, Summers F, Whyte M, Cook M. Specific impairments of emotion perception in multiple sclerosis. *Neuropsychology* 2011; 25(1): 131-36.
33. Acehan O. Hipertansiyon kontrolünde hastalık algısı ve grup görüşmelerinin etkisi. Uzmanlık tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2010.
34. Norton S, Hughes LD, Chilcot J, Sacker A, Van Os S, Young A, et al. Negative and positive representations of rheumatoid arthritis: a latent profile analysis. *J Behav Med* 2013;
35. Spain LA, Tubridy N, Kilpatrick TJ, Adams SJ, Holmes ACN. Illness perceptions and health-related quality of life in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2007; 116:293-9.
36. Sawicki GS, Sellers DE, Robinson WM. Associations between illness perceptions and health related quality of life in adults with cystic fibrosis. *Journal of psychosomatic research* 2011; 70: 161-7.
37. Öge AE, Baykan B, editörler. *Nöroloji*. 2.baskı. İstanbul: Nobel Kitabevleri; 2011.
38. Palacios N, Alonso A, Hansen HB, Ascherio A. Smoking and increased risk of multiple sclerosis: parallel trends in the sex ratio reinforce the evidence. *Ann Epidemiol* 2011; 21(7): 536-42.
39. Ciccolo JT, Lo AC, Jennings EG, Motl RW. Rationale and design of a clinical trial investigating resistance training as an aid to smoking cessation in persons with multiple sclerosis. *Contemp Clin Trials* 2012; 33(4): 848-52.
40. Akyıldız ÜE, Sav AM. Miyelin hastalıkları. *Türkiye Ekopatoloji Dergisi* 2004; 10(1-2): 43-8.
41. Altıntaş A, Esen F. Multipl skleroz immünopatogenezi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 10-4.

42. Lalive PH, Hausler MG, Maurey H, Mikaeloff Y, Tardieu M, Wiendl H, et al. highly active oligodendrocyte glycoprotein antibodies differentiate demyelinating diseases from viral encephalitis in children. *Mult Scler* 2011;17(3):297-302.
43. Pfeifenbring S, Metz I, Kremer D, Küry P, Hartung HP, Brück W. Oligodendroglial lineage cells express nuclear p57kip2 in multiple sclerosis lesions. *Glia* 2013;61(8):1250-60.
44. Hemmer B, Nessler S, Zhou D, Kieseier B, Hartung HP. Immunopathogenesis and immunotherapy of multiple sclerosis. *Nat Clin Pract Neurol* 2006; 2(4):201-11.
45. Prat E, Martin R. The immunopathogenesis of multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 2002; 39(2):187-200.
46. Krupp LB. Editor. Appendix. Minimizing Fatigue by Conserving Energy. Demos Company, New York, 2004; 85- 8.
47. Boot CRL, Heijmans M, Gulden JIJ, Rijken M. The role of illness perceptions in labor participation of the chronically ill. *Int Arch Occup Environ Health* 2008; 82: 13-20.
48. Men M. Multipl sklerozun değişik klinik tiplerinde ve farklı evrelerinde CD4(+) CD25(+) regülatuar T hücre profili ve foxP3 ekspresyonu. *Tıpta uzmanlık tezi* 2007.
49. Gregory SG, Schmidt S, Seth P, Oksenberg JR, Hart J, Prokop A, et al. Interleukin 7 receptor alpha chain (IL7R) shows allelic and functional association with multiple sclerosis. *Nat Genet* 2007; 39(9):1083-91.
50. D'Netto MJ, Ward H, Morrison KM, Ramagopalan SV, Dymant DA, Deluca GC, et al. Risk alleles for multiple sclerosis in multiplex families. *Neurology* 2009; 72(23): 1984-8.
51. Hafler DA, Compston A, Sawcer S, Lander ES, Daly MJ, De Jager PL, et al. Risk alleles for multiple sclerosis identified by genome-wide study. *N Engl J Med* 2007; 357(9): 851-62.

52. Hawkes CH, Macgregor AJ. Twin studies and heritability of MS: A conclusion. *Multiple Sclerosis* 2009; 15: 661-7.
53. Koch MW, Metz LM, Kovalchuk O. Epigenetics and miRNAs in the diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *Trends Mol Med* 2013; 19(1): 23-30.
54. Kapucu S, Akkuş Y, Akdemir N. Knowledge of patients with multiple sclerosis about their disease and prevention of complication. *J Neurol Sci* 2011; 28(3): 362-75.
55. Achiron A, Feldman A, Magalashvili D, Dolev M, Gurevich M. Suppressed RNA-polymerase 1 pathway is associated with benign multiple sclerosis. *PLoS One*. 2012;7(10):1-8.
56. Castillo-Trivino T, Braithwaite D, Bacchetti P, Waubant E. Rituximab in relapsing and progressive forms of multiple sclerosis: a systematic review. *PloS One* 2013;8(7):1-8.
57. Bol Y, Duits AA, Hupperts RMM, Vlaeyen JWS, Verhey FRJ. The psychology in patients with multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2009; 66: 3-11.
58. Pittion-Vouyovitch S, Debouverie M, Guillemin F, Vandenberghe N, Anxionnat R, Vespignani H. Fatigue in multiple sclerosis is related to disability, depression and quality of life. *J Neurol Sci* 2006; 243: 39-45.
59. Tedeschi G, Dinacci D, Lavorgna L, Prinster A, Savettieri G, et al. Correlation between fatigue and brain atrophy and lesion load in multiple sclerosis patients independent of disability. *J Neurol Sci* 2007; 263:15-9.
60. Salinas DC, Bratzke D, Greitemann G, Nickisch N, Ochs L, Schröter H. Fatigue-related diurnal variations of cognitive performance in multiple sclerosis and stroke patients. *J Neurol Sci* 2010; 295: 75-81.
61. Bol Y, Duits AA, Vertommen-Mertens CER, Hupperts RMM, Romberg-Camps MJL, Verhey FRJ, et al. The contribution of diseases severity, depression and negative affectivity to fatigue in multiple sclerosis: A comparison with ulcerative colitis. *J Psychosom Res* 2010; 69: 43-9.

62. Motl RW, Snook EM, McAuley E, Scoot JA, Gliottoni RC. Are physical activity and symptoms correlates of functional limitations and disability in multiple sclerosis? *Rehabil Psychol* 2007; 52(4): 463-9.
63. Motl RW, McAuley E, Snook EM, Gliottoni RC. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med* 2009; 14(1): 111-24.
64. Randolph JJ, Arnett PA. Depression in relapsing/remitting MS: the role of symptomatic variability. *Mult Scler* 2005; 11: 186-90.
65. Giordano A, Granella F, Lugaresi A, Martinelli V, Trojano M, Confalonieri P, et al. Anxiety and depression among the diagnosis. *J Neurol Sci* 2011; 307: 86-91.
66. Soyuer F, Ünalın D, Mirza M. Multipl sklerozda depresif semptomlar; sosyodemografik faktörler ve işlevsellik ile ilişkisi. *Turk Norol Derg* 2010;16: 31-5.
67. Kaya N, Akpınar Z, Çilli AS. Multipl sklerozda yaşam kalitesinin deprsyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatı Derg* 2003; 4: 220-5.
68. Beiske AG, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen ED, Aarseth JH, et al. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Eur J Neurol* 2008; 15: 239-45.
69. Gündüz B, Erhan B, Coşkun E, Tekin N. Multiple sklerozlu hastalarda nörojenik mesane. *Turk J Phys Med Rehab* 2006; 52: 102-4.
70. Bonniaud V, Bryant D, Parratte B, Guyatt G. Development and validation of the short form of a urinary quality of life questionnaire: sf-quality of life. *J Urol* 2008; 180(6): 2592-8.
71. Gulick EE. Bowel management related quality of life in people with multiple sclerosis: psychometric evaluation of the QoL-BM measure. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 1066-70.

72. Moore K, Tawadros C, Betts C. Multiple sclerosis and bladder disfunction. *British Journal Of Neuroscience Nursing* 2011; 7(5): 645-54.
73. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung J Med Sci* 2012; 28: 442-7.
74. Tarhan F, Kuyumcuoğlu U, Yücetaş U, İlhan S, Börü ÜT, Erdoğan H. Multipl sklerozlu hastalarda uluslar arası prostat semptom skoru ve aşırı aktif mesane sorgulaması ile hastalıkla ilgili ölçütler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Turk Urol derg* 2007; 33(2): 218-22.
75. Patil NJ, Nagaratna R, Garner C, Raghuram NV, Crisan R. Effect of integrated Yoga on neurogenic bladder dysfunction in patients with multiple sclerosis- A prospective observational case series. *Complement Ther Med*. 2012; 20:424-30.
76. Nortvedt MW, Riise T, Frugard J, Mohn J, Bakke A, Skar AB et al. Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. *Mult Scler* 2007; 13(1):106-12.
77. Mahajan ST, Patel PB, Marrie RA. Under treatment of overactive bladder symptoms in patients with multiple sclerosis: An ancillary analysis of the NARCOMS patients registry. *J Urol* 2010; 183:1432-7.
78. Çelik DB, Poyraz EÇ, Bingöl A, İdiman E, Özakbaş S, Kaya D. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: Gender differences. *J Neurol Sci* 2013; 324: 17-20.
79. Merghati-Kohei E, Qaderi K, Amini L, Korte JE. Sexual problems among women with multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2013; 331: 81-5.
80. Sevene A, Akrou B, Galimard-Maisunneuve E, Kutneh M, Royer P, Sevene M. Multiple sclerosis and sexuality: A complex model. *Sexologies* 2009; 18: 86-90.

81. Tarhan F, Yücetaş U, Türk Ü, Faydacı G. Multipl sklerozlu hastalarda cinsel işlev bozukluğunun hastalıkla ilgili parametreler ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Turk Urol derg 2012; 38(4): 216-20.
82. Schmidt EZ, Hofmann P, Niederwieser G, Kapfhammer HP, Bonelli RM. Sexuality in multiple sclerosis. J Neural Transm 2005; 112: 1201-11.
83. Zorzon M, Zivadinov R, Bragadin LM, Moretti R, De Masi R, Nasuelli D, Cazzato G. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: A 2- year follow-up study. J Neurol Sci 2001; 187: 1-5.
84. Edemci Ş, Karakuş D, Uçan H, Çelik C. Investigation of Factors Related to Sexual Dysfunction in Patients with Multiple Sclerosis. Turk J Phys Med Rehab 2010; 56: 130-4.
85. Halper J. The psychosocial effect of multiple sclerosis: The impact of relapses. J Neurol Sci 2007; 256(1): 34-8.
86. Schultheis MT, Weisser W, Ang J, Elovic E, Nead R, Sestito N, et al. Examining the relationship between cognition and driving performance in multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil 2010; 91: 465-73.
87. Wlodyka SD, Donze C, Givron P, Gallien P. The ETF sofmer group. self care programs and multiple sclerosis. Physical therapeutics treatment-literature review. Ann Phys Rehabil Med 2011; 54(2): 109-28.
88. Bobholz JA, Gleason A, Miller S. Understanding and managing cognitive dysfunction in multiple sclerosis. Handbook Of Clinical Neurology 2008; 89: 705-17.
89. Frohman EM, Frohman TC, Zee DS, Mccoll R, Galetta S. The neuro-ophtalmology of multiple sclerosis. Lancet Neurol 2005; 4(2): 111-21.
90. Hamurcu MŞ, Orhan G, Kalaycı D, Sarıcaoğlu MS, Çöllüoğlu Z, Hasrıp H. Multipl sklerozlu hastalarda görme sisteminin değerlendirilmesi. MN Oftalmoloji 2007; 14(3): 163- 6.

91. Akkuş Y. Multipl sklerozlu hastalarda ev ziyareti yoluyla verilen bakım hizmetinin yaşam kalitesine etkisi. Doktora. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2008.
92. Kumru H, Stetkarova I, Schindler C, Vidal J, Kofler M. Neurophysiological evidence for muscle reduction by intrathecal baclofen at the brainstem level. Clin Neurophysiol 2011; 122: 1229-37.
93. Sosnoff JJ, Gappmaier E, Frame E, Motl RW. Influence of spasticity on mobility and balance in persons with multiple sclerosis. J Neurol Phys Ther 2011; 35: 129-32.
94. Walton K. A practical approach to spasticity management in patients with multiple sclerosis. British Journal Of Neuroscience Nursing 2010; 7(4): 586-92.
95. Sosnoff JJ, Shin S, Motl RW. Multiple sclerosis and postural control: The role of spasticity. Arch Phys Rehabil 2010; 91: 93-9.
96. Meca-Lallana JE, Balseiro JJ, Lacruz F, Guijarro C, Sanchez O, Cano A, et al. Spasticity improvement in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis switching from interferon bto glatiramer acetate: The escala study. J Neurol Sci 2012; 315: 123-8.
97. Remelius JG, Jones SL, House JD, Busa MA, Averill JL, Sugumaran K, et al. Gait impairments in person with multiple sklerosis across preferred and fixed walking speeds. Arch Phys Med Rehabil 2012; 20: 1-6.
98. Kasser SL, Jacobs JV, Folley JT, Cardinal JB, Maddalozzo GF. A prospective evaluation of balance, gait and strength to predict falling in women with multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil 2011; 92: 1840-6.
99. Matsuda PN, Shumway-Cook A, Bramer AM, Johnson SL, Amtmann D, Kraft GH. Falls in multiple sclerosis. PMR 2011; 3(7): 624-32.
100. Wiesel PH, Norton C, Glickman S, Kamm MA. Pathophysiology and management of bowel dysfunction in multiple sclerosis. Eur J Gastroenterol Hepatol 2001;13(4):441-8.

101. Crayton H, Heyman RA, Rossman HS. A multimodal approach to managing the symptoms of multiple sclerosis. *Neurology* 2004; 63(5): 12-8.
102. Tachibana N, Howard RS, Hirsch NP, Miller DH, Moseley IF, Fish D. Sleep problems in multiple sclerosis. *Eur Neurol* 1994; 34: 320-3.
103. Plazzi G, Montagna P. Remitting REM sleep behaviour disorders as the initial sign of multiple sclerosis. *Sleep Med* 2002; 3: 437-9.
104. Kaminska M, Kimof RJ, Schwartzman K, Trojan DA. Sleep disorders and fatigue in multiple sclerosis: evidence for association and interaction. *J Neurol Sci* 2011; 302: 7-13
105. Sartori E, Edan G. assesment of cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2006; 245: 169-75.
106. Rogers JM, Panegyres PK. Cognitive impairments in multiple sclerosis: Evidence-based analysis and recommendations. *J Clin Neurosci* 2007; 14: 919-27.
107. Kamlar JK, Halperr J, Gaudino EA, Moore NB, Deluca J. The Relationship Between Cognitive Deficits and everyday functional activities in multiple sclerosis. *Neurophysiology* 2008; 22(4): 442-9.
108. Heesen C, Shultz KH, Fiehler J, Mark UV, Otte C, Jung R, et al. Correlates of cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *Brain Behav Immun* 2010; 24(7): 1148-55.
109. Benedict RHB, Wahlig E, Bakshi R, Fishman I, Munschauer F, Zivadinov R, et al. Predicting quality of life in multiple sclerosis: Accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality and behaviour change. *J Neurol Sci* 2005; 231: 29-34.
110. Chiaravalloti ND, Deluca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2008; 7(12): 1139-51.
111. Haliloğlu S, İçağasıoğlu A, Baklacioğlu HŞ, Yumuşakhuylu Y, Atılığ RŞ, Demirhan E, et al. Multipl sklerozda yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ile ilişkisi. *Goztepe Tip Derg* 2009; 24(3): 129-33.

112. Patti F, Cacopardo M, Palermo F, Ciancio MR, Lopes R, Restivo D, Reggio A. Health-related quality of life and depression in an Italian sample of multiple sclerosis patients. *J Neurol Sci* 2003; 211(1): 55-62.
113. Karatepe AG, Kaya T, Günaydın R, Demirhan A, Ç Pınar, Gedizlioğlu M. Quality of life in patients with multiple sclerosis: The impact of depression, fatigue and disability. *Int J Rehabil Res* 2011; 34(4): 290-8.
114. Murphy AM, Bethoux F, Stough D, Goldman HB. Prevalence of stress urinary incontinence in women with multiple sclerosis. *Int Neurol J* 2012; 16(8): 86-90.
115. Paltamaa J, Sarasoja T, Leskinen E, Wikstrom J, Malkia E. Measures of physical functioning predict self reported performance in self care, mobility and domestic life in ambulatory persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88: 1649-57.
116. Kouzoupis AB, Paparrigopoulos T, Soldatos M, Papadimitiou G. The family of the multiple sclerosis patients: A psychosocial perspective. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22(1): 83-9.
117. Julian LJ, Vella Lea, Vollmer Tim, Hadjimichael Olympia, Mohr DC. Employment in multiple sclerosis. *J Neurol* 2008; 255(9): 1354-60.
118. Gronning M, Hannisdal E, Mellgren SI. Multivariate analyses of factors associated with unemployment in people with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; 53(5): 388-90.
119. Buhse M. Assessment of caregiver burden in families of person with multiple sclerosis. *J Neurosci Sci* 2011; 40(1):25-31.
120. Markowitz C. Symptomatic therapy of multiple sclerosis. *Continuum* 2010; 16(5): 90-104.
121. Bandari D, Wynn D, Miller T, Singer B, Wray S, Bennett R, et al. Rebifs Quality of Life (RebiQoL): A randomized, multicenter, Phase IIIb study evaluating quality-of-life measures in patients receiving the serum-free formulation of subcutaneous interferon beta-

- 1a for the treatment of relapsing forms of multiple sclerosis. Multiple sclerosis and related disorders 2013;2:45-56.
122. Heesen C, Solari A, Giardino A, Kasper J, Köpke S. Decisions on multiple sclerosis immunotherapy: New treatment complexities urge patient engagement. Journal of Neurological Sciences 2011;306:192-7.
123. Devonshire V, Havrdova E, Radue EW, O'Connor P, Zhang-Auberson L, Aguiropauloau C, et al. Relapse and disability outcomes in patients with multiple sclerosis treated with fingolimod: subgroup analyses of the double-blind, randomised, placebo-controlled FREEDOMS study. Lancet neurol 2012;11:420-8.
124. Hu Y, Lee X, Benxiu J, Guckian K, Apicco D, Pepinsky RB, et al. Sphingosine 1-phosphate receptor modulator fingolimod (FTY720) does not promote remyelination in vivo. Molecular and Cellular Neuroscience 2011;48:72-81.
125. [http://www.nps.org.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/123758/nvcgilor.pdf](http://www.nps.org.au/_data/assets/pdf_file/0008/123758/nvcgilor.pdf) Erişim tarihi:10.03.2011
126. Cristophi GP, Cristophi JA, Gruber RC, Miha C, Mejiko LJ, Massa PT, et al. Quantitative differences in the immunomodulatory effects of Rebif and Avonex in IFN- $\beta$  1a treated multiple sclerosis patients. Journal of Neurological Science 2011;307:41-5.
127. Fletcher S, Vardi J, Pollak L, Rabey JM. Comparison of glatiramer acetate (CopaxoneR) and interferon h-1b (BetaferonR) in multiple sclerosis patients: an open-label 2-year follow-up. Journal of Neurological Sciences 2002;197:51-55.
128. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması. Klin Psikiyatr Derg 2007; 10: 192-200.
129. Karabulutlu YE, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(4): 25-31.

130. Stockford K, Turner H, Cooper M. Illness perceptions and its relationship to readiness to change in the eating disorders: a preliminary investigation. *Br J Clin Psychol* 2007; 46: 139-54.
131. Kaptein AA, Helder DI, Scharloo M, Van Kempen GMJ, Weinmen J, Van Hauwelingen HJC, et al. Illness perceptions and coping explain well-being in patients with Huntington's disease. *Psychol Health* 2006; 21(4): 431-46.
132. Bijsterveld J, Scharloo M, Visser W, Watt I, Meulenbelt I, Huizinga TWJ, et al. Illness Perceptions in patients with osteoarthritis: change over time association with disability. *Arthritis Rheum* 2009; 61(8): 1054-61.
133. Mosavel M, Simon C, Rashid A. Cancer perceptions of South African mothers and daughters: implications for health promotion programs. *Health Care Women Int* 2010; 31: 784-800.
134. McCabe PJ, Barnason SA. Illness perception, coping strategies and symptoms contribute to psychological distress in patients with recurrent symptomatic fibrillation. *J Cardiovasc Nurs* 2012; 27(5): 431-44.
135. Kaptein AA, Klok T, Moss-Morris R, Brand PLP. Illness perception: Impact on self-management and control in asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2010; 10: 194-9.
136. Aslen P, Brink E, Persson LO, Brandström Y, Karlson BW. Illness perception after myocardial infarction relations to fatigue, emotional distress and health related quality of life. *J Cardiovasc Nurs* 2010; 25(2): 1-9.
137. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 163-7.
138. Alsén P. Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction. Doctorate. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2009.

139. Cherrington CC, Moser KD, Lennie TA, Kennedy CW. Illness Representation after acute myocardial infarction: Impact on In-Hospital Recovery. *Am J Crit Care* 2004; 13(2): 136-45.
140. Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB. Illness Representation of Patients with Systolic Heart Failure. *Prog Cardiovasc Nurs* 2006; 21(4): 190-5.
141. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2007; 8: 271-80.
142. Elwy AR, Yeh J, Worcester J, Eisen SV. An illness perception model of primary care patients' help seeking for depression. *Qual Health Res* 2011; 21(11): 1495-507.
143. Llwelllyn CD, McGurk M, Weinman J. Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *Journal of psychosomatic research* 2007; 63: 17-26.
144. Hegger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health* 2003;18(2):141-84.
145. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *J Psychosom Res* 2009; 66: 211–20.
146. İbrahim N, Chiew-Tong NK, Desa A. illness perception and health related quality of life among hemodialysis patients. *Pertanika J. Soc. Sci & Hum.* 2011; 19:173-181.
147. Whitehead K, Kandler R, Reuber M. Patients and neurologists's perception of epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2013; 54(4):708-17.
148. Price A, Goodwin L, Rayner L, Shaw E, Hansford P, Skeys N, et al. Illness perception, adjustment to illness and depression in a palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 2012; 43(5): 819-32.

149. Foster NE, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J, et al. Illness perception of low back pain patients in primary care: what are they do they change and are they associated with outcome? *Pain* 2008; 136: 177-87.
150. Chen SL, Tsai JC, Chou KR. Illness perceptions and adherence to therapeutic regiments among patients with hypertension: A structural modeling approach. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 235-45.
151. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron RD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002;17(1):1-16.
152. Milani MJ, Ashktorab T, Saeedi ZA, Majd HA. The efeect of illness perception on physical health-related quality of life promotion in multiple sclerosis (MS) patients attending peer support groups. *JPS* 2012; 3(2): 31-7.
153. Bean D, Cundy T, Petrie KJ. Ethnic differnces in in illness perception, self-efficacy and diabetes self care. *Psychology and Health* 2007; 22(7): 787-811.
154. Traeger L, Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn JR, Lechner SC, Schneiderman N, et al. Illness perception and emotional well-being in men treated for localized prostate cancer. *Journal of psychosomatic research* 2009; 67: 389-97.
155. Küçükaya PG. An explatory study of positive life changesin Turkish women diagnosed with breast cancer. *Europen Journal of Oncology Nursing* 2010; 14: 166-73.

## 10.EKLER

### EK 1

#### MULTİPL SKLEROZLU HASTALARDA HASTALIK ALGISININ BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU

##### TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

##### Hasta ile ilgili tanımlayıcı özellikler

1.Cinsiyeti:

- 1.Erkek 2. Kadın

2.Yaşı: .....

3. Boy:

Kilo:

BKİ:

4.Medeni durumu:

1. Evli 2. Bekar 3. Dul 4. Boşanmış

5.Çocuk sayısı

1. Yok 2. Bir 3. İki 4. Üç 5. Dört ve üzeri

6.Eğitim durumu:

- 1.Okur-Yazar Değil 2.Okur-Yazar 3.İlköğretim 4.Ortaöğretim

5.Yükseköğretim

7.Çalışma Statüsü:

1. İşçi 2. Memur 3. Serbest Meslek 4. Emekli (İşi): 5. Öğrenci

6. İşsiz 7. Ev hanımı 8. Diğer

8.Sosyal güvenceniz var mı?

1. Yok 2. SSK 3. Bağ-Kur 4. Em San 5. Yeşil Kart

6. Özel sigorta 7. Diğer (.....)

9.Aylık Geliriniz sizi geçindiriyor mu?

- 1.Muhtaç durumdayım  
2.Ancak geçinebiliyorum  
3.Orta derecede iyi  
4.İyi

5.Çok iyi

10. Nerde oturuyorsunuz?

1. Apartman 2. Tek kat 3. Diğer

11. Kaçınıcı katta oturuyorsunuz?: .....

12.Oturduğunuz apartmanda asansör var mı?

1.Evet 2. Hayır

13. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz? .....

14.Bakımından sorumlu olduğunuz birey /bireyler var mı?

1. Evet 2. Hayır

15.(14. soruya cevabınız evet ise ) Kim /Kimler olduğunu açıklayınız?

1. Çocuklarım 2. Hasta ..... 3. Yatağa bağımlı .....

4. Diğer .....

### **Hastalıkla ilgili tanıtıcı özellikler**

16.Kaç yıldır Multipl Skleroz hastasıınız? ...../Yıl

...../Ay

17.Multiple Skleroz dışında başka hastalığınız var mı?

1. Evet 2.Hayır

18.(17.soruya yanıtınız evet ise)diğer hastalıklarınız nelerdir?.....

.....

19.Multiple Skleroz hastalığınız hangi belirtilerle başladı? Açıklayabilir misiniz?.....

.....

.....

20. Şuan da kullandığınız ilaçların;

| Adı | Dozu/Yolu | Etkileri | Yan etkileri | Kullanırken dikkat edilmesi gerekenler nelerdir? |
|-----|-----------|----------|--------------|--------------------------------------------------|
|     |           |          |              |                                                  |
|     |           |          |              |                                                  |
|     |           |          |              |                                                  |

21. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum

2. Kullanmıyorum

22. (21.soruya yanıtınız 2 ise) Nedenini açıklayınız

.....  
.....  
.....  
.....

23.Yardımcı araç gereç kullanıyor musunuz?

1. Evet ➡ nedenini açıklayınız.....

2. Hayır

24.Sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet(.....adet/gün) 2.Bıraktım(.....önce) 3.Hayır

25. Alkol kullanıyor musunuz?

1.Evet(.....kadeh/gün) 2.Bıraktım(.....önce) 3.Hayır

26. Multiple Skleroz nedeniyle hastaneye kaç kez yattınız?

1. Yatmadım 2.Bir 3. İki 4. Üç ve daha fazla

27. Son 6 ay içinde Multiple Skleroz atağı geçirme durumu :

1. Evet ➡ kaç kez .....

2. Hayır

28. Son bir ayda yaşadığınız hastalık belirtileri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1.Yorgunluk    2.İdrar/dışkı kaçırma    3.Cinsel sorunlar  
4.Konuşma bozukluğu    5.Yutma sorunları    6.Unutkanlık  
7.Spazm/katılık    8.Uyku sorunları    9.Depresyon    10. Ağrı  
11. Görme Bozukluğu    12. Diğer(.....)

29. Yaşamınızı etkileyen/kısıtlayan hastalık belirtilerinden ilk beşini öncelik sırasına göre belirtiniz.

- 1.....2.....3.....  
4.....5.....

30. Hastalığınız aşağıda yer alan aktivitelerden hangilerini etkiliyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

|                            | Etkiliyor | Bazen Etkiliyor | Etkilemiyor |
|----------------------------|-----------|-----------------|-------------|
| 1. Yemek yeme              | .....     | .....           | .....       |
| 2. Boşaltım                | .....     | .....           | .....       |
| 3. Hijyen                  | .....     | .....           | .....       |
| 4. Giyinme                 | .....     | .....           | .....       |
| 5. Alışveriş               | .....     | .....           | .....       |
| 6. Çalışma hayatı          | .....     | .....           | .....       |
| 7. Okul hayatı             | .....     | .....           | .....       |
| 8.Çocukların bakımı        | .....     | .....           | .....       |
| 9.Yemek, ev işleri yapma   | .....     | .....           | .....       |
| 10.Sinema, tiyatroya gitme | .....     | .....           | .....       |
| 11.Spor yapma              | .....     | .....           | .....       |
| 12. Diğer.....             |           |                 |             |

31. Başkasının yardımına gereksinim gerek duyuyor musunuz?

- 1.Evet ⇒ Yardım aldığınız durumlar nelerdir? Açıklayınız.....  
2. Hayır

32. Ailede Multipl Skleroz hastalığı olan var mı?

1. Evet ⇒ Yakınlık derecesi .....  
2. Hayır

33. Kontrollere düzenli geliyor musunuz?

1. Evet                      2. Hayır  $\Rightarrow$  Nedeni:

34. Hastalığınızla ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet                      2. hayır

35. (34.soruya yanıtınız evet ise) İçeriğine göre yeterli olma durumunu açıklayınız?

|                       | Yeterli | Yetersiz |
|-----------------------|---------|----------|
| 1. Hastalığı hakkında | .....   | .....    |
| 2. Tedavi hakkında    | .....   | .....    |
| 3. Bakım hakkında     | .....   | .....    |

36. Bilgi aldığınız Kişi:

- 1.Hemşire      2.Doktor      3.Diyetisy      4.Fizyoterapist      5.Basın–TV  
6.Arkadaş      7.Diğer

## EK 2

### HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

#### HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

**Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.**

Hastalığımın başlangıcından Bu belirti hastalığımla ilgili  
Bu yana bu belirtiyi yaşadım

|                     |                      |                     |
|---------------------|----------------------|---------------------|
| Ağrı                | Evet.....Hayır.....  | Evet.....Hayır..... |
| Boğazda yanma       | Evet .....Hayır..... | Evet.....Hayır..... |
| Bulantı             | Evet.....Hayır.....  | Evet.....Hayır..... |
| Soluk almada güçlük | Evet.....Hayır.....  | Evet.....Hayır..... |
| Kilo kaybı          | Evet.....Hayır.....  | Evet.....Hayır..... |
| Yorgunluk           | Evet.....Hayır.....  | Evet.....Hayır..... |
| Eklem sertliği      | Evet.....Hayır.....  | Evet.....Hayır..... |
| Gözlerde yanma      | Evet.....Hayır.....  | Evet.....Hayır..... |
| Hırıltılı soluma    | Evet.....Hayır.....  | Evet.....Hayır..... |
| Baş ağrıları        | Evet.....Hayır.....  | Evet.....Hayır..... |

|                  |                     |                |
|------------------|---------------------|----------------|
| Mide yakınmaları | Evet.....Hayır..... | Evet.....Hayır |
| Uyku güçlükleri  | Evet.....Hayır..... | Evet.....Hayır |
| Sersemlik hissi  | Evet.....Hayır..... | Evet.....Hayır |
| Güç kaybı        | Evet.....Hayır..... | Evet.....Hayır |

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 4. Böyle düşünüyorum

2: Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

| HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Hastalığım kısa sürecek                                                         |   |   |   |   |   |
| 2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı                                |   |   |   |   |   |
| 3. Bu hastalık kısa sürecek                                                        |   |   |   |   |   |
| 4. Bu hastalık çabuk geçecek                                                       |   |   |   |   |   |
| 5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum            |   |   |   |   |   |
| 6. Ciddi bir hastalığım var                                                        |   |   |   |   |   |
| 7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var                              |   |   |   |   |   |
| 8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor                                       |   |   |   |   |   |
| 9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor         |   |   |   |   |   |
| 10. Hastalığımın ciddi mali sonuçları var                                          |   |   |   |   |   |
| 11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor                                     |   |   |   |   |   |
| 12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var                     |   |   |   |   |   |
| 13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir |   |   |   |   |   |
| 14. Hastalığımın seyri bana bağlı                                                  |   |   |   |   |   |
| 15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez                                    |   |   |   |   |   |
| 16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var                                            |   |   |   |   |   |
| 17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek                                |   |   |   |   |   |
| 18. Hastalığım zamanla iyileşecek                                                  |   |   |   |   |   |

|                                                                      |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 19. Hastalığının iyileşmesi için yapabilecek çok az şey var          |  |  |  |  |  |
| 20. Tedavim hastalığının iyileşmesinde etkili olacak                 |  |  |  |  |  |
| 21. Hastalığının olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir     |  |  |  |  |  |
| 22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir                             |  |  |  |  |  |
| 23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez                          |  |  |  |  |  |
| 24. Hastalığının belirtileri beni şaşırtıyor                         |  |  |  |  |  |
| 25. Hastalığım bana anlamsız geliyor                                 |  |  |  |  |  |
| 26. Hastalığımı anlamıyorum                                          |  |  |  |  |  |
| 27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum                             |  |  |  |  |  |
| 28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum                            |  |  |  |  |  |
| 29. Hastalığının belirtileri günden güne farklılık gösteriyor        |  |  |  |  |  |
| 30. Hastalığının belirtileri bazen var bazen yok                     |  |  |  |  |  |
| 31. Hastalığım önceden bilinemez                                     |  |  |  |  |  |
| 32. Hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemler oluyor |  |  |  |  |  |
| 33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum                     |  |  |  |  |  |
| 34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum                      |  |  |  |  |  |
| 35. hastalığım beni öfkeli yapıyor                                   |  |  |  |  |  |
| 36. Hastalığım beni endişelendirmiyor                                |  |  |  |  |  |
| 37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor                                 |  |  |  |  |  |
| 38. Hastalığım beni korkutuyor                                       |  |  |  |  |  |

## HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun bir doğru cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

| OLASI NEDENLER                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Stres ya da endişe                                                               |   |   |   |   |   |
| Kalıtsal (irsi)                                                                  |   |   |   |   |   |
| Bir mikrop ya da virüs                                                           |   |   |   |   |   |
| Diyet- yemek alışkanlıkları                                                      |   |   |   |   |   |
| Şans ya da kötü talih                                                            |   |   |   |   |   |
| Geçmişimdeki tıbbi bakım                                                         |   |   |   |   |   |
| Çevre kirliliği                                                                  |   |   |   |   |   |
| Kendi davranışım                                                                 |   |   |   |   |   |
| Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem                         |   |   |   |   |   |
| Aile problemleri                                                                 |   |   |   |   |   |
| Aşırı çalışma                                                                    |   |   |   |   |   |
| Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü yalnız, gergin, ya da boşlukta hissetmem |   |   |   |   |   |
| Yaşlanma                                                                         |   |   |   |   |   |
| Alkol                                                                            |   |   |   |   |   |
| Sigara içme                                                                      |   |   |   |   |   |
| Kaza ya da yaralanma                                                             |   |   |   |   |   |
| Kişilik özelliklerim                                                             |   |   |   |   |   |
| Vücut direncimin azalması                                                        |   |   |   |   |   |

**Lütfen aşağıya hastalığınıza olası neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.**

**Bana göre en önemli nedenler:**

- 1.**
- 2.**
- 3.**

E



T.C  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Sayı : B.30.2.GÜN.0.20 - 4271  
Konu :

28.1.2012

Sayın *Prof. Dr. Hatice Baştaoğlu*  
Proje Yürütücüsü

Fakültemiz Gelişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Haziran 2012 tarihinde yapılmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.  
Bilgilerinizi rica ederim.

*[Signature]*  
Doç. Dr. L. ÖZEN  
Dekan Yardımcısı



## GAZİ ÜNİVERSİTESİ (GİRİŞİMSEL OLMAYAN) KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

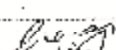
## DEĞERLENDİRME FORMU

|                             |                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| DEĞERLENDİRME KURULUNUN ADI | Gazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  |
| ACIK ADRES                  | Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara |
| TELEFON                     | 0312 202 69 58                                                        |
| FAKS                        | 0312 202 46 73                                                        |
| E-POSTA                     | tip@gtu.edu.tr                                                        |

|                   |                                                         |                                                                                                                                                                                                                     |                                          |
|-------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| BASVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN ACIK ADI                                   | İntüitiel Şekerli Hastalarda Hastalık Algısının Belirlenmesi                                                                                                                                                        |                                          |
|                   | SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI                   | Prof.Dr.Hatice BOSTANOĞLU                                                                                                                                                                                           |                                          |
|                   | UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI                           | UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              | AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/> |
|                   | DİĞER <input type="checkbox"/>                          | Yüksek Lisans Tezi <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |                                          |
|                   | İLAC DIŞI ARAŞTIRMA <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> İLAC DIŞI GİRİŞİMSEL<br><input checked="" type="checkbox"/> İLAC DIŞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN<br>2-Anket Çalışmaları<br>7 Hemşirelik faaliyetlerinde sınırlar içerisinde yapılacak araştırmalar |                                          |

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER       | Belge Adı             | Tarihi                              | Versiyon No | Dili                                                                                                         |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ   |                                     |             | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                | BİL GÖRÜLÜ OLUR FORMU |                                     |             | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı             |                                     |             | Açıklama                                                                                                     |
|                                | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ     | <input checked="" type="checkbox"/> |             |                                                                                                              |
|                                | SİĞORTA               | <input type="checkbox"/>            |             |                                                                                                              |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 236                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Toplantı tarihi: 13.06.2013 |
|                 | <p>Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesinde Prof.Dr.Hatice Bostanoğlu'nun sorumluluğunda yapılması teklifinin ve yukarıdaki konuyla ilgili başvuru bilgileri verilen, Yüksek Lisans Tezi olan klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına G.O.T.F. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından oybirliği ile karar verilmiştir.</p> |                             |

| ETİK KURUL BİLGİLERİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                    |          |                            |                                       |                                       |                            |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'nin son versiyonu, İyi Klinik Uygulamaları (Uygulanması R4H-GCP) rehberi ve benzeri diğer 2001/20/EC ve 2005/28/EC sayılı Avrupa Birliği direktifleri, Biyoloji ve Tıpın uygulamaları bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin korunması sözleşmesi ve İnsan Hakları ve Biyomedikal Sözleşmesi ile ameylanmasında uygun bulduğuna dair kanun (9.12.2003 tarihli 25311 sayılı Resmî Gazete), 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu (06.11.1981 tarihli 17506 sayılı Resmî Gazete), Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu |                                    |                                    |          |                            |                                       |                                       |                            |                                                                                       |
| ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.Canan ULUOĞLU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                    |          |                            |                                       |                                       |                            |                                                                                       |
| Unvanı/Adı/Soyadı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Uzmanlık Alanı                     | Kurumu                             | Cinsiyet | İlişki *                   |                                       | Katılım **                            |                            | İmza                                                                                  |
| Prof.Dr.Canan ULUOĞLU<br>BAŞKAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Tıbbi Farmakoloji                  | G.O.T.F.<br>Tıbbi Farmakoloji A.D. | K        | <input type="checkbox"/> İ | <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> H |  |
| Doç.Dr.Aziz BAKIRI AŞ<br>BAŞKAN YRD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Çocuk Sağ.ve Hast.<br>Çocuk Alerji | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D. | K        | <input type="checkbox"/> E | <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> İ | <input type="checkbox"/> H |  |

|                                    |                                            |                                                      |   |                            |                                       |                                       |                            |  |
|------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|---|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--|
| Prof.Dr. Gonca AKBULUT<br>RAPORTÖR | Fizyoloji                                  | G.Ü.T.F.<br>Fizyoloji A.D.                           | K | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof.Dr. Fıssın BOZKIRI<br>ÜYE     | Anesteziyoloji ve<br>Reanimasyon           | G.Ü.T.F.<br>Anest. ve Rean. A.D.                     | K | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof.Dr. Ferit TÜRKÖZ<br>ÜYE       | Restoratif Diş<br>Tedavisi ve Endodonti    | G.Ü.D.F.<br>Restoratif Diş Ted. ve<br>Endodonti A.D. | E | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof.Dr. Seyhan ERSAN<br>ÜYE       | Farmasözik Kimya                           | G.Ü.E.F. (Ecz. Mes. Bil.)<br>Farmasözik Kimya A.D.   | K | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof.Dr. Selar AYCAN<br>ÜYE        | Halk Sağlığı                               | G.Ü.T.F.<br>Halk Sağlığı A.D.                        | E | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof.Dr. Mustafa KAVUTÇU<br>ÜYE    | Tıbbi Biyokimya                            | G.Ü.T.F.<br>Tıbbi Biyokimya A.D.                     | E | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof.Dr. Öznur L. BOYUNAĞA<br>ÜYE  | Radyoloji                                  | G.Ü.T.F.<br>Radyoloji A.D.                           | K | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof.Dr. Galip GUZ<br>ÜYE          | İç Hastalıkları<br>Enfeksiyon Hastalıkları | G.Ü.T.F.<br>İç Hastalıkları A.D.                     | E | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof.Dr. Ayhan POYRAZ<br>ÜYE       | Tıbbi Patoloji                             | G.Ü.T.F.<br>Tıbbi Patoloji A.D.                      | K | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof.Dr. Melin YILMAZ<br>ÜYE       | Kulak-Burun-Boğaz<br>Hast.                 | Kulak-Burun-Boğaz<br>Hast. A.D.                      | E | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof.Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU<br>ÜYE   | Tıp Etiği ve Tıp Tarihi                    | G.Ü.T.F.<br>Tıp Etiği ve Tıp<br>Tarihi A.D.          | K | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Doç.Dr. Birel DEMİREL<br>ÜYE       | Adli Tıp                                   | G.Ü.T.F.<br>Adli Tıp A.D.                            | E | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Huk. M.ş. Acem CELİR<br>ÜYE        | Hukuk Müavirliği                           | Rektörlük<br>Hukuk Müavirliği                        | E | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Enine ŞEKER<br>ÜYE                 | Sivil Tensikci                             | Sivil Tensikci                                       | K | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |

\* : Araştırma ile ilgili  
\*\* : Toplantıda Bulunma



T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : R.352.GCN.0111.02.00  
KONU :

4035

12.12.2011

T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

İLGİ: 08.12.2011 tarih ve 3235 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemenişelık Yüksek Lisans programı öğrencisi Şükrü ÖZEN'in ilgi sayılı yazınız ile konusu bildirilen tez çalışmasını, Hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bölgelerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Sacit TURANCI  
Başhekim

12.12.2011 Memur A.ÖZTAN

12.12.2011 Başhekim V. A. SEZGİN

Gaz. Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
06510 Beştepe / ANKARA

Tel : 0312 202 50 90  
Fax : 0312 223 00 28

Gazi Form 016.00



1403/00

#### **EK 4**

#### **GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

Sayın KATILIMCI,

Multipl skleroz daha çok genç yaştaki bireyleri etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Multipl sklerozda işlev kaybı beyinde tutulan yere ve klinik formuna göre değişebilmektedir. Multipl sklerozlu bireyler hastalığa bağlı olarak bilişsel sorunlar, cinsel sorunlar, yorgunluk, mesane ve bağırsak sorunları, depresyon, konuşma sorunları, yutma güçlüğü, uyku ve ağrı gibi sorunlarla karşılaşır.

Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar. Multipl skleroz tanısı alan hastaların hastalık algılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışma planladık. Bu araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında, hastalara uygun yaklaşımlar geliştirmeyi hedefledik. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Katılımcı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı Soyadı: Şükrü ÖZEN

Adres: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel: 0 312 216 26 52

İmza:

**EK 5****Tablolar****Hastaların Medeni Duruma Göre Hastalık algısı Alt boyutlarının Ortalama Puanları**

| Ortalama Puanlar                 |                 |    |           |      |      |       |
|----------------------------------|-----------------|----|-----------|------|------|-------|
| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları | Medeni<br>Durum | S  | $\bar{X}$ | Min. | Max. | p     |
| Kimlik                           | Evli            | 45 | 4,9       | 0    | 10   | 0,478 |
|                                  | Bekar           | 25 | 4,3       | 0    | 9    |       |
| Süre (akut/kronik)               | Evli            | 45 | 17,7      | 10   | 24   | 0,127 |
|                                  | Bekar           | 25 | 18,8      | 13   | 24   |       |
| Sonuçlar                         | Evli            | 45 | 19,3      | 11   | 25   | 0,858 |
|                                  | Bekar           | 25 | 19,0      | 6    | 30   |       |
| Kişisel kontrol                  | Evli            | 45 | 19,8      | 10   | 29   | 0,648 |
|                                  | Bekar           | 25 | 19,8      | 13   | 30   |       |
| Tedavi kontrolü                  | Evli            | 45 | 17,1      | 9    | 25   | 0,902 |
|                                  | Bekar           | 25 | 17,1      | 8    | 24   |       |
| Hastalığı anlayabilme            | Evli            | 45 | 16,2      | 10   | 24   | 0,265 |
|                                  | Bekar           | 25 | 16,8      | 7    | 23   |       |
| Süre (döngüsel)                  | Evli            | 45 | 13,1      | 4    | 19   | 0,796 |
|                                  | Bekar           | 25 | 12,8      | 6    | 17   |       |
| Duygusal temsiller               | Evli            | 45 | 18,8      | 7    | 29   | 0,376 |
|                                  | Bekar           | 25 | 17,9      | 10   | 26   |       |

### Çocuk Sayısına Göre Hastalık Algısı Alt Boyutlarının Ortalama Puanları

|                               |                  | Ortalama Puanlar |           |      |      |     |       |
|-------------------------------|------------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
| Hastalık Algısı Alt Boyutları | Çocuk sayısı     | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. |       |
| Kimlik                        | Yok              | 12               | 5,1       | 0    | 9    | 3,4 | 0,822 |
|                               | 1 çocuk          | 24               | 4,5       | 0    | 10   | 2,8 |       |
|                               | 2 çocuk ve üzeri | 26               | 4,9       | 0    | 10   | 2,9 |       |
| Süre (akut/kronik)            | Yok              | 12               | 19,8      | 14   | 24   | 2,7 | 0,100 |
|                               | 1 çocuk          | 24               | 18,5      | 12   | 23   | 2,8 |       |
|                               | 2 çocuk ve üzeri | 26               | 17,4      | 10   | 24   | 3,4 |       |
| Sonuçlar                      | Yok              | 12               | 18,7      | 11   | 30   | 5,6 | 0,257 |
|                               | 1 çocuk          | 24               | 20,3      | 13   | 26   | 3,6 |       |
|                               | 2 çocuk ve üzeri | 26               | 18,9      | 13   | 24   | 2,5 |       |
| Kişisel kontrol               | Yok              | 12               | 19,6      | 13   | 29   | 4,4 | 0,224 |
|                               | 1 çocuk          | 24               | 20,3      | 10   | 29   | 4,3 |       |
|                               | 2 çocuk ve üzeri | 26               | 19,5      | 13   | 29   | 3,3 |       |
| Tedavi kontrolü               | Yok              | 12               | 17,8      | 12   | 25   | 3,8 | 0,537 |
|                               | 1 çocuk          | 24               | 16,3      | 8    | 23   | 3,2 |       |
|                               | 2 çocuk ve üzeri | 26               | 17,0      | 9    | 25   | 3,8 |       |
| Hastalığı anlayabilme         | Yok              | 12               | 16,3      | 7    | 23   | 4,7 | 0,899 |
|                               | 1 çocuk          | 24               | 16,2      | 10   | 24   | 3,5 |       |
|                               | 2 çocuk ve üzeri | 26               | 15,9      | 10   | 21   | 3,2 |       |
| Süre (döngüsel)               | Yok              | 12               | 11,8      | 8    | 17   | 3,0 | 0,282 |
|                               | 1 çocuk          | 24               | 13,2      | 4    | 18   | 3,5 |       |
|                               | 2 çocuk ve üzeri | 26               | 13,4      | 6    | 19   | 2,9 |       |
| Duygusal temsiller            | Yok              | 12               | 17,5      | 7    | 26   | 5,9 | 0,634 |
|                               | 1 çocuk          | 24               | 19,3      | 9    | 29   | 5,1 |       |
|                               | 2 çocuk ve üzeri | 26               | 18,7      | 12   | 25   | 3,9 |       |

### Çalışma durumuna Göre Hastalık Algısı Alt Boyutlarının Ortalama Puanları

|                               |                | Ortalama puanlar |           |      |      |     |       |
|-------------------------------|----------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
| Hastalık Algısı Alt Boyutları | Çalışma durumu | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. | p     |
| Süre (akut/kronik)            | Çalışan        | 27               | 18,7      | 12   | 24   | 2,9 | 0,231 |
|                               | Çalışmayan     | 43               | 17,7      | 10   | 24   | 3,3 |       |
| Sonuçlar                      | Çalışan        | 27               | 19,2      | 11   | 24   | 3,1 | 0,923 |
|                               | Çalışmayan     | 43               | 19,2      | 6    | 30   | 4,6 |       |
| Kişisel kontrol               | Çalışan        | 27               | 19,6      | 13   | 29   | 4,1 | 0,559 |
|                               | Çalışmayan     | 43               | 20,0      | 10   | 30   | 4,0 |       |
| Tedavi kontrolü               | Çalışan        | 27               | 17,6      | 9    | 25   | 3,9 | 0,458 |
|                               | Çalışmayan     | 43               | 16,8      | 8    | 24   | 3,4 |       |
| Hastalığı anlayabilme         | Çalışan        | 27               | 17,1      | 11   | 24   | 3,3 | 0,240 |
|                               | Çalışmayan     | 43               | 15,9      | 7    | 23   | 3,9 |       |
| Süre (döngüsel)               | Çalışan        | 27               | 12,9      | 6    | 19   | 3,2 | 0,894 |
|                               | Çalışmayan     | 43               | 13,0      | 4    | 18   | 3,1 |       |
| Duygusal temsiller            | Çalışan        | 27               | 18,3      | 11   | 26   | 4,7 | 0,785 |
|                               | Çalışmayan     | 43               | 18,6      | 7    | 29   | 4,9 |       |

**Hastalığın Süresine Göre Hastalık Algısı Alt Boyutlarının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları | Hastalık Süresi | Ortalama puanlar |           |      |      |     |       |
|----------------------------------|-----------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                  |                 | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. | p     |
| Süre<br>(Akut/Kronik)            | 1-24 (Ay)       | 36               | 17,6      | 12   | 24   | 3,0 | 0,293 |
|                                  | 25-48 (Ay)      | 15               | 18,5      | 10   | 23   | 3,7 |       |
|                                  | 49 Ve Üstü (Ay) | 19               | 18,8      | 12   | 24   | 3,0 |       |
| Sonuçlar                         | 1-24 (Ay)       | 36               | 18,6      | 6    | 28   | 4,1 | 0,395 |
|                                  | 25-48 (Ay)      | 15               | 20,3      | 14   | 25   | 3,4 |       |
|                                  | 49 Ve Üstü (Ay) | 19               | 19,4      | 11   | 30   | 4,5 |       |
| Kişisel Kontrol                  | 1-24 (Ay)       | 36               | 20,4      | 11   | 30   | 4,2 | 0,735 |
|                                  | 25-48 (Ay)      | 15               | 19,3      | 10   | 27   | 3,9 |       |
|                                  | 49 Ve Üstü (Ay) | 19               | 19,2      | 13   | 29   | 3,7 |       |
| Tedavi<br>Kontrolü               | 1-24 (Ay)       | 36               | 17,2      | 9    | 25   | 3,7 | 0,184 |
|                                  | 25-48 (Ay)      | 15               | 15,9      | 10   | 19   | 2,6 |       |
|                                  | 49 Ve Üstü (Ay) | 19               | 18,0      | 8    | 25   | 3,9 |       |
| Hastalığı<br>Anlayabilme         | 1-24 (Ay)       | 36               | 16,8      | 11   | 24   | 3,3 | 0,822 |
|                                  | 25-48 (Ay)      | 15               | 15,9      | 10   | 20   | 3,0 |       |
|                                  | 49 Ve Üstü (Ay) | 19               | 16,0      | 7    | 23   | 4,9 |       |
| Süre<br>(Döngüsel)               | 1-24 (Ay)       | 36               | 13,2      | 7    | 19   | 3,1 | 0,786 |
|                                  | 25-48 (Ay)      | 15               | 12,1      | 4    | 16   | 3,9 |       |
|                                  | 49 Ve Üstü (Ay) | 19               | 13,2      | 8    | 17   | 2,4 |       |
| Duygusal<br>Temsiller            | 1-24 (Ay)       | 36               | 18,5      | 7    | 29   | 5,3 | 0,991 |
|                                  | 25-48 (Ay)      | 15               | 18,3      | 9    | 24   | 4,7 |       |
|                                  | 49 Ve Üstü (Ay) | 19               | 18,6      | 12   | 26   | 4,0 |       |

**Multipl Skleroz Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumuna Göre Hastalık Algısı Alt Boyutlarının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları | MS nedeniyle hastaneye yatma | Multiple Skleroz nedeniyle hastaneye kaç kez yattınız? |           |      |      |     |       |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                  |                              | S                                                      | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. | p     |
| Süre<br>(akut/kronik)            | Yatan                        | 41                                                     | 18,4      | 10   | 24   | 3,3 | 0,321 |
|                                  | Yatmayan                     | 29                                                     | 17,8      | 13   | 24   | 3,0 |       |
| Sonuçlar                         | Yatan                        | 41                                                     | 19,3      | 6    | 30   | 4,5 | 0,537 |
|                                  | Yatmayan                     | 29                                                     | 19,0      | 13   | 28   | 3,4 |       |
| Kişisel kontrol                  | Yatan                        | 41                                                     | 20,5      | 13   | 30   | 3,9 | 0,063 |
|                                  | Yatmayan                     | 29                                                     | 18,9      | 10   | 29   | 4,0 |       |
| Tedavi kontrolü                  | Yatan                        | 41                                                     | 17,0      | 9    | 25   | 3,4 | 0,764 |
|                                  | Yatmayan                     | 29                                                     | 17,3      | 8    | 25   | 3,8 |       |
| Hastalığı<br>anlayabilme         | Yatan                        | 41                                                     | 16,8      | 7    | 24   | 3,9 | 0,198 |
|                                  | Yatmayan                     | 29                                                     | 15,8      | 10   | 23   | 3,9 |       |
| Süre (döngüsel)                  | Yatan                        | 41                                                     | 12,9      | 6    | 17   | 2,9 | 0,867 |
|                                  | Yatmayan                     | 29                                                     | 13,0      | 4    | 19   | 3,3 |       |
| Duygusal<br>temsiller            | Yatan                        | 41                                                     | 18,1      | 10   | 26   | 4,3 | 0,284 |
|                                  | Yatmayan                     | 29                                                     | 19,1      | 7    | 29   | 5,3 |       |

**Son Altı Ay İçinde MS Atağı Geçirme Durumuna Göre Hastalık Algısının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları | Son altı ay da MS atağı durumu | Son 6 ay içinde Multiple Skleroz atağı<br>geçirme durumu |           |      |      |     | p     |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                  |                                | S                                                        | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. |       |
| Süre<br>(akut/kronik)            | Evet                           | 19                                                       | 17,8      | 10   | 24   | 3,5 | 0,795 |
|                                  | Hayır                          | 51                                                       | 18,2      | 12   | 24   | 3,0 |       |
| Sonuçlar                         | Evet                           | 19                                                       | 19,6      | 6    | 28   | 5,1 | 0,292 |
|                                  | Hayır                          | 51                                                       | 19,0      | 11   | 30   | 3,6 |       |
| Kişisel kontrol                  | Evet                           | 19                                                       | 21,0      | 10   | 30   | 5,1 | 0,221 |
|                                  | Hayır                          | 51                                                       | 19,4      | 11   | 29   | 3,5 |       |
| Tedavi kontrolü                  | Evet                           | 19                                                       | 16,0      | 8    | 24   | 4,1 | 0,086 |
|                                  | Hayır                          | 51                                                       | 17,6      | 9    | 25   | 3,3 |       |
| Hastalığı anlayabilme            | Evet                           | 19                                                       | 17,7      | 10   | 24   | 3,9 | 0,119 |
|                                  | Hayır                          | 51                                                       | 15,9      | 7    | 21   | 3,6 |       |
| Süre (döngüsel)                  | Evet                           | 19                                                       | 12,6      | 4    | 17   | 3,6 | 0,755 |
|                                  | Hayır                          | 51                                                       | 13,1      | 6    | 19   | 2,9 |       |
| Duygusal temsiller               | Evet                           | 19                                                       | 17,4      | 7    | 26   | 5,3 | 0,295 |
|                                  | Hayır                          | 51                                                       | 18,9      | 10   | 29   | 4,5 |       |

**Tedavi Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Hastalık  
Algısı Alt Boyutlarının Ortalama Puanları**

| Hastalık Algısı<br>Alt Boyutları | Tedavi ile ilgili bilgi durumu | Ortalama puanlar |           |      |      |     |       |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------|-----------|------|------|-----|-------|
|                                  |                                | S                | $\bar{X}$ | Min. | Max. | Ss. | p     |
| Kimlik                           | Yeterli                        | 37               | 5,1       | 0    | 10   | 2,8 | 0,119 |
|                                  | Yetersiz                       | 8                | 4,0       | 0    | 9    | 2,6 |       |
| Süre (akut/kronik)               | Yeterli                        | 37               | 18,7      | 12   | 24   | 3,2 | 0,717 |
|                                  | Yetersiz                       | 8                | 18,6      | 10   | 23   | 2,8 |       |
| Sonuçlar                         | Yeterli                        | 37               | 19,1      | 6    | 30   | 4,5 | 1,000 |
|                                  | Yetersiz                       | 8                | 19,2      | 12   | 25   | 3,4 |       |
| Kişisel kontrol                  | Yeterli                        | 37               | 20,4      | 10   | 30   | 4,8 | ,119  |
|                                  | Yetersiz                       | 8                | 19,0      | 13   | 27   | 3,1 |       |
| Tedavi kontrolü                  | Yeterli                        | 37               | 17,0      | 8    | 25   | 3,8 | 0,987 |
|                                  | Yetersiz                       | 8                | 16,8      | 10   | 21   | 2,9 |       |
| Hastalığı<br>anlayabilme         | Yeterli                        | 37               | 17,1      | 9    | 24   | 3,7 | 0,122 |
|                                  | Yetersiz                       | 8                | 15,4      | 7    | 20   | 3,6 |       |
| Süre (döngüsel)                  | Yeterli                        | 37               | 12,9      | 4    | 19   | 3,3 | 0,567 |
|                                  | Yetersiz                       | 8                | 13,5      | 9    | 17   | 2,5 |       |
| Duygusal temsiller               | Yeterli                        | 37               | 17,9      | 9    | 26   | 4,7 | 0,569 |
|                                  | Yetersiz                       | 8                | 18,6      | 7    | 26   | 5,1 |       |

## 11.TEŞEKKÜR

### TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim süresince desteği ve yardımları ile her zaman yanımda olan, teorik ve pratik anlamda kendisinden çok şey öğrendiğim danışman hocam Prof. Dr. Hatice BOSTANOĞLU' na,

Tezimin uygulanmasında ve hastalara ulaşmamda desteğini esirgemeyen Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Belgin KOÇER, araştıma görevlileri ve sekreterlerine,

Tezimin yorumlanmasında fikirleriyle bana destek veren Doç.Dr. Nazmiye KOCAMAN'a,

Tez çalışmam sırasında her türlü desteğini esirgemeyen arkadaşlarım Kasım ŞİMŞEK, Tuğba KARATAŞ'a

Hayatımın her döneminde, sevgi ve sabırla, koşulsuz yanımda olan aileme, teşekkür ederim.

**Şükrü ÖZEN**

## 12.ÖZGEÇMİŞ

### 1. KİŞİSEL BİLGİLER

|                                                                                 |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ADI, SOYADI:                                                                    | Şükrü ÖZEN        |
| DOĞUM TARİHİ ve YERİ:                                                           | 01.02.1987 ŞIRNAK |
| HALEN GÖREVİ: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Araştırma Görevlisi |                   |
| YAZIŞMA ADRESİ: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beşevler/ANKARA    |                   |
| TELEFON : 03122262651                                                           |                   |
| E-MAIL: <a href="mailto:sukruozen@gazi.edu.tr">sukruozen@gazi.edu.tr</a>        |                   |

### 2. EĞİTİM

| YILI      | DERECESİ      | ÜNİVERSİTE                                   | ÖĞRENİM ALANI           |
|-----------|---------------|----------------------------------------------|-------------------------|
| 2010      | Yüksek Lisans | Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü | Hemşirelik Programı     |
| 2005-2009 | Lisans        | Yüzüncü yıl Üniversitesi                     | Sağlık Memurluğu Bölümü |
| 1999-2003 | Lise          | Şırnak Çok Programlı Lisesi                  | Fen Bilimleri           |

### 3. AKADEMİK DENEYİM

| GÖREV<br>DÖNEMİ             | ÜNVAN                  | BÖLÜM             | ÜNİVERSİTE                                         |
|-----------------------------|------------------------|-------------------|----------------------------------------------------|
| Eylül 2010-                 | Araştırma<br>Görevlisi | Hemşirelik Bölümü | Gazi Üniversitesi<br>Sağlık Bilimleri<br>Enstitüsü |
| Kasım 2009-<br>Ağustos 2010 | Araştırma<br>Görevlisi | Hemşirelik Bölümü | Bingöl Üniversitesi<br>Sağlık Yüksekokulu          |