

MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA STRESLE BAŞ ETME TARZLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ*

ASSESSMENT OF THE STYLE OF HANDLING STRESS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Zeynep DİŞÇİ** Mehtap TAN***

* Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Hemşire

***Prof. Dr. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum

Yazışma Adresi:

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, e-mail: mtan@atauni.edu.tr

Gönderim Tarihi : 12 Mart 2019

Kabul Tarihi : 27 Mart 2019

ÖZET

Amaç: Araştırma, MS'li hastaların stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. **Yöntem:** 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 anlamlı olmadığı 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 anlamlı olmadığı 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

Aim: This research has been carried out to determine the styles with which patients with MS handle stress and the influential factors. **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 ($p<0.05$). **Conclusions:** 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

GİRİŞ

Kronik ve progresif 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 (İdiman 2004; Bayıl ve ark. 2012).

Özürlülük yapan hastalıklar arasında 3. sırada yer alan MS en çok 20-40 yaş arasında ve kadınlarda erkeklere oranla, 2-5 kat daha fazla görülmektedir (Kraft 1998; Akdemir 2005).

Türkiye’de MS’e ilişkin ulusal boyutta bir prevalans çalışması yoktur ancak ülkemizin risk açısından orta düzeyde olduğu sanılmaktadır (Akdemir 2005).

Hastalarda genel olarak piramidal, serebellar, beyin sapı, duyu, görme, serebral, mesane ve bağırsak tutulumu mevcuttur (Hauser and Goodin 2005; Janardhan and Bakshi 2002). Sıklıkla karşılaşılan problemler yorgunluk, ağrı, denge bozukluğu, kas zayıflığı, parestezi, mesane disfonksiyonu ve spastisitedir (Hauser and Goodin 2005; Janardhan and Bakshi 2002; Jarrett and Pathway 2000).

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 (Hauser and Goodin 2005). 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 (İdiman 2004). Başa çıkma

yöntemleri, genellikle problem odaklı ve duygular 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 duygular 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 duygular odaklı başa çıkmada kullanılmaktadır. Dolayısıyla aktif başa çıkma, problem odaklı stratejiyi içerirken, pasif başa çıkma ise kaçınma stratejisini içermektedir (Hauser and Goodin 2005; Miller 2000).

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 (Miller 2000).

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 Akademisi’nin hazırlamış olduğu raporda stres ve MS alevlenmesi arasında ilişkinin sıkı bir şekilde ele alınması gerektiğini vurgulamıştır (Johansson et al. 2004; Öz Seki 2013). 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 (Öz Seki 2013).

Bu çalışma MS ‘li hastaların stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli: Bu araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırmanın verileri; Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Polikliniklerinde Nisan 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini; Atatürk Üniversitesi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne kayıtlı, en az 6 aydır MS tanısı alan Genişletilmiş Özürlülük Durumu Ölçeği (EDSS) puan ortalaması 2.5 ve altında olan hastalar araştırma evrenini oluşturdu. Örneklemi ise Nisan 2013-Kasım 2013 tarihleri arasında araştırma kriterlerine uyan 50 hasta oluşturmuştur. 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.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verilerini toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından literatürden 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 (Johansson et al. 2004; Sutherland et al. 2005).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Folkman ve Lazarus (1985) tarafından geliştirilmiş 4'lü likert tipinde olup, 30 maddeden oluşmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin probleme yönelik etkili yollar ile duygulara yönelik etkisiz yollar olmak üzere 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 (1995) tarafından ölçeğin güvenilirliği, üç ayrı örneklem grubuna uygulanmış ve güvenilirlik 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 güvenilirlik katsayıları; iyimser yaklaşım alt testi için 0.72, kendine güvenle 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.

Genişletilmiş Özürlülük Skalası (EDSS): MS ile ilgili özür lülüğün ya da semptomların şiddetini ölçmek için dünyada ve ülkemizde yaygın olarak EDSS kullanılmaktadır. EDSS MS'te görülen değişiklikleri piramidal, serebellar, beyin sapı, duyu sal, 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 özür lülük 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 ölümü" ifade etmektedir.

Verilerin Toplanması: 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.

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.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın amaç ve kapsamını içeren etik kurul formu ile Atatürk Üniversitesi Uygulama Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Polikliniklerinden gerekli resmi izin alınmıştır. Ayrıca araştırma Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kuruluna sunulmuş ve onayı alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 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 ilkökul 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 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 yaklaşımının 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 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Tanıtıcı özellikler (n:50)	n	%
Cinsiyet	40	80.0
Kadın	10	20.0
Erkek		
Yaş Grubu		
18-31 yaş	20	40.0
32-45 yaş	2	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 Durumu Algısı		
Gelir giderden az	23	46.0
Gelir gidere eşit	17	34.0
Gelir giderden fazla	10	20.0
Hastalık Süresi		
3-5 yıl	9	18.0
6-8 yıl	24	48.0
8 yılın üzeri	10	20.0
	7	14.0
Ortalama±SS		
Yaş	35.46 ± 12.16	
Gelir	1704.05 ± 1335.65	

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 farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı 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 ($p < 0.05$).

Tablo 2. Hastaların SBTÖ Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı

Stresle başa çıkma tarzları boyutlar		Ort ± SS	Min-Max
Problem Odaklı Başa Çıkma	Kendine güvenli yaklaşım	19.92±2.57	14-27
	İyimser yaklaşım	13.68±2.02	9-19
	Sosyal desteğe başvurma yaklaşımı	10.54±1.24	8-13
Duygu Odaklı Başa Çıkma	Kendine güvensiz yaklaşım	18.88±3.43	11-27
	Boyun eğici yaklaşımlar	14.80±2.12	6-17

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 anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

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

Tanıtıcı Özellikler	n=50	Kendine Güvenli Yaklaşım X±SS	İyimser Yaklaşım X±SS	Kendine Güvensiz Yaklaşım X±SS	Boyun Eğici Yaklaşım X±SS	Sosyal Destek Arama X±SS
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	U=170.000	U=147.500	U=175.000	U=192.000
		$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$
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	KW=1.785	KW=0.607	KW=2.415	KW=1.293
		$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$
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	U=296.500	U=239.500	U=225.500	U=244.000
		$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$
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
Üniversite	12	21.00±2.00	14.83±1.99	18.08±2.64	13.75±2.66	10.33±1.37
		KW=0.677	KW=0.922	KW=0.841	KW=0.003	KW=5.777
		$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p<0.05$
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	KW=4.715	KW=2.208	KW=2.625	KW=1.646
		$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$
Gelir Durumu						
Algısı		19.60±1.67	14.00±1.58	18.80±3.56	15.80±0.83	11.00±1.22
Gelir giderden az	23	19.95±2.62	13.55±1.50	19.65±3.04	14.95±1.84	10.35±1.13
Gelir gidere eşit	17	19.65±2.99	14.18±2.43	18.82±3.82	14.65±2.57	10.41±1.37
Gelir giderden fazla	10	KW=0.064	KW=1.004	KW=1.138	KW=1.500	KW=1.513
		$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$
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	KW=1.217	KW=0.556	KW=6.414	KW=5.273
		$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$	$p>0.05$

TARTIŞMA

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. 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 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 anlamlı olmamakla 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 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 (Öz Seki 2013). 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 (Öztürk ve Uluşahin 2008).

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 anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 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 (Öz Seki 2013).

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 3). Literatürde evli hastaların özürüllükten ayrı olarak yorgunluk yaşamaması, stresin artması ev içi sorumluluklarını bile yerine getirmekte zorlandıkları belirtilmektedir (Kaya ve ark. 2003; Kumsar ve ark. 2009; Akkuş 2008).

SBTÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları meslek durumlarına göre incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla 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 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 (Pfleger et al. 2010). 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 özürüllük derecesinin artmasıyla kendine güvenli yaklaşımın azaldığı tespit edilmiştir (Öz Seki 2013). Özürüllüğü 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 anlamlı olmamakla 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 (Razi ve ark. 2009; McCabe et al. 2004; Barut ve ark. 2010). 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 (Razi ve ark. 2009). Yapılan başka bir çalışmada eğitimin baş etmeyi olumlu etkilediği ve hastaların eğitim düzeyi arttıkça stres ve duygusal sorunların yarattığı problemlerin azaldığı saptanmıştır (McCabe et al. 2004). 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 (Barut ve ark. 2010).

SBTÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları gelir durumuna göre incelendiğinde aradaki fark anlamlı olmamakla 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

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

çalışmaması, 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 (Courts et al. 2005). Yapılan başka bir çalışmada ise gelir düzeyinin yaşam kalitesini; genel durum, sosyal yaşam ve aile durumunu etkilediği bulunmuştur (Subramanian and Kawachi 2007). 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 anlamlı bulunmamakla 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 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 (Öz Seki 2013).

arttıkça problem odaklı baş etme yöntemlerinden olan bireylerin kendi 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

- Akdemir N.** Sık Görülen Nörolojik Hastalıklar Ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, Birol L (editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara:Sistem Ofset Yayıncılık; 2005.p. 827- 58.
- 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.
- 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; 3(1):120-30
- Bayıl YŞ, Koç ER, Erdemoğlu AK.** Multipl Skleroz Hastalarında Otonom Sinir Sistemi ile İlişkili Sempatik Cilt Yanıtlarının Değerlendirilmesi ve Yorgunluk Skorları. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2012;3:387-91.
- Courts NE, Newton AN, McNeal LJ.** Wives Livig With Multiple Sclerosis. Journal of Neuroscience Nursing 2005;37:20-5.
- Folkman S, Lazarus RS.** If It Chan-Ges It Must Be A Process: A Study Of Emotion and Coping During Three Stages of A College Examination. Journal of Personality Social Psychology 1985;48:150-70.
- 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.p.2461- 247.
- Öz Seki H.** 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.
- İdiman E.** Multipl Sklerozun İmmunopatogenezi. Türkiye Klinikleri Nöroloji Multiple Skleroz Özel Sayısı 2004;2:17-6.
- Janardhan V, Bakshi R.** Quality of Life in Patients With Multiple Sclerosis: The İmpact Of Fatigue and Depression. Journal of the Neurological Sciences 2002;205:51-8.
- Jarrett L, Pathway C.** The Role of The Nurse in The Management Of Spasticity. Nursing and Residential Care 2004; 6(3):116-9.
- 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.
- Kaya N, Akpınar Z, Çilli AS.** Multipl Sklerozda Yaşam Kalitesinin Depresyon ve Anksiyete ile İlişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry 2003;4:220-5.
- Kraft GH.** Rehabilitation Principles For Patients With Multiple Sclerosis. The Journal of Spinal Cord Medicine 1998;21:117-20.
- Kumsar AK, Olgun N, Korel ÖK.** Multiple Sklerozlu Hastalarda Yorgunluğun Değerlendirilmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2:100-3.
- McCabe MP, McKern S, McDonald E.** Coping and Psychological Adjustment Among People With. Journal of Psychosomatic Research 2004;56: 355-61
- Miller JR.** Multiple Sclerosis. In: Rowland LP (ed). Merrit's Neurology. Philadelphia:Lippicott William-Wilkins 2000.p.773-92.
- Öztürk MO, Uluşahin A.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1, 11.baskı. Ankara:Tuna Matbaacılık, 2008.p.
- Pfleger CCH, Flachs EM, Henriksen NK.** Social Consequences of Multiple Sclerosis:Early Pension, Temporary Unemployment A Historicalprospective Cohort Study. Multiple Sclerosis 2010;16:121-6.
- Razi GS, Kuzu A, Yıldız AN, Ocakçı AF, Arifoğlu BÇ.**Çalışan Gençlerde Benlik Saygısı, İletişim Becerileri ve Stresle Baş Etme. TAF Prev Med Bull 2009; 8(1):17-26.
- 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.p.515-20.
- 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.
- Şahin NH., ve Durak, A.** Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. Psikoloji Dergisi 1995;10(34):56-73.