

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA
STRESLE BAŞ ETME TARZLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zeynep DİŞÇİ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi - 2014

TC.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA STRESLE BAŞ
ETME TARZLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zeynep DİŞÇİ

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN**

ERZURUM

2014

TC.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARIN STRESLE BAŞ ETME
TARZLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep DİŞÇİ

Tez Savunma Tarihi : 26.05.2014

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Reva BALCI AKPINAR (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

ONAY

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yaşar Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi

ERZURUM-2014

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Multiple Skleroz.....	4
2.2.Patofizyolojisi.....	4
2.3.Epidemiyolojisi	5
2.4.Etiyoloji.....	5
2.5.Klinik Belirti ve Bulgular	6
2.6. MS' in Sınıflandırılması	7
2.7.Tanı	8
2.8.Prognoz.....	9
2.9. Multiple Sklerozlu Hastalarda Tedavi Ve Hemşirelik Bakımı	10
2.9.1. Atak Önlenmesi	11
2.9.2. Akut Relaps Tedavisi	11
2.10. Komplikasyonların Önlenmesi ve Rehabilitasyon	14
2.11. Stres Kavramı	15
2.11.1. Stres ve Baş etme.....	17
2.12. Multiple Sklerozlu Hastalarda Stres Ve Hemşirelik Bakımı	19
3.MATERYAL VE METOT.....	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23

3.2.Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman	23
3.3.Araştırmanın evreni ve örneklem seçimi	23
3.4.Verilerin toplanması	23
3.4.1.Kişisel Bilgi Formu (Ek-I)	24
3.4.2.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (Ek-II)	24
3.4.3.Genişletilmiş Özürlülük Skalası (EDSS) (EK -III).....	25
3.4.3. Veri Toplama Yöntemi	25
3.5.Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.7.Araştırmanın Etik İlkeleri	26
4.BULGULAR.....	27
5.TARTIŞMA.....	32
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	336
KAYNAKLAR	37
EKLER	446
EK-1 ÖZGEÇMİŞ.....	46
EK-2 ETİK KURUL ONAY FORMU.....	47
EK-3 HASTANE İZİN YAZISI.....	48
EK-4 KİŞİSEL BİLGİ FORMU	49
EK -5 STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ	50
EK-6 GENİŞLETİLMİŞ ÖZÜRLÜLÜK SKALASI.....	52

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Prof. Dr. Mehtap TAN' a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tezimin her aşamasında yanımda olan manevi desteklerinden dolayı sevgili aileme, araştırma verilerini topladığım multiple sklerozlu hastalara ve Nöroloji Polikliniği çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep DİŞÇİ

ÖZET

Multiple Sklerozlu Hastalarda Stresle Baş Etme Tarzlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Araştırma, MS' lu hastaların stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma Nisan 2013 - Mayıs 2014 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Polikliniğine kayıtlı, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 50 hasta ile yapıldı. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu ve SBTÖ kullanıldı.

Bulgular: Hastaların en çok problem odaklı baş etme yöntemlerinden olan bireylerin kendine güvenli yaklaşımı daha çok kullandıkları tespit edildi. Araştırma sonunda hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum ve meslek durumlarına göre SBTÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$). Hastaların gelir ve hastalık sürelerine göre SBTÖ alt boyutlarından, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımına ait puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$). Eğitim durumlarına göre SBTÖ alt boyutu olan sosyal desteğe başvurma yaklaşımı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Hastaların en çok problem odaklı baş etme yöntemlerinden olan “kendine güvenli yaklaşımı” daha çok kullandıkları saptandı. Bu sonuçların MS'li hastaların etkili/ aktif (problem odaklı) baş etme yöntemleri kullanmalarını sağlayacak hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasına rehber olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, multiple skleroz, stresle baş etme.

ABSTRACT

Assessment of the style of handling stress in patients with multiple sclerosis

Aim: This research has been carried out to determine the styles with which patients with MS handle stress and the influential factors.

Material and Methods: This descriptive research was conducted in between April 2013 and May 2014 and included 50 patients who complied with the research criteria. These patients were composed of the ones who registered to Neurology Department Polyclinics at Ataturk University, Medical Research and Application Hospital. In collection the data, individual information form and the WCQ were used.

Results: It was detected that the patients often used the individual self-confident attitude which is one of the most problem oriented style of handling stress. The difference between the mean scores of patients in terms of CSS sub-dimensions regarding their sex, age, marital status and occupation was founded to be statistically insignificant ($p>0.05$). The difference between the mean scores of patients in terms of CSS sub-dimensions regarding their income level and duration of sickness, which include such criteria as self-confident attitude, optimistic attitude, self- unconfident attitude, bending the knee attitude and reference to social support attitude was founded to be statistically insignificant ($p>0.05$). The difference between the mean scores of reference to social support, the CSS sub-dimension regarding the patient's educational status, was founded to be statistically significant ($p<0.05$).

Conclusion: It was concluded that of the most problem oriented style of handling stress, "self confident attitude". It is considered that planning and applying nursery attempts to make MS patients use effective/active (problem oriented) methods will serve as a guide.

Keywords: Nursing, handling the stress, multiple sclerosis.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH	: Adrenokortikotropik hormon
BOS	: Beyin-Omurilik Sıvısı
EDSS	: Nörolojik Derecelendirme Ölçeği
IOMSN	: International Organization of Multiple Sclerosis Nurses- Uluslararası Multiple Skleroz Hemşireleri Organizasyonu
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MS	: Multiple Skleroz
SBTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SSS	: Santral Sinir Sistemi
WCQ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4. 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı	Hata!	Yer	işareti
tanımlanmamış.	27		
Tablo 4. 2. Hastaların Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği'nin (SBTÖ) Alt			
Boyutlarından Problem Odaklı Başa Çıkma Puan Ortalamalarının			
Dağılımı			28
Tablo 4. 3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları			
Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı			29

1.GİRİŞ

Kronik ve progressif hastalıklardan biri olan multipl skleroz (MS); santral sinir sisteminin miyelin ihtiva eden hücrelerinin hasarı sonucu meydana gelen, demiyelinize plaklarla karakterize, seyrinde alevlenme ve remisyonlar görülen, yaşam süresinin önemli bir bölümünü etkileyen, bireyin fiziksel, emosyonel, sosyal ve bilişsel fonksiyonlarında sınırlılıklara neden olan önemli bir sağlık problemidir.^{1,2} Özürlülük yapan hastalıklar arasında 3.sırada yer alan MS en çok 20-40 yaş arasında ve kadınlarda erkeklere oranla, 5-2 kat daha fazla görülmektedir.^{3,4} Hastalarda genel olarak piramidal, serebellar, beyin sapı, duyu, görme, serebral, mesane ve bağırsak tutulumu mevcuttur.^{5,6} Sıklıkla karşılaşılan problemler yorgunluk, ağrı, denge bozukluğu, kas zayıflığı, parestezi, mesane disfonksiyonu ve spastisitedir.⁵⁻⁷

Genel olarak bakılacak olursa stres gerilim, gerginlik, bunalım, şiddet zorlama gibi anlamları içermektedir. Kavramsal olarak stres ise algılanan çevresel tehditlere bireyin fiziksel ve ruhsal bir tepki verme eylemi olarak ifade edilebilir.¹⁰ MS tanısı almış ve bu hastalıkla yaşaması gereken insanların yaşamları boyunca karşılaştıkları birçok stresör vardır. En başta kronik bir hastalığın varlığı ve onunla yaşamak zorunda olma, zamanla artan komplikasyonlara uyum sağlama, hastalık sonucunda hayatında oluşan değişikliklere alışma, hastalığın prognozundaki belirsizlik ve daha birçok problem hastaların stres altında yaşamalarına neden olmaktadır.

Baş etme, psikolojik bütünlüğü tehdit edici olarak algılanan stres ve gerginlik ile ilgili bilinçli ya da bilinçsiz olarak kullanılan çeşitli stratejilerdir. Kronik hastalığı olan hastaların çoğunluğu kendi sosyal destek ağlarını kullanmakta ve stres yaratan olaylar ile karşı karşıya geldiklerinde tipik başa çıkma stratejileri kullanmaktadır.¹⁰ Başa çıkma yöntemleri, genellikle problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma ve kaçınma tarzında sınıflandırılmaktadır. Problem odaklı başa çıkma stratejisi, stresli durumları değiştirmek

ya da ortadan kaldırmak için bilişsel ve davranışsal çabalar olarak açıklanmaktadır. Diğer yandan duygu odaklı başa çıkma stratejisi ise, stresli durumlara karşı ortaya çıkan duygusal tepkileri düzenlemeyi ifade etmektedir. Kaçınma ise ilgili stres durumunun etkisini azaltma veya ilgili durumdan uzaklaşma şeklinde duygu odaklı başa çıkmada kullanılmaktadır. Dolayısıyla aktif başa çıkma, problem odaklı stratejiyi içerirken, pasif başa çıkma ise kaçınma stratejisini içermektedir.^{11,12} Stresle başa çıkmada, öncelikle işe yaramayan ve bireye zararlı tepkilerin belirlenmesi ve bunların nelere yol açtığına farkına varılması gerekir. Stresle başa çıkma yöntemleri, bireyin bu tepkilerini değerlendirmesinin sağlayacak özgül beceriler kazandırarak stresi azaltmayı hedeflemektedir. Stresle baş edebilmek, ruhsal ve bedensel sağlığımızı koruyabilmenin ön koşuludur.¹² MS' in, prognoz belirsizliği, atak yaşama ve yeti yitimi olasılığı nedeniyle yaşamı kontrol edememe duygusu ve emosyonel stres yaratması nedeniyle hastanın ilişkilerini de etkilemesi kaçınılmazdır. Son zamanlarda Amerikan Nöroloji Akademisinin hazırlamış olduğu raporda stres ve MS alevlenmesi arasında ilişkinin sıkı bir şekilde ele alınması gerektiğini vurgulamıştır.⁸ Stresle baş etme kişiden kişiye göre değişmektedir. Yaşanılan ortam, kişilik yapısı, aile hayatı, alınan eğitim baş etme mekanizmalarını etkilemektedir. MS hastalığının seyrinde kişiler arasında farklılık göstermektedir. Hastalığa uyumun desteklenmesini kolaylaştıracak hemşirelik girişimlerinin planlayabilmek için MS hastalarının stresle baş etme tarzlarının bilinmesi son derece önemlidir. Ülkemizde ise bu konuyla ilgili araştırmaların çok az olduğu tespit edilmiştir.⁷⁶

Bu çalışma MS 'li hastaların stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Soruları;

1. MS hastalarının stresle baş etme tarzları nelerdir?
2. MS hastalarının sosyo demografik özellikleri stresle baş etme tarzlarını etkiliyor mu?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Multiple Skleroz

Multipl Skleroz (MS) genç erişkinlerde görülen, genellikle alevlenme ve düzelmelerle seyreden, sıklıkla santral sinir sistemini (SSS) etkileyen, genetik ve çevresel etmenlerin karmaşık etkileşimleri sonucu olduğu varsayılan, otoimmün inflamatuvar demiyelinizasyon yanında akson kaybı ile seyreden yaşam süresini değil yaşam kalitesini sınırlayan kronik bir hastalıktır.¹ Hastalıkta beyin ve bazen spinal kordda oluşan demiyelinizan plaklar; piramidal, duysal, serebellar, otonomik ve ekstrapiramidal sistem bozukluklarına yol açmaktadır.²

2.2.Patofizyolojisi

Hastalığın patogenezinde birçok immünolojik faktör rol almaktadır. MS oluşumundan sorumlu tutulan miyelin proteinlerine yönelen hücresel yanıtı, T hücrelerinin oluşturduğu öngörülmektedir. T lenfositlerinin bilinmeyen nedenlerle aktive olduğu ve kan beyin bariyerini aşarak merkezi sinir sistemine girdiği düşünülmektedir. Bu aşamada makrofajların, antikorların ve inflamasyona yol açan sitokinlerin salındığı; miyelin proteinlerini ve miyelin üreten hücreleri hedef alan bir dizi immünopatolojik olay geliştiği ve bu olaylar dizisi sonunda miyelin kılıf hasarının olduğu belirtilmektedir. Miyelin kılıf hasarı ile sinir iletimi blokaja uğramakta ve atak belirtileri ortaya çıkmaktadır.¹⁴

Bu belirtiler motor, duyu, denge/koordinasyon ve eliminasyon sorunları, cinsel, bilişsel ve duyu durum işlev bozuklukları şeklinde görülmektedir. Hasar gören aksonların remiyelinize olması, inflamasyonun gerilemesi ve ileti blokunun kompensasyonu ile semptomların ortadan kalktığı ve hastanın remizyona girdiği düşünülmektedir. Süreç ilerledikçe miyelin kılıf altındaki aksonun hasara uğraması ile klinik sonuçlar oluşmakta ve geri dönüşsüz yeti yitimi ortaya çıkmaktadır.^{11,14}

2.3.Epidemiyolojisi

Tüm dünyada yaklaşık 1.1 milyon ve sadece ABD’de yaklaşık 350 bin insanı etkileyen MS, erişkinlerde nörolojik yeti yitimine yol açan hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır. MS beyaz ırkta daha sık, zencilerde ve Asyalılarda daha seyrek görülür.^{5,8} En yüksek prevalans 100 binde 250 ile İskoçya’nın kuzeyindeki bir adada (Orkney) görülmektedir. ABD’de 37. paralelin güneyinde yaşayanlarda 100 binde 36 oranında görülürken ABD’nin kuzeyi, Kanada ve Kuzey Avrupa’da 100 binde 55-80 arasında görülmektedir.⁹ Türkiye’de MS’ e ilişkin ulusal boyutta bir prevalans çalışması yoktur ancak ülkemizin risk açısından orta düzeyde olduğu sanılmaktadır.¹⁰

Genç erişkin hastalığı olarak bilinmekte olup başlangıç yaşı genellikle 20-40 yaş arası olan MS nadiren çok daha erken veya ileri yaşlarda da görülebilmektedir. Diğer otoimmün hastalıklarda olduğu gibi kadınlarda görülme sıklığı daha fazla olup erkeklerin 2 katıdır.¹¹

2.4.Etiyoloji

İlk kez 1822 yılında soylu bir İngiliz’in günlüğünde tanımlanmıştır. Daha sonraları Fransız Dr.Jean Cruveilhier tarafından paralize bir kadın otopsisinde skleroz adacıkları olarak tanımlanmıştır. 1868 yılında Dr.Fen Martin Charcot bu hastalığın klinik ve patolojik bulgularını tanımlamıştır. Paralizi kardinal semptomlar (istemli tremor,konuşma,nistagmus: Charcot’s triad). Otopsi çalışmalarından sonra sertleşmiş plaklardan oluşan alanları tanımlamış ve plaklarda doku sertleşmesi olarak adlandırılmıştır.³

1870’li yıllardan bugüne kadar hastalığın etiyolojisi hakkında çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Ancak MS’ in kesin nedeni bilinmemektedir.¹² Ortaya konulan bilgiler ışığında üç hipotez üzerinde durulmaktadır. Bunlardan birincisi genetik faktörlerdir. MS’e genetik bir yatkınlık bulunmakla birlikte bilinen kalıtsal hastalıklardan farklıdır.

MS' i olan bireylerin %80'inin yakın akrabalarında MS görülmez iken bazı ailelerde birden fazla bireyde MS görülebilmektedir. Bu durumun ortak genetik bir materyalin paylaşılmasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir.¹³ Bir diğer faktör ise çevresel nedenlerdir. MS prevelansının özellikle nemli ve soğuk iklimlerde daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle çevresel faktörlerin MS' in ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Bir diğer hipotez ise enfeksiyonlardır. MS' in inflamatuvar bir hastalık olduğuna yönelik bazı kanıtlar olmasına rağmen henüz inflamasyona neden olan mikrobiyal bir ajan tanımlanamamıştır.¹³

2.5.Klinik Belirti ve Bulgular

MS' te kişiden kişiye ve hatta aynı kişide ataktan atağa farklılık gösteren semptomlar bulunmaktadır. Bu semptomlar sistemlere göre şöyle sıralanabilir;^{15,19}

Motor bulgular: Hastalarda %62 oranında görülen kortikospinal tutulum kollardan çok bacakları etkilemekte ve değişen derecelerde monoparezi, hemiparezi, paraparezi, quadriparezi şeklindeki motor güç kaybı ve spastisiteye yol açmaktadır.

Somatosensoryel (duyusal) bulgular: Erken belirti olarak %21-55, hastalık seyri boyunca 52-70 oranında görülen bu sorun arka kordon tutulumuna bağlı olarak izlenmekte ve uyuşma, iğnelenme, yanma hissi, vibrasyon ve pozisyon duyusunda bozulma, boyun fleksiyonu sırasında boyundan bacaklara yayılan bir elektriklenme hissine (Lhermitte bulgusu) yol açmaktadır.

Beyin sapı bulguları: Hastaların %40-70'inde göz küresinin hareketi bozulmuştur. Yatay planda nistagmus, görme bulanıklığı, görüntülerde sıçrama, diplopi, içe /dışa bakış kısıtlılığı, ayrıca dizartrik veya nazone konuşma, vertigo görülebilmektedir.

Görme ile ilgili bulgular: Optik nörit sık karşılaşılan belirtilerdendir. Hastalar genellikle tek taraflı görme kaybı, fotofobi ve göz hareketi ile artan ağrı tanımlar. Optik

nörit olsun veya olmasın pek çok hastada görme keskinliğinde azalma, renkli görmede bozulma ve görme alanında bozulma görülmektedir.

Serebellar bozukluklar: Hastalarda sıklıkla gövde ataksisi, dismetri ve disdiakokinezi gibi koordinasyon sorunları ve intensiyonel tremor görülebilmektedir. MS için karakteristik kabul edilen beyin sapı orijinli dizartri ile birlikte, yumuşak damak ve ağızdaki kasların koordinasyonsuzluğu sonucu ortaya çıkan konuşma problemleri iletişimi güçleştirmektedir.

Bilişsel /mental bulgular: Subkortikal lezyonlarla ilişkili olarak bilişsel işlevler bozulabilmekte ve bellek, dikkat, konsantrasyon ve problem çözme alanında sorunlar ile karşılaşmaktadır.

Mesane/ barsak bulguları: Mesanenin depolama veya boşaltma işlevleri bozulabilmekte; otonomik disfonksiyona bağlı kolon hareketlerinde yavaşlama ve hastaların sıvı almaktan kaçınmaları sonucunda konstipasyon sorunu yaşanabilmektedir.

Duyguduruma ilişkin bulgular: Hastalık seyri boyunca %75 oranında duygulanım bozuklukları görülmekte; depresyon, uygunsuz ağlama /gülme, öfori ve nadiren de olsa psikotik tablolar yaşanabilmektedir.

Cinsel işlev bulguları: Libido, genital duyu ve lubrikasyonda azalma, orgazmik disfonksiyon görülebilmektedir.

Yorgunluk: En sık görülen üç semptomdan biri olan yorgunluk aile ve sosyal yaşamı etkileyecek boyutlarda olabilmektedir.

2.6. MS' in Sınıflandırılması

MS semptomlar ve hastalık seyri açısından kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, hastalık seyri hastalığın başlangıcından itibaren 15 yıl içinde nörolojik açıdan işlevselliğin hiçbir şekilde etkilenmediği benign seyir ve hastalığın hızlı, progresif gidiş

gösterdiği ve nörolojik işlevlerde kayıp, ölüm ile sonuçlandığı malign seyir şeklinde tanımlanır. Hastalığın tipleri klinik özelliklerine göre dörde ayrılır.^{4,15,17,20,21}

Relapsing –remitting multipl skleroz (Atak ve iyileşmelerle giden): Atak (relaps) döneminin tamamen iyileşme veya sekel ve defisitle iyileşme ile sonlandığı ve ataklar arasındaki periyotta hastanın nörolojik açıdan stabil olduğu, klinik progresyon göstermediği MS formudur.

Primer progresif MS (Birincil ilerleyici): Hastalık başlangıcından itibaren sürekli progresyon, nadiren platolar, geçici fakat minör iyileşme ve hızlı yeti yitiminin hakim olduğu, akut atakların söz konusu olmadığı MS formudur. Hastaların yaklaşık %15’inde ve hastalığın daha geç başladığı kişilerde daha sık görülmektedir.

Sekonder progresif MS (İkincil ilerleyici): Ataklı bir periyottan sonra hastalığın sürekli progresyonu ile karakterize, bazen ataklar, minör remisyon ve platoların eşlik edebildiği MS formudur. RRMS’li hastaların yaklaşık %50’sinde 15 yıl içinde SPMS görülmesi, SPMS’in ataklı formun geç dönemini temsil ettiği yorumlarına yol açmaktadır.

Progresif relapsing MS (İlerleyici-yineleyici): MS’li hastaların %5’inde görülen ve PPMS ile SPMS özelliklerini taşıyan bu tabloda, PPMS’te olduğu gibi başlangıçtan itibaren progresyon ve SPMS’te olduğu gibi tam iyileşme ile sonlanan veya iyileşmeyen akut ataklar yaşanmaktadır.¹⁷

2.7.Tanı

Santral sinir sistemi (SSS)’nin iki ayrı bölgesinde lezyon varlığını gösteren anormal fiziksel bulgular, akut veya subakut başlangıçlı, ateş gibi araya giren bir hastalıkla bağlantılı olmayan, 24 saatten uzun süren, aralarında en az 1 aylık zaman bulunan ve MS kliniğini gösteren en az 2 nörolojik atak öyküsü ve bu klinik görünümün

MS'ten daha iyi bir açıklamasının olmaması ile MS tanısı konmaktadır. Bu kriterler yerine tek başına klinik değerlendirme ile de tanı konabilmektedir.²²

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): MS tanısı almış hastaların %95'inde MRG bulguları anormaldir. Fakat anormal MRG bulguları klinik bulgular olmadığı surece tek başına MS tanısı koymak için yeterli değildir.¹⁵

BOS (Beyin-Omurilik Sıvısı) İncelemesi: MS'de klinik tanının teyit edilmesinde başvuru olan ilk tanı yöntemlerinden biridir. BOS; MS'de tamamen normal sınırlarda kalabilir. Hastaların %60 kadarında total protein normal sınırlardadır. Geri kalanında hafif bir artış olup protein seviyesi 70 mg/dl'nin altındadır. Glukoz konsantrasyonu normal sınırlardadır. İmmun globulin G seviyesinde artış vardır. Erken demans ve depresyon ayırımının gerektiği durumlarda özellikle belirgin entelektüel ve zihinsel sorunların erken evrelerinde nörofizyolojik testler faydalıdır.^{23,24}

Ürolojik değerlendirme: Aniden idrara sıkışma hissi ve sık idrara çıkma gibi semptomları rahatsızlık verecek şekilde belirginleşen hastalarda işeme sonrası reziduel idrar miktarına bakılması ve bir ürodinami yapılması yeterlidir.¹⁵

Oftalmojik incelemeler: Görme ile ilgili sorunlar ortaya çıktığında bir oftalmoloğun da muayenesi gereklidir. Görme alanı, görme keskinliği, renk görüşü ve skotom varlığı hakkında temel incelemeler, görmede ilerleyici bir hasar varlığını anlayabilmek için hastalığın başlangıcında araştırılmalıdır.¹⁵

2.8.Prognoz

MS santral sinir sisteminin de pek çok yeri farklı ya da eş zamanlı olarak etkileyebilen bir hastalıktır.²⁵ Yapılan çalışmalarda,

İyi prognostik özellikler;

- Erken başlangıç yaşı,
- Kadın cinsiyeti,

- Görsel ve duysal bulgularla başlangıç,
- Relapsing-remitting prognoz,
- Monosemptomatik başlangıç,
- İlk belirti süresinin kısa olması,
- Birinci ve ikinci atak süresinin uzun olması,
- İlk 5 yıldaki düşük özürlülük derecesi olarak vurgulanmıştır.

Kötü prognozu düşündüren nedenler;

- Başlangıç özellikleri olarak geç başlangıç yaşı,
- Erkek cinsiyeti,
- Piramidal, serebellar veya sfinkter belirtilerle başlangıç,
- İlk ataktan kısmi düzelme,
- İlk iki atak arası sürenin kısa olması,
- İlk yıllardaki atak sıklığının fazla olması bildirilmiştir.

2.9. Multiple Sklerozlu Hastalarda Tedavi Ve Hemşirelik Bakımı

Genel olarak genç yetişkinleri etkileyen MS' in iş, sosyal yaşam ve aile yaşamı üzerinde büyük bir etkisi vardır. Hastaların %85'inde hastalık, relaps-remisyon gösteren bir seyir izler, geri kalan %15'inde ise başlangıçtan itibaren ilerleme gösterir. Tekrarlayan düzelen seyir gösteren hastaların %80-90'ında başlangıçtan 20-25 yıl sonra sekonder bir ilerleme görülür, ilerleyici seyir, sakatlanmanın birikimine yol açtığı için, hastaların bu evreyi önleme ve geciktirme amacıyla tedavi edilmeleri zorunludur.^{26,27}

Multiple skleroz, tedavi ile tamamen ortadan kaldırılabilen bir hastalık olmamakla birlikte hastalık sürecini, atak sıklığını ve bir ölçüde hastalık seyrini değiştiren tedaviler bulunmaktadır. MS tedavisinin üç önemli komponenti vardır. Bunlardan birincisi, atakların önlenmesi, ikincisi akut atak tedavisi ve üçüncüsü ise, semptomatik tedavidir.²⁸

2.9.1. Atak Önlenmesi

Akut dönemdeki tedavinin amacı iyileşme süresini kısaltmak, atağın şiddetini azaltmak ve atak sonrası kalacak özürlülüğü en aza indirmektir. Eğer kontrendikasyon yok ise yüksek doz kortikosteroid tedavisi önerilir. En sık kullanılan rejim günde 1000 mg intravenöz metilprednizolon tedavisidir. 3-5 gün kullanılır. Daha sonra 60-100 mg/gün oral steroid başlanıp belirtiler kaybolmaya başladığı zaman azaltılarak kesilmelidir.²⁶

2.9.2. Akut Relaps Tedavisi

Akut atak, 24 saatten uzun süren, beyaz cevheri etkileyen bir fokal fonksiyon bozukluğudur. Tipik olarak birkaç gün boyunca ilerleme göstermeye devam eder, bir haftadan önce maksimuma ulaşır, daha sonra ortalama 30 günde yavaşça azalır. Akut atak tedavisinde glukokortikoidler ve daha ender olarak adrenokortikotropik hormon (ACTH) kullanılır.²⁹⁻³⁰

Tedaviye uyum ve tedavi etkinliğinin izlemi de hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Çeşitli nedenlerle hastaların neredeyse yarısının ilk 6 ay içinde tedaviyi kestikleri bildirilmektedir. Hemşire tedaviye başlamadan önce iyi bir eğitim ile hastasını bakıma aktif katılmaya teşvik ederek hastalığı kontrol duygusu uyandırmalı ve hastalığa uyumu kolaylaştırılmalıdır. Tedavi etkinliğinin belirlenmesi için hastanın klinik durumu, atak sıklığı, şiddeti, ataklarının iyileşme hızı, MR ve laboratuvar sonuçları ve psikososyal işlevselliği tedavi başlangıcından itibaren ilk yıl 3 ayda bir, daha sonra 6 ayda bir olmak üzere ilk 2 yıl boyunca standardize ve kantitatif ölçümlerle değerlendirilmelidir. Hastanın en fazla temas ettiği kişi olan hemşire tedavi etkisizliğine ait bulguları da ilk görececek kişi olacağından böyle durumlarda hekimle bağlantı kurmalı ve gerekli incelemelerin başlatılmasını sağlamalıdır.³¹

2.9.3.Semptomatik Tedavi

Hastalar MS' in ya primer, sekonder ya da üçüncül sonuçları olarak farklı belirtileri birlikte deneyimlemektedirler. Geniş ölçüde belirtileri olan hastaların bu belirtilerle baş etmek için aynı anda pek çok ilaç kullanması gerekmektedir.^{29,32}

Spastisite tedavisi: Baklofen, gabapentin, diazepam, tizanidine, dantrolen, lokal enjeksiyonlar (botulinum toksini, fenol, alkol) uygulanmaktadır.³³

Serebellar tremor tedavisi: Karbamazepin, klonazepam, izoniyazid, gabapentin kullanılmaktadır.³³

Üriner belirtilerin tedavisi: Eğer sorun idrar depolanmasında yetersizlik ise antikolinerjikler (propantheline bromide, oxybutynin chloride, tolterodine tartrate) ve desmopressin acetate kullanılabilir. Trisiklik antidepresanlar mevcut antikolinerjik özellikleri ile kullanılabilir. Sorun, mesane boşalımının yetersizliği ise intermittan kateterizasyon veya cerrahi girişimler uygulanabilir.³³

Ağrı tedavisi: Karbamazepin, topiramate, gabapentin, lamotrijin, fenitoin, misoprostol, baklofen, trisiklik antidepresanlar (en sık amitriptilin) kullanılmaktadır.³⁴

Eretil disfonksiyon tedavisi: Sildenafil, alprostadil.³³

Aşırı yorgunluk-kas güçsüzlüğü tedavisi: Amantadin, 4-aminopyridine, pemolin, modafinil gibi ilaçlar verilebilmektedir.³³

MS hiçbir iz bırakmadan tamamen kaybolan semptom ataklarından, kalıcı ve ciddi semptomlara kadar geniş bir yelpazede farklı tablolar sergileyen bir hastalıktır. Birçok semptoma neden olan ve hastanın yaşamını önemli ölçüde etkileyen MS tedavisi birkaç yıl öncesine değin semptom yönetimine odaklanırken, yeni geliştirilen ilaçlarla günümüzde hastalık modifikasyonuna odaklanmaktadır.³⁵

Özellikle son yıllarda MS tedavisinde sağlanan gelişmeler, bakımın da kapsamının genişlemesine yol açmış ve MS hemşiresinin rolleri artan eğitim ve bakım

gereksinimlerini karşılayacak şekilde artmıştır. Bu genişleyen bakım spektrumu, sağlık hastalık dizgesinin herhangi bir noktasındaki hastaların gereksinimlerine yanıt verebilecek ileri düzeyde becerilerle donanmayı zorunlu kılmaktadır. MS hemşiresi, dünyadaki önemli MS inisiyatiflerinden biri olan IOMSN (International Organization of Multiple Sclerosis Nurses-Uluslararası Multipl Skleroz Hemşireleri Organizasyonu) tarafından “MS’li hastayla işbirliği yapan, onunla bilgi, güç ve umudu paylaşan; hastaya adaptif baş etme becerisi, otonomi, kontrol duygusu kazandıran, umut etmeyi ve pozitif düşünmeyi sağlayan uzman” şeklinde tanımlanmaktadır.³⁵ Farklı ırkta, farklı kültürde ve farklı yaşam biçimleri olan yaklaşık 2.5 milyon MS tanılı hasta, diğer hastalardan farklı olmayarak; kendine özgü özellikleri olan ve bir benzeri daha olmayan “benzersiz insandır”. Yaşadığı toplumda rolleri vardır; annedir, babadır, öğrencidir, bir meslek üyesidir. Burada tek ortak nokta, tanının MS olmasıdır. Virginia Henderson; “İnsanın temel gereksinimleri birbirinin aynısıdır, fakat birbirinin aynısı iki insan yoktur. Bu nedenle hemşire hastanın gereksinimlerini o hastaya özgü olarak değerlendirip, uygun bakımı vermelidir” şeklinde ifade etmiştir. Bu nedenle bakım bireye özgü planlanmalıdır.^{4,36}

MS’da bakım, tüm ekip üyelerinin işbirliği içinde çalışmalarını gerektirir. Hastanın sürekli bakımında ve hasta ile sürekli etkileşimde anahtar rolü olan hemşire, sağlık ekibinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bakımda amaç, hastanın farkındalığını oluşturarak, kendi bakımında sorumluluk almasını sağlamaktır. MS’da hasta bakımının hedefleri nöromüsküler fonksiyonları maksimize etmek, günlük yaşam aktivitelerinde mümkün olduğunca bağımsızlığı, psikososyal esenliği ve hastalığa uyumu sağlamak ve atağı tetikleyen faktörler konusunda bilgilenmesini sağlamaktır.³⁷

Çok sayıda ve kompleks bakım sorunları olan bu hastalarla çalışan hemşirelerin nöromüsküler işlevleri en üst düzeye çıkarmak, günlük yaşam aktivitelerinde mümkün

olduğunca bağımsızlığı sağlamak, psikososyal esenliği ve hastalığa uyumu sağlayabilmek için bakımda üzerinde durması gereken noktalar arasında; komplikasyonların önlenmesi ve rehabilitasyon psikososyal destek ve eğitim gibi noktalarda bulunmaktadır.³⁸

2.10.Komplikasyonların Önlenmesi ve Rehabilitasyon

Genellikle progresif bir hastalık olan ve başlangıçta sadece ataklar halinde seyredirken zaman içinde giderek kötüleşen MS' in hastayı yatağa bağımlı hale getiren ileri dönemlerinde hareketsizliğe bağlı birçok komplikasyon ile karşılaşmak olasıdır. MS'li bireylerde; osteoporoz, spazm, güçsüzlük, yorgunluk, denge ve koordinasyon bozuklukları, karıncalanma, tremor, duyu ve görme sorunları, fraktürler, staz, pnömonisi, aspirasyon pnömonisi, üriner enfeksiyon ve bası yaraları, yorgunluk ve bilişsel bozukluklar, depresyon gibi duygusal problemler görülebilir.^{39,40}

Bu sorunların önlenmesinde, aktiviteyi ilgilendiren tüm konularda fizyoterapist ile işbirliği içinde çalışmak çok önemlidir. Fizyoterapi ile hastanın gereksinimlerine göre kas tonüsünün adaptasyonu, kontraktürlerin önlenmesi tedavisi, posturun düzeltilmesi ve hareketlerde koordinasyonun sağlanması hedeflenmektedir.⁴¹ Beyin sapı lezyonlarının solunumu etkilemesi, spinal lezyonların göğüs kaslarında sorunlar yaratması ve faringolarengeal reflekslerde azalma sonucu aspirasyon pnömonisi yaşanabilmektedir. Hareketsizliğe bağlı olarak da staz pnömonisi ile karşılaşmak mümkündür. Solunum sorunlarını önlemek için hidrasyon sağlanmalı, solunum ve öksürme egzersizleri öğretilmeli, gerektiğinde hasta nebulize edilmelidir.⁴² Mesane işlev bozukluğu sorunlarından üriner retansiyon sorunu olan hastalarda komplikasyon olarak üriner enfeksiyon görülebilmektedir. Enfeksiyonun önlenmesi için mesane boşaltmasını kolaylaştırıcı girişimlerden yararlanılmaktadır.⁴³ MS'li hastalarda ilerleyen dönemde tekerlekli iskemle veya yatağa bağımlılık nedeniyle bası yaraları açılabilir. Bu

sorunları önlemek için bası bölgelerinin değerlendirilmesi ve desteklenmesi, tekerlekli iskemle ve yatağın basıyı azaltan ve pozisyon değişikliği kolaylığı sunan modellerden seçilmiş olması önem taşımaktadır.³⁸

Fiziksel, bilişsel ve psikososyal birçok soruna yol açan ve değişken bir doğası olan MS' de rehabilitasyonun çok önemli olduğu bilinmektedir. Bu açıdan MS'li hastaların gereksinimlerinin tedavi ile sınırlı olmadığını, bireysel ve toplumsal yaşamın tüm öğelerini içine alacak kadar kapsamlı gereksinimlerinin olduğunu söylemek yerinde olur. Bu gereksinimleri karşılamada fizyoterapist, uğraş terapisti, konuşma terapisti, sosyal hizmet görevlisi ve hemşireden oluşan rehabilitasyon ekibine büyük iş düşmektedir.⁴⁴

Rehabilitasyon uygulayıcıları MS gibi kronik hastalıklarda diğer tıbbi uygulamalardan farklı bir rol üstlenirler. Tanı koyulduktan sonra genel kondisyonu geliştirmek ve yorgunluğu azaltmak için eğitim ve tedavi verilir ve hastalığın ilerlemesiyle daha aktif bir surece girilir. Bu süreçte; semptomların tedavisi, fonksiyonun artırılması, günlük yaşam aktivitelerinin kolaylaştırılması, uygun yardımcı cihaz temini, çevresel değişiklikler, yaralanmaları önlemek ve istenmeyen komplikasyonları önlemek için uygulamalar yapılmaktadır.⁴⁵

2.11.Stres Kavramı

Stres vücuda yüklenen herhangi bir özel olmayan duruma karşı vücudun tepkisi olarak tanımlanmaktadır. Tarihinin insanlık tarihi kadar eski olmasına rağmen, araştırmacılar bu kadar eski bir geçmişe sahip stres kavramının net bir tanımını yapma konusunda zorlanmaktadırlar.^{52,53} Bazı uzmanlar stresi farklı yorumlar yapmışlardır. Örneğin;

Jeremy Stranks'a göre stres; nadiren anlaşılan bir kavramdır ve tek bir tanımı yoktur. Stres farklı bireylere farklı şeyler anlatmaktadır. Bazı yaşam olayları bireylere

hoş ya da üzücü gelebilir. Bazen de bu olaylar stres kaynağı olarak tanımlanabilir.⁵⁴ Örneğin; evlenmek, işten çıkarılmak, yaşlanmak, yeni bir işe başlamak, çok ya da az iş almak, hücre hapsi ya da aşırı gürültüye maruz kalmak gibi. Stranks, stresi farklı şekillerde tanımlamıştır. Saldırıya karşı ortak bir tepki, yaşamın doğal dengesini rahatsız eden bir etki, bazı çevresel durumlara karşı vücut kaynaklarının kullanımı, çevresel değişimlere karşı oluşturulan cevap, problemlerle baş edebilmenin psikolojik bir tepkisi, uzun bir zaman dilimine yayılan ve hastalıklara izin veren sürekli bir anksiyete duygusu olarak farklı tanımlamalar yapmaktadır.⁵⁴

Acar ve Zuhal Baltaş akademik olarak, stresi meydana getiren olayları “stres vericiler”, bu olaylara insanın fizyolojik ve psikolojik düzeyde verdiği tepkileri de “stres” terimi ile ifade etmeyi tercih etmektedirler.⁵⁵ Onlara göre, stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Tehdit ve zorlanmalar karşısında canlı kendini korumaya yönelik bir tepki zincirini harekete geçirme özelliğine sahiptir. Bir tehlike ile yüz yüze gelen canlı, başa çıkamayacağına inandığı bu tehlikeden uzaklaşmaya çalışır, başa çıkacağına inandığı tehlike ile savaşır ve böylelikle yeni duruma bir uyum sağlar.⁵⁵

Stres tanımı ve temel özellikleri üzerinde ortak bir görüş birliği sağlanamamıştır. Bir kişi için meydan okuyucu ve ödüllendirici bir görev stres yaparken diğerleri için endişeye yol açmayabilir. Bireylerin değerlendirmesi ve algılaması birbirinden farklı olabilir. Stres bir olayın bireyin kaynaklarına veya yeteneklerine meydan okuma olarak algılandığında ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda stres bir algıdır. Stres yaratıcıları insanların algı düzeylerine göre kendini hissettirmektedir.⁵⁶

Stres organizma üzerinde bir takım değişikliklere neden olmaktadır. Bunlar;

-Fiziksel Belirtiler; Çarpıntı, baş ağrısı, soğuk ya da sıcak basması, mide, bağırsak bozukluğu, sindirim zorluğu, nefes darlığı, ellerde titreme, gürültüye, sese karşı aşırı

duyarlılık, uykusuzluk, aşırı ya da düzensiz uyku, bitkinlik, mide krampları, boyunda, ensede, belde, sırtta ağrı, gerginlik, kasılma ve eklem ağrılarıdır.⁵⁸

-Zihinsel Stres Belirtileri: Konsantrasyon güçlüğü, karar vermede güçlük, unutkanlık, zihin karışıklığı, hafızada zayıflık, aşırı miktarda hayal kurma, tek bir fikir ya da düşünceyle meşgul olma, mizah anlayışı kaybı, düşük verimlilik, is kalitesinde düşüş, hatalarda artış ve muhakemede zayıflamadır.⁵⁹

-Sosyal Stres Belirtileri: Bireylere karşı güvensizlik, başkalarını suçlamak, randevulara gitmemek ya da çok kısa zaman kala iptal etmek, bireylerde hata bulmaya çalışmak ve sözle rencide etmek, haddinden fazla savunmacı tutum, birçok kişiye birden dargın olmak, konuşmamaktır.⁵⁸

-Ruhsal Stres Belirtileri: İçinde bir boşluk hissetme, affetmeyip kin duyma, hayatın anlamının kaybolması, yönünüzün kaybolması, suçluluk duygusu, diğer bireylere düşmanlık duygusu, suç işlemedir.⁶⁰

-Duygusal Stres Belirtileri: Duyguların sık sık değişmesi, huzursuzluk duyulması, kızgınlık, depresyon, üzüntü, soğukluk, sık sık kabus görme, sakinleşememe, ümitsizlik duygusu, aşırı ağlama, sinirsel gülme krizleri, heyecan duyamama, hastalık kuruntusu olmadır.⁶⁰

2.11.1.Stres ve Baş etme

Stres kavramı ile birlikte başa çıkma kavramı da değişik biçimlerde tanımlanmaya başlanmıştır. Başa çıkma; psikoanalitik bir yöntem, bireysel yetenek ya da tarz, özel stratejiler tanımlaması, stratejiler bütünleştirilmesidir. Çeşitli yaklaşımlara göre başa çıkma birey ve çevre arasındaki çeşitli etkileşimler sonucu oluşmaktadır. Ayrıca geleneksel yetenek geliştirme programları için de bir yöntemdir.⁶¹

Bireyin bir olay karşısında yaşadığı stresin derecesi büyük ölçüde onun bu olayı değerlendiriş şekli ile belirlenmektedir. Lazarus'un stres modeline göre, yeni bir olay ya

da çevredeki herhangi bir değişim, kişiyi o olayın önemi konusunda bir değerlendirme yapmaya teşvik eder. Olayın pozitif, nötr ya da negatif olduğuna karar verilir. Lazarus ve Folkman'a göre bilişsel değerlendirme birincil ve ikincil olmak üzere 2 şekilde yapılabilir. Birincil değerlendirmede kişi "tehlikede" olup olmadığına karar verir. Eğer bir olay kayba yol açıyor, kişiyi zarar veriyor ya da onu tehdit ediyorsa "tehlikeli" şeklinde değerlendirilir. Birincil değerlendirme ile eşzamanlı olarak ikincil değerlendirme başlar. İkincil değerlendirmede kişi kendi kaynaklarını, sağlığını, kişiliğini, sosyal desteklerini, moralini vb. dikkate alarak "ne yapabilirim" sorusunu cevaplamaya çalışır. Bu cevaba göre kişi nasıl davranacağına karar verir. Böylece kişinin belli bir durum ile ilgili yaptığı birincil ve ikincil değerlendirmeler o kişinin o durumla başa çıkabilmek için başvuracağı yolları belirler.⁵⁷

Stresle başa çıkma;

1.Problem odaklı

2.Duygu odaklı başa çıkma tarzında sınıflandırılmaktadır.

Problem odaklı başa çıkma stratejisi, stresli durumları değiştirmek ya da ortadan kaldırmak için bilişsel ve davranışsal çabalar olarak açıklanmaktadır. Diğer yandan duygu odaklı başa çıkma stratejisi ise, stresli durumlara karşı ortaya çıkan duygusal tepkileri kontrol etmeyi ifade eder. Kaçınma ise ilgili stres durumunun yaratacağı etkiyi azaltma veya ilgili durumdan uzaklaşma şeklinde duygu odaklı başa çıkmada kullanılır. Dolayısıyla aktif başa çıkma, problem odaklı stratejiyi içerirken, pasif başa çıkma ise kaçınma stratejisini içermektedir. Stresli şartlar altında oluşabilecek kaygıyı azaltma da aktif stratejiler, pasif stratejilerden daha etkili olmaktadır.⁶² İnsanların stresle başa çıkma tarzlarını belirlemelerinde; bireysel farklılıkların, sosyal beceri, sosyal destek ve kişisel kaynakların etkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca herhangi bir stratejinin etkili olması ilgili stratejinin bireyin özelliklerine uymasıyla orantılıdır. Konuyla ilgili yapılan

araştırmalar duygu odaklı başa çıkma stratejisinin, problem odaklı başa çıkma stratejisine göre daha az etkili olduğunu ve daha çok psikolojik semptomlara, belirtilere eşlik ettiğini göstermektedir. Kaçınma ve duygu odaklı başa çıkma yolları olumsuz başa çıkmalar olarak nitelendirilir ve yüksek derecede işlevsel olmayan davranış sorunlarıyla ilişkilidir. Kullanılan stratejiye bağlı olarak yukarıda ifade edilen başa çıkma yöntemleri, genellikle stresi azaltabilmesine rağmen her başa çıkma stratejisi, her zaman başarılı olmayabilir. Lazarus ve Folkman’a gore bireyler daha etkili sosyal etkileşimler kurdukları takdirde zihinsel stresleri azalır ve mutluluk düzeylerinde genel bir artış gözlenebilir. Bunun aksine bireyler, uygun olmayan başa çıkma stratejilerinde ısrarcı olurlarsa ruh sağlıklarını tehdit eden zihinsel stresi beraberinde getirebilirler.⁶²

Stresle başa çıkmada, öncelikle işe yaramayan ve bireye zararlı tepkilerin belirlenmesi ve bunların nelere yol atığının farkına varılması gerekir. Stresle başa çıkma yöntemleri, bireyin bu tepkilerini değerlendirmesinin sağlayacak özgül beceriler kazandırarak stresi azaltmayı hedefler. Stresle baş edebilmek, ruhsal ve bedensel sağlığımızı koruyabilmenin n koşuludur.⁶³

2.12. Multiple Sklerozlu Hastalarda Stres ve Hemşirelik Bakımı

MS’li hastalarda görülen semptomatik bulgular, prognozdaki belirsizlikler, geçirilen ataklar, tam veya kısmı olarak oluşan kuvvet kayıpları, spastisite nedeniyle oluşan yaşam kalitesinin düşmesi, patolojik yorgunluk, görme ve yürüyüş problemleri, enfeksiyon gibi bir çok bulgu hastalarda stres düzeyinin yükselmesine neden olan en önemli parametrelerdir. Oluşan bu problemlerden bazıları kısa süreli ve geri dönüşümlü iken, bazıları kalıcı hatta zrllk durumu oluşturabilir. Henüz hastalığı kabullenme aşamasında olan birçok birey ortaya çıkan bu tür semptomlar nedeniyle ciddi derece de stres yaşamaktadır.⁴⁸ Yapılan bir çalışmada stres ve MS ait MRG bulguları arasındaki ilişkiyi azaltmaya meyilli olan davranış problem çözme stratejileri iken, derin düşünce

ve endişe gibi bazı sorunlar stres ve MS ait MRG bulguları arasındaki ilişkiyi arttırmaya meyilli olduğu saptanmıştır. Buradan hareketle daha uygun başa çıkma stratejilerinin kullanımının stres ve MS arasındaki ilişkiyi etkilediği sonucuna varılmıştır.⁶⁸

Hastalığın erken dönemlerinde prognoz belirsizliği, atak yaşama endişesi, yeti yitimi olasılığı ve yaşamı kontrol edememe duygusu nedeniyle emosyonel stres yaşayan hasta ve partnerinin yaşamlarını bu olasılıklar çerçevesinde yeniden düzenlemeleri gerekebilmektedir. Kayıptan kaynaklanan yas veya belirsiz gelecek için kaygı duygularını yaşarken eş, hastayı kaybetme korkusu yaşarken, hasta da terk edilme korkusu yaşayabilmektedir.⁴⁸

Hastadaki bilişsel değişiklikler, kişilik ve davranış değişiklikleri partneriyle ilişkisini olumsuz etkileyebilir. Öte yandan oluşan değişiklikler ve bunlara uyum sağlama hem hastayı hem de çevresindeki bireyleri psikolojik olarak etkilemektedir. Özellikle kadının ev içi görevleri veya eşyle katılması gereken aktiviteleri sürdürememesiyle cinsiyet rollerinin değişmesi ilişkiyi olumsuz etkilenmekte; yeti yitimi arttıkça ayrılma ve boşanmaların da arttığı bilinmektedir.⁴⁸ Kişilerin hem eşleriyle hem de çevreleriyle ilişkilerinin sağlıklı yürümesi için medikal tedavi optimizasyonu, karşılaşılan güçlükler için destek verme, bakım verenin tükenmesini (burn-out) önleme, destek gruplarına ve aile terapisine yönlendirilmeleri önemlidir.⁴⁷

MS'li hastanın ilişkiye ilişkin diğer bir sorunu da ailenin büyüklüğüne karar vermektir. Hasta çocuk istiyorsa bu isteğini mutlaka sağlık ekibiyle paylaşmalı, durumunun tedaviyi kesmeye uygun olup olmadığı, gelecekteki fiziksel durumu, sosyal destek durumu gibi birçok faktör değerlendirilmeli, genetik danışmanlık aldıktan sonra birlikte karar verilmelidir. MS yaşanan ortam ile ilgili sorunları da beraberinde getirmektedir. İleri dönemde evde sürekli bakım, aile üyelerinden birinin hep yanında olması vb. gereksinimler maliyeti yüksek olan durumlardır. Ayrıca ev ortamının da

hastanın fiziksel değişikliklerine uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Bunun da ek bir maliyet getireceği, hatta bazen başka bir eve taşınmayı gerektirebileceği unutulmamalıdır.⁴⁶

Özellikle MS’li bireylerde ortaya çıkan problemlerde; öz bakım gücünün azalması veya kaybedilmesi, kendine yetememe ve çevreden gelen bazı söylem veya tepkiler bireylerde stres düzeyini arttırmaktadır. Yapılan bir kaç araştırmada yaşanan stresin, MS’ in alevlenmesine, atakların şiddetlenmesine ve hastalığın nüksüne sebep olduğu tespit edilmiştir.⁶⁴⁻⁶⁹ Başka bir araştırmada ise stresle başa çıkma ve yeni oluşan beyin lezyonları arasında doğrudan bir ilişki olduğu saptanmıştır.⁶⁷ Bir başka çalışmada ise stres ve MS’ in harekete geçmesi arasındaki ilişkiyi etkileyen 4 psikososyal etkenden biri de stresle başa çıkma olarak saptanmıştır.⁶⁸

Kronik ve sakatlayıcı hastalığa sahip olan bireye semptom tedavisinin ötesinde, yaşamın psikososyal boyutlarıyla da ilgili holistik bir yaklaşım sunmak gerekir. Yapılan bir çalışmada, sadece hastalıkla ilgili duygularının sorulmasının dahi hastaları memnun ettiği ve araştırmacılar tarafından sadece veri toplamadan ibaret olarak görülen görüşmelerin katılımcılarca terapötik bulunduğu rapor edilmiştir.⁴⁶ Bu sonuç, hastaların psikososyal destek ve ilgi gereksinimini göstermektedir. MS’in psikososyal boyutu kişinin ve yakınlarının sosyo ekonomik durumunu, ilişkilerini, yaşam ortamını ve koşullarını yani yaşamının birçok boyutunu etkilemektedir.⁴⁶

Hastalığa uyum için kişinin çevresi ve yaşadığı durumla etkileşimini yeniden yapılandırması gerekmektedir. Bunun için kişinin belli bir farkındalık düzeyine gelmesi ve değişime karar vermesi beklenmelidir. Bu andan itibaren hastaya yaşama karşı daha pozitif bir bakış açısı geliştirmede yardım edilmelidir. Bunu sağlayabilmek için kendine zaman ayırma, egzersiz, dua, yeni insanlarla tanışma, seyahat vb basit şeylerden mutluluk duymayı, yetersizlikten çok yeterliliğe odaklanmayı ve yaşamının kontrolünü

ele almayı öğrenmesi gerekmektedir. Özellikle pozitif düşünme veya iyimserlik çeşitli çalışmalarda MS ile baş etme de önemli bir yol olarak hastalar tarafından vurgulanmaktadır.⁴³ MS'li hastalarda bu tür ağır psikososyal problemlerin aşılmasında hasta ve sağlık ekibi arasındaki ilişimde çok önemlidir. Hastalığı ile baş başa ve yalnız değil, ekip ile ortaklık ilişkisi içinde hissettirilme hastanın ekip ile iletişimini kolaylaştıracak, sorunlarını ifade etmesini sağlayacak ve çözüm yolundaki ilk adımı oluşturacaktır.⁴⁹

Hastaya bakım veren multidisipliner ekibin kullanacağı ve hastanın biyolojik, sosyal ve psikolojik olmak üzere tüm gereksinimlerini saptayacak araçlarla hasta değerlendirmesi yapılmalı, hastalığın ağır psikososyal sonuçlarının yol açtığı emosyonel stres, korku, ümitsizlik, özsaygı, kontrol ve bağımsızlık kaybı, yas reaksiyonu, uyum sorunu gibi sorunlar farmakoterapi ve daha da önemlisi uyum için destek ve danışmanlık yoluyla çözülmeye çalışılmalı, gerekli tüm alanlarda hastaya profesyonel destek sağlanmalıdır. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda MS ve stresin birbiriyle ilişkili olduğuna ve MS'li hastalarda stresle baş etmenin ortaya çıkabilecek problemlerin yönetiminde oldukça önemli bir yere sahip olduğu sonucuna varılabilir.⁴⁶

3.MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman

Araştırmanın verileri Atatürk Üniversitesi ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Polikliniklerinde Nisan 2013 - Mayıs 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın evreni ve örneklem seçimi

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne kayıtlı, en az 6 aydır MS tanısı alan EDSS puan ortalaması 2.5 ve altında olan hastalar araştırma evrenini oluşturdu. Örneklemine ise Nisan 2013- Kasım 2013 tarihleri arasında araştırma kriterlerine uyan 50 hasta oluşturmuştur. Genişletilmiş Özürlülük Durumu Ölçeği (EDSS) puanları hasta kayıtlarından alınmıştır. Kayıtlı hastalardan aşağıdaki kriterleri sağlayan kişiler örneklem grubuna alındı.

Araştırma kriterleri şunlardır:

- ✓ Okur- yazar olmak
- ✓ Sözel iletişim kurabilmek
- ✓ 18 yaş ve üzeri,
- ✓ Psikiyatrik herhangi bir problemi olmamak

Yukarıdaki kriterleri taşıyan ve araştırmayı kabul eden toplam 50 hasta (40 kadın,10 erkek) ile araştırma tamamlanmıştır.

3.4.Verilerin toplanması

Araştırmanın verilerini toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBÇTÖ) kullanılmıştır.

3.4.1.Kişisel Bilgi Formu (EK-I)

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak, sosyo-demografik özelliklerini saptamak amacıyla 9 maddeden oluşan (yaş, medeni durum, cinsiyet, iş/meslek, sosyal güvence, hastalık süresi, eğitim durumu ve aylık gelir) sorularını içeren kişisel bilgi formu uygulanmıştır.^{83,84}

3.4.2.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (EK-II)

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği (Ways of Coping Questionnaire) Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiş 4'lü likert tipinde olup, 30 maddeden oluşmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır. Ölçeğin probleme yönelik etkili yollar ile duygulara yönelik etkisiz yollar olarak iki boyutu vardır. Bu iki boyut "kendine güvenli", "iyimser", "kendine güvensiz", "boyun eğici yaklaşımlar" ve "sosyal desteğe başvurma" adı verilen 5 faktörde yansımaktadır.

Şahin ve Durak tarafından ölçeğin güvenirliği, üç ayrı örneklem grubuna uygulanmış ve güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan çalışmalarda alt ölçeklere ilişkin iç tutarlılık katsayılarının kendine güvenli yaklaşım için .62 ile .80, çaresiz yaklaşım için .64 ile .73, iyimser yaklaşım için .49 ile .68, boyun eğici yaklaşım için .47 ile .72 ve sosyal destek arama için .45 ile .47 arasında değiştiği görülmüştür. Bu çalışmada ise SBTÖ alt ölçekleri için hesaplanan Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları; iyimser yaklaşım alt testi için 0.72, kendine güvenli yaklaşım alt testi için 0.78, kendine güvensiz yaklaşım alt testi için 0.72, boyun eğici yaklaşım alt testi için 0.71 ve sosyal desteğe başvurma alt testi için 0.71 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada SBTÖ 5 alt ölçeği için elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.74 olarak hesaplanmıştır.

Bu alt ölçekler ve alınabilecek alt ve üst puanlar;

- İyimser yaklaşım (2,4,6,12,18.maddeler), 0- 15 puan
- Kendine güvenle yaklaşım (8,10,14,16,20,23,26. maddeler), 0- 21 puan
- Kendine güvensiz yaklaşım (3,7,11,19,22,25,27,28. maddeler), 0- 24 puan
- Boyun eğici yaklaşım (5,13,15,17,21,24. maddeler), 0- 18 puan
- Sosyal desteğe başvurma (1,9,29,30. maddeler). 0-12 puan arasında değişmektedir.

Toplam 30 maddeden oluşan ölçek, 0-3 arası (Hiç uygun değil ‘0’, uygun değil ‘1’, uygun ‘2’, tamamen uygun ‘3’ puan) puanlanması ile elde edilmektedir. Sosyal desteğe başvurma alt ölçeğinin 1. ve 9. maddeleri tersten puanlanmaktadır. Her faktöre ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta, toplam puan ise hesaplanmamaktadır.

3.4.3. Genişletilmiş Özürlülük Skalası (EDSS) (EK-III)

MS ile ilgili özürlülüğün ya da semptomların şiddetini ölçmek için dünyada ve ülkemizde yaygın olarak EDSS kullanılmaktadır. EDSS MS’te görülen değişiklikleri piramidal, serebellar, beyin sapı, duyuşal, barsak/mesane, görsel, serebral/mental ve diğer şeklinde nörolojik işlevler açısından kategorize ederek değerlendirmektedir. Nörolog tarafından yapılan nörolojik muayene ve hasta şikayetleri sonucunda elde edilen veriler özürlülük skalasında 0-10 arasında puanlamayla eşleştirilerek değerlendirilir. 0 puan ‘normal nörolojik inceleme’ iken, 5,5 ‘yardımsız ya da dinlenmeden yaklaşık 100 metre yürüyebilir’, 10 ise ‘MS’ e bağlı ölüm’ü ifade etmektedir.

3.4.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmacı tarafından Nisan 2013- Kasım 2013 tarihleri arasında hastalarla yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanıp sözel izin alındıktan sonra, araştırmayı kabul edenlere anket formları uygulandı.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: MS'li hastaların stresle baş etme tarzları puan düzeyleri

Bağımsız Değişkenler: MS'li hastaların; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu ve hastalık süresi

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde 5 farklı istatistiksel analiz kullanılmış olup bu analizler bilgisayarda SPSS 18.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır.

- Hastaların tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma
- Hastaların cinsiyetlerine ve medeni durumlarına göre Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi,
- Hastaların yaşlarına, eğitim durumlarına, mesleklerine, gelirlerine ve hastalık süresine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.
- Kruskal Wallis H testi sonucu istatistiksel olarak farklar anlamlı çıkan Sosyal Destek Arama boyutunda hangi eğitim seviyesindekiler arasında fark olduğunu anlamak amacıyla da Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır.

3.7.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın amaç ve kapsamını içeren etik kurul formu ile Atatürk Üniversitesi Uygulama Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Polikliniklerinden gerekli resmi izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireyler sözel olarak bilgilendirilerek izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılan hastaların araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları ve bireysel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda da güvence verilmiştir. Ayrıca araştırma Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kuruluna sunulmuş ve onayı alınmıştır.

4.BULGULAR

Tablo 4. 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Tanıtıcı özellikler (n:50)	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	40	80.0
Erkek	10	20.0
Yaş grubu		
18-31 yaş	20	40.0
32-45 yaş	22	44.0
46 yaş ve üstü	8	16.0
Medeni durum		
Evli	29	58.0
Bekar	21	42.0
Eğitim durumu		
İlkokul	28	56.0
Lise	10	20.0
Yüksekokul/Fakülte	12	24.0
Meslek		
Memur	7	14.0
Serbest meslek	7	14.0
Ev Hanımı	36	72.0
Gelir		
Gelir giderden az	23	46.0
Gelir gidere eşit	17	34.0
Gelir giderden fazla	10	20.0
Hastalık süresi		
2 yıldan az	9	18.0
3-5 yıl	24	48.0
6-8 yıl	10	20.0
8 yılın üzeri	7	14.0
Yaş	35.46±12.16	
Gelir	1704.05±1335.65	

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 4. 1’de görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşları 35.46 ± 12.16 olarak bulunmuştur. Hastaların % 80’inin kadın, % 44’ünün 32-45 yaş gurunda ,% 58’sinin evli, % 56’sının ilkokul mezunu, % 72’sinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubundaki hastaların % 46’ sının geliri giderinden az olduğu ve gelir ortalamalarının $1704,05 \pm 1335,65$ olduğu saptanmıştır. Hastaların % 48’inin hastalık sürelerinin 3-5 yıl olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 1. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’nin (SBTÖ) Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı

Stresle başa çıkma tarzları boyutlar	$\bar{X} \pm S.s.$	Minimum	Maximum
Problem Odaklı Başa çıkma			
Kendine güvenli yaklaşım	19.92 ± 2.570	14	27
İyimser yaklaşım	13.68 ± 2.025	9	19
Sosyal desteğe başvurma yaklaşımı	10.54 ± 1.249	8	13
Duygu Odaklı Başa çıkma			
Kendine güvensiz yaklaşım	18.88 ± 3.438	11	27
Boyun eğici yaklaşımlar	14.80 ± 2.129	6	17

Tablo 4. 2 de hastaların SBTÖ alt boyutlarından problem odaklı başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması 19.92 ± 2.570 , iyimser yaklaşım puan ortalaması 13.68 ± 2.025 ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımın da 10.54 ± 1.249 olarak belirlenmiştir. SBTÖ alt boyutlarından duygu odaklı başa çıkmada kendine güvensiz yaklaşım puan ortalaması 18.88 ± 3.438 ve boyun eğici yaklaşım puan ortalaması 14.80 ± 2.129 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. 3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S (50)	Kendine Güvenli Yaklaşım X±SD	İyimser Yaklaşım X±SD	Kendine GüvensizY aklaşım X±SD	Boyun Eğici Yaklaşım X±SD	Sosyal Destek Arama X±SD
Cinsiyet						
Kadın	40	20.00±2.47	13.63±2.04	19,20±3,32	14.68±2.29	10.55±1.15
Erkek	10	19.60±3.06	13.90±2.02	17,60±3,77	15.30±1.25	10.50±1.65
		U= 191.500 p > 0.05	U=170.000 p>0.05	U=147,500 p>0.05	U=175.000 P>0.05	U=192.000 p>0.05
Yaş						
18-31	20	20.50±2.70	13.40±2.13	19.55±4.19	14.00±2.86	10.65±1.26
32-45	22	19.77±2.48	14,00±2.11	18.23±2.58	15.36±1.29	10.59±1.26
46 ↑	8	18.88±2.35	13,50±1.51	19.00±3.50	15.25±1.16	10.13±1.24
		KW=2.688 p>0.05	KW=1.785 p>0.05	KW=0.607 p>0.05	KW=2.415 p>0.05	KW=1.293 p>0.05
Medeni Durum						
Evli	29	19.76±2.84	13.59±1.91	19.41±3.49	15.21±1.61	10.76±1.09
Bekar	21	20.14±2.17	13.8±2.20	18.14±3.30	14.21±2.62	10.24±1.41
		U=254.000 p>0.05	U=296.500 p>0.05	U=239.500 p>0.05	U=225.500 p>0.05	U=244.000 p>0.05
Eğitim Durumu						
İlkokul	28	19.82±2.77	13.50±1.83	18.82±3.85	15.25±1.57	10.93±0.97
Lise	10	18.90±2.28	12.80±2.15	20.00±2.98	14.80±2.53	9.70±1.41
Y.Okul / Fakülte	12	21.00±2.00	14.83±1.99	18.08±2.64	13.75±2.66	10.33±1.37
		KW=0.677 p>0.05	KW=0.922 p>0.05	KW=0.841 p>0.05	KW =0.003 p>0.05	KW =5.777 p<0.05
Meslek						
Memur	7	21.14±2.54	15.43±2.07	17.43±1.81	13.43±3.55	10.29±0.95
S. Meslek	7	19.29±3.77	13.00±2.16	18.14±4.74	15.29±1.25	10.14±1.95
Ev Hanımı	36	19.81±2.30	13.47±1.85	19.31±3.37	14.97±1.85	10.67±1.14
		KW=1.185 p>0.05	KW=4.715 p>0.05	KW=2.208 p>0.05	KW=2.625 p>0.05	KW=1.646 p>0.05

Tablo 4. 3'ün Devamı...

Tanıttıcı Özellikler	S (50)	Kendine Güvenli Yaklaşım X±SD	İyimser Yaklaşım X±SD	Kendine Güvensiz Yaklaşım X±SD	Boyun Eğici Yaklaşım X±SD	Sosyal Destek Arama X±SD
Gelir(Lira)						
Gelir giderden az	23	19.60±1.67	14.00±1.58	18.80±3.56	15.80±0.83	11.00±1.22
Gelir gidere eşit	17	19.95±2.62	13.55±1.50	19.65±3.04	14.95±1.84	10.35±1.13
Gelir giderden fazla	10	19.65±2.99	14.18±2.43	18.82±3.82	14.65±2.57	10.41±1.37
		KW=0.064 p>0.05	KW=1.004 p>0.05	KW=1.138 p>0.05	KW=1.500 p>0.05	KW=1.513 p>0.05
Hastalık süresi						
2 yıldan az	9	20.33±1.00	13.67±1.11	18.67±3.31	14.22±0.83	10.67±1.00
3-5 yıl	24	19.63±3.16	13.58±1.99	19.17±4.23	15.04±2.54	10.58±1.38
6-8 yıl	10	20.30±2.00	13.30±2.79	18.70±1.82	14.60±2.45	10.90±1.19
8 yılın üzeri	7	19.86±2.73	14.57±1.90	18.43±2.69	15.00±1.15	9.71±0.951
		KW=1.870 p>0.05	KW=1.217 p>0.05	KW=0.556 p>0.05	KW=6.414 p>0.05	KW=5.273 p>0.05

Araştırmaya alınan hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum ve meslek durumlarına göre SBTÖ alt boyutlarından, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımı puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu bulgular, MS'li hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum ve meslek durumlarına göre SBTÖ alt boyutlarının puan açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir ($p>0.05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre SBTÖ alt boyutlarından olan sosyal desteğe başvurma yaklaşımı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların gelir ve hastalık sürelerine göre SBTÖ alt boyutlarından, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımı puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

MS'li hastalar da stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi için yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Stresle başa çıkma tarzlarından alınan genel puan ortalamaları incelendiğinde MS'li hastaların problem odaklı baş etme yöntemlerinden kendine güvenli yaklaşım puan ortalamasının en yüksek olduğu, bununla birlikte sosyal desteğe başvurma yaklaşım puan ortalamasının ise en düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4. 2). Stresle başa çıkma tarzlarından bir diğeri olan duygusal odaklı baş etme yöntemlerinden kendine güvensiz yaklaşım puan ortalamasının en yüksek olduğu, boyun eğici yaklaşımın ise en düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4. 2).

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, gelir ve hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Cinsiyete göre SBTÖ alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte kadınlarda; kendine güvenli yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları erkeklere oranla yüksek bulunurken; iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4. 3). Konuyla ilgili yapılan bir araştırmada cinsiyetin baş etme yöntemleri üzerinde etkili bir faktör olduğu, kadınların duygusal odaklı baş etme yöntemlerini daha fazla kullandıkları belirtilmiştir.⁷⁶ Literatürde de belirtildiği gibi ülkemizde cinsiyet rollerinin belirginliği, aile bireylerinin bakımının anneye ait olması ve kadının hasta olmasıyla birlikte aileye, eşe verilen bakımın aksamasıyla sorunlar ortaya çıkmakta ve boşanmalar artabilmektedir. Kadınlara yüklenen bu rol çokluğu nedeniyle kadınlarda strese yatkınlık artarken aynı zamanda bu duygu yoğunluğu sebebiyle olayları duygusal odaklı çözmeleri de olasıdır.⁷²

Hastaların yaşlarına göre SBTÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; 18-31 ve 32-45 yaş gurubunda kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması yüksek bulunurken, 46 ↑ yaş grubunda ise kendine güvensiz yaklaşım puan ortalaması daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. (Tablo 4. 3). Bu sonuç doğrultusunda hastalar arasındaki yaş farkının stresle başa çıkmada etkili olduğu söylenebilir. Yapılan bir araştırma sonucunda da yaş arttıkça bağımlılığın arttığı, yaşam kalitesinin düştüğü, iş ve sosyal yaşamda problemler olduğu ve olumsuz benlik algısının arttığı bulunmuştur.⁷⁶

Hastaların medeni durumlarına göre SBTÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde evli hastalarda iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama bekar hastalara oranla daha yüksek bulunurken, bekar hastalarda kendine güvenli yaklaşım daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4. 3). Literatürde evli hastaların özürllükten ayrı olarak yorgunluk yaşamaması, stresin artması ev içi sorumluluklarını bile yerine getirmekte zorlandıkları belirtilmektedir.⁷³⁻⁷⁵

SBTÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları meslek durumlarına göre incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte; memur hastalarda kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalaması, serbest meslek sahibi olan hastalarda boyun eğici yaklaşım puan ortalaması ve ev hanımlarında kendine güvensiz yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalaması yüksek bulunmuştur. (Tablo 4. 3). Daha önce MS'li hastalarla yapılan çalışmada hastalığın ortaya çıktığı ilk yıllardan itibaren hastaların çalışma yaşamının MS'ten olumsuz etkilendiği, erken emeklilik ve işsizliğin arttığı, gelirin düştüğü saptanmıştır.⁷⁷ Bu doğrultuda çalışmayan hastaların boyun eğici yaklaşımı, sosyal destek arama ve kendine güvensiz yaklaşımı daha çok kullanmasına neden olarak kişilerin yaşamlarının en üretken döneminde hastalıkla karşılaşması; iş yaşamının ve olası kariyer planlarının

hastalıkla birlikte olumsuz yönde değişmesi, iş kayıplarına ve erken emekliliğe yol açması sıralanabilir. Yapılan başka bir çalışmada ise özürlülük derecesinin artmasıyla kendine güvenli yaklaşımın azaldığı tespit edilmiştir.⁷⁶ Özürlülüğü düşük hastalar sıklıkla iş yaşamlarına devam etmekte, rollerini yerine getirebilmekte ve hastalığın sakin seyri nedeniyle geleceğe daha güvenle bakabilmektedirler.

SBTÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları hastaların eğitim düzeylerine göre incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte; hastaların eğitim düzeyi arttıkça kendine güvenli yaklaşımı daha çok kullandıkları, daha az olarak sosyal desteğe başvurma yaklaşımını kullandıkları saptanmıştır. Yüksekokul/fakülte mezunlarında kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalaması, lise mezunlarında kendine güvensiz yaklaşım puan ortalaması, ilkokul mezunlarında boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Buradan elde edilen sonuçlar doğrultusunda Yüksekokul/ Fakülte mezunlarının problem odaklı baş etmeyi daha çok kullandıkları sonucuna varılabilir. Ayrıca MS'li bireylerin yüksek eğitim seviyesi ile hastalıkla daha etkin baş ettiği ve daha uyumlu yaşadığı söylenebilir. Bu çalışmanın sonuçları daha önce yapılan çalışmaların sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.⁷⁸⁻⁸⁰ Stresle baş etme ile ilgili sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça, kişilerin daha etkin baş ettikleri ve probleme yönelik etkili yaklaşımı daha fazla kullandıkları saptanmıştır.⁷⁸ Yapılan başka bir çalışmada eğitimin baş etmeyi olumlu etkilediği ve hastaların eğitim düzeyi arttıkça stres ve duygusal sorunların yarattığı problemlerin azaldığı saptanmıştır.⁷⁹ Yapılan bir çalışmada çalışan ve çalışmayan kadınlarda stresle başa çıkma davranışları incelenmiş ve eğitim düzeyi yükseldikçe insanların daha çok kendine güvendikleri ve stresle başa çıkma yollarının farklılaştığı görülmüştür.⁸⁰

SBTÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları gelir durumuna göre incelendiğinde aradaki fark anlamsız olmakla birlikte gelir giderden az olanların boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalaması, gelir gidere denk olanların kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması, gelir giderden fazla olanların ise iyimser yaklaşım puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada MS'ten sonra hastalıktan dolayı hastanın çalışamaması, hasta bireye bakım gereksinimi nedeniyle ailenin bu ihtiyacı karşılaması ya da bakıcı tutması ve artan sağlık harcamaları nedeniyle hem gelirin azaldığı, hem de giderin arttığı saptanmıştır.⁸¹ Yapılan başka bir çalışmada ise gelir düzeyinin yaşam kalitesini; genel durum, sosyal yaşam ve aile durumunu etkilediği bulunmuştur.⁸² Bu nedenle sosyo-ekonomik faktörlerin sadece kişilerin karşılaştıkları stresi değil aynı zamanda stresle başa çıkma yeteneklerini de etkilediğini söyleyebiliriz.

SBTÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları hastalık süresine göre incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmakla birlikte; 2 yıl ve daha az süredir tanı almış kişilerde kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması, 8 yıl üstü tanı almış kişilerde ise iyimser yaklaşım puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4. 3). Kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalaması 3-5 yıl arası tanı almış kişilerde, sosyal destek arama puan ortalaması ise 6-8 yıl arası tanı almış kişilerde daha yüksek bulunmuştur. Tanı yılı arttıkça bağımlılığın artması, yaşam kalitesinde düşme, iş ve sosyal yaşamda problemler oluşması gibi sorunlar nedeniyle hastalar stresle baş etmede yetersiz kalabilmektedir. Ayrıca tanı süresinin artması hastalığın ilerleyici özelliği nedeniyle sorunların artması anlamına geldiğinden hastalarda stresle baş etmede problemler yaşanması da kaçınılmazdır. Yapılan bir çalışmada ise hastaların tanıdan sonra 10 yıl ve sonrasında daha çok kognitif kayıplar, stres ve depresyon şikayetleri yaşadıkları belirlenmiştir.⁷⁶

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

MS'li hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre stresle baş etme yöntemlerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan şu sonuçlar elde edilmiştir.

MS'li hastaların en çok problem odaklı baş etme yöntemlerinden olan bireylerin kendine güvenli yaklaşımı daha çok kullandıkları, onu duygusal odaklı baş etme yöntemlerinden olan kendine güvensiz yaklaşımın, boyun eğici yaklaşım ve problem odaklı baş etme yöntemlerinden olan iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma takip etmiştir.

Eğitim düzeyi arttıkça problem odaklı baş etme yöntemlerinden olan bireylerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı daha çok kullandıkları saptanmıştır.

Bu sonuç doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- MS hastalarının stresle baş etmede daha etkili olan problem odaklı baş etme yöntemlerinin kullanmalarını sağlayacak hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- MS'li hastalara uygulanacak olan hemşirelik girişimlerinin planlanmasında hastaların sosyo demografik özelliklerinin dikkate alınması önerilir.

KAYNAKLAR

1. İdiman E. Multipl sklerozun immunopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Multiple Skleroz Özel Sayısı*, 2004, 2: 6-171.
2. Bayıl Y Ş, Koç ER, Erdemoğlu AK. Multipl skleroz hastalarında otonom sinir sistemi ile ilişkili sempatik cilt yanıtlarının değerlendirilmesi ve yorgunluk skorları. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 2012, 3: 387-391.
3. Kraft GH. Rehabilitation principles for patients with multiple sclerosis. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 1998, 21: 117- 120.
4. Akdemir N. Sık Görülen Nörolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N, Birol L (editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 2. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Yayıncılık, 2005: 827- 858.
5. Hauser SL, Goodin DS. Multiple sclerosis and other demyelinating diseases. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL (eds). *Harrison's Principles Of Internal Medicine*. New York, Mcgraw Hill Comp, 2005: 2461-2470.
6. Janardhan V, Bakshi R. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. *Journal of the Neurological Sciences*, 2002, 205: 51– 58.
7. Jarrett L, Pathway C. The role of the nurse in the management of spasticity. <http://www.mstrust.org.uk/downloads/carepathway.pdf>. 1 Ocak 2000
8. Johansson P, Agnebrink M, Dahlstrom U, Brostrom A. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure,from a nursing perspective-a review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2004 3: 7–20.
9. Leary SM, Thompson AJ. Primary progressive multiple sclerosis: current and future treatment options. *Clinical Therapeutic*, 2005, 19: 369-376.

10. Eraksoy M, Kurtuncu M, Akman-Demir G, Kılinc M, Gedizlioglu M, Mirza M, Anlar O, Kutlu C, Demirkıran M, Idrisoglu HA, Compston A, Sawcer S. A whole genome screen for linkage in Turkish multiple sclerosis. *Journal of Neuroimmunology*, 2003, 143: 17– 24.
11. Hauser SL, Goodin DS. Multiple sclerosis and other demyelinating diseases. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci As, Hauser SL, Longo DL , Jameson JL (eds). *Harrison's Principles Of Internal Medicine*. 16nd ed. New York, Mcgraw Hill Comp, 2005: 2461-247.
12. Miller JR. Multiple sclerosis. In: Rowland LP (ed). *Merrit's Neurology*. Philadelphia, Lippicott William- Wilkins, 2000: 773- 792.
13. Akman A. Multiple Skleroz'lu Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Durumlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008.
14. Ebers GC. Natural history of multiple sclerosis. In: McDonald WI, Noseworthy JH (eds). *Multiple Sclerosis: Blue Books of Practical Neurology*. USA, Butterworth Heinemann, 2003: 21-32.
15. Gilroy J. Basic Neurology. Çeviri: Karabudak R. Temel Nöroloji, 3.baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2002: 199-225.
16. Gulick E. Symptom and activities of daily living trajectory in multiple sclerosis: a 10-year study. *Nursing Research*, 1998, 47: 137-146.
17. Lublin FD, Reingold SC. Clinical features and subtypes of multiple sclerosis. In: McDonald WI, Noseworthy JH (eds). *Multiple Sclerosis Blue Books of Practical Neurology*. USA, Butterworth Heinemann, 2003: 13-20.
18. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. *Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. St.Louis, Mosby, 2000:1687-93.

19. Ma SL, Shea JA, Galetta SL, Jacobs DA, Markowitz CE, Maguire MG, Balcer LJ. *Multiple Sclerosis Rehabilitation: From Impairment to Participation*. USA, Crc Press, 2002, 133: 686-692.
20. Mitchell GW. Multiple Sclerosis. In: J.Biller, Lippincott Williams and Wilkins (eds). *Practical Neurology*, 2th ed. Philadelphia, 2002: 518-531.
21. Turan ÖF. Multiple Skleroz. İçinde: E.Oğul (editör). *Klinik Nöroloji*, 1.Baskı. Ankara, Nobel ve Güneş Tıp Kitapevleri, 2002: 96-103
22. McDonald I, Fazekas F, Thompson AJ. The Diagnosis of Multiple Sclerosis. In: McDonald WI, Noseworthy JH (eds). *Multiple Sclerosis Blue Books of Practical Neurology*, 2nd ed. USA, Butterworth Heinemann, 2003: 1-12.
23. Tunalı G. Multipl skleroz'da tanı kriterleri. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi Multiple Skleroz Özel Sayı*, 2004, 2: 3.
24. Albayrak SA. Multipl Skleroz. İçinde: Egemen N, Arslantaş A (editörler). *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*, Ankara, Gözde Ofset, 2006: 57- 69.
25. Samuels MA. Neurological Treatment Manual. Çeviri: Keçeci H. *Nörolojik Tedavi El Kitabı*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2006.
26. Miller AE, Lublin FD, Coyle PK. *Pathology, Pathogenesis, and Pathophysiology Multiple Sclerosis in Clinical Practice*. 1th ed. London, Martin Dunitz, 2003.
27. Comi G. Why treat early multiple sclerosis patients. *Curr Opin in Neurologica Journal*, 2000, 13: 235-40.
28. Murray TJ. *Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis*. BMJ 2006, 332: 525–527
29. Crayton H.J, Rossman H.SS. Managing the symptoms of multiple sclerosis: a multimodal approach. *Clinical Therapeutics*, 2006, 28: 445–460.

30. Patzold T, Schwengelbeck M, Ossege LM, Malin JP and Sindern E. Changes of the MS functional composite and EDSS during and after treatment of relapses with methylprednisolone in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2002, 105: 164-168.
31. Denis L, Namey M, Costello K, Frenette J, Gagnon N, Haris C, Lowden D, McEwan L, Morrison W, Poirier J. Long-term treatment optimization in individuals with multiple sclerosis using disease-modifying therapies: a nursing approach. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2004, 36: 10- 22.
32. Brichetto G, Uccelli MM, Mancardi GL and Solaro C. Symptomatic medication use in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 2003, 9: 458-460.
33. Noseworthy J, Miller D, Compston A. Disease-modifying treatments in multiple Sclerosis. In: Compston A (ed). *McAlpine's Multiple Sclerosis*, 4nd ed. Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier, 2006: 729-802.
34. Coyle PK, Hammad MA. *Atlas of Multiple Sclerosis*. London, Science Pres, 2003: 1-82.
35. Costello K, Halper J, Harris C. *Nursing Practice in MS, A Core Curriculum*. New York, Demos Med Publ, 2003.
36. Akkuş Y. Multipl Skleroz Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bilgileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2004.
37. Tülek Z. Düzenli Sağlık Kontrolüne Alınan Multipl Sklerozlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2006.
38. Costello K and Harris C. An overview of multiple sclerosis: diagnosis and management strategies medscape. *Topics in Advanced Practice Nursing e-Journal*, 2006, 6: 3.

39. Kennedy P, Hutchinson B. Mobility in multiple sclerosis, available from. <http://www.nationalmssociety.org/PRC>. 25 Mart 2004.
40. Tülek Z. Multipl sklerozda hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11: 2.
41. Kesselring J. Long-term management and rehabilitation in multiple sclerosis. In: Siva A, Kesselring J, Thompson AJ (eds). *Frontiers in Multiple Sclerosis*. London, Martin Dunitz Ltd, 1999: 243-252.
42. Wilkey S, Goodman A, Afes D. *National Multiple Sclerosis Society Long-Term Care Committee Nursing Home Care of Individuals With Multiple Sclerosis: Guidelines & Recommendations for Quality Care*. New York, NY, 2003: 10017-3288.
43. Kesselring J. Neurorehabilitation in multiple sclerosis-what is the evidence-base. *Journal of Neuroloing*, 2004: 25-29.
44. Freeman JA, Thompson AJ. Rehabilitation in multiple sclerosis. In: McDonald WI, Noseworthy JH (eds). *Multiple Sclerosis Blue Books of Practical Neurology*, 2th ed. USA, Butterworth Heinemann, 2003: 317-328.
45. Means MK, Lichstein KL, Epperson MT, Johnson CT. Relaxation therapy for insomnia nighttime and day time effects. *Topics in Advanced Practice Nursing e-Journal*, 2000, 38: 665-678.
46. Metz L. The psychosocial consequences of multiple sclerosis. In: McDonald WI, Noseworthy JH (eds). *Multiple Sclerosis Blue Books of Practical Neurology*, 2nd ed. USA, Butterworth Heinemann, 2003: 329-340.
47. Hauser SL, Goodin DS. Multiple sclerosis and other demyelinating disaeases In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser Sl, Dl Longo, Jameson Jl (eds). *Harrison's Principles Of Internal MEDicine*, 16th ed. New York, Mcgraw Hill Comp 2005: 2461-2470

48. Taylor RS. Rehabilitation of persons with multiple sclerosis. In: Braddom RL (ed). *Physical Medicine and Rehabilitation*, 2th ed. Philadelphia, Saunders, 2000: 1177-90.
49. Thorne S, Con A, McGuinness L, McPherson G, Harris SR. *Health Care Communication Issues in Multiple Sclerosis: An Interpretive Description*. USA, Health Research, 2004, 14: 5-22.
50. Wassem R, Dudley W. Symptom management and adjustment of patients with multiple sclerosis a 4-Year longitudinal intervention study. *Clinical Nursing Research*, 2003: 117-1102.
51. Mohr DC, Pelletier D. A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with multiple sclerosis. *Brain, Behavior and Immunity*, 2006, 20: 27-36.
52. Tutar H. *Kriz ve Stres Ortamında Yönetim*, İstanbul, Hayat Yayınları, 2000: 201-202.
53. Güçlü N. Stres yönetimi, *Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001, 21: 91-109.
54. Stranks J. *Stress At Work Management And Prevention Elsevier Book Aid International*, 1th ed. London, 2005: 1-2.
55. Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa çıkma Yolları*, 21. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2002: 23.
56. Cunningham JB. *Stress Management Sourcebook*. USA, McGraw-Hill Professional Released, 2000.
57. İnanç B. Kaygı ve stres. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1997, 2: 9-14.
58. Braham J. Barbara. *Stress Management to Remain Calm Under Fire*. Çeviri: Diker V. *Stres yönetimi: Ateş altında sakin kalabilmek*, 3. Baskı, İstanbul, Hayat Yayınları, 2004.

59. Yılmaz Z. İlköğretim okulu yöneticilerinin iş doyumları ile örgütsel stres kaynakları arasındaki ilişki. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18: 203-222.
60. Rowshan A. Stress Management. Çeviri: Cüceloğlu Ş. *Stres Yönetimi* 4. Baskı, İstanbul, Sistem Yayıncılık, 2003: 18.
61. Dewe P, Leiter M, Cox T. *Health And Organizations*. London, Taylor Francis, 1999: 5.
62. Hamanta E, Arslan Ç, Saygın Y, Özyeşil Z. Benlik saygısı ve akılcı olmayan inançlar bakımından üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma yaklaşımlarının analizi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 2009, 7: 25-42.
63. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality Social Psychology*, 1985, 48: 150-170.
64. Golan D, Somer E, Dishon S, Cuzin-Disegni L, Miller A. Impact of exposure to war stress on exacerbations of multiple sclerosis. *Annual Review of Neuroscience Journal*, 2008, 64: 143-8.
65. Potagas C, Mitsonis C, Watier L, Dellatolas G, Retziou A, Mitropoulos P. Influence of anxiety and reported stressful life events on relapses in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 2008, 14: 8-1262.
66. Mitsonis CI, Potagas C, Zervas I, Sfagos K. The effects of stressful life events on the course of multiple sclerosis: A review. *International Journal of Neuroscience*, 2009, 119: 35-315.
67. David C. Mohr, PhD, Donald E. Goodkin, MD, Sarah Nelson, DrRerNat, Darcy Cox, PsyD, and Michael Weiner. Moderating effects of coping on the relationship between stress and the development of new brain lesions in multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 2002, 64: 803-809.

68. David CM. Stress and multiple sclerosis. *Journal of Neurol Science*, 2007, 4: 254.
69. Mitsonis CI, Zervas IM, Potagas CM, Mitropoulos PA, Dimopoulos NP, Sfagos CA. Effects of escitalopram on stress-related relapses in women with multiple sclerosis: an open-label, randomized, controlled, one-year follow-up study. *Journal of Neuropsychopharmacology*, 2010, 20: 123-31.
70. Li J, Hansen D, Mortensen PB, Olsen J. Myocardial infarction in parents who lost a child: a nationwide prospective cohort study in denmark. *Circulation*, 2002, 106: 1634-1639.
71. Dahl OP, Stordal E, Lydersen S ve Midgard R. Anxiety and depression in multiple sclerosis. A comparative population based study in nord. *Multiple Sclerosis*, 2009, 15: 1495-1501.
72. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 1, 11.baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık, 2008.
73. Kaya N, Akpınar Z ve Çilli AS. Multipl sklerozda yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2003, 4: 220-225.
74. Kumsar AK, Olgun N ve Korel ÖK. Multiple sklerozlu hastalarda yorgunluğun değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2: 100-103.
75. Akkuş Y. Multipl Sklerozlu Hastalarda Ev Ziyareti Yoluyla Verilen Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2008.
76. Hilal SÖ. Multiple Sklerozlu Hastaların Stresle Baş Etme Tarzlarının Ve Psikiyatrik Belirtilerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

77. Pflieger CCH, Flachs EM ve Henriksen NK. Social consequences of multiple sclerosis :early pension, temporary unemployment a historicalprospective cohort study. *Multiple Sclerosis*, 2010, 16: 121-126.
78. Razi GS, Kuzu A, Yıldız AN, Ocakçı AF Arifoğlu BÇ. Çalışan gençlerde benlik saygısı, iletişim becerileri ve stresle baş etme. *Preventive Medicine Bulletin Journal*, 2009, 1: 8.
79. McCabe MP, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004, 56: 61-355.
80. Barut Y, Özkamalı E, Tıngır S. Working women's and non-working women's coping styles with stres. *The Journal of International Social Research*, 2010.
81. Courts NF, Newton AN, McNeal LJ. Wives livig with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2005, 37: 20-25.
82. Subramanian SV, Kawachi I. Levels and Stres: Encyclopedia of Stres. Çeviri: Fink G, Bruce ME, Ronald DK, Robert R, George C, Andrew S, Noel G, Ian C, Giora F. *Stres ve Düzeyleri: Stres Ansiklopedisi*. New York, 2007: 515-520.
83. Sutherland G, Andersen MB, Morris T. Relaxation and health-related quality of life in multiple sclerosis: The example of autogenic training. *Journal of Behavioral Medicine*, 2005, 28: 249- 256.
84. Kessel VK, Morris MR, Willoughby E, Chalder T, Johnson MH, Robinson E. Randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 2008, 70: 205–213.

EKLER

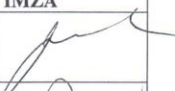
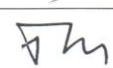
EK-1 ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı : Zeynep DİŞÇİ
Doğum tarihi : 20.11.1988
Doğum yeri : Eleşkirt
Medeni hali : Evli
Uyruğu : T.C.
Adres : Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim
Tel : 0541 594 40 59
Faks -
E-mail : zeynep_agsakal19@hotmail.com
EĞİTİM
Lise : Eleşkirt Lisesi 2005
Lisans : Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2006-2010)
Yüksek lisans : Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2010- 2014)
Doktora -

EK-2 ETİK KURUL ONAY FORMU

"2012. 2. 30"SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 08.05.2012

2/30 -Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Zeynep AĞSAKAL' ın "Multiple Sklerozlu Hastalarda Stresle Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi " tez konusu görüşüldü;
İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Doç. Dr. Ayşe OKANLI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Samih DİYARBAKIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Prof.Dr.Yavuz Selim SAĞLAM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr.Ahmet YILDIZ	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Doç. Dr.Abdulkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAYGIN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi ve Raportör	

EK-3 HASTANE İZİN YAZISI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü



Sayı : B.30.2.ATA.0.1H.02.03/ 5956

Erzurum : 08.06.2012

Konu : Tez Çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İ L G İ : 07.06.2012 tarih ve 70.72.00/00-1149-11880 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Zeynep AĞSAKAL'ın "Multiple Sklerozlu Hastalarda Stresle Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemiz Nöroloji Polikliniği ve Kliniğinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr.Necip BECİT

BAŞHEKİM

EK-4 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Ad-Soyad :

Telefon No:

1-)Kaç yaşındasınız?.....

2-)Cinsiyetiniz?

A)Kadın

B)Erkek

3-)Medeni durumunuz?

A)Evli

B)Bekar

4-)Eğitim durumunuz?

A)İlkokul mezunu

B)Lise mezunu

C)Fakülte/Yüksekokul

5-)İş/Mesleğiniz?

A)Memur

B)Serbest

C) Ev

Hanımı

6-)Aylık toplam geliriniz ne kadar?.....

7-)Sosyal güvenceniz var mı?

A)Evet

B)Hayır

8-)7.soru evet ise sosyal güvenceniz nedir? A)SSK B)Emekli Sandığı C)Bağ-Kur

D)Yeşil kart

9-)Hastalık süresi?

A) 2 yıldan az

B) 3-5 yıl

C) 6-8 yıl

D) 8 yıldan fazla

EK -5 STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bir Sıkıntı Olduğunda	(%0)	(%30)	(%70)	(%100)
1. Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2. İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3. Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4. Olayları büyütüp üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6. Sakin düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7. Kendimi kapana sıkışmış hissedirim	()	()	()	()
8. Olayların değerlendirmesini yaparak en iyi karara varmaya çalışırım	()	()	()	()
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11. Olanları kafaya takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13. İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bulmak için uğraşırım	()	()	()	()
15. Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18. Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	()	()	()	()
20. Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()

21. Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24. “Kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25. Keşke daha güçlü bir insan olsaydım	()	()	()	()
26. Bir insan olarak iyi yönde değiştiğimi olgunlaştığımı düşünürüm	()	()	()	()
27. “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm,	()	()	()	()
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	()	()	()	()

EK-6 GENİŞLETİLMİŞ ÖZÜRLÜLÜK SKALASI

GENİŞLETİLMİŞ ÖZÜRLÜLÜK DEĞERLENDİRME SKALASI

.0	Normal nörolojik muayene
1.0	Hasta tamamen hareketli
1.5	Yetersizlik yok
2.0	7 fonksiyonel sistemden (FS) birinde minimal yetersizlik
2.5	2 FS'de minimal yetersizlik
3.0	Tamamen hareketli, 1 FS'de ileri derecede yetersizlik ya da 3 ya da 4 FS'de orta derece yetersizliği
3.5	Tamamen hareketli. 1 FS'de ileri derecede yetersizlik ve 1 ya da 2 FS'de orta derecede yetersizlik ya da 2 FS'de ileri derecede yetersizlik ya da 5 FS'de orta yetersizlik
4.0	Yardım olmaksızın tamamen hareketli, kendine yeterli. Günde 12 saat aktif olmasına rağmen göreceli olarak ileri derecede yetersizlik. Yardım almadan yürüyebilir ya da 500 metrede dinlenir.
4.5	Yardım olmaksızın tamamen hareketli, günün çoğunda aktif, tam bir gün çalışabilir. Aktivitelerde bazı kısıtlamalar olabilir ya da minimal düzeyde yardıma ihtiyaç duyabilir. Göreceli olarak ileri derecede yetersizlikle karakterizedir. Yardım olmaksızın yürüyebilir ya da 300 metrede dinlenir.
5.0	Yardım olmaksızın hareketli ya da 200 metrede dinlenir. Yetersizlik ileri derecede, günlük aktivitelerde yetersizlikler
5.5	Yardım olmaksızın hareketli ya da 100 metrede dinlenir. İleri derecede yetersizlik, tüm günlük aktiviteler limitli
6.0	Aralıklı ya da tek taraflı yardımcı cihaza 8baston, koltuk değneği, brace....) 100 metre yürüyüşte dinlenme olmadan ihtiyaç duyabilir.
6.5	Tek taraflı yardımcı cihaza 20 metre yürüyüşte dinlenme olmaksızın ihtiyaç duyabilir
7.0	5 metreyi yardımcı olmaksızın yürüyemez. Tekerlekli sandalyeye (TS) de ihtiyaç duyabilir. TS'yi kendi kullanabilir ve transferleri yalnız gerçekleştirebilir. Günde 12 saat TS'de aktiftir.
7.5	Birkaç adımdan fazlasını atamaz. TS'ye bağımlıdır. Transferlerde yardıma ihtiyacı olabilir. Tekerlekleri kendi kendine kullanabilir. Fakat standart TS'yi tam gün kullanamayabilir. Motorlu TS'ye ihtiyacı olabilir.
8.0	Tamamen yürüyemez, yatağa bağımlı. Sandalye ya da TS'de gün içinde yatak dışına çıkabilir. Kendine bakım aktivitelerinin çoğunda bağımlıdır. Genellikle kollarını etkili şekilde kullanır.
8.5	Günün çoğunda yatağa bağımlı, bazı aktivitelerde kolunu ya da kollarını kullanabilir. Kendine bakım aktivitelerinin bazılarında bağımlı
9.0	Yatağa bağımlı. İletişim kurabilir ve yemek yiyebilir.
9.5	Tamamen yatağa bağımlı. Etkili iletişim kurulamaz. Yeme ve yutma bozuktur.
10.0	MS'e bağlı ölüm