



Orjinal Makale

Multiple Skleroz'lu hastaların stresle baş etme tarzları ve psikiyatrik belirtileri

Hilal Seki Öz,¹ Fatma Öz²

¹Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Kırşehir

²Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Özet

Amaç: Araştırma Multiple Skleroz (MS) hastalarının stresle baş etme tarzlarının belirlenmesi ve hastalarda görülen psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi'ne kayıtlı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 245 MS'li hasta oluşturmuştur. Veriler; tanıtıcı bilgi formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulanarak toplanmıştır.

Bulgular: Multiple Skleroz tanılı hastaların baş etmede probleme yönelik yaklaşımları daha çok kullandıkları ve psikiyatrik semptomlardan en çok depresyon ve hostilitiyi yaşadıkları saptanmıştır. Duyguya yönelik baş etme tarzlarından çaresiz yaklaşım ile psikiyatrik belirtiler arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Multiple Skleroz tanılı hastaların psikiyatrik belirtiler açısından risk taşıdığı bilinerek dikkatle ele alınmaları, stresle baş etme tarzlarından çaresiz yaklaşımın kullanımını azaltacak etkili baş etme stratejilerinin öğretilmesi ve koruyucu ruh sağlığı açısından desteklenmeleri önem kazanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik; Multiple Skleroz; psikiyatrik belirtiler; stresle başa çıkma.

Konu hakkında bilinenler nedir?

- MS'te stres hastalığın ortaya çıkışını ve seyrini etkileyen önemli bir faktördür.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- MS'li hastaların baş etmede probleme yönelik yaklaşımları daha çok kullandıkları ve psikiyatrik semptomlardan en çok depresyon ve hostilitiyi yaşadıkları saptanmıştır.

Uygulamaya katkısı nedir?

- Sıklıkla fiziksel sorunları nedeniyle genel kliniklerde izlenebilen MS hastalarının hemşireler tarafından bütüncül bakış açısı ile ele alınarak, stresle baş etme ve psikiyatrik belirtiler açısından desteklenmelerine katkı sağlayabilir.

Multiple Skleroz (MS), daha çok genç yetişkin dönemde görülen kronik bir hastalıktır.^[1] Hastalık tutulumuna bağlı olarak ortaya çıkan koordinasyon ve motor bozukluklar, bilişsel kayıplar, yorgunluk, cinsel, barsak ve üriner sorunlar

bireylerin yaşamlarını olumsuz etkileyebilmektedir.^[2,3] Hastalığın ilerlemesi ile oluşan yeti yitimi hasta bireyin kendilik algısından rol performansına, yaşamdaki beklentilerinden ilişkilerine kadar pek çok alanda yeni sorunları, belirsizlikleri ve stresörleri ortaya çıkarmaktadır.^[3,4] Yapılan bir çalışmada, MS tanılı hastaların stresli yaşam olayları ve aile içi sorunlarının sağlıklı bireylerden daha çok oranda olduğu vurgulanmaktadır.^[5]

Stres, MS'in ortaya çıkışını ve seyrini etkileyen önemli bir faktördür.^[6-8] Stresli yaşam olaylarının ardından gelen MS ataklarını inceleyen bir çalışmada, stresin MS ataklarını tetiklediği belirlenmiştir.^[7] Bir başka çalışmada, atakların tetiklenmesini stresle birlikte olumsuz bakış açısının, etkisiz baş etmenin, depresyonun ve yetersiz sosyal desteğin etkilediği saptanmış, hastalığa uyumda stresle etkili baş etmenin önemi vurgulanmıştır.^[8] MS tanısının konması ile stresin MS üzerine olumsuz

İletişim: Hilal Seki Öz, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Kırşehir, Turkey

Te: +90 386 280 59 56 **E-posta:** hilalseki@hotmail.com **ORCID:** 0000-0003-2228-9805

Geliş Tarihi: 31.03.2017 **Kabul Tarihi:** 14.06.2019 **Online Yayınlanma Tarihi:** 18.12.2019

©Copyright 2019 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Çevrimiçi: www.phdergi.org



etkileri nedeniyle hasta ve hasta yakınlarına 'stresiz bir yaşam' ve 'stresten uzak durmanın' tavsiye edilmesi de hastanın strese duyarlılığını arttırmaktadır.

MS hastalarının hastalıkla birlikte yaşadığı sorunlar ve artmış stres duyarlılığı ile nasıl baş ettikleri önemli olup, sağlık ekibi tarafından değerlendirilmelidir. Hastaların baş etme biçimlerini ve psikiyatrik semptomlarını inceleyen bir çalışmada, MS hastalarının kontrol grubuna göre problem ve duygu odaklı baş etmeyi daha az kullandıkları ve daha çok depresif bulgular taşıdıkları bulunmuştur.^[9] Başka bir çalışmada ise problem odaklı baş eden hastalarda, psikiyatrik belirtiler ve hastalığa ait lezyon yükü daha düşük bulunmuştur.^[10] MS'li hastalarda etkisiz baş etmeye ek olarak, düşük düzeyde sosyal destek kullanımı ve olumsuz algılar da problemlerin çözümünde bireyi güçsüz bırakmakta ve psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır.^[8]

MS hastalarında görülen psikiyatrik sorunlar; anksiyete, depresyon, bipolar duygudurum bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve psikoz olarak sıralanmaktadır.^[11-13] Hastalığın ilk yıllarında belirsizlikler ve bilgi eksikliği nedeniyle anksiyetenin, hastalık yılının artmasıyla birlikte engellenmeler de arttıkça depresyonun ön plana çıktığı görülmektedir.^[12] Literatürde, kadın hastaların erkek hastalara göre, genç hastaların benzer fiziksel hasarı olan yaşlı hastalara göre daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete yaşadığı bildirilmektedir.^[13,14] Depresyon, yorgunluk ve bilişsel kayıplar, MS'in görünmeyen yansıması olarak adlandırılmakta ve hastaların yaşam kalitesi de olumsuz etkilenmektedir.^[15]

Hastalığın kesin tedavisinin olmadığı ve stresiz bir yaşamın da mümkün olamayacağı düşünüldüğünde, hastaların hastalık seyrini etkileyen stresli durumları yönetmeleri ve etkili baş ederek hastalığa uyum sağlamaları önem kazanmaktadır. Hasta ile sürekli etkileşim içinde olan hemşirenin MS'li hastayla işbirliği içinde hastalık semptomlarına yönelik bakım sunması kadar, hastanın gereksindiği bilgi ihtiyacını gidermesi, etkili baş etme becerilerini kazandırması da hastaların güçlenmesini destekleyecektir.^[16] Bu bağlamda, MS tanısı alan hastalara bütüncül bakış açısı ile hemşirelik müdahalelerini planlayabilmek için hastaların stresle baş etme tarzlarının bilinmesi ve görülen psikiyatrik belirtilerin tanımlanması önemli ve gereklidir. Bu nedenle çalışmada, MS hastalarının stresle baş etme biçimlerinin ne olduğu ve hangi psikiyatrik belirtilerin görüldüğünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

1. MS hastalarının stresle baş etme biçimleri nelerdir?
2. MS hastalarında hangi psikiyatrik belirtiler görülmektedir?
3. MS hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre stresle baş etme biçimleri ve psikiyatrik belirtileri nasıldır?
4. MS hastalarının stresle baş etme biçimleri ile psikiyatrik belirtiler arasında bir ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye MS Derneği Ankara şubesine kayıtlı 270 MS tanısı olan hasta oluşturmuştur. Ayrıca örneklem seçilmemiş evrenin tamamına ulaşılmak hedeflenmiştir. 10 kişi araştırmaya katılmayı reddetmiş, dokuz kişi diğer bir kronik hastalığı olduğundan araştırma kapsamına alınmamış ve altısına ise ulaşamamıştır. Böylece araştırma, toplam 245 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; 18 yaş üzeri olma, okur-yazar olma, başka bir kronik hastalık tanısı almama, nöroloji kliniği tarafından ölçülmüş güncel Genişletilmiş Özürlülük Durumu Ölçeği=Expanded Disability Status Scale (EDSS) puanına sahip olma ve araştırmaya katılmayı kabul etmedir. EDSS, MS ile ilgili yeti yitiminin ya da semptomların şiddetini ölçmek için Dünyada ve ülkemizde kullanılan bir ölçüm aracıdır. Nörolojik muayene ve hasta şikayetleri sonucunda elde edilen veriler, 0-10 arasındaki bir skalada puanlanarak değerlendirilir. Ölçekte 0 puan 'normal nörolojik inceleme' iken, 5,5 'yardımsız ya da dinlenmeden yaklaşık 100 metre yürüyebilir', 10 ise 'MS'e bağlı ölümlü' ifade etmektedir.^[17]

Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Araştırmada, sosyodemografik özellikler ve hastalığa ait bilgilerin yer aldığı Tanıtıcı Bilgiler Formu, baş etme biçimlerinin yer aldığı Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve psikiyatrik belirtilerin yer aldığı Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır.

Tanıtıcı bilgiler formu; bu formda hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, hastalık yılı, EDSS puanı, hastalık sürecinde aldığı sosyal desteğin varlığı ve düzenli kullandığı ilaçlarını araştıran 10 soru bulunmaktadır.

STBÖ; ölçek, Folkman ve Lazarus^[18] tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak^[19] tarafından 1995 yılında yapılmıştır. SBTÖ'nün alt ölçekleri; probleme yönelik yaklaşımlar (iyimser, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma) ve duygulara yönelik yaklaşımlar (çaresiz ve boyun eğici) olarak iki ana başlıktadır. Ölçek, likert tipinde ve 30 maddeden oluşmaktadır. Her bir soruya verilen cevaplar; hiç uygun değil '0', uygun değil '1', uygun '2', tamamen uygun '3' puan olarak her bir alt ölçek ayrı ayrı puanlanmakta ve her bir alt ölçekten alınan toplam puan soru sayısına bölünerek alt ölçek puan ortalaması elde edilmektedir. Her bir alt ölçek için toplam puanın artışı da bireyin o baş etme tarzını daha çok kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır.

Ölçeğin 5 alt ölçeği için maddeler, faktör analizi ve alınabilecek alt ve üst puanlar;

- İyimser yaklaşım: 2, 4, 6, 12, 18. maddeler, $\alpha=68$, 0-15 puan
- Kendine güvenle yaklaşım: 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26. maddeler, $\alpha=80$, 0-21 puan
- Çaresiz yaklaşım: 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28. maddeler, $\alpha=73$, 0-24 puan

- Boyun eğici yaklaşım: 5, 13, 15, 17, 21, 24. maddeler, $\alpha=70$, 0-18 puan
- Sosyal desteğe başvurma: 1, 9, 29, 30. maddeler, $\alpha=47$, 0-12 puan arasında değişmektedir.^[19]

Çalışmamızda SBTÖ alt ölçekleri için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı; iyimser yaklaşım alt ölçeği için 0.69, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği için 0.88, çaresiz yaklaşım alt ölçeği için 0.73, boyun eğici yaklaşım alt ölçeği için 0.72 ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeği için ise 0.50'dir.

KSE, Derogatis (1992)^[20] tarafından geliştirilmiş olup ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve Durak^[21] tarafından 1994 yılında yapılmıştır. KSE anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçeklerini içermekte, 53 maddeden oluşmakta ve değerlendirmede belirlenmiş bir kesme değeri bulunmamaktadır. Uygulayıcıların her madde için hiç yok '0', biraz var '1', orta derecede var '2', epey var '3' ve çok fazla var '4' puan seçeneklerinden birini seçmesi ve işaretlemesi istenmektedir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyde o semptomun daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Her bir alt ölçekten alınan toplam puan soru sayısına bölünerek alt ölçek puan ortalaması elde edilmektedir. Her bir alt ölçekten alınan ortalama puan 1.00'in altında olduğunda herhangi patolojik bir durumun bulunmadığından, 1.00'in üstünde olduğunda ise psikolojik bozukluğun varlığından söz edilmektedir.^[20]

Ölçeğin 5 alt ölçeği için maddeler, faktör analizi ve alınabilecek alt ve üst puanlar;

- Anksiyete: 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49. maddeler, $\alpha=0.87$, 0-52 puan,
- Depresyon: 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39. maddeler, $\alpha=0.88$, 0-48 puan,
- Olumsuz benlik: 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53. maddeler, $\alpha=0.87$, 0-48 puan,
- Somatizasyon: 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33. maddeler, $\alpha=0.75$, 0-36 puan,
- Hostilite: 1, 3, 4, 6, 10, 40, 41. maddeler, $\alpha=0.76$, 0-28 puan^[21]

Çalışmamızda KSE alt ölçekleri için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı; anksiyete için 0.89, depresyon için 0.90, olumsuz benlik için 0.87, somatizasyon için 0.62, hostilite için 0.78 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Verilerin toplanması, Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi'nde 26.03.2011, 30.04.2011, 28.05.2011 ve 29.05.2011 tarihlerinde dernek tarafından düzenlenen toplantılarda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulamasından önce Türkiye Multiple Skleroz Derneği Ankara Şubesi'nden yazılı izin alınmış, ardından Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan etik

kurul izni alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan ise gönüllü olarak katıldıklarına ilişkin sözlü-yazılı onay alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma yalnızca 2011 yılında Türkiye MS Derneği Ankara Şubesi'ne kayıtlı olan ve Ankara ilinde ikamet eden MS hastaları ile sınırlıdır.

İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 15 programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma verilerinin parametrik test varsayımlarını karşılama durumunu değerlendirme, Kolmogorov-Smirnov Testi ile yapılmış ve karşılamadığı görülmüştür. Araştırmada ele alınan bağımlı değişkenler STBÖ ve KSE'nin alt ölçekleri, bağımsız değişkenler ise sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerdir. Verilerin sunumunda sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. İki grup arasındaki farkın karşılaştırılması için istatistiksel testlerden Mann-Whitney U testi, 3 grup ve fazlasının karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Tabloya bakıldığında, hastaların %36.9'unun 30-39 yaşları arasında, %66.5'inin kadın, %60.8'inin evli, %52.2'sinin çalışmadığı, %55.5'i gelirini gideri kadar değerlendirdiği belirlenmiştir. Hastalığa ilişkin özelliklerde ise hastaların %67.2'sinin EDSS puanlarının 0-3.5 arasında olduğu, %89.3'ünün hastalık sürecinde duygusal, sosyal veya ekonomik destek aldığı, %80.4'ünün düzenli olarak bir ilaç kullandığı saptanmıştır.

Tablo 2'de hastaların SBTÖ ve KSE alt ölçeklerinin puan ortalamaları ve toplam puanları verilmiştir. Hastaların SBTÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, hastaların en çok kendine güvenli yaklaşımı (2.09 ± 0.66), daha sonra iyimser yaklaşımı (1.86 ± 0.68) kullandıkları görülmüştür. Hastaların en az kullandığı yaklaşım ise boyun eğici yaklaşımdır (1.15 ± 0.58). KSE alt ölçek puan ortalamalarına göre ise hastaların en çok depresyon (1.17 ± 0.85) ve hostilite (1.16 ± 0.83) alt ölçeklerinden puan aldıkları ve puan ortalamalarının 1.00'in üstünde olduğu, anksiyete, olumsuz benlik ve somatizasyon alt ölçek ortalamasının ise düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 3 ve Tablo 4'de MS'li hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre stresle baş etme tarzları değerlendirilmiştir. Eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan hastaların lise mezunlarına göre (Tablo 3), EDSS puanı 0-3.5 olan hastaların 6 ve üstü olan hastalara göre, interferon tedavisi alan hastaların diğer tedavileri kullananlara (Tablo 4) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kendine güvenli yaklaşımı kullandığı saptanmıştır ($p < 0.05$).

Çaresiz yaklaşımı; evli hastaların bekar hastalara göre, eğitim düzeyi ilköğretim olanların üniversite ve üstü mezunlarına

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı

| Tanıttıcı özellikler | n* | % |
|-----------------------------------|-----|------|
| Yaş (n=244) | | |
| 19-29 | 76 | 31.1 |
| 30-39 | 90 | 36.9 |
| 40 ve üstü | 78 | 32. |
| Cinsiyet (n=245) | | |
| Erkek | 82 | 33.5 |
| Kadın | 163 | 66.5 |
| Medeni durum (n=245) | | |
| Evli | 149 | 60.8 |
| Bekar | 96 | 39.2 |
| Eğitim durumu (n=245) | | |
| İlköğretim | 63 | 25.7 |
| Lise | 97 | 39.6 |
| Yüksekokul/Lisans | 85 | 34.7 |
| Çalışma durumu (n=245) | | |
| Çalışan | 94 | 38.4 |
| Çalışmayan | 128 | 52.2 |
| Emekli | 23 | 9.4 |
| Gelir-gider durumu (n=243) | | |
| Gelir < giderden | 75 | 30.9 |
| Gelir > giderden | 33 | 13.6 |
| Gelir = gider | 135 | 55.5 |
| Hastalığa ilişkin bilgiler | | |
| EDSS (n=245) | | |
| 0-3.5 | 165 | 67.3 |
| 4-5.5 | 48 | 19.6 |
| 6 ve üstü | 32 | 13.1 |
| Hastalık yılı (n=244) | | |
| 0-1 | 29 | 11.9 |
| 2-5 | 84 | 34.4 |
| 6 ve üstü | 131 | 53.7 |
| Sosyal destek alma durumu (n=243) | | |
| Almayan | 26 | 10.7 |
| Alan | 217 | 89.3 |
| İlaç kullanma durumu (n=245) | | |
| Kullanmayan | 48 | 19.6 |
| Kullanan (n=197) | 197 | 80.4 |
| - İnterferon | 141 | 71.6 |
| - Diğer | 56 | 28.4 |

*Anket formunda bazı sorulara yanıt verilmediği için n sayısı her özellik için ayrıca verilmiştir.

göre (Tablo 3), destek alan hastaların almayanlara göre (Tablo 4) daha çok kullandığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Boyun eğici yaklaşımı ise evli hastaların, eğitimi ilköğretim seviyesinde olan hastaların, çalışmayan hastaların (Tablo 3) ve destek alan hastaların (Tablo 4) daha fazla kullandığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 2. Hastaların SBTÖ ve KSE ölçeğinden aldıkları min-maks puanları ve puan ortalamalarının dağılımı (n=245)

| | Alt ölçek ortalaması (Soru sayısına bölünerek) | |
|--------------------------|---|----------|
| | Ort.±SS | Min-Maks |
| SBTÖ | | |
| İyimser yaklaşım | 1.86±0.68 | 0-2 |
| Kendine güvenli yaklaşım | 2.09±0.66 | 0-3 |
| Çaresiz yaklaşım | 1.33±0.75 | 0-2 |
| Boyun eğici yaklaşım | 1.15±0.58 | 0-2 |
| Sosyal desteğe başvurma | 1.79±0.66 | 0-3 |
| KSE | | |
| Anksiyete | 0.8±0.69 | 0-4 |
| Depresyon | 1.17±0.85 | 0-5 |
| Olumsuz benlik | 0.80±0.73 | 0-5 |
| Somatizasyon | 0.72±0.65 | 0-4 |
| Hostilite | 1.16±0.83 | 0-3 |

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; KSE: Kısa Semptom Envanteri; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum.

Tablo 5 ve Tablo 6'da MS'li hastaların psikiyatrik belirtileri incelenmiştir. Anksiyete şikayetini evlilerin bekarlara göre (Tablo 5) ve destek alanların almayanlara göre (Tablo 6) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok yaşadıkları saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde kadınların erkeklere göre, ilköğretim ve lise mezunu olanların üniversite mezunlarına göre, çalışmayanların çalışanlara göre, geliri düşük olanların geliri yüksek olanlara göre (Tablo 5) istatistiksel anlamlılıkta daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Evli olan, ilköğretim mezunu, geliri düşük (Tablo 5) ve tanı yılı 6 ve üstü olan (Tablo 6) hastalar, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok olumsuz benlik şikayeti yaşamaktadırlar ($p<0.05$). Somatizasyon şikayetinin kadın olan, lise mezunu (Tablo 5) ve destek alan (Tablo 6) hastalarda; hostilite şikayetinin ise evli olan, lise mezunu, geliri düşük olan (Tablo 5) hastalarda daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 7'de SBTÖ ile KSE'nin alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde, çaresiz yaklaşım kullanımı ile anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Tartışma

MS'li Hastaların Stresle Baş Etme Tarzları

Çalışmada MS hastalarının SBTÖ'nün alt ölçeklerinden kendine güvenli, iyimser yaklaşımı kullanma ve sosyal desteğe başvurma düzeyleri, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı kullanma düzeylerinden yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Bu durum, MS hastalarının stresle baş etme tarzlarından probleme yönelik yaklaşımları, duyguya yönelik yaklaşımlardan daha faz-

Tablo 3. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre SBTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

| Sosyodemografik özellikler | Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|-------|--------------------------|-------|----------------------|--------|----------------------|--------|-------------------------|-------|
| | İyimser yaklaşım | | Kendine güvenli yaklaşım | | Çaresiz yaklaşım | | Boyun eğici yaklaşım | | Sosyal desteğe başvurma | |
| | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p |
| Yaş | | | | | | | | | | |
| 19-29 yaş (n=76) | 9.7±3.2 | 0.330 | 15.2±4.5 | 0.404 | 9.9±8 | 0.795 | 6.3±3.1 | 0.058 | 7.3±2.6 | 0.632 |
| 30-39 yaş (n=90) | 8.8±3.6 | | 14.3±4.9 | | 11.1±9.6 | | 6.8±3.7 | | 7.1±2.2 | |
| 40 ve üstü yaş (n=78) | 9.4±3.3 | | 14.5±4.4 | | 10.1±9.2 | | 7.6±3.4 | | 6.9±2.9 | |
| Cinsiyet | | | | | | | | | | |
| Kadın (n=163) | 9.3±3.3 | 0.229 | 14.5±4.7 | 0.670 | 9.3±8.7 | 0.399 | 6.4±3.7 | 0.053 | 7.1±2.7 | 0.944 |
| Erkek (n=82) | 9.1±3.5 | | 14.7±4.4 | | 11±9.2 | | 7.2±3.3 | | 7.1±2.6 | |
| Medeni durum | | | | | | | | | | |
| Bekar (n=96) | 9.7±3.4 | 0.077 | 14.7±5 | 0.416 | 8.8±8.2 | 0.002 | 6.3±3.4 | 0.028 | 7.2±2.3 | 0.365 |
| Evli (n=149) | 9.3±3.3 | | 14.5±4.3 | | 11.5±9.4 | | 7.3±3.4 | | 7.1±2.8 | |
| Eğitim durumu | | | | | | | | | | |
| İlköğretim (n=63) | 8.9±3.5 | 0.112 | 14.3±4.6 | 0.044 | 11.8±10 ^a | <0.001 | 9±3 ^{a,b} | <0.001 | 6.7±2.8 | 0.114 |
| Lise (n=97) | 8.9±3.5 | | 13±3.1 ^a | | 11±9.4 | | 6.8±3.4 ^b | | 7.2±2.7 | |
| Üniversite ve üstü (n=85) | 9.9±3.2 | | 16±3.9 ^a | | 8.4±7.5 ^a | | 5.6±3.2 ^a | | 7.4±2.3 | |
| Çalışma durumu | | | | | | | | | | |
| Çalışan (n=94) | 9.5±3.4 | 0.508 | 15.1±5.6 | 0.288 | 10±9 | 0.057 | 6±3.4 ^a | 0.038 | 6.9±2.5 | 0.481 |
| Çalışmayan (n=128) | 9.1±3.4 | | 14.3±5.7 | | 11±9.1 | | 8±3.4 ^a | | 7.3±2.6 | |
| Emekli (n=23) | 8.9±3.6 | | 14±4.5 | | 14±4.5 | | 6.7±3.5 | | 7±2.9 | |
| Gelir-gider durumu | | | | | | | | | | |
| Gelir < giderden (n=75) | 7.5±4.9 | 0.094 | 15.5±4.9 | 0.118 | 6.5±2.1 | 0.226 | 7.4±3.4 | 0.057 | 9±1.4 | 0.428 |
| Gelir > giderden (n=33) | 8.7±3.3 | | 13.8±4.6 | | 12.9±10 | | 5.8±3.3 | | 7.2±2.6 | |
| Gelir = gider (n=135) | 10.1±2.7 | | 15.6±3.4 | | 8.8±9.5 | | 6.9±3.5 | | 7.6±2.7 | |

^{a,b,c}: Fark yaratan alt gruplar, p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

*İki grup arasındaki farkın karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 3 grup ve fazlasının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

la kullandıklarını göstermektedir. MS hastalarının baş etme biçimlerine yönelik 38 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede, hastaların daha çok duyguya yönelik ve kaçınma stratejilerini kullandıkları ve genel popülasyona göre probleme yönelik aktif baş etme yaklaşımlarını daha düşük oranda kullandıkları saptanmıştır.^[22] Ülkemizde 50 MS tanısı alan hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların en çok kendine güvenli yaklaşımı, ikinci olarak çaresiz yaklaşımı kullandıkları saptanmıştır.^[23] Çalışmamızda hastaların probleme yönelik yaklaşımların tamamını en çok kullanması önemli bir sonuçtur. Bu sonucun çalışmanın MS derneğine üye olan hastalarla yapılmasından kaynaklanabileceği, oysa yapılan diğer çalışmaların sıklıkla hastaneye başvuran ya da genel popülasyon içinden seçilen hastalarla yapıldığı görülmektedir. MS derneğinde hastalara sunulan hizmetlerin (bilgilendirme toplantıları, ev ziyaretleri, psikoterapiler, yoga vb.) hastaların hastalıkla uyumunu ve semptom yönetimini olumlu etkilediği, dernek faaliyetlerinin sosyal ve fiziksel yönden hastaları destekleyebileceği düşünüldüğünde, derneğe üye olan bu hastaların stresle baş etmelerinin de güçlendiği söylenebilir.

Çalışmada, probleme yönelik yaklaşımdan kendine güvenli yaklaşımı, eğitim düzeyi yüksek, EDSS puanı 0-3.5 arasında olan ve interferon kullanan hastaların daha çok kullandıkları saptanmıştır. Baş etme biçimlerinin incelendiği bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça probleme yönelik etkili yaklaşımın daha fazla kullanıldığı saptanmıştır ve bu sonuç çalışma sonuçları ile benzerdir.^[24] Başka bir çalışmada, EDSS puanı 3-6 olan hastaların diğer hastalara göre daha çok problem çözme ve bilişsel teknikleri kullandıkları saptanmıştır.^[25] EDSS puanı 6 ve üstü olan hastaların yardımsız yürüyemediği ve kalıcı yeti yitiminin yüksek olduğu düşünüldüğünde çevreye olan bağımlılığın, bilişsel kayıpların artmasından ve kendi kendine yetemeden kaynaklı olarak hastaların kendine güvenli olmadıkları düşünülmektedir. Yeti yitimi düşük hastalar ise sıklıkla iş yaşamlarına devam edebilmekte, rollerini yerine getirebilmekte ve hastalığın sakin seyri nedeniyle geleceğe daha güvenle bakabilmektedirler.

Hastalığı modifiye edici ilaçlar(interferon), EDSS 0-5.5 arasında olan yani yardımsız yürüyebilen hastalarda kullanılmakta, tedavi ile hastalık hızı yavaşlatılmakta, geçirilen atakların süresi/şiddeti ve atak sonrası ortaya çıkabilecek yeti yitimini azaltma-

Tablo 4. Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre SBTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

| Hastalığa ilişkin özellikler | Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|-------|--------------------------|--------|------------------|-------|----------------------|-------|-------------------------|-------|
| | İyimser yaklaşım | | Kendine güvenli yaklaşım | | Çaresiz yaklaşım | | Boyun eğici yaklaşım | | Sosyal desteğe başvurma | |
| | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p |
| EDSS | | | | | | | | | | |
| 0-3.5 (n=165) | 8.9±3.4 | 0.074 | 17.1 ^a | <0.001 | 9.1±8.8 | 0.451 | 6.1±3.6 | 0.059 | 7.2±2.4 | 0.533 |
| 4-5.5 (n=48) | 8.5±3.6 | | 15.1±4.2 | | 10.4±8.6 | | 6.3±3.5 | | 8.5±2.6 | |
| 6 ve üstü (n=32) | 7.9±3.6 | | 12.4±4.7 ^a | | 11.2±8.2 | | 7.4±3.3 | | 7.3±2.7 | |
| Tanı yılı | | | | | | | | | | |
| 0-1 yıl (n=29) | 9.3±3.4 | 0.452 | 14.8±4.7 | 0.748 | 10.5±9 | 0.892 | 6.2±2.7 | 0.351 | 7±2.7 | 0.132 |
| 2-5 yıl (n=84) | 9.5±3.2 | | 14.7±4.2 | | 8.7±8 | | 7±3.6 | | 7.2±2.2 | |
| 6 ve üstü yıl (n=131) | 8.4±3.5 | | 13.3±4.4 | | 12.6±10.7 | | 7±3.5 | | 8±2.5 | |
| Sosyal destek alma durumu | | | | | | | | | | |
| Almayan (n=27) | 8.7±3.6 | 0.418 | 15.1±4.4 | 0.592 | 6.9±5.7 | 0.006 | 5.3±3.4 | 0.020 | 7±2.6 | 0.700 |
| Alan (n=218) | 9.3±3.4 | | 14.5±4.6 | | 10.4±9.7 | | 7.1±3.4 | | 7.2±2.6 | |
| İlaç kullanma durumu | | | | | | | | | | |
| Kullanmayan (n=48) | 9.2±3.3 | 0.623 | 14.8±4.3 | 0.032 | 10.4±5.2 | 0.828 | 6.2±3.8 | 0.964 | 7±2.5 | 0.848 |
| İnterferon (n=142) | 9.3±3.4 | | 17±4.8 ^a | | 10.1±6.1 | | 7.5±3.3 | | 7.1±2.2 | |
| Diğer** (n=55) | 10.1±3.6 | | 12.9±4.2 ^a | | 10.7±5.6 | | 7.1±2.9 | | 7.6±2.4 | |

x^{a,b,c}: Fark yaratan alt gruplar, p<0.05 olarak kabul edilmiştir. **: Copaxone, Tysabri, Mitoxandrone kullanan hastalar.

*İki grup arasındaki farkın karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 3 grup ve fazlasının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; EDSS: Genişletilmiş Özürlülük Durumu Ölçeği=Expanded Disability Status Scale; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

bilmektedir. Bu durum, hastalıkla mücadele edebilme duygusunu güçlendirerek, uyumu arttırmakta ve hastaların kendini güvende hissetmesini sağlamaktadır.

Çalışmada, duyguya yönelik yaklaşımları evli, ilköğretim mezunu, çalışmayan, geliri düşük olan ve hastalık sürecinde destek aldığını ifade eden hastaların daha fazla kullandığı saptanmıştır. Evli olan hastaların hem çaresiz yaklaşım puanları (11.5±9.4), hem de boyun eğici yaklaşım puanları (7.3±3.4), genel çalışma alt ölçek ortalamalarından (10.67±6.04) (6.93±3.4) yüksek bulunmuştur. MS hastalarının yeti yitiminden bağımsız olarak yorgunluk yaşamaları, bu şikayete depresyonun eşlik etmesi ile ev içi sorumluluklarını bile yerine getirmekte zorlandıkları belirtilmektedir.^[26] Çalışmaya katılan hastaların %66.5'i kadındır. Bu durum evli olan hastaların çoğunluğunun kendi bakımları dışında, eşinin/varsas çocuklarının bakımı ve rutin ev işlerinden de sorumlu oldukları anlamına gelebilir. Hastalık semptomları nedeniyle bu rolleri etkin olarak yerine getireme sonucunda hastaların olumsuz etkilendiği, benlik saygılarının düştüğü, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları daha fazla kullandıkları düşünülmektedir. Ayrıca, bekar hastalar kendi anne ve babası ile aynı evde yaşamaları nedeniyle birincil sosyal desteği daha yoğun alabilirken, evli hastaların bu sosyal desteği eş/kayınvalide/kayınpeder gibi evlilik bağı ile oluşan kişilerden almasından kaynaklanan bir fark olabilir.

Çalışmayan hastaların boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandığı saptanmıştır. Bir çalışmada; hastalığın ortaya çıktığı ilk yıl-

lardan itibaren hastaların çalışma yaşamının MS'ten olumsuz etkilendiği, erken emeklilik ve işsizliğin arttığı, gelirin düştüğü saptanmıştır.^[27] Başka bir çalışmada da MS'in hastaların iş yaşamını %54 oranında olumsuz etkilediği saptanmıştır.^[4] Bu doğrultuda, çalışmayan hastaların boyun eğici yaklaşımı daha çok kullanmasının nedeni olarak, kişilerin yaşamlarının en üretken döneminde hastalıkla karşı karşıya gelmesi sonucunda iş yaşamının ve olası kariyer planlarının olumsuz yönde değişmesi, gelirin düşmesi, iş/statü/kariyer kayıplarına ve erken emekliliğe yol açması gösterilebilir.

Hastalık sürecinde sosyal destek alanlar, destek almayanlara göre çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullanmaktadır. Literatürde kronik hastalığa sahip olan bireylerin alınan destek sonrası pozitif yönde etkilendiği,^[28] herhangi bir farklılık olmadığı^[29] veya negatif yönde etkilendiğine^[30] dair farklı sonuçlar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, hastaların sosyal destek almadaki negatif boyutları suçlu hissetme, bağımlılık ve anksiyete yaşama şeklinde değerlendirdikleri saptanmıştır.^[30] Destek arama davranışının da bireyin sorunlarını kendi başına çözemediği ve çaresiz hissettiği dönemlerde arttığı düşünüldüğünde, gerektiğinde uygun destek almanın önem kazandığı söylenebilir.

MS'li Hastalarda Görülen Psikiyatrik Belirtiler

Çalışmamızda MS hastalarında depresyon ve hostilite yüksek düzeyde bulunmuş, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon

Tablo 5. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KSE puan ortalamalarının karşılaştırılması

| Sosyodemografik özellikler | Kısa Semptom Envanteri | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|--------------------|-------|------------------------|--------|
| | Anksiyete | | Depresyon | | Olumsuz Benlik | | Somatizasyon | | Hostilite | |
| | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p |
| Yaş | | | | | | | | | | |
| 19-29 yaş (n=76) | 9.9±8 | 0.795 | 13.1±8.9 | 0.729 | 8.3±7.5 | 0.297 | 6.2±5.2 | 0.947 | 8.5±5.9 | 0.052 |
| 30-39 yaş (n=90) | 11.1±9.6 | | 14.7±10.7 | | 10.7±9.3 | | 6.2±5.8 | | 9.8±5.8 | |
| 40 ve üstü yaş (n=78) | 10.1±9.2 | | 13.9±10.7 | | 9.4±9 | | 6.8±7.3 | | 7±5.7 | |
| Cinsiyet | | | | | | | | | | |
| Kadın (n=163) | 9.3±8.7 | 0.089 | 15.2±9.2 | 0.006 | 8.4±8.4 | 0.051 | 7.2±6.8 | 0.015 | 7.5±5.3 | 0.113 |
| Erkek (n=82) | 11±9.2 | | 11.5±10.5 | | 10.2±8.9 | | 5±4.9 | | 8.6±6 | |
| Medeni durum | | | | | | | | | | |
| Bekar (n=96) | 8.8±8.2 | 0.018 | 12.6±9.3 | 0.138 | 7.8±7.8 | 0.003 | 5.6±5.1 | 0.210 | 7.2±5.4 | 0.022 |
| Evli (n=149) | 11.5±9.4 | | 14.8±10.6 | | 10.9±9.2 | | 7.2±6.8 | | 8.9±6 | |
| Eğitim durumu | | | | | | | | | | |
| İlköğretim (n=63) | 11.7±10.1 | 0.050 | 15±10.5 ^a | 0.002 | 11±9.6 ^a | 0.008 | 6.2±5.8 | 0.001 | 9±5.6 | 0.002 |
| Lise (n=97) | 11.4±9.3 | | 16±10.9 ^b | | 10.7±9.3 | | 8±6.9 ^a | | 9.3±6.3 ^a | |
| Üniversite ve üstü (n=85) | 8.4±7.5 | | 11±8.2 ^{a,b} | | 7.3±6.9 ^a | | 5±8.6 ^a | | 6.4±5 ^a | |
| Çalışma durumu | | | | | | | | | | |
| Çalışan (n=94) | 10±9 | 0.462 | 12±9.5 ^a | 0.018 | 9.1±8.5 | 0.320 | 5.8±5.9 | 0.118 | 8.2±6.1 | 0.212 |
| Çalışmayan (n=128) | 11±8.1 | | 15.5±10.2 ^a | | 10.1±8.8 | | 7.1±6.2 | | 8.4±5.5 | |
| Emekli (n=23) | 9.5±9 | | 13.6±11.9 | | 8.5±9.7 | | 6±7.9 | | 6.9±5.3 | |
| Gelir-gider durumu | | | | | | | | | | |
| Gelir < giderden (n=75) | 12.9±10.5 | 0.057 | 17±11.1 ^a | 0.008 | 12±9.9 ^{a,b} | 0.007 | 7.7±6.6 | 0.085 | 7.7±6.6 ^{a,b} | <0.001 |
| Gelir > giderden (n=33) | 8.8±8.5 | | 9±5.6 ^a | | 7.9±8.8 ^a | | 5.6±5.8 | | 5.6±5.8 ^a | |
| Gelir = gider (n=135) | 9.5±8.1 | | 11.7±9 | | 8.6±8.8 ^b | | 6±6.2 | | 6±6.2 ^b | |

^{a,b,c}: Fark yaratan alt gruplar, p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

*İki grup arasındaki farkın karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 3 grup ve fazlasının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

KSE: Kısa Semptom Envanteri; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

ise patolojik düzeyde bulunmamıştır (Tablo 2). Bir sistemik derlemede, MS hastalarında psikiyatrik bozuklukları inceleyen 118 çalışma analiz edilmiş ve en yaygın olarak depresyon (%23.7) ve anksiyete (%21.9) bulunmuştur.^[11] Çalışmada benzer şekilde depresyon yüksek düzeyde iken, anksiyete patolojik düzeyde olmaması dikkat çekici bir bulgudur. Anksiyetenin hastalıkla ilgili bilgi eksikliğinden ve belirsizlik algısından kaynaklandığı^[12] düşünüldüğünde, MS derneğine üye hastaların bilgi ihtiyaçlarının katıldıkları eğitimlerde karşılanmasının anksiyetenin düşmesine katkı sağladığı söylenebilir. MS hastaları ve sağlıklı popülasyonun psikiyatrik semptomlarını karşılaştıran bir çalışmada, MS hastalarının depresyon, anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik şikayetleri sağlıklı popülasyondan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ve bu hastaların psikiyatrik belirtiler yönünden riskli grup olduğu ifade edilmiştir.^[31] Ülkemizde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde MS hastalarının sağlıklı popülasyona göre depresyon yaşama risklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.^[32] Depresyonun hastalıkla birlikte ortaya çıkan kayıplar^[12] ve etkisiz baş etme^[9,10] ile ilişkili olduğu, hostilitenin ise kronik ve nedeni

belli olmayan bir hastalığa genç yaşta sahip olma, toplumda kronik hastalıklar için var olan stigma algısı ve bir hastalığa sahip olmanın yarattığı adaletsizlik hissinden kaynaklanabileceği söylenebilir.

Psikiyatrik belirtiler sosyodemografik ve hastalığa ait özelliklere göre değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan hastalarda anksiyeteyi evlilerin ve destek alanların; depresyonu kadınların, ilköğretim ve lise mezunu olanların, çalışmayanların, geliri düşük olanların; olumsuz benliği evli olan, ilköğretim mezunu, geliri düşük ve tanı yılı 6 ve üstü olanların; somatizasyonu kadın olan, ilköğretim mezunu olan ve destek alanların; hostiliteyi ise evli olan, ilköğretim ve lise mezunu, geliri düşük olan hastaların daha yüksek düzeyde yaşadığı saptanmıştır.

Norveç'te yapılan bir çalışmada, depresyon ve anksiyete düzeyleri cinsiyete göre değerlendirilmiştir. Çalışmamızın aksine erkek hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri kadın hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.^[33] Bu sonuçlar arasındaki farklılığa kültürel faktörlerin neden olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde aile bireylerinin bakımını çoğun-

Tablo 6. Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre KSE puan ortalamalarının karşılaştırılması

| Hastalığa ilişkin özellikler | Kısa Semptom Envanteri | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------|-------|-----------|-------|----------------|-------|--------------|-------|-----------|-------|--|
| | Anksiyete | | Depresyon | | Olumsuz Benlik | | Somatizasyon | | Hostilite | | |
| | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | Ort.±SS | p | |
| EDSS | | | | | | | | | | | |
| 0-3.5 (n=165) | 7.4±11.5 | 0.451 | 10.8±9.8 | 0.051 | 6.5±7.7 | 0.093 | 4.5±5.2 | 0.130 | 6.8±5.7 | 0.214 | |
| 4-5.5 (n=48) | 6.5±10.4 | | 12.5±9.5 | | 7.3±8.2 | | 5.7±5.8 | | 6.1±5.2 | | |
| 6 ve üstü (n=32) | 8.2±10.1 | | 12.9±8.7 | | 8.9±8.5 | | 5.1±6.4 | | 7.4±6.3 | | |
| Tanı yılı | | | | | | | | | | | |
| 0-1 yıl (n=29) | 8.3±7.8 | 0.260 | 14±10.2 | 0.753 | 9.6±8.7a | 0.033 | 6.4±5.8 | 0.344 | 8.4±5.8 | 0.493 | |
| 2-5 yıl (n=84) | 11.6±10.8 | | 12.3±8.9 | | 7.7±7.7 | | 6.2±7.1 | | 6.5±4.9 | | |
| 6 ve üstü yıl (n=131) | 10.8±8.5 | | 12.9±8.7 | | 12.5±9.9a | | 7.1±7.7 | | 7.5±6.6 | | |
| Sosyal destek alma durumu | | | | | | | | | | | |
| Almayan (n=27) | 6.4±5.7 | 0.014 | 10.9±7.8 | 0.170 | 6.2±5.1 | 0.053 | 3.2±5.1 | 0.006 | 6.5±5 | 0.096 | |
| Alan (n=218) | 11±9.2 | | 14.4±10 | | 10±9 | | 6.9±7.8 | | 8.4±5.9 | | |
| İlaç kullanma durumu | | | | | | | | | | | |
| Kullanmayan (n=48) | 9.5±9.6 | 0.908 | 12.6±9.9 | 0.840 | 9±8.6 | 0.939 | 6.4±6.2 | 0.174 | 8.6±6.3 | 0.314 | |
| İnterferon (n=142) | 8.5±8.4 | | 13.1±9.2 | | 7.5±8.2 | | 5.1±5.8 | | 8.9±7.2 | | |
| Diğer** (n=55) | 8±7.9 | | 13.4±9.5 | | 7.9±9.5 | | 4.9±7.1 | | 7.2±5.8 | | |

x^{a,b,c}: Fark yaratan alt gruplar, p<0.05 olarak kabul edilmiştir. **: Copaxone, Tysabri, Mitoxandrone kullanan hastalar.

*İki grup arasındaki farkın karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 3 grup ve fazlasının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

KSE: Kısa Semptom Envanteri; EDSS: Genişletilmiş Özürlülük Durumu Ölçeği=Expanded Disability Status Scale; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 7. SBTÖ ve KSE ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki

| | Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği | | | | | |
|------------------------|------------------------------------|------------------|--------------------------|------------------|----------------------|-------------------------|
| | | İyimser yaklaşım | Kendine güvenli yaklaşım | Çaresiz yaklaşım | Boyun eğici yaklaşım | Sosyal desteğe başvurma |
| Kısa Semptom Envanteri | | | | | | |
| Anksiyete | r | -0.190 | -0.251 | +0.591 | +0.270 | -0.075 |
| | p | 0.003* | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.244 |
| Depresyon | r | +0.300 | -0.310 | +0.821 | +0.291 | -0.112 |
| | p | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.081 |
| Olumsuz Benlik | r | -0.212 | -0.282 | +0.615 | +0.332 | -0.121 |
| | p | 0.001* | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.059 |
| Somatizasyon | r | -0.121 | -0.203 | +0.404 | +0.185 | -0.102 |
| | p | 0.059 | 0.001* | 0.000* | 0.004* | 0.110 |
| Hostilite | r | -0.268 | -0.190 | +0.441 | +0.209 | -0.043 |
| | p | 0.000* | 0.003* | 0.000* | 0.001* | 0.501 |

*Korelasyon analizi için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. **P<0.05 kabul edilmiştir. SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; KSE: Kısa Semptom Envanteri.

lukla kadının üstlenmesi kültürel bir olgudur. Kadının hasta olmasıyla birlikte çocuk, eş gibi aile üyelerine verilen bakımla aksamamasıyla aile içi sorunlar oluşmakta ve boşanmalar artabilmektedir. Kadın hastalarda depresyonun etkisi, yetersizlik duyguları ve terk edilme korkularının artmasıyla, hasta olmanın ikincil kazanç sağlamak ve kendisini ilginin merkezinde

tutabilmek için somatizasyonu daha fazla kullandıkları düşünülmektedir. Somatizasyonun, ülkemizde kültürel olarak öğrenilen ve kadınların kendini ifade etme biçimi olarak yaygın olarak kullandıkları bir davranış olduğu da belirtilmektedir.^[34] Eğitim seviyesi arttıkça, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite şikayetinde azalma belirlenmiştir. Bir başka

çalışmada da, eğitim düzeyi arttıkça somatizasyon şikayetlerinin azaldığı saptanmıştır.^[24] MS'li bireylerin yüksek eğitim seviyesi ya da verilen eğitim desteği ile daha etkin baş ettiği ve hastalıkla daha uyumlu yaşadığı düşünüldüğünde eğitimin psikiyatrik belirtileri de etkilemesi olasıdır.

Çalışmayan hastaların daha depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada hastaların %28'i yeti yitimi nedeniyle çalışma yaşamını tamamen bırakmak zorunda kalmıştır.^[35] Gelir düzeyi arttıkça hostilete puanları azalmıştır. Bir işte çalışmak ile gelir-gider dengesi arasında pozitif bir ilişki bulunmakta ve hastalıkla birlikte çalışma yaşamının etkilenmesiyle birlikte gelir-gider dengesi de değişmektedir. Çalışmada depresyon alt ölçeği genel ortalama puanı 14.03±10.23 iken, geliri düşük hastalarda bu ortalama 17±11.1, geliri yüksek hastalarda 9±5.6 bulunmuştur (Tablo 5). Bu durum gelir-gider dengesinin depresyon üzerine önemli bir etkisi olduğu şeklinde yorumlanabilir. Yapılan bir çalışmada, MS'ten sonra hastanın çalışmaya kapasitesinin düşmesi, 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.^[36] İş performansını olumlu olarak yerine getirememesi, iş kaybı, yük olma ve suçluluk duyguları gibi olumsuzlukların bu hastalarda depresif duygulanımına yol açtığı söylenebilir.

Hastaların hastalık yılı arttıkça olumsuz benlik algısı da artmaktadır. Çalışmamızdaki olumsuz benlik alt ölçeği genel ortalama puanı 9.65±8.8 iken, tanı yılı 6 ve üstü olan hastaların olumsuz benlik puanının 12.5±9.9 olması da önemli bir bulgudur. Bu durumun çalışmamızda olan ve literatürle uyumlu olan bağımlılığın artması, yalnızlık, düşük sosyal destek kullanımı ve çalışma yaşamının olumsuz etkilenmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bir çalışma ile hastaların tanıdan sonra 10 yıl ve sonrasında daha çok bilişsel kayıplar, yorgunluk ve depresyon şikayetleri yaşadıkları belirlenmiştir.^[37] Tanı yılı arttıkça bağımlılığın artması, yaşam kalitesinde düşme, iş ve sosyal yaşamda problemler yaşanması nedeniyle olumsuz benlik algısı da olmaktadır.

MS'li Hastaların SBTÖ ve KSE Arasındaki İlişki

SBTÖ ile KSE arasında ilişki incelendiğinde hastaların baş etme biçimleri ile psikiyatrik belirtileri arasında bir ilişkinin olduğundan söz edilebilir. Problem odaklı baş eden hastalarda herhangi bir psikiyatrik belirti ilişkisi bulunmamışken, duygu odaklı baş eden hastalarda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde; hastaların baş etme biçimlerini inceleyen bir çalışmada psikolojik stres düzeyleri arttıkça daha çok duygu odaklı baş etme biçimini kullandıkları saptanmıştır.^[38] Bir çalışmada ise depresyon ile sosyal destek kullanımı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.^[39] Başka bir çalışmada ise algılanan stres yoğunluğunun, anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik belirtilerin, MS hastalarının etkili ve etkisiz baş etme biçimleriyle ilişkili olduğu, psikiyatrik belirtilerin duygu odaklı baş etme biçimleri ile pozitif ilişki gösterdiği saptanmış-

tır.^[40] Çalışmamızda benzer sonuçlar elde edilmiş, bu korelasyonun hastalara verilecek desteğin planlanmasında önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir. MS hastalarının baş etme biçimlerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi, stres yaratan durumların en etkili ve doğru stratejilerle yönetilmesine ve hastaların psikiyatrik belirtilerinde azalmaya katkı sağlayabilecektir.

Sonuç

Çalışmada MS hastalarının SBTÖ'nün probleme yönelik yaklaşımları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma) daha çok kullandıkları ve KSE'nin alt ölçeklerinden depresyon ve hostileteyi en yüksek düzeyde yaşadıkları saptanmıştır.

Probleme yönelik yaklaşımları; eğitim düzeyi yüksek (üniversite ve üstü), EDSS 0–3.5 olan ve interferon kullanan hastaların, duyguya yönelik yaklaşımları ise evli, eğitim düzeyi düşük (ilköğretim), çalışmayan, geliri düşük ve hastalık sürecinde destek alan hastaların daha çok kullandığı saptanmıştır.

Psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasını etkileyen faktörler ele alındığında; anksiyete evli ve destek alanlarda; depresyon kadın, eğitim düzeyi düşük, çalışmayan ve geliri düşük olanlarda; olumsuz benlik evli, eğitim düzeyi düşük, geliri düşük ve tanı yılı 6 ve üstü olanlarda; somatizasyon kadın, eğitim düzeyi düşük ve destek alanlarda; hostilete ise evli, eğitim düzeyi düşük, geliri düşük olan hastalarda daha yüksek düzeydedir.

Çaresiz yaklaşım kullanımı ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik şikayetleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda MS hastalarının;

- Psikiyatrik belirtilerden depresyon ve hostilete belirtileri açısından riskli grup kabul edilmeleri,
- Evli, kadın, eğitim seviyesi düşük, çalışmayan, geliri düşük, yeti yitimi ve hastalık yılı artmış hastaların hem stresle etkisiz baş etme, hem de psikiyatrik belirtiler açısından riskli grup olarak kabul edilmesi,
- Duyguya yönelik yaklaşımlardan çaresiz yaklaşımı kullanan hastaların, psikiyatrik belirtiler açısından değerlendirilmesi ve etkili yaklaşımları kullanmasını destekleyecek kendini tanıma, iletişim, problem çözme ve gevşeme teknikleri gibi eğitimlerin planlanması ve uygulanması,
- Fiziksel sorunları nedeniyle genel kliniklerde izlenebilen ve psikiyatrik belirtiler açısından riskli grup olan bu hastaların, psikiyatri hemşireliğinin ileri uygulamaları bağlamında psikososyal müdahalelerinin gerçekleştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Daha geniş hasta grubunda müdahalelerin yapıldığı ve farklı yöntemlerin kullanıldığı ileri araştırmaların planlanması,
- MS derneğine üye olmanın hastaların stresle etkili baş etmesini destekleyebileceği için hastaların sağlık ekibi tarafından derneklere üye olmaları için desteklenmeleri önerilmektedir.

Teşekkür

Çalışmaya katılan MS hastalarına ve çalışma için destek veren Türkiye MS Derneği Ankara şubesine teşekkür edilmektedir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – H.S.Ö., F.Ö.; Dizayn – H.S.Ö., F.Ö.; Denetim – H.S.Ö., F.Ö.; Finansman - H.S.Ö.; Veri toplama veya işleme – H.S.Ö.; Analiz ve yorumlama – H.S.Ö., F.Ö.; Literatür arama – H.S.Ö.; Yazan – H.S.Ö., F.Ö.; Kritik revizyon – F.Ö.

Kaynaklar

- Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 Revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol* 2011;69:292–302.
- Newsome SD, Aliotta PJ, Bainbridge J, Bennett SE, Cutter G, Fenton K, et al. Framework of Care in Multiple Sclerosis, Part 2: Symptomatic Care and Beyond. *Int J MS Care* 2017;19:42–56.
- Skierlo S, Rommer PS, Zettl UK. Symptomatic treatment in multiple sclerosis- interim analysis of a nationwide registry. *Acta Neurol Scand* 2017;135:394–9.
- Kobelt G, Thompson A, Berg J, Gannedahl M, Eriksson J; MSCOI Study Group; European Multiple Sclerosis Platform. New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe. *Mult Scler* 2017;23:1123–36.
- Liu XJ, Ye HX, Li WP, Dai R, Chen D, Jin M. Relationship between psychosocial factors and onset of multiple sclerosis. *Eur Neurol* 2009;62:130–6.
- Artemiadis AK, Anagnostouli MC, Alexopoulos EC. Stress as a Risk Factor for Multiple Sclerosis Onset or Relapse: A Systematic Review. *Neuroepidemiology* 2011;36:109–20.
- Brown RF, Tennant CC, Sharrock M, Hodgkinson S, Dunn SM, Pollard JD. Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis.; part II. Direct and indirect relationships. *Mult Scler* 2006;12:465–75.
- Mohr DC. Stress and multiple sclerosis. *J Neurol* 2007;254(Suppl 2):II65–8.
- Lode K, Bru E, Klevan G, Myhr KM, Nyland H, Larsen JP. Depressive symptoms and coping in newly diagnosed patients with Multiple sclerosis. *Mult Scler* 2009;15:638–43.
- Lode K, Bru E, Klevan G, Myhr KM, Nyland H, Larsen JP. Coping with multiple sclerosis: a 5-year follow-up study. *Acta Neurol Scand* 2010;122:336–42.
- Marrie RA, Reingold S, Cohen J, Stuve O, Trojano M, Sorensen PS, et al. The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: a systematic review. *Mult Scler* 2015;21:305–17.
- Boeschoten RE, Braamse AMJ, Beekman ATF, Cuijpers P, van Oppen P, Dekker J, et al. Prevalence of depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A systematic review and meta- analysis. *J Neurol Sci* 2017;372:331–41.
- Marrie RA, Patten SB, Greenfield J, Svenson LW, Jette N, Tremlett H, et al. Physical comorbidities increase the risk of psychiatric comorbidity in multiple sclerosis. *Brain Behav* 2016;6:e00493.
- 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.
- Kaya Aygünoğlu S, Çelebi A, Vardar N, Gürsoy E. Multipl Skleroz Hastalarında Yorgunluğun Depresyon, Özürlülük ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Arch Neuropsychiatr* 2015;52:247–51.
- Tülek Z. Multipl Sklerozlu Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Nurs J* 2007;11:25–32.
- Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983;33:1444–52.
- Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980;21:219–39.
- Şahin NH, Durak A. Stresle Baş Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Derg* 1995;10:58–73.
- Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory (BSI): administration, scoring & procedures manual-II. 2nd ed. Clinical Psychometric Research Inc;1992.
- Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Derg* 1994;9:44–56.
- Keramat Kar M, Whitehead L, Smith C4. Characteristics and correlates of coping with multiple sclerosis: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2019;41:250–64.
- Dişçi Z. Multiple Skleroz'lu hastaların stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi. Unpublished graduate thesis, Atatürk University Graduate School of Health Sciences. 2014.
- McCabe MP, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2004;56:355–61.
- Rommer PS, Sühnel A, König N, Zettl UK. Coping with multiple sclerosis- the role of social support. *Acta Neurol Scand* 2017;136:11–6.
- Karakoç Kumsar A, Olgun N, Korel ÖK. Multiple Sklerozlu Hastada Yorgunluğun Değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2:100–3.
- Pfleger CC, Flachs EM, Koch-Henriksen N. Social consequences of multiple sclerosis (1):early pension, temporary unemployment- a historicalprospective cohort study. *Mult Scler* 2010;16:121–6.
- Schwarzer R, Knoll N. Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology* 2007;42:243–52.
- Messmer Uccelli M, Mancuso Mohr L, Battaglia MA, Zagami P, Mohr DC. Peer support groups in multiple sclerosis: current effectiveness and future directions. *Mult Scler* 2004;10:80–4.
- Warner LM, Schüz B, Wurm S, Ziegelmann JP, Tesch-Römer C. Giving and taking differential effects of providing, receiving and anticipating emotional support on quality of life in adults with Multiple Illnesses. *J Health Psychol* 2010;15:660–70.
- Shamsaei F, Cheraghi F, Salavati M, Rezaie AA. Comparison of psychological symptoms of patients with multiple sclerosis

- and healthy people. *Neurology Asia* 2015;20:269–74.
32. Tanık N, Aydın A, Selvi Y, Güleç M, Anlar Ö, Tombul T. Multipl Skleroz'da Tedavi, Özürlülük ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Arch Neuropsychiatry* 2012;49:300–30.
 33. Dahl OP, Stordal E, Lydersen S, Midgard R. Anxiety and depression in multiple sclerosis. A comparative population based study in Nord, Trøndelag County, Norway. *Mult Scler* 2009;15:1495–501.
 34. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 11th ed. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2008.
 35. Airlie J, Baker GA, Smith SJ, Young CA. Measuring the impact of multiple sclerosis on psychosocial functioning: the development of a new self-efficacy scale. *Clin Rehabil* 2001;15:259–65.
 36. Courts NF, Newton AN, McNeal LJ. Husbands and wives living with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2005;37:20–7.
 37. Ytterberg C, Johansson S, Gottberg K, Holmqvist LW, von Koch L. Perceived needs and satisfaction with care in people with multiple sclerosis; A two-year study. *BMC Neurol* 2008;8:36.
 38. Beatty WW, Hames KA, Blanco CR, Williamson SJ, Wilbanks SL, Olson KA. Correlates of coping style in patients with Multiple sclerosis. *Mult Scler* 1998;4:440–3.
 39. Gottberg K, Einarsson U, Fredrikson S, von Koch L, Holmqvist LW. A population-based study of depressive symptoms in multiple sclerosis in Stockholm county: associations with functioning and sense of coherence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78:60–5.
 40. Grech LB, Kiropoulos LA, Kirby KM, Butler E, Paine M, Hester R. Target Coping Strategies for Interventions Aimed at Maximizing Psychosocial Adjustment in People with Multiple Sclerosis. *Int J MS Care* 2018;20:109–19.