



TC.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA BEKLENEN
DAMGALAMANIN YAŞAM KALİTESİ VE İŞLEVSELLİK
KAYBI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

DR. ONUR KOÇHAN

UZMANLIK TEZİ

2022

BOLU



TC.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA BEKLENEN
DAMGALAMANIN YAŞAM KALİTESİ VE İŞLEVSELLİK
KAYBI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

DR. ONUR KOÇHAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞR.ÜYESİ FİLİZ ÖZDEMİROĞLU

2022

BOLU



ÖZET

MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA BEKLENEN DAMGALAMANIN YAŞAM KALİTESİ VE İŞLEVSELLİK KAYBI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Onur KOÇHAN

Amaç: Multiple Skleroz damgalanma beklentisi oluşturabilecek kronik bir durumdur. Beklenen damgalamanın, ruhsal ve bedensel olarak olumsuz sonuçları olabilir. MS hastalığı sinir sisteminde tutulan bölgeler itibariyle de ruhsal sağlığı etkileyebilir. Bu çalışmanın amacı MS hastalarında beklenen damgalamayı ölçmek sağlıklı kontrollerle kıyaslamak, yaşam kalitesi ve işlevsellikle ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Aralık 2021-Nisan 2022 tarihlerinde BAİBÜ Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğine başvuran MS tanılı çalışmaya katılmaya onam veren dahil edilme ölçütlerini karşılayan ve dışlama ölçütlerini karşılamayan 51 MS hastası ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumu yönünden eşleştirilmiş 51 sağlıklı kontrol çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi durumları ile ilgili bilgileri araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik ve klinik veri formuyla kaydedilmiştir. Beklenen damgalama düzeyleri kronik hastalıklarda beklenen stigma ölçeği ile ölçülmüştür. Kişilerin depresyon ve anksiyete şiddetleri Hastane anksiyete depresyon ölçeği ile ölçülmüştür. Yaşam kaliteleri DSÖ'nün ölçeğinden geliştirilen Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi -54 envanteri ile ölçülmüştür. Kişilik inançları Kişilik inanç ölçeği-kısa form ile değerlendirilmiştir (KİÖ-KF). Katılımcıların duygusal tutarlılık düzeyleri revize edilmiş duygusal tutarlılık ölçeği (R-DTÖ) ile ölçülmüştür. MS hastalarına araştırmacı tarafından Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği-(EDSS) uygulanmıştır. Çalışmaya katılan kişilere araştırmacı tarafından DSM-IV Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-I) uygulanmıştır.

Bulgular: MS hastalarında kontrollere kıyasla duygusal tutarlılık anlamlı olarak düşük beklenen damgalama anlamlı olarak yüksektir. MS hastalarında beklenen damgalama ile yaş negatif korelidir. MS hastalarında beklenen damgalama ile yaşam kalitesi arasında kontrollerde gözlenmeyen orta derecede istatistiksel anlamlı ilişki vardır. MS hastalarında Ruhsal hastalık sıklığı %56 bulunmuştur. MS hastalarının depresyon ve anksiyete puanları kontrollerden anlamlı olarak yüksektir. MS hastalarında depresyon ve yaşam kalitesi puanları kontrollerde gözlenmeyen yüksek güçte zıt yönlü bir korelasyon göstermektedir. MS hastalarında bağımlı ve borderline kişilik inançları kontrollerden anlamlı olarak yüksektir. MS hastalarında duygusal tutarlılık anksiyete ile negatif korele iken bilişsel işlevler ile pozitif koreledir. Regresyon modelinde duygusal tutarlılık damgalamayı negatif yönde yordarken; kaçınıcı çocuk olduğu ve katılımcının yaşadığı çevre (köy>ilçe>il) damgalamayı pozitif yordamıştır.

Sonuç: MS'li hastalarla çalışırken damgalama beklentilerinin göz önünde bulundurulması, depresyon varlığının değerlendirilmesi ve duygusal tutarlılığı güçlendirici yaklaşımların teşvik edilmesi önerilir. MS'de beklenen damgalama konusunda daha geniş ölçekli hastane dışına uzanan prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELE: Multiple Skleroz, damgalama, stigmatizasyon, yaşam kalitesi, kişilik inançları

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF ANTICIPATED STIGMA WITH QUALITY OF LIFE AND LOSS OF FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Dr. Onur KOÇHAN

AIM: Multiple Sclerosis is a chronic condition that can create an anticipation of stigma. Anticipated stigma can have negative psychological and physical consequences. MS disease can also affect mental health in terms of regions involved in the nervous system. The aim of this study is to measure the expected stigma in MS patients, compare it with healthy controls, and examine its relationship with quality of life and functionality.

MATERIALS AND METHODS: 51 MS patients who applied to the Neurology Outpatient Clinic of BAIBU Faculty of Medicine between January 2022 and April 2022, who consented to participate in the study and met the inclusion criteria and did not meet the exclusion criteria, and 51 healthy controls matched for age, gender, and education were included in the study. The information about the sociodemographic and medical conditions of the participants was recorded with the sociodemographic and clinical data form prepared by the researcher. Anticipated stigma levels were measured with the chronic illness anticipated stigma scale (CIASS). Depression and anxiety levels of the individuals were measured with the Hospital Anxiety Depression Scale. Quality of life was measured with the Multiple Sclerosis Quality of Life -54 inventory (MSQoL-54). Personality beliefs were evaluated with the Personality Belief Scale-short form(PBQ-SF). The sense of coherence levels of the participants were measured with the revised sense of coherence scale (SOC-R). The Expanded Disability Status Scale- (EDSS) was administered to the MS patients by the researcher. A Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders - Clinician's Version (SCID-I) was administered to the participants in the study by the researcher.

Results: Sense of coherence was significantly lower in MS patients compared to controls, and anticipated stigma was significantly higher. Anticipated stigma and age were negatively correlated in MS patients. There was a moderate statistically significant relationship between anticipated stigma and quality of life in MS patients, which was not observed in controls. The prevalence of mental illness in MS patients was found to be 56%. Depression and anxiety scores of MS patients were significantly higher than controls. Depression and quality of life scores in MS patients show a high-power negative correlation that was not observed in controls. Dependent and borderline personality beliefs were significantly higher in MS patients than controls. In MS patients, emotional stability was negatively correlated with anxiety and positively correlated with cognitive functions. In multiple linear regression models, emotional consistency predicted stigma negatively; The number of children and the environment in which the participant lived (village>district>province) predicted stigma positively.

Conclusion: It is recommended to consider the expectations of stigma, evaluate the presence of depression, and encourage approaches that strengthen sense of coherence when working with

MS patients. There is a need for larger scale out-of-hospital prospective studies on the anticipated stigma in MS.

KEYWORDS: Multiple Sclerosis, stigmatization, functionality, quality of life, personality beliefs



1.

ÖZET..... viii

1. İÇİNDEKİLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ.....	xv
TEŞEKKÜR.....	xvii
2. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
3. GENEL BİLGİLER	3
3.1 DAMGALAMA VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR	3
3.1.1 Damgalama ile ilişkili kavramlar	4
3.1.2 Damgalama tipleri	6
3.2 YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI	13
3.3 MULTİPL SKLEROZ	15
3.3.1 Tarihçe	15
3.3.2 Epidemiyoloji	16
3.3.3 Patoloji	16
3.3.4 Risk faktörleri	18
3.3.5 Klinik	20
3.3.6 Tanı	23
3.3.7 Tedavi	26
3.3.8 Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesi	32
3.3.9 Multipl Sklerozda Damgalama	33
3.3.10 Multiple Skleroz ve Bipolar bozukluk	34
KİŞİLİK VE KİŞİLİK İNANÇLARI	36
3.4 DUYGUSAL TUTARLILIK	40
4. MATERYAL VE YÖNTEM	41
4.1 ÖRNEKLEM ve ÇALIŞMA EVRENİ	41
4.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	42
4.2.1 Sosyodemografik veri formu	42
4.2.2 Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği	42
4.2.3 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	42
4.2.4 Kronik hastalıklarda beklenen stigmatizasyon ölçeği (KHBSÖ)	43
4.2.5 MSYK-54 (MSQOL-54)	43
4.2.6 SCID-1 Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinik Versiyon	44
4.2.7 Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği - Expanded Disability Status Scale (EDSS)	44
4.2.8 Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu (KİÖ-KF)	45
4.3 İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	45
5. BULGULAR	47
6. TARTIŞMA.....	74
6.1 Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır.	86
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	86
7.1 SONUÇLAR	86
7.2 ÖNERİLER	88
8. KAYNAKLAR	90
9. EKLER	98
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	98

EK-2 Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği (R-DTÖ)	100
EK-3 HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ) ..	100
EK-4 Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği (KHBSÖ)	105
EK-5 Multipl Skleroz Yaşam Kalitesi (Msyk)-54 Enstrümanı	109

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1 Damgalama Süreci	10
Şekil 3.2 MS tipleri	22
Şekil 5.1. Çalışma Örnekleminin Belirlenmesi	47

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: 2017 Revize McDonald Kriterleri (Thompson ve ark., 2018).....	24
Tablo 2: Kırmızı Bayraklar	26
Tablo 3: Hastalık Modifiye Edici İlaçların Endikasyona Göre Özellikleri	30
Tablo 4: Hastalığı Modifiye Edici MS Tedavilerinin Uygulama Yolları.....	31
Tablo 5.1. Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri	48
Tablo 5.2. KHBSÖ ortalama skorları.....	49
Tablo 5.3. HAD ortalama skorları.....	49
Tablo 5.4.R-DTÖ ortalama skorları	49
Tablo 5.5.KİÖ ortalama skorları	50
Tablo 5.6. MSYK-54 ortalama skorları	50
Tablo 5.7. kontrol grubunda KHBSÖ ile MSYK-54 ilişkisinin incelenmesi.....	51
Tablo 5.8.MS hastalarında KHBSÖ ile MSYK-54 ilişkisinin incelenmesi	52
Tablo 5.9 kontrol grubunda KHBSÖ ve yaş ilişkisinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi	52
Tablo 5.10 kontrol grubunda KHBSÖ ve yaş ilişkisinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi.....	53
Tablo 5.11 Kontrol grubunda KHBSÖ ile R-DTÖ ilişkisinin incelenmesi	53
Tablo 5.12. MS hastalarında KHBSÖ ile R-DTÖ ilişkisinin incelenmesi.....	54
Tablo 5.13 MS hastalarında KHBSÖ ile EDSS puanları arasındaki ilişki.....	54
Tablo 5.14 Kontrol grubunda KHBSÖ ile HAD puanları arasındaki ilişki	55
Tablo 5.15 MS hastalarında KHBSÖ ile HAD puanları arasındaki ilişki.....	55
Tablo 5.16 Kontrol grubunda KHBSÖ ile KİÖ puanları arasındaki ilişki.....	56
Tablo 5.16.2 Kontrol grubu depresyon açısından kontrol edildiğinde KHBSÖ ile KİÖ puanları arasındaki ilişki.....	57
Tablo 5.17 MS hastalarında KHBSÖ ile KİÖ puanları arasındaki ilişki	58
Tablo 5.17.2 MS hastaları depresyon açısından kontrol edildiğinde KHBSÖ ile KİÖ puanları arasındaki ilişki.....	59
Tablo 5.18 Kontrol grubunun MSYK-54 ve R-DTÖ puanları arasındaki ilişki.....	60
Tablo 5.19 MS hastalarının MSYK-54 ve R-DTÖ puanları arasındaki ilişki.....	61
Tablo 5.20 Tüm katılımcılarda R-DTÖ ve ruhsal sağlık ortalaması arasındaki ilişkisinin incelenmesi	61
Tablo 5.21 MS hastalarının MSYK-54 ve EDSS puanları arasındaki ilişki	62
Tablo 5.22 Kontrol grubunun MSYK-54 ve HAD ölçeği puanları arasındaki ilişki	62
Tablo 5.23 MS hastalarının MSYK-54 ve HAD ölçeği puanları arasındaki ilişki.....	63
Tablo 5.24 Kontrol grubunun MSYK-54 ve KİÖ arasındaki ilişki.....	64
Tablo 5.25 MS hastalarının MSYK-54 ve KİÖ arasındaki ilişki.....	65
Tablo 5.26 MS hastalarının R-DTÖ ve EDSS puanları arasındaki ilişki.....	65
Tablo 5.27 Kontrol grubunun R-DTÖ ve HAD ölçeği puanları arasındaki ilişki.....	66
Tablo 5.28 MS hastalarının R-DTÖ ve HAD ölçeği puanları arasındaki ilişki	66
Tablo 5.29 kontrol grubunun R-DTÖ ve HAD ölçeği puanları arasındaki ilişki.....	67
Tablo 5.30 MS hastalarında R-DTÖ ve KİÖ puanları arasındaki ilişki.....	67
Tablo 5.31 MS hastalarında EDSS ve HAD puanları arasındaki ilişki.....	68
Tablo 5.32 MS hastalarında EDSS ve KİÖ puanları arasındaki ilişki	68
Tablo 5.33 Kontrol grubunda HAD ölçeği puanları ile KİÖ puanları arasındaki ilişki	69
Tablo 5.34 MS hastalarında HAD ile KİÖ puanları arasındaki ilişki	69
Tablo 5.35 MS hastalarında Sağlık ortalamasının bazı değişkenlere göre çoklu regresyon analizi sonuçları	70

Tablo 5.36 MS hastalarında Fiziksel sağlık ortalamasının bazı değişkenlere göre çoklu regresyon analizi sonuçları	71
Tablo 5.37 MS hastalarında ruhsal sağlık ortalamasının bazı değişkenlere göre çoklu regresyon analizi sonuçları.....	71
Tablo 5.38 MS hastalarında damgalamanın bazı değişkenlere göre çoklu regresyon analizi sonuçları	72
Tablo 5.39 MS hastalarında genel yaşam kalitesinin bazı değişkenlere göre çoklu regresyon analizi sonuçları.....	73



KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
DAE	: Deneysel alerjik ensefalit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBV	: Epstein-Barr virüs
EDSS	: Extented disease disability scale
FDA	: Food and Drug Administration
HAD	: Hastane anksiyete depresyon ölçeği
HLA	: Human Leukocyte antigen
IVMP	: İntravenöz metilprednizolon
KHBSÖ	: Kronik hastalıklarda beklenen stigmatizasyon ölçeği
KİÖ	: Kişilik inançları ölçeği
KİS	: Klinik izole sendrom
MBP	: Miyelin bazik protein
MOG	: Miyelin oligodendrosit glikoprotein
MRG	: Manyetik rezonans görüntüleme
MS	: Multiple Skleroz
MSYK-54	: Multiple skleroz yaşam kalitesi ölçeği
OKB	: Oligo klonal bant
PLP	: Proteolipid protein
PPMS	: Primer progressive multiple sclerosis
R-DTÖ	: Revize edilmiş duygusal tutarlılık ölçeği
RİS	: Radyolojik izole sendrom
RRMS	: Geographic Information Systems

SCID I	: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SK	: Sağlıklı kontrol
SSS	: Santral sinir sistemi
YK	: Yaşam kalitesi



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez hazırlama sürecinde emeği olan, mesleki bilgi ve tecrübesinden yararlanma fırsatı bulduğum hocam Dr. Öğretim Üyesi Filiz ÖZDEMİROĞLU'na, örnek tutum, bilgi ve tecrübeleriyle bana yetiştirme ve gelişme fırsatı veren Prof. Dr. M. Hamid BOZTAŞ'a, Prof. Dr. Özden ARISOY'a, Doç.Dr.Burcu Rahşan ERİM'e,

Nöroloji rotasyonu eğitimimde ve tez hazırlama sürecinde emeği geçen Doç.Dr.Şule AYDIN TÜRKOĞLU'na; Nöroloji A.B.D. öğretim üyeleri Prof. Dr. Serpil YILDIZ'a, Doç.Dr.Murat YILMAZ'a, Dr.Öğretim Üyesi Canan AKÜNAL TÜREL'e,

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunda bilgi ve tecrübesiyle bana katkıda bulunan Doç.Dr.Yusuf ÖZTÜRK'e,

Değerli çalışma arkadaşım Esra Zerin'e, birlikte çalışmaktan keyif aldığım asistan arkadaşlarıma, servis hemşireleri ve personellerine, poliklinik sekreterimize,

Hayatım boyunca her türlü fedakarlığı göstererek her koşul altında yanımda olan sevgili annem Ayten KOÇHAN'a, bana güç veren babam Mustafa KOÇHAN'a, kıymetli kardeşim Defne KOÇHAN'a

Bu süreçte çok sıkılan sevgili Linoş'a

Hayatın bana kattığı en değerli varlık, biricik eşim Aylin KOÇHAN'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

2. GİRİŞ VE AMAÇ

Multipl Skleroz (MS) fiziksel işlev kaybına neden olan, remisyon ve ataklarla seyreden, merkezi sinir sisteminin inflamatuvar ilerleyici ve kronik bir hastalığıdır. Sıklıkla geç adölesan ve erken erişkinlik döneminde başlar. Genç erişkinlerde nörolojik işlev kaybının travmalardan sonra en sık sebebidir (Dobson ve Giovannoni, 2019). Sıklığı, sürekliliği ve genç erişkinlerde yol açtığı işlev kaybı nedeni ile önemli nörolojik hastalıklardan biridir. MS tedavisinde halen kür sağlayan bir tedavi yoktur.

MS kronik seyirli bir tablodur (Goetz, 2007). Dünya genelinde kronik hastalıklar arttıkça modern tıbbın ilerlemesi ile hastalıkların medikal tedavileri ve tanımlayıcı araştırma yöntemleri de artmıştır. Sıklıkla gözden kaçan bir nokta bu hastaların ruhsal ve sosyal boyutlarıyla da ilgilenmemiz gerektiğidir. Yapılan çalışmalarda bulgular, kronik hastalığı olan kişilerde depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik ek tanılarının, hastalığı algılama biçimini, hastanın tedaviye uyum ve yanıtını olumsuz yönde etkilediği yönündedir (Holzemer ve ark., 2009, Hategeka ve ark., 2017, Earnshaw ve ark., 2012).

Kronik hastalıklarla yaşayan bireyler, çevreleri tarafından işlevsellikleri bakımından sürekliliklerine güvenilemeyen, fiziksel, sosyal ve ekonomik yönden daha az paylaşımlı bireyler olarak algılanabilirler. Sosyal çevrenin oluşturduğu bu damgalama, kişilerin zaten yaşamakta oldukları hastalık yükünün daha da artmasına sebep olur (Leventhal ve ark., 2004). Hasta perspektifinden bakıldığında “beklenen damgalama” akut bir gerginlik yaratan “dışsal” damgalamadan çok daha büyük etkiye sahiptir. Çünkü kişinin zihninde sürekli var olarak kronik bir stres yaratmaktadır (Thoits, 2010). Bu nedenle araştırmacıların kronik hastalık sahibi kişilerde beklenen damgalama şiddetini anlamaları önemlidir.

Kronik hastalıklarda damgalama (stigmatizasyon) kavramı, hastaların kronik hastalıkları sebebiyle maruz kaldığı değersizleştirme, dışlanma, olumsuz ön yargılarla karşı karşıya kalma durumudur. Kronik hastalıklarda, fiziksel hastalık yükünün yanı sıra eşlik eden birçok psikiyatrik bozukluk gözlenmektedir. Damgalama kronik hastalığa sahip kişilerin yakın çevreleri, iş ortamı, sağlık hizmetleri alanındaki ilişkilerini, ve sağlık hizmetlerine ulaşımını

olumsuz etkileyen bir durum olması, işlevselliklerini düşürmesi ve psikiyatrik komorbiditelere zemin hazırlaması nedeniyle giderek önem kazanmaktadır (Earnshaw ve ark., 2012).

Birçok hastada, damgalanma beklentisi içinde bulunma, dış dünyadan gelen uyaranları damgalayıcı içerikleri bakımından sürekli tartma eğilimi gözlenmektedir. Bu duruma beklenen damgalama denilmektedir. Kronik hastalıklarda damgalamanın; depresyon, kaygı bozuklukları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi gösterilmiştir. Beklenen damgalamanın da kronik bir stres kaynağı olduğu ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklara zemin hazırladığına ilişkin veriler mevcuttur (Corker ve ark., 2016).

Özellikle sağlık çalışanlarından beklenen damgalamanın, bu hastaların düzenli tedaviye erişimlerinin önünde engel oluşturduğu gösterilmiştir (Earnshaw ve Quinn, 2012). Kronik hastalığı olan kişilerin psikiyatrik tedavisinde, psikiyatristte hastadaki damgalanmaya dair farkındalık artışının, hastanın hem psikiyatrik hem de kronik hastalığının tedavisini olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir (Aydin, 2018).

Bu çalışmada MS’de beklenen damgalama düzeyinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması, damgalama şiddeti ile sosyodemografik verilerin ilişkisinin değerlendirilmesi, damgalanmanın anksiyete ve depresyon şiddeti ile ilişkisinin ve damgalanmanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Beklenen damgalama düzeyini belirlemek amacıyla Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği (KHBSÖ) kullanıldı. Depresyon ve anksiyete şiddetini değerlendirmek için çalışmalarda sıklıkla kullanılan Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) kullanıldı. Duygusal tutarlılık, revize edilmiş duygusal tutarlılık ölçeği (R-DTÖ) ve kişilik inançları Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Form (KİÖ-KF) ile değerlendirildi. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde MSYK-54 ölçeği kullanıldı. Damgalamanın diğer faktörlerden etkilenmemesi için son 3 ay içinde MS atağı geçirenler çalışmanın dışında tutulmuştur.

3. GENEL BİLGİLER

3.1 DAMGALAMA VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR

Stigma kelimesi Yunancada işaret anlamına gelen ‘stig-’ sözcüğünden türemiştir. İlk olarak MÖ6.YY Antik Yunan dönemi kalıntılarında rastlanılan bu kelime sivri bir alet ile yapılan bir işareti ifade etmektedir. Platon MÖ 5.YY’da yazdığı Yasalar eserinde “bir saygısızlıkta bulunan eğer bir köle veya yabancıysa bu saygısızlığı yüzüne ve ellerine yazılmalı.” sözü ile antik yunan medeniyetinde stigmatizasyonun işlevi hakkında örnekte bulunmaktadır (Griffith ve Schofield, 2016).

Stigma sözcüğü tarihsel süreçler boyunca çeşitli anlam farklılıklarına uğramıştır. Hristiyanlığın ilk yıllarına dair kaynaklarında ing. ‘stick’den köken aldığı düşünülen Stigmata sözcüğü İsa peygamber çarmıha gerildiğinde oluşan çivi deliklerine göndermeyle kutsal lütuf sayılan işaretler anlamına gelmektedir. Tarihte salgın hastalıklar toplumlar için büyük bir korku kaynağı olmuştur. Hastalıklar, etkenlerinin bilinmediği dönemlerde Tanrıdan gelen bir ceza, bulaşıcı bir büyü, lanet olarak yorumlanmakta ve hastalık işaretlerini gösteren kişilerden kaçınılmaktaydı. 16.YY Büyük Londra Vebası sonrası stigma sözcüğü uzak durması gereken işaretler barındıran kişileri ifade eder anlamda kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde stigmanın sözlük anlamına baktığımızda tanımı; insanların belirli bir hastalık hakkında genellikle sahip oldukları kötü ve adil olmayan his ve davranış tarzı olarak değişmiştir (OxfordEnglishDictionary, 2006). Yine günümüzde şekilleri net göremeyenleri tanımlamak için de aynı kökten gelen “astigmat” sözcüğü kullanılmaktadır.

Stigmanın Türkçe karşılığı olan damgalama sözcüğü de Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük’de “Bir şeyin üzerine bir nişan, işaret basmaya yarayan bir araç, bu araçla basılan nişan ya da işaret, bir kimsenin adını kötüye çıkaran, yüz kızartıcı durum, bir şeyin kime, hangi çağa ait olduğunu gösteren belirgin iz, işaret, nitelik” anlamlarıyla tanımlanmıştır.

Damgalamayı ilk olarak Sosyolog Erving Goffman; bir kişi yada grubun olumsuz algılanan özelliklerinden dolayı maruz kaldığı değersizleştirme ve sosyal dışlanma (ve bunun neticesinde kişinin kimliğinde oluşan bozulma) olarak tanımlamıştır.(Goffman, 1963) Link ve Phelan Goffman'ın bu kavramsallaştırmasını geliştirerek damgalamanın dört aşamasını tanımlamışlardır. İlk aşamada farklılıklar tanınır, ikinci aşamada bu farklılıklar toplum nezdinde olumsuz olarak nitelendirilir, üçüncü aşamada bu grup dış bir grup olarak görülür ve sonuç ayrımcılığa uğrama, fırsat, güç veya statü kaybıdır. (Link ve Phelan, 2001)

Damgalama eski çağlardan bu yana kronik hastalıklarda önemli bir toplumsal sorun olmuş ve özellikle epilepsi, şizofreni, lepra, sfiliz, tüberküloz, AIDS ve kanserlerin, üzerinde ürkütücü bir işaret bulunan hastalıklar olduğu düşüncesi süregelmiştir (Kabay ve ark., 2014).

3.1.1 Damgalama ile ilişkili kavramlar

3.1.1.1 STEROTİPLEME

Stereo (özdeş) ve type (yazı) kelimelerinin birleşiminden oluşan, Fransızcadan dilimize girmiş bir matbaa terimi olup el yazısındaki harfleri birbirine özdeş damgalara dönüştürme işlemine denilmektedir. Türk Dil Kurumunun stereotip tanımından yola çıkıldığında bir sosyal grubun içindeki bireylerin tümünün grubu en iyi temsil eden özellikleri taşıyan kişiyle özdeşleştirilmesi anlamına geldiği anlaşılmaktadır. (Ör: Amerikan polisleri donut yer.)

Bir insan diğer bireylerden farklı olan kişi hakkında bu işareti aldığında stereotipler yani; bir sosyal grup içerisinde öğrenile gelmiş, topluca ortak bir yargıya varılmış basmakalıp fikirler, düşünce sürecinde aktive olur. Kişi bu fikirlere inanmıyor, tam anlamıyla katılmıyor olsa dahi negatif klişe düşüncelere zihninde yer verdiğinde önyargıyı üretir.

3.1.1.2 ÖNYARGI

Önyargı, basmakalıp düşüncelere verilen bilişsel ve afektif bir yanıttır. Savunmacı bir duygu olarak görülen refleksif iğrenme en yaygın verilen afektif cevaptır. Sıklıkla iğrenme bulaşma korkusundan ya da kabul

edilemez olan, rahatsız edici şeylerden kaçınma isteğidir (Brockington ve ark., 1993). Başlangıçtaki refleksif reaksiyondan sonra bilişsel süreç başlar. Bu süreç sosyal etkileşimlerden ortaya çıkan kurallara dayanır. Bu sistem bireyin refleks yanıtı reaksiyonlarını ayarlamasına müsaade eder, devre dışı bırakılıp ilk iğrenme duyguları yerini acıma ve nezakete bırakabilir. Önyargıyı kontrol etmede iç motivasyonu kuvvetli bireylerde, daha az örtülü yargılama meydana gelir. Kural tabanlı bu sürecin devreye hiç girmediği bireylerde hedefe yönelik nefret ve korku gibi daha güçlü duygular sıklıkla ortaya çıkar (Pryor ve ark., 2004). Sonuç olarak önyargı ayrımcılığı doğurur.

3.1.1.3 AYRIMCILIK

Ayrımcılık, önyargıdan kaynaklanan duygular ve inançlara verilen davranışsal tepkidir. Damgalanma duygusal bir yanıt oluşturur. Örneğin korku çok güçlü bir duygudur ve davranışsal bir tepkiye yol açar. Korkuya yaygın olarak verilen cevap sosyal ya da bireysel bağlamda kaçınmadır. Ayrımcılığı arttıran nedenler arasında kökleşmiş olumsuz inanç sistemleri, cehalet ve hoşgörüsüzlük yatmaktadır. Toplumdaki köklü inanışlar kişilerin damgalanmış bireylerle ilişkilerinde bilinçli veya bilinçdışı olarak zarar verici davranışlara neden olur. Çoğunluk grubun, damgalanmış gruba sergilediği davranışlar beklendiği üzere damgalanmış gruba negatif etki ederken, çoğunluk grubuna da pozitif etki ederek tutucu inanış ve kalıp yargılarını pekiştirir ve iki topluluk arasında aşılması güç bariyerler yaratır.

Goffman'ın öncülüğünde güncel sosyolojide damgalanma ile ilgili üç kavram tanımlanmıştır. Bunlar; sosyal kimlik, kendini damgalama ve yapısal damgalamadır (Bos ve ark., 2013).

3.1.1.4 SOSYAL KİMLİK

Sosyal kimlik kuramı Goffman tarafından 1963 yılında tanımlanmıştır. İnsanların bir kişiyi damgalamak için sosyal yapıları nasıl kullandıklarını içerir. Damgalayıcı toplumda arzulanan farklılıklar barındıran kişilere karşı kendiliklerini bütünüyle yansıtmayan, sadece hastalık nedenli bazı davranışlarına veya durumlara göre yargılayan bozulmuş bir kolektif kimlik vardır. Damgalanmış kişiler, diğer insanların

kendilerine yönelik hoşnutsuz, eleştirel, onur kırıcı tutumları neticesinde kendilerine başka bir sanal sosyal kimlik oluşturlar ve toplumdan ayrışır (Goffman, 1963). Goffman bu durumu, yargılayan ve bozulmuş bir kollektif kimlik olarak tanımlar. Brüne, yargılayıcı kimliğin gelişimini ilkel toplumlardaki yaşam koşullarına dikkat çekerek açıklamaktadır. İlkel topluluklarda bulaşıcı hastalıklar en büyük ölüm sebebi olarak gösterilmektedir. O dönemdeki hastalıklı bireyi kabileden dışlayıcı toplumsal tutumların, grubun sağ kalımını arttırmaya yönelik kazanımları olacaktır. Bu bağlamda olası bulaşıcı bir hastalığa yönelik spesifitesi düşük, sensitivitesi yüksek bu toplumsal damgalayıcı tutum günümüz sağlık sistemi koşullarında olumsuz işlev gören bir kolektif kimliğe dönüşerek birçok bireyi gereksiz yere olumsuz etkilemektedir (Brüne, 2015).

3.1.2 Damgalama tipleri

3.1.2.1 YAPISAL DAMGALAMA

Yapısal (structural) damgalama kavramı, bu bozulmuş kollektif toplumsal bilinç sonucu gelişen damgalama sürecini sistemsal boyutta ele almaktadır ve damgalanmış bireylerin önüne çıkan somut engelleri inceler. Örneğin azımsanmayacak sayıda ülkede psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin oy kullanma hakkı gibi sosyal birçok hakkı kısıtlanmaktadır. Bu kişiler ‘normal’ olduğu düşünülen ötekiler tarafından sistematik olarak yetkileri kısıtlanarak değersizleştirilmektedir. Bu durum bu bireylerin toplumda eşit bir şekilde yer alma ve sosyal işlevselliklerinde azalmaya yol açmaktadır. Bu doğrultuda yapısal damgalamalar hakkında farkındalık oluşturulması, katılımcı yurttaşlığın sağlanması, empatik ve destekleyici yaklaşımlar toplumlar için önem arz etmektedir (Johnstone, 2001).

Corrigan’a göre yapısal stigma süreci damgalanma işaretinin (ing. cue) tanınması, stereotipik düşüncelerin aktivasyonu ve o kişiye karşı önyargı ve ayrımcılık basamaklarını içerir. İşaret; bir insan hakkında farklı olan bir şeyin tanınmasının sosyal bilişsel sürecidir. Bu işaret gözle görülebilir fiziksel bir farklılık veya psikiyatrik bir belirti ya da sosyal becerilerde bir eksiklik olabilir. Bazı durumlarda da bir hastalık tanısının varlığının bilinmesi işaret olarak yeterlidir (Corrigan ve Watson, 2002).

3.1.2.2 KENDİNİ DAMGALAMA

Kişinin kendini yargılama sürecinin bir ürünü olan kendini damgalama (self-stigma) toplumdan alınan bazı mesajlarla tetiklenebilen, bireyin kendi algı ve düşünceleriyle yarattığı bir süreçtir. Corrigan kendini damgalamayı kişinin özsaygısında azalma, kendisine karşı nefret ve utanma duygusuyla birlikte bireyin aile, iş yaşamı ve bütün sosyal yaşamında bozulmalara yol açan durum olarak tanımlamıştır (Corrigan ve Watson, 2002). Taşkın ise narsistik kişilerdeki bilinçdışı yetersizlik duygularının, herhangi bir fiziksel hastalığa yakalanma durumunda kendini damgalamayı yaratan unsur olduğunu belirtmiştir (Taşkın, 2007).

Kendini damgalama teorisinde, içinde bulunulan toplumun tutumları, kendini damgalama sonucunu doğurmaktadır. Damgalamanın ortaya çıkışı mekanizmasındaki ilk basamak, kişideki işaretin tanınması ile kişiye karşı önyargıların aktivasyonudur. Bu işaret bazen bir hastalık belirtisi iken, bazen de sosyal işlevselikteki bir eksikliklerdir. Bu işaret bir birey tarafından algılandığında, toplumsal basmakalıp düşünceler devreye girer. Önyargı ayrımcılığı getirir (Pryor ve ark., 2004) ve birey bu fikirlere bütünüyle inanmasa dahi, zihninde toplumsal kognitif süreç işlemeye başladığında, ayrımcı davranışları tetiklenmiş olur (Brockington ve ark., 1993).

Ayrımcılık duygulara verilen davranışsal bir tepkidir. Örneğin korku veya iğrenme, sosyal uzaklaşmaya yol açan güçlü duygulardır (Johnstone, 2001). Kişi ayrımcılığa uğradıktan sonra, bunun hastalığından dolayı olduğunu algılar. Algılanan, toplumsal önyargıları içeren bu damgalamaya hissedilen (percieved) damgalama denmektedir. Ayrımcı davranışlara maruz kalma deneyimi ise dayatılan (enacted) damgalama olarak adlandırılır (Jacoby, 1994). En sonunda kişi maruz kaldığı bu stereotip düşünce ve davranışları içselleştirir (internalized stigma) ve böylece oluşan self stigma ise kişide benlik saygısının azalmasına, yol açarak bireye zarar verir (Corrigan ve ark., 2006). Self stigma azalmış özsaygı, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, sosyal çekilme ve istihdam kaybı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca kişinin hastalığına duyduğu korku ve kaygının artmasına yol açar, bu durum da iyileşmeyi, takip ve tedavi süreçlerini olumsuz etkileyebilir (Corrigan ve Rao, 2012).

3.1.2.3 TOPLUMSAL BAĞLAMDA DAMGALANMA

Toplum tarafından damgalanmış kişiler sosyal izolasyon ve istihdam kaybı gibi sonuçlarla karşılaşır. Damgalanmanın bu olumsuz sonuçlarını yordayan altı faktör tanımlanmıştır: Damgalanma yaratan durumun gizlenebilirliği, gidişatı, yıkıcılığı, estetik özellikleri, kökeni ve tehlike arz etmesi. Gizlenebilirlik; durumun açık, aşıkâr veya saklanabilir olup olmadığı anlamına gelir. Gidişat ise durumun ciddiyeti ve beklenen seyrini ifade etmektedir. Yıkıcılık; olağan sosyal etkileşim kalıplarına etki etme derecesi, estetik özellikler terimi; durumun beş duyu aracılığıyla diğerlerinin “estetik zevkini” ne kadar rahatsız ettiğini ifade eder. Köken; kişinin hastalığının sebebiyle ilgili ne düşündüğü ve kendini bundan sorumlu tutma derecesini, son olarak tehlike; yani kişinin hastalığına bağlı duyduğu korku ve tehlikenin miktarını ifade eder (Jones, 1984).

3.1.2.4 DAYATILAN (DENEYİMLENEN) DAMGALAMA

Kişinin damgalanmış kimliği nedeniyle maruz kaldığı değersizleştirme deneyimi olup (Earnshaw ve Quinn, 2012); damgalama alanında çokça çalışılmış bir konudur. Kronik hastalıkla ilgili damgalanma yaşayan insanlar yetersiz bakım aldıklarını, sağlık çalışanlarının kendileriyle ilgili hayal kırıklığına uğradıklarını, onlara farklı veya adaletsiz davrandıklarını bildirmektedir. Örneğin, HIV/AIDS ile yaşayan insanlar, bakımdan mahrum bırakıldıklarını ve hastalıkları için sağlık çalışanları tarafından suçlandıklarını bildirmişlerdir (Sayles ve ark., 2007). İçselleştirilmiş damgalamanın aksine, deneyimlenen damgalama, kişilerarası etkileşim bağlamında algılanır. Sağlık hizmeti sunulan ortamlarda kendilerini damgalanmış hisseden kişilerin ek olumsuz muameleyle karşılaşmak istemedikleri için tıbbi bakıma erişme olasılıkları daha düşük olabilir.

3.1.2.5 İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA

Damgalanmaya maruz kalan kişiler bu değersizlik hissini içselleştirebilir ve kendinden utanma, iğrenme, suçluluk duygusu gibi tutumları benimseyebilirler. İçselleştirilmiş damgalama (internalized stigma): Kişilerin kendilerini yargıladıkları bir kendini damgalama sürecidir. Damgalama eyleminin içselleştirilerek kişinin zihninde tekrarlanmasıdır. Damgalanmış kişilerin mevcut dışsal bir dayatma olmaksızın, kendilerini toplumun geri kalanından farklı, kirli ve hastalıklı, hastalıklarından sorumlu tutulması gereken, suçlanma ve utanç duyması gereken bireyler olarak varsayma dereceleri'dir. Bu süreç normlara göre toplumdan alınan mesajlarla ortaya çıkabilen bir yargılama olsa da nihayetinde bireyin kendisine karşı yarattığı damgalamadır. Bu yargılama kişinin benlik saygısını düşürür. Kişi yetersizlik ve çevresinin beklentilerini karşılayamayacağı düşüncelerine kapılır. Kendisine karşı nefret, utanç ve aşağılık duyguları hisseder. Corrigan kendini damgalamayıcı, benlik saygısını azaltan, kişinin bağımsız olarak yaşayabilmesini, iş sahibi olup geçimini sağlamasını, hayat arkadaşı bulmasını dahi güçleştiren kendiliğinden oluşan bir utanç olarak tanımlamıştır (Corrigan ve Rao, 2012).

İçselleştirilmiş damgalanmanın bilişsel, duygusal, davranışsal etkileri azalmış benlik saygısı, depresyon, anksiyete, sosyal çekilme ve iş gücü kaybı ile ilişkili bulunmuştur. Daha önce değinildiği gibi (Corrigan ve Watson, 2002) tarafından tanımlanan teorik modelde Önce kişi damgalayıcı bir durumla ayrımcılığa maruz kalır ve bunun hastalığıyla ilgili olumsuz kalıp yargılar nedeniyle olduğunun farkına varır. Bu klişe düşüncelerin farkındalığı bazen hissedilen damgalama, ayrımcı davranışların ve sosyal dışlanmanın gerçek deneyimi ise dayatılan damgalama olarak tanımlanır. Sürecin son aşamasında kişi kendine yöneltilen stereotipleri içselleştirir ve içselleştirilmiş damgalama olarak adlandırılır. Zamanla bu kişiler benlik saygılarını ve kendi kendilerine yeterli oldukları inançlarını kaybetmeye başlarlar. Bu durum bir süre sonra utanç duymaya, kendini değersiz ve

beceriksiz hissetmeye, sosyal içe çekilmeye ve sekonder olarak depresyona neden olur (Corrigan ve ark., 2006, Akkaya, 2021) (Şekil 1).



Şekil 3.1 Damgalama Süreci

İçselleştirilmiş damgalanmaya sahip kronik hastalıkları olan kişiler, bakımı hak etmediklerini veya bakımın onlar için işe yaramayacağını düşündükleri için bakıma erişme olasılıkları daha düşük olabilir. Psikiyatrik hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmaya sahip kişiler üzerinde yapılan araştırmalar, damgalanma düzeyi yüksek olanların düzenli ruh sağlığı tedavisine yönelik tutumlarının daha zayıf olduğunu göstermektedir (Ritsher ve Phelan, 2004, Livingston ve Boyd, 2010).

3.1.2.6 BEKLENEN DAMGALAMA

Beklenen damgalama (anticipated stigma): Kişinin, dış dünyadan gelen uyarınlara damgalanmaya uğrayıp uğramayacağı bakımından zihninde tartıştığı öznel yaşantıdır. Daha önceki damgalanma, ayrımcılığa uğrama, değersizleştirilme deneyimlerinin tekrar yaşanacağını beklentisidir. Kişilerin gelecekte başkalarından kendilerine yönelik stereotipleme, önyargı ve ayrımcılık deneyimlemeyi bekledikleri boyuttur. Çeşitli gizlenebilir damgalanmış kimliklerle (HIV, ruhsal hastalık vb.) ilgili önceki araştırmalar beklenen damgalamada artışın artan psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu bulmuştur (Quinn & Chaudoir, 2009). Bu beklenen damgalama, kısmen içselleştirilmiş ve kısmen deneyimlenmiş damgalanma ile ilişkili yani kısmen içsel kısmen de kişilerarası bir fenomen olabilir. Kendileriyle ilgili olumsuz inançları içselleştiren kişiler, damgalanmış nitelikleri nedeniyle başkalarının kendilerine olumsuz davranacağını tahmin edebilirler. Bu nedenle, içselleştirilmiş damgalama düzeylerinde artış muhtemelen daha

yüksek düzeyde beklenen damgalamaya yol açmaktadır. HIV-AİDS ile yaşayan kişilerle yapılan bir çalışmada, içselleştirilmiş damgalama düzeyi yüksek bireylerin HIV durumlarını başkalarına ifşa etmekten kaçınmasının daha olası bulunması bu hipotezi destekler niteliktedir (Steward ve ark., 2008). Bu kaçınma kişiler HIV durumları nedeniyle başkalarının kendilerine olumsuz şekilde davranmasını bekledikleri için yani beklenen damgalama nedeniyle de olabilir. Bununla beraber, geçmişte ayrımcılığa uğradıklarını algılayan; yani deneyimlenen damgalanmaya sahip kişiler gelecekte de tekrar damgalamaya uğrayacaklarını öngörebilirler. HIV-AİDS ile yaşayan kişiler örneğinde bireyler muhtemelen beklenen damgalama nedeniyle HIV durumlarını başkalarına ifşa etmekten kaçınmaktadır. Kronik hastalığı olan, damgalamayı içselleştirmiş ve sağlık hizmetlerinde damgalanmayı deneyimlemiş kişiler gelecekte sağlık hizmetlerinde damgalanmayı bekleyebilirler.

Hem içselleştirilmiş hem de deneyimlenen damgalama, beklenen damgalamanın aracılığıyla bakıma daha düşük erişim ile ilişkili olabilir. Yani, kendisi hakkında olumsuz inançları içselleştirmiş ve sağlık hizmetlerinde önyargı, klişeleştirme ve ayrımcılık yaşamış kişiler gelecekte de benzer deneyimlerle karşılaşacaklarını tahmin edebilirler. Bu olumsuz deneyimlerden kaçınmak için bakıma erişmeyebilirler. HIV-AİDS ile yaşayan kişiler üzerinde yapılmış uzunlamasına bir çalışmasında, sağlık hizmeti sunulan ortamlarında algılanan ayrımcılık, altı aylık bir takipte bakıma erişimin düşük seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir (Kinsler, Wong, Sayles, Davis, & Cunningham, 2007).

Kronik hastalıklar küresel çapta büyüyen bir sağlık sorunudur. DSÖ küresel ölüm oranları, önemli sayıda yetişkinin kronik hastalıklardan muzdarip olduğunu göstermektedir. 2008 yılında, ölümlerin tahmini yüzde 63'ü kronik hastalıklar ile ilişkilendirilebilirken bu sayının 2020 yılına kadar yüzde 75'i geçmesi beklenmektedir. İstatistikler yetişkinlerin yarıdan fazlasının en az bir kronik hastalıkla yaşadığını ve bunların %25'inin günlük aktivitelerinde önemli işlevsellik kayıpları olduğunu bildirmektedir. Bu fiziksel zorluklara ek olarak, kronik hastalıkları olan insanlar damgalamayı içselleştirebilir, deneyimleyebilir veya bekleyebilirler (Goffman, 1963). Kişiler bu damgalanma biçimleriyle sosyal hayatın çeşitli alanlarında

karşılaşılabilseler de sağlık hizmeti sunulan ortamlarda damgalama özellikle zararlı olabilir.

Kronik hastalıkların çoğu sessiz ve asemptomatik başlayıp bazı zamanlar semptomların şiddetli alevlenmeleri ile karakterizedir. Şifaya kavuşturulamasa da çoğu zaman tıbbi tedavi ile kontrol altına alınabilir. Kronik hastalığı olan kişiler için bakıma erişim; sağlık kaynaklarının ulaşılabilirliğinden ziyade, bu kişilerin sağlık hizmeti aramayı ne ölçüde seçtikleri anlamına gelir. Sağlık hizmetlerine erişimin azalması, hastalıkların seyrini ve kişilerin genel refahını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, semptomların alevlenmesini önlemek ve asemptomatik evreleri uzatmak için kronik hastalıkları olan kişilerin bakıma düzenli olarak erişimleri kritiktir.

Kronik hastalığı olan kişilerde yürütülmüş bir aracı faktör analizinin sonuçları sağlık hizmeti sunulan ortamlarda damgalama deneyimleyen ve damgalanmayı içselleştiren hastaların sağlık çalışanlarına yönelik beklenen damgalamanın da arttığını göstermiştir. Yine aynı çalışmada sağlık çalışanlarından daha fazla damgalanma bekleyen katılımcıların sağlık hizmetlerine daha az eriştiğini ve yaşam kalitesinde düşüş yaşadığını göstermiştir (Earnshaw ve ark., 2012).

Kronik hastalıklarla yaşayan insanlar arasında sağlık hizmetleri bağlamında damgalanmanın daha güçlü bir şekilde anlaşılması, yaşam kalitelerini artırmaya yönelik stratejiler konusunda bilgi verebilir.

3.2 YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Yaşam Kalitesi (YK) bir bireyin hayattaki kendi durumu ile ilgili öznel algısı olarak tanımlanmakta olup fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği ile ortaya konulur. YK tıpta hem klinik pratikte hem de araştırma alanında önemi giderek artan bir ölçümdür (Felce ve Perry, 1995).

Sağlık sisteminin odağı “hayat kurtarıcı” olma noktasından “sağlığı iyileştirici” olma noktasına doğru ilerledikçe YK, tıbbi durumlar ve bu durumların etki ve sonuçlarıyla ilgili çalışmalarda giderek önem kazanmıştır (Kuyken, 1995). Sağlıkla ilişkili YK bireyin günlük işlevselliğinin çeşitli alanlarda hastalığın veya rahatsızlığın olumsuz potansiyel etkileri tarafından kötüleşmediği genel bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Karimi ve Brazier, 2016). Dünya Sağlık Örgütü YK grubu YK’ni “bireyin, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak, içinde yaşadığı kültürel bağlam ve değerler sistemi içerisinde hayattaki konumu ile ilgili öznel algısıdır” şeklinde tanımlamıştır (Kuyken, 1995). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı, hastalık durumu ve belirtileri, fiziksel durum, psikolojik ve sosyal durum olmak üzere dört ana kavram üzerine odaklanır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) yaklaşımı son zamanlarda bedensel sağlık sorunlarının psikososyal sonuçlarını inceleyen bir yaklaşım olarak Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi alanında kullanılmaktadır (Gater ve ark., 1995). Ayrıca fiziksel hastalıkların YK üzerine etkilerinin yanında ruhsal bozuklukların da önemli etki yapabildiğine dair somut kanıtlar mevcuttur (Bradley ve ark., 2006, Rudnick, 2001, Moss ve ark., 2007). YK birçok çevresel etmenlerden etkilense de (örn. aile, arkadaşlık, sosyoekonomik, kültürel) fiziksel hastalık en potent faktörlerden biridir. Eğer güvenilir bir şekilde ölçülebilirse YK, hem klinik araştırmalarda hem de rutin sağlık hizmetinde önemli bir tedavi çıktı ölçümü olarak kullanılabilir (Kuyken, 1995). Farklı ruhsal ve fiziksel sağlık alanlarında YK ölçümü, hastalıkların bireyler ve topluluklar üzerindeki etkisinin karşılaştırılmasında da kullanılabilir. YK ölçümleri halen farklı tedavilerin maliyet etkinliği hesaplamalarında kullanılmaktadır (Dolan, 2000).



3.3 MULTİPL SKLEROZ

Multipl Skleroz santral sinir sisteminin, karmaşık gen-çevre etkileşiminin sebep olduğu, bağışıklık sistemi aracılı, kronik nörolojik bir hastalıdır (Goetz, 2007). MS, genç erişkinlerde nörolojik işlev kaybının travmalardan sonra en sık sebebidir (Dobson ve Giovannoni, 2019). MS prevalansı artan erken teşhis oranları ve uzun sağkalım nedeniyle giderek artmaktadır. Daha çok genç erişkinlerde izlenen, tüm dünyada 2 milyondan fazla insanı etkileyen hastalığın tedavisi hızla gelişme göstermektedir (Yamout ve Alroughani, 2018). Klinik seyri, hastalığın patofizyolojisindeki kompleks yapıyı yansıtır biçimde, hastalar arasında ciddi değişiklikler göstermektedir. Birbirinden farklı inflamasyon–demyelinizasyon aksonal hasar-nörodejenerasyon, gliosis ve remiyelinizasyon-onarım mekanizmaları çeşitli kombinasyonlarda bir araya gelerek her hasta için özgün bir klinik tablo meydana getirmektedir (Serafeim ve Anagnostouli, 2013).

3.3.1 Tarihçe

Multipl Skleroz hastalığına işaret ettiği düşünülen ilk veriler 14.yy’a kadar geriye gitmektedir. Hollanda’da 16 yaşında bir kadın hasta olan St.Lidwina of Schiedam’ın tekrarlayıcı ve ilerleyici nörolojik kötüleşmelerle giden vakası bir çok açıdan MS ile uyumlu görülmektedir (Medaer, 1979). MS’in izlerine daha sonra 19.Yy.da rastlanabilmektedir. Cruveilhier 1842 de MS’in patolojik bulgularını olgu sunumlarıyla birlikte yayınladığı atlasında tanımlamıştır. 1866 yılında Vulpian bu patolojik tabloya “sclerose en plaque” adını vermiştir.

Hastalığın klinik seyrini, inflamasyon-miyelin kaybıyla giden histolojik görünümü ile birlikte özgün bir tablo olarak tanımlayan kişi ise Jean Martin Charcot olmuştur. Demyelinizan hastalıkların anlaşılmasındaki bir diğer önemli adım 1935 yılında Rivers tarafından “Deneyisel Alerjik Enfalomiyelit (DAE)” tablosunun oluşturulması ve ileri araştırmaların yapılmasının önünü açması olmuştur (Merritt, 2010).

3.3.2 Epidemiyoloji

Multipl sklerozun ortalama başlangıç yaşı çeşitli çalışmalarda 28 ile 31 arasında bulunmuştur; genellikle 15 ila 45 yaşları arasında görülmekte olup, klinik başlangıç nadiren yaşamın ilk yıllarında veya yedinci dekatta ortaya çıkar (Goodin, 2014). Primer progresif MS'te (PPMS) ortalama başlangıç yaşı daha ileri olup, 35 ila 39 yaş arasındadır (Daroff ve ark., 2015). MS, kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Relapsing remitting MS'de kadın/erkek oranı 2–3/1'dir, PPMS'te ise 1/1'dir .

Multipl skleroz ile ilgili farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalar, coğrafya ve etnik kökene göre değişebilen insidans ve prevalans oranlarını ortaya çıkarmıştır. MS prevalansı tüm dünyada giderek artmaktadır, bu artışın 1990'dan 2016'ya kadar olan dönemde yüzde 10,4 olduğu görülmüştür (M. T. Wallin et al., 2019).

Japonya'da 100.000'de 2, Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika'da 100.000'de 100 üzerinde gibi değişen prevalans oranları belirlenmiştir (Howard ve ark., 2016). Türkiye'de farklı bölgelerde epidemiyolojik çalışmalar yapılmış olup; prevalans oranları Börü ve ark. tarafından Maltepe'de 101,4/100.000, Artvin'de 18,6/100.000, Ordu'da 55,5/100.000, Gazipaşa'da 52,0/100.000, Çelik ve ark. tarafından Edirne'de 33,9/100.000, Akdemir ve ark. tarafından Orta Karadeniz Bölgesinde 43,2/100.000 olarak bulunmuştur (Börü ve ark., 2006, Akdemir ve ark., 2017).

3.3.3 Patoloji

Multipl skleroz patolojisinde en yaygın kabul gören teori, otoreaktif lenfositlerle karakterize inflamatuvar immün aracılı bir hastalık olarak başlaması ve ardından hastalığa mikrogial aktivasyon ve kronik nörodejenerasyonun eşlik etmesidir (Roach, 2004). Biyopsi ve otopsi çalışmalarının histopatolojik incelemesinde, MS lezyonlarında tipik olarak inflamatuvar T hücreleri, B hücreleri ve makrofajlar görülmüştür (Lucchinetti

ve ark., 2000).

Klasik olarak MS, B hücreleri, plazma hücreleri veya diğer T hücre alt grupları ile karşılaştırıldığında CD8+ hücrelerinin baskın olduğu T hücre aracılı bir otoimmün hastalık olarak bilinmekte olup hastalık esas olarak CD8+ ve CD4+ T hücrelerinden oluşan inflamatuvar kaynaklı lezyonlarda başlar. B hücrelerinin ve plazma hücrelerinin MS patolojisinin merkezi bir bileşeni olduğu son yıllarda daha iyi anlaşılmıştır (Disanto ve ark., 2012). Nöroinflamasyondaki hümmoral immün yanıtta B hücreleri önemli bir rol oynar ve T hücreleri için antijen sunan hücreler olarak görev yapar. B hücrelerinin toplanması, klonal seçimi için özelleşmiş sekonder lenfoid organ, çeşitli kemokinler ve sitokinler gerekir. Otoantijenle aktive olmuş B hücreleri, güçlü antijen sunan hücreler olarak hareket ederek MS gelişimini kolaylaştırır. B hücreleri aynı zamanda antikör üreten plazma hücrelerinin bir kaynağı olduğu için MS gelişimine ve ilerlemesine neden olmaktadır (Pashenkov ve ark., 2003).

İnflamasyon, hastalığın her aşamasında demiyelinizasyonu ve doku hasarını tetikler ve bu nonspesifik olmayıp inflamatuvar sürecin MS'e özgü bir sonucudur. Demiyelinizasyon ve nörodejenerasyon gelişmesindeki dominant mekanizmanın, henüz primer nedeni çözülmemiş olan; oksidatif hasar kaskadı, mitokondrial hasar, sanal hipoksi ve bunların moleküler sonuçlarıdır. Mitokondrial hasar neticesinde oluşan sanal hipoksi, etkilenen hücrelerde iyonik dengesizlik ve Ca^{2+} a bağılı yollar ile hücre dejenerasyonu ile sonuçlanan enerji eksikliğine sebep olur (Lassmann, 2018).

Otoimmün hastalıklarda vücuttaki bazı antijenlere karşı tolerans kaybı görülür. MS'te de benzer şekilde miyelin oligodendrosit glikoprotein (MOG), miyelin bazık protein (MBP) ve proteolipid protein (PLP) gibi çeşitli miyelin proteinlerine karşı intolerans gelişir. MS'de patolojik lezyon inflamasyon, demiyelinizasyon ve akson hasarı ile birlikte SSS'de oluşan plaklardır. Bu plaklar beyin ve spinal kordda yer almakta olup, esas olarak periventriküler ak madde, optik sinir, korpus kallozum, serebellar pedinküller, spinal kord ve beyin sapının uzun traktusları ve aynı zamanda gri maddede bulunur (Compston ve Coles, 2008).

Deneyisel otoimmün ensefalomiyelit (DOE), inflamatuvar demiyelinizan hastalık olan MS için en sık kullanılan deneyisel modeldir.

DOE'in karmaşık bir nörofarmakolojisi vardır ve MS'de kullanımda olan ilaçların çoğu DOE çalışmaları temelinde geliştirilmiş, test edilmiş veya doğrulanmıştır (Fletcher ve ark., 2010).

3.3.4 Risk faktörleri

MS'in kesin etyolojisi bilinmemekle birlikte genetik ve çevresel etkenlerin ön planda olduğu görülmektedir. Genetik yatkınlık, hastalık riskinin yalnızca bir kısmını açıklamakta olup yaşam tarzı ve çevresel faktörler, MS riskine önemli katkıda bulunur (Compston ve Coles, 2008).

Genetik risk faktörleri: Net bir kalıtım şekli göstermeyen MS'in ailesel kümelenme göstermesi ve bazı ırklarda prevalansının yüksek olması gibi nedenlerle genetik ile ilişkisi uzun zamandır bilinmektedir (Yamout ve Alroughani, 2018). İkiz çalışmalarında, dizigotik ikiz çiftlerinde MS gelişme riski kardeşlerle aynıdır (yüzde 3 ila 5); monozigotik ikizler için ise risk en az yüzde 20'dir (Ebers ve ark., 1986).

Human Leucocyte Antigen (HLA) antijeninin bazı varyantları MS riski ile ilişkilidir. HLA-DRB1*1501 genini taşımak MS gelişme riskini yaklaşık üç kat artırırken, HLA-A*02 genini taşımak ise anlamlı ölçüde risk azalmasıyla ilişkilidir. HLA-DRB1*15:01 hastalık şiddetinin fenotipik belirteçleri ile ilgili olduğu saptanmıştır. HLA DRB1*1501 geninin yanı sıra HLA DQA1*0102 ve HLA DQB1*0602 genlerinin de MS gelişiminde risk faktörü olduğu bulunmuştur. Genetik risk faktörleri çevresel faktörlerden etkilenebilir, örneğin HLA-DRB1*15 taşıyıcısı, HLA-A*02 eksikliği olup sigara içenlerde, bu genetik risk faktörleri olmayan ve sigara içmeyenlere göre 13 kat artmış risk taşır (Moutsianas ve ark., 2015).

Geniş ölçekli binlerce MS hastasının incelendiği bir genom çalışmasında, MS duyarlılığı ile istatistiksel olarak bağımsız anlamlı 233 ilişki belirlenmiş olup bu ilişkilerin 32'si major histokompatibilite kompleksi (MHC)'de, biri X kromozomunda ve kalan 200 ilişki otozomal non-MHC genomda keşfedilmiştir (Consortium*† ve ark., 2019). Bulunan varyantlar ile MS kalıtımının yaklaşık %20-30'u açıklanabilmektedir. MS kalıtımında epigenetik, gen-çevre ilişkisi gibi başka faktörlerin de rolü mevcuttur

(Dyment ve ark., 2004).

MS patogeneğinde, epigenetik rolü doğrulayan birçok veri vardır. Epigenetik mekanizmalar hem SSS'de hem de bağışıklık hücrelerinde MS ile ilişkili çoğu genin transkripsiyonunu düzenler. Bu mekanizmalar, DNA metilasyonu, histon modifikasyonu ve bazı miRNA ekspresyonlarının değişmesini içerir. Epigenetik tedavi henüz çok erken aşamada olmakla beraber, epigenetik üzerine daha fazla çalışmanın MS'in fenotipik farklılıklarını anlamak için yeni bir yol belirlemesi beklenmektedir (Huynh ve Casaccia, 2013).

Çevresel risk faktörleri: Sigara içmek, kadın cinsiyet, yüksek enlemde yaşamak, düşük D vitamini düzeyi, güneş maruziyetinin az olması, Epstein-Barr virüsü (EBV) enfeksiyonu, adolesan çağda obezite, organik çözücüler, vardiyalı çalışmak artmış MS riski ile ilişkilendirilmiş faktörlerdir (Belbasis ve ark., 2015).

Sigara, otoimmüniteyi tetikleyebilen, proinflamatuvar kaskadı başlatan serbest radikaller, siyanatlar ve karbon monoksit gibi birçok nörotoksik madde içeren bir ajandır (Arneth, 2020). Akciğer antijenleri ve miyelin antijenleri arasındaki çapraz antijen reaktivitesi nedeniyle MS riskini artırdığı bilinmektedir. MS hastalarında sigara içimi daha yüksek hastalık aktivitesi, hızlı beyin atrofisi ve artmış özürlülük ile ilişkilidir (Arneth, 2020). Sigarayı bırakan MS hastalarında, hastalık progresyon riski ve özürlülük yükünün azalması, 5 yıl içinde sigara içmeyen düzeyine geri dönmesi, sigarayı bırakma açısından danışmanlığın önemini göstermektedir (Ramanujam ve ark., 2015).

Kadınlarda MS sıklığının erkeklere göre diğer otoimmün hastalıklarda da görüldüğü gibi daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu durumun hormonlar ve genetik farklılıklar nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Erkek cinsiyet hormonlarının otoimmüniteye karşı koruyucu olabildiği düşünülmektedir (Gold ve Voskuhl, 2009).

Gebelik, MS açısından koruyucu faktör olup özellikle üçüncü trimesterde atak riskinde %70'lik azalma ile ilişkilidir. Atak riskindeki bu azalma oranı, MS için hastalığı modifiye eden etkin tedavilere kabaca eşittir. Fakat post-partum dönemde koruyucu gebelik faktörlerinin aniden ortadan kalkmasına bağlı olarak atak riski artmaktadır (Vukusic ve ark., 2004).

Yüksek enlemde yaşayanlarda MS riski daha fazladır. Kuzey yarımkürede kuzeyden güneye gittikçe kademeli olarak MS insidans ve prevalansı azalır, güney yarımkürede ise tersi söz konusudur (Belbasis ve ark., 2015). Bu durumun yüksek enlemlerde güneş ışığının sınırlı olması, D vitamini eksikliğinin fazla olması ve yüksek melatonin düzeyleri ile ilişkili olduğu görülmüştür (Ascherio ve ark., 2010).

D vitamini eksikliği ve güneş ışığına maruziyetin az olmasının MS riskini artırdığı bilinmektedir. Yüksek vitamin D düzeylerinin aksonal hasarın azalması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Belbasis ve ark., 2015). Vitamin D takviyesinin MS tedavisinde terapötik bir rolü olabileceği düşünülmekle birlikte en uygun doza ilişkin fikir birliği yoktur (McLaughlin ve ark., 2018).

EBV enfeksiyonu seropozitifliği ile MS riski arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Klinik olarak aşık EBV enfeksiyonu olan hastalarda MS gelişme riskinde iki katın üzerinde artış olduğu bulunmuştur (Sheik-Ali, 2017). MS hastalarında EBV nükleer antijen 1'e karşı antikor düzeyleri yüksek saptanmıştır (Sundström ve ark., 2009).

Obezite MS için bir risk faktörü olup, 20 yaşından önce vücut kitle indeksinin 27'nin üzerinde olması, normal kilolulara göre iki kat daha fazla MS gelişme riski ile ilişkilidir. Obezite salgını, bazı ülkelerde artan MS insidansının bir kısmını açıklayabilir. Bu nedenle adolesan çağda obeziteye karşı önlem almak MS gelişmesini engellemek açısından önemli olabilir (Hedström ve ark., 2012).

3.3.5 Klinik

Multipl skleroz SSS'de etkilediği bölgeyle ilişkili olarak çok çeşitli semptomlara neden olabilmektedir. MS kliniği ataklarla veya progresif seyir gösterebilir ve belirtilerin şiddeti değişkenlik gösterebilir. Hastalarda yorgunluk, motor, duysal, mesane, bağırsak, cinsel, optik sinir, beyin sapı, serebellar ve bilişsel fonksiyonlar ile ilgili bozulmalar görülür. Ekstremitelerde duysal semptomlar, görme kaybı, subakut gelişen motor bulgular, çift görme, yürüme bozukluğu ve denge kaybı belirti ve bulguların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır (Compston ve Coles, 2008).

Multipl sklerozun klinik fenotipleri 2013 yılında yapılan bir çalışmada üç gruba ayrılmıştır, bunlar; klinik izole sendrom (KİS), relapsing (ataklarla seyreden) MS ve progresif seyreden MS'tir. Bu temel fenotiplerin alt tiplere ayrılmasında hastalık aktivitesi, özürlüğünün artması göz önünde bulundurulur. Hastalığın aktivitesi sekel bırakan ya da düzelen atakların, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yeni ve/veya aktif lezyonların varlığı ile belirlenir. KİS, MS fenotipi olarak kabul edilmiş olup, radyolojik izole sendrom (RİS)'da klinik belirti ve bulgu olmadığı için MS fenotipleri arasına alınmamıştır (Lublin ve ark., 2014).

2019 yılında yapılan bir çalışmada ise MS hastalık seyri olarak üç faza ayrılmıştır, bunlar; MS yüksek riskli faz, ataklı-tekrarlayıcı faz ve progresif fazdır. Her faz herhangi bir zamanda aktif veya pasif olarak tanımlanabilir (Lublin ve ark., 2014). Hastaların yaklaşık %80'i nihayetinde progresif faza geçmektedir (Merritt, 2010). Progresif faza geçiş riskini artıran faktörler ileri yaş, spinal kord lezyonu, erkek cinsiyet, sigara içmek, obezite, düşük serum 25-hidroksi vitamin D3 düzeyidir (Kantarci ve ark., 2016, Ascherio ve ark., 2014).

Pre-radyolojik izole sendrom (Pre-RİS): Asemptomatik, MS için tipik lezyonları olan ancak tanısal görüntüleme kriterlerini karşılamayan bireyler için kullanılan terimdir. Şu anda, bu bireylerin ne kadarının görüntüleme kriterlerini karşılayıp radyolojik olarak izole sendroma veya ilk klinik olaylarının gelişip klinik izole sendroma dönüşeceği belirsizdir (Kantarci ve ark., 2016).

Radyolojik izole sendrom (RİS): İnsidental olarak SSS'nin MR görüntülemesinde saptanan, morfoloji ve yerleşim yeri açısından demiyelinizan hastalığı düşündüren, revize 2017 McDonald kriterlerini mekanda yayılım açısından karşılayan (Tablo 1) lezyonların görülmesi ve bireyde MS ilişkili herhangi bir semptom, bulgu ve atak öyküsünün olmamasıdır. Aynı zamanda bu lezyonlar vasküler, enfeksiyöz, toksik veya ilaca bağlı patoloji gibi başka nedenlerden kaynaklanmıyor olmalıdır. Bu bireylerin yaklaşık 1/3'ünde 5 yıl içinde MS kliniği gelişmektedir (Hosseiny ve ark., 2020).

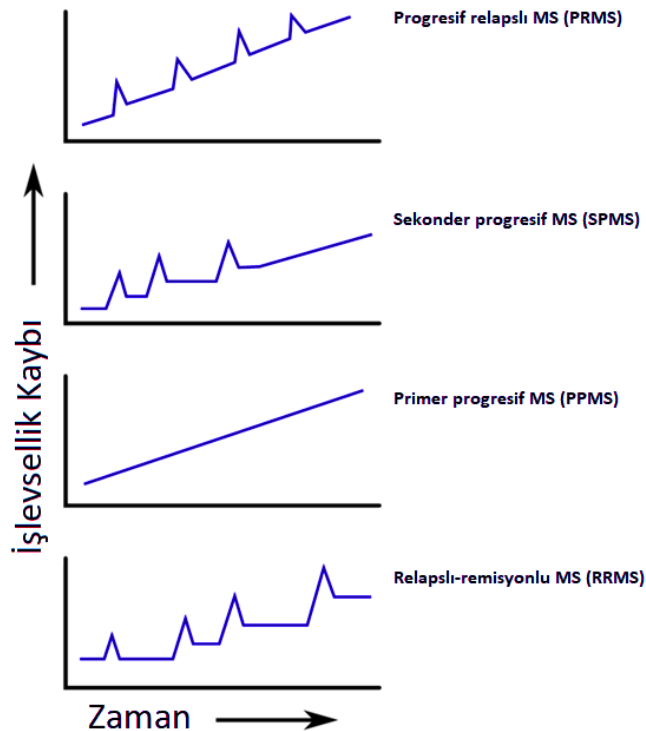
Klinik izole sendrom (KİS): SSS'de inflamatuvar demiyelinizan olay ile ilişkili semptom ve bulgular içeren, MS'i düşündüren ilk klinik tablodur.

En az 24 saat sürer, ateş veya enfeksiyon yokluğunda ortaya çıkar ve tipik bir MS atağına benzer. Genellikle genç erişkinlerde görülür ve optik sinirleri, beyin sapını veya omuriliği etkiler. Hastaların yaklaşık %84'ü ikinci bir demiyelinizan klinik olay yaşar ve yirmi yıl içinde kesin MS tanısı alır (Lublin ve ark., 2014).

Ataklarla seyreden MS (RRMS): Tam düzelen veya hafif sekelli iyileşen ataklarla karakterizedir ve ataklar arası dönemlerde ilerleme gözlenmez. Klinik ve MR görüntüleme bulguları göz önünde bulundurularak aktif RRMS ve non-aktif RRMS şeklinde alt gruplara ayrılabilir (Lublin ve ark., 2014).

Progresif seyreden MS: Hastalık seyri boyunca özürllülüğün etkilendiği MS fenotipidir. Özürllülüğün ilerleyişi hastalığın başlangıcından beri var ise; primer progresif MS, erken dönemde ataklarla giden fakat zaman içinde iyileşmenin ve atakların azaldığı, özürllülüğün giderek arttığı bir tablo ise; sekonder progresif MS (SPMS) denir (Lublin ve ark., 2014). RRMS'li çoğu hasta, hastalığın başlangıcından 10-15 yıl sonra ilerleyici hastalık seyri geliştirir. Ataklarla seyreden formdan farklı olarak, progresif MS formlarının tedavi edilmesi daha zordur ve tedavilerin hastalığın seyrini değiştirmedeki etkisi daha azdır (Lublin ve ark., 2014).

Şekil 3.2 MS tipleri



3.3.6 Tanı

MS tanısı, klinik bir tanıdır. Nörolojik semptom ve bulguların yanı sıra SSS lezyonlarının mekanda ve zamanda yayıldığına dair kanıtlara dayanır. Tipik bir klinik sendroma karakteristik lezyonlar eşlik ettiğinde MRG genellikle tanıyı doğrulamak için yeterlidir, bazı hastalarda BOS ve nörofizyolojik testlerden destekleyici bilgiler elde edilir (Brownlee ve ark., 2017).

MS tanısı için revize edilmiş 2017 McDonald kriterlerini (Tablo 1) kullanılmaktadır, tipik olarak KİS hastalarına uygulanabilir (Thompson ve ark., 2018). MS tanısından klinik olarak şüphelenildiğinde faydalı olmakla birlikte, McDonald kriterleri MS'i diğer nörolojik durumlardan ayırmaya yönelik değildir (Brownlee ve ark., 2017). Bu kriterlerde, SSS'de lezyonların zaman ve mekanda yayılma şartları açıklanmıştır ve kliniği daha iyi açıklayabilen başka durumun olmaması koşulu belirtilmiştir.

Tablo 1: 2017 Revize McDonald Kriterleri (Thompson ve ark., 2018)

Atak	Objektif klinik bulgulu lezyon sayısı	MS tanısı için gerekli ek veri
≥ 2 atak	≥ 2	Yok
≥ 2 atak	1+ öyküde başka bir alandaki lezyona ait atak	Yok
≥ 2 atak	1	SSS'de farklı bir alandaki lezyona ait yeni bir atak veya MRG ^a ile mekanda yayılımın gösterilmesi
1 atak	≥ 2	Ek bir klinik atak veya MRG ^b ile zamanda yayılımın gösterilmesi veya BOS-spesifik OKB ^c varlığı
1 atak	1 lezyona ait objektif klinik bulgu	SSS'de farklı bir alandaki lezyona ait yeni bir atak veya MRG ^a ile mekanda yayılımın gösterilmesi ve ek bir klinik atak veya MRG ^b ile zamanda yayılımın gösterilmesi veya BOS-spesifik OKB ^c varlığı
Sinsi progresyon	1 yıl klinik progresyon (retrospektif veya prospektif, ataktan bağımsız olarak)	Aşağıdakilerin 2'si • MS tipik (periventriküler, kortikal/jukstakortikal veya infratentoryal) alanlarda ≥ 1 lezyon • Spinal kordda ≥ 2 lezyon • BOS-spesifik OKB varlığı

^a: **MRG’de mekanda yayılım**; MS tipik (periventriküler, kortikal/jukstakortikal, infratentoryal ve spinal kord) 4 alanın ≥ 2 ’sinde ≥ 1 lezyon olması.

^b: **MRG’de zamanda yayılım**; herhangi bir zamanda çekilen MRG’de kontrast tutan ve tutmayan lezyonların aynı anda bulunması veya takip MRG’sinde ilk MRG (çekildiği zamandan bağımsız olarak) referans alındığında yeni bir T2 hiperintens lezyonun ya da kontrast tutan lezyonun olması.

^c: **BOS-spesifik OKB varlığı**; zamanda yayılımı göstermez ama tanıda onun yerine geçer.



2017 revize McDonald kriterleri ile mekanda yayılım şartını klinik veya MRG ile karşılayan bir KİS olgusunda BOS'da OKB varlığının gösterilmesi ile MS tanısı konabilmektedir. BOS'ta OKB varlığı, ikinci bir klinik olay veya MRG'deki zamanda yayılım kriteri yerine kullanılabilmesi anlamına gelmektedir. (Eraksoy, 2021).

2010 McDonald kriterlerine yapılan 2017 revizyonu ile BOS analizinin ve daha önce dahil edilmeyen görüntüleme bulgularının (septomatik ve kortikal lezyonlar) rolü önem kazanmıştır. 2017 revizyonunda kortikal lezyonlar, jukstakortikal lezyonların eşdeğeri sayılmıştır ancak optik nörit ile başvuran hastalarda optik sinir lezyonlarının yeterli kanıt olmaması sebebiyle değerlendirmeye alınmamıştır.

Tanıda önemli bir diğer husus da atipik prezentasyonlardır. Klinisyeni MS dışındaki hastalıkların olasılığına karşı uyarması gereken ve alternatif tanılara yönelten bazı özellikler (kırmızı bayraklar) mevcuttur (Tablo 2) (Thompson ve ark., 2018, Brownlee ve ark., 2017, Toledano ve ark., 2015).

Tablo 2: Kırmızı Bayraklar

- MS dışında başka nörolojik hastalık ile ilgili aile öyküsü
- 20 yaşından önce, 50 yaşından sonra hastalık başlangıcı
- Non-spesifik nörolojik semptom ve/veya bulgular
- Hiperakut prezentasyon
- Kısa süren semptomlar (dakikalar, saatler)
- Leptomeningeal hastalıklar
- Meningismus ve/veya baş ağrısı
- Ensefalopati
- Afazi, ihmal gibi kortikal belirtiler
- Progresif ataksi veya kognitif disfonksiyon
- Ağır optik nörit (iyileşmesi az olan)
- Eş zamanlı bilateral optik nörit
- Total oftalmopleji
- Multipl kranyal nöropati veya işitme kaybı
- MRG'de total transvers miyelit ve/veya longitudinal geniş spinal kord lezyonu
- Kilo kaybı, ateş, gece terlemesi gibi sistemik hastalık semptomları

3.3.7 Tedavi

Multipl skleroz tedavisi için geliştirilen stratejiler, akut atakları tedavi etmeye, semptomları iyileştirmeye ve hastalığı modifiye edici tedaviler

yoluyla biyolojik aktiviteyi azaltmaya odaklanmıştır. Son yıllarda uygulanan MS tedavileri, atakları önlemede oldukça etkilidir ve progresyona karşı kısmen koruma sağlayabilmektedir. Artık birçok uzman, özürölülüğe karşı korunmak için bu tedavilerin hastalık seyrinin başlarında kullanılmasını önermektedir (Hauser ve Cree, 2020).

3.3.7.1 AKUT ATAĞ TEDAVİSİ:

Klinik pratikte "Akut atak", "akut alevlenmeler" ve "nüksler" terimleri birbirinin yerine kullanılır. Akut atak, MS'e özğü semptom ve bulguların olduğu, SSS'deki fokal veya multifokal inflamatuvar demiyelinizan bir olayı yansıtan, en az 24 saat süren, ateş veya enfeksiyon yokluğunda gelişen monofazik bir klinik epizod olarak tanımlanır (Thompson ve ark., 2018). Bu durum, yüksek ortam sıcaklığına, ateşe veya enfeksiyona bağlı olduğunda "psödoatak" olarak kabul edilir (Berkovich, 2016). Isıya duyarlılık (Uhthoff fenomeni) MS'de iyi bilinen bir durumdur; vücut sıcaklığındaki küçük artışlar, mevcut veya önceden var olan belirti ve semptomları geçici olarak kötüleştirebilir (Park ve ark., 2014). Ataklar multifokal veya dalgalı başlangıç ve gidişe sahip olabileceğinden, farklı atakları ayırt etmek için en az 30 günlük bir klinik stabilite veya iyileşme dönemi gereklidir (Lublin ve ark., 2014).

Glukokortikoidler, atakların şiddetini azaltarak ve sürelerini kısaltarak kısa süreli klinik fayda sağlarlar ve ataklarda birinci basamak tedavide kullanılırlar (Hauser ve Cree, 2020). Yaygın olarak, 3-10 gün süreyle intravenöz metilprednizolon (IVMP) 1 g/gün verilir Ardından bazı seçilmiş hastalarda oral prednizon 60-80 mg/gün dozunda başlanıp, 2 hafta boyunca azaltılarak kesilir ancak bu uygulamanın ek yararı olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur ve rutin olarak önerilmez (Perumal ve ark., 2008, Hauser ve Cree, 2020).

Glukokortikoid tedavisine dirençli hastalarda ikinci basamak tedavi olarak, plazmaferez, intravenöz immünoglobulin (IVIG) ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) kullanılabilir. Plazmaferez, glukokortikoidlere dirençli, şiddetli semptomları olan MS hastalarında genellikle gün aşırı 5-7 plazma değişimi (değişim başına 40-60 mL/kg)

olarak uygulanır (Hauser ve Cree, 2020).

İntravenöz immünoglobulin bu endikasyon için onay almamıştır ancak bazen steroide yanıt vermeyen hastalarda ikinci veya üçüncü basamak tedavi olarak endikasyon dışı kullanılır; özellikle, postpartum dönemde tercih edilir (Hauser ve Cree, 2020). ACTH, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış başka bir seçenektir, ancak yüksek maliyeti ve glukokortikoidlere göre belirsiz avantajları nedeniyle nadiren kullanılmaktadır; intravenöz tedavi alamayan veya oral kortikosteroidleri tolere edemeyen hastalarda, ACTH 2-3 hafta boyunca 80-120 ünite intramüsküler yolla verilebilir (Hauser ve Cree, 2020).

Gebelik döneminde, tedavi gerektiren ağır ataklarda kısa süreli IVMP uygulaması görece güvenli olup, birinci trimesterde kullanılması bazı teratojenik etkilere neden olabileceğinden bu dönemde kortikosteroid verilmesinden kaçınılması önerilir (Miller ve ark., 2014). Emziren annelerde de kısa süreli IVMP tedavisi verilebilmesinde sakınca yoktur (Hauser ve Cree, 2020).

3.3.7.2 *HASTALIĞI MODİFİYE EDİCİ TEDAVİLER:*

Hastalık modifiye edici tedaviler, bağışıklık fonksiyonunun baskılanması veya modülasyonu yoluyla MS'in seyrini değiştirir. Bu tedaviler esas olarak, MS'in inflamasyondan yoğun atak dönemlerinde anti-inflamatuar aktivite gösterir; atak oranını ve MRG lezyonlarının birikimini azaltır, özürlülüğü stabilize eder, geciktirir ve bazı durumlarda da orta derecede iyileştirir (Hauser ve Cree, 2020).

MS tedavisinin temeli olan immünoterapi ile sağlanan bağışıklık sistemindeki değişikliklerin, hastalığın seyrindeki süreçleri tamamen ortadan kaldırmaya yetmediği bilinmektedir. MS patogenezinde ve özürlülük gelişiminde önemli rol oynayan nörodejeneratif süreçlere ilişkin tedavilerin geliştirilmesinin tedavi etkinliğine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir (İdman, 2016).

MS tedavisinde kullanılan ilaçların MS alt tiplerine göre endikasyonları belirlenmiştir ve etki düzeyleri de hafif, orta, yüksek şeklinde ayrılmıştır (Tablo 3) (Hauser ve Cree, 2020, Wingerchuk ve Carter, 2014).

MS tedavisi için FDA onaylı pek çok hastalık modifiye edici tedavi bulunmakta olup bunlar uygulanma yollarına göre; oral, enjektebl ve intravenöz olarak ayrılabilir (Tablo 4) (Hauser ve Cree, 2020, Wingerchuk ve Carter, 2014).



Tablo 3: Hastalık Modifiye Edici İlaçların Endikasyona Göre Özellikleri

Yüksek etkililer	Endikasyonları
Okrelizumab	RMS ve PPMS
Ofatumumab	RMS
Natalizumab	RMS
Alemtuzumab*	RMS
Mitoksantron	RMS, SPMS
Orta etkililer	
Fingolimod	RMS
Siponimod	KİS, RMS, aktif SPMS
Ozanimod	KİS, RMS, aktif SPMS
Dimetilfumarat	RMS
Kladribin	RMS
Hafif etkililer	
Teriflunomid	RMS
Glatiramer asetat	KİS ve RMS
İnterferon beta-1a sc.	KİS ve RMS
İnterferon beta-1a im.	KİS ve RMS
PegIFN-beta-1a	KİS ve RMS
İnterferon beta-1b	KİS ve RMS
*Alemtuzumab kullanımı; ülkemizde en az 2 ilaca (birisi Fingolimod ya da natalizumab olmalı) cevapsız yüksek aktiviteye sahip RRMS hastalarında kullanımına onay verilmektedir.	

Tablo 4: Hastalığı Modifiye Edici MS Tedavilerinin Uygulama Yolları

Oral	İnjektabl (sc/im)	İntravenöz
Fingolimod	İnterferon beta-1b	Mitoksantron
Teriflunomid	İnterferon beta-1a	Natalizumab
Dimetilfumarat	Peginterferon beta-1a	Alemtuzumab
Kladribin	Glatiramer Asetat	Ocrelizumab
Siponimod	Daklizumab*	
Ozanimod	Ofatumumab	
* Daclizumab, ensefalit ve meningoensefalit olguları nedeniyle Mart 2018'de geri çekildi.		

3.3.7.3 SEMPTOMATİK TEDAVİLER:

İmmünoterapinin yanı sıra semptomların spesifik tedavisi, MS'in genel yönetiminin temel bir bileşenidir. Semptomatik tedavi, etkilenen hastaların fonksiyonel durumlarını ve yaşam kalitelerini bozan semptomların ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını amaçlar (Henze ve ark., 2006). Spastisite, ataksi, tremor, yorgunluk, mesane-barsak disfonksiyonu, seksüel disfonksiyon, ağrı, kognitif disfonksiyon, psikiyatrik/psikolojik bozukluklar gibi durumlarda semptomatik tedaviler uygulanır (Henze ve ark., 2006).

3.3.8 Multipl Sklerozda Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, bireylerin içinde bulunduğu kültür ve değer sistemleri bağlamında hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile bağlantılı olarak yaşamdaki durumlarına ilişkin algısı olarak tanımlamaktadır (WHO-QOLGroup, 1998). MS'de ortaya çıkan birçok semptom hastaların yaşam kalitelerini önemli düzeyde etkilemektedir. Demiyelinizasyon ve akson kaybı ile doğrudan ilişkili olan duyu kaybı, ataksi ve güçsüzlük gibi MS semptomları, depresyon veya sosyal izolasyon gibi diğer semptomlarla birlikte fonksiyonel kısıtlamalara, sakatlığa ve düşük yaşam kalitesine neden olabilir. MS'li bireylerin diyabet, epilepsi, romatoid artrit gibi diğer kronik hastalıkları olan popülasyonlara göre genel ve spesifik yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu bildirmiştir (Kes ve ark., 2013).

MS hastalarının yaşam kalitesi hastalığa bağlı halsizlik, ağrı, barsak ve mesane problemleri, görme problemleri, hareket etme yetisinin bozulması; hastalığa eşlik eden çökkünlük, kaygı, sosyal ilişki kurmada güçlükler ve cinsel işlev bozukluklarından ayrıca hastalığın getirdiği işsizlik ve ekonomik güçlüklerden etkilenmektedir (Heiskanen ve ark., 2007).

Mobilite problemlerinin çok fazla görülmediği hastalığın erken dönemlerinde dahi, yaşam kalitesinde azalma gözlenmektedir. Bu durum, ruh sağlığı ve bilgisimde bozulmaların, hastalığın erken dönemlerinden itibaren başlaması ile ilişkilendirilmiştir (Mitchell ve ark., 2005, Achiron ve Barak, 2003). Kern ve ark. hastalığın ilk 3 yılındaki MS 24 hastalarıyla yaptıkları çalışmada; MS hastalarının erken dönemden itibaren psikolojik bozukluk seviyelerinin sağlıklı bireylerden farklı olduğunu ve bu farklılığın nörolojik bozukluk seviyeleriyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca nörolojik semptom vermeyen hastalarda dahi psikolojik bozukluk gözleendiği ve psikiyatrik semptomların yaşam kalitesi seviyesini etkileyen önemli bir faktör olduğunu vurgulamışlardır (Kern ve ark., 2009).

Yaşam kalitesi ölçümü, ölçeklerin hasta takibine dahil edilmesi, tedaviyi optimize etmek, tedavi kararlarını kolaylaştırmak ve uyumu iyileştirmenin yanı sıra ilaçlardan kaynaklanan yan etkiler gibi komplikasyonların azaltılması için önemli bir konudur. Yaşam kalitesi ölçümleri, hem toplum sağlığı değerlendirmesi hem de

tedavi ve bakım yönetimini değerlendirmek için önemli bir sonuç haline gelmiştir (Opara ve ark., 2010).

MS hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçekler; Multipl Skleroz Yaşam Kalitesi Ölçeği-54 (MSQoL-54: Multiple Sclerosis Quality of Life-54), Engellilik ve Etki Profili (DIP: Disability and Impact Profile), MS'in Fonksiyonel Değerlendirilmesi (FAMS: Functional Assessment of MS), Multipl Skleroz Etki Skalası (MSIS-29: Multiple Sclerosis Impact Scale) ve MS Yaşam Kalitesi Envanteri (MSQOL: MS QoL Inventory)'dir (Mitchell ve ark., 2005).

3.3.9 Multipl Sklerozda Damgalama

MS teşhisi konan kişiler, yaşam boyu ağrı, yorgunluk, kas zayıflığı ve bilişsel işlev bozukluğunun yanı sıra idrar kaçırma, cinsel işlev bozukluğu ve depresyon gibi ilerleyici işlev kayıpları ile karşı karşıya kalırlar (Arnett ve ark., 2008). MS'li kişiler teşhis konulduğu andan itibaren, bir şekilde başkalarının onları nasıl gördüğünü etkileyecek ve onları potansiyel bir damgalanma hedefi haline getirecek kronik bir hastalığa sahip oldukları bilgisinin yükü altındadırlar (Cook ve ark., 2016). Buna rağmen damgalamanın MS'li insanları nasıl etkilediği nispeten az araştırılmış bir konudur.

MS'li çoğu insan, MS'in bir sonucu olarak, sağlıkları için potansiyel etkileri olan, hafif ila orta düzeylerde damgalanma yaşarlar (Broersma ve ark., 2018, Cook ve ark., 2016). Damgalanmaya maruz kalmak sağlık durumu, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal ilişkiler, barınma, eğitim, psikolojik sağlık, istihdam gibi alanlarda olumsuz sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir (Hatzenbuehler ve ark., 2013). Benzer şekilde MS'de yapılmış çalışmalarda da damgalama, daha düşük yaşam kalitesi ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir (Broersma ve ark., 2018, Anagnostouli ve ark., 2016, Cadden ve ark., 2018). MS'li kişiler, damgalanmanın günlük işlevsellikleri ve zorluklarla mücadelede engel oluşturduğunu bildirmektedir (Anagnostouli ve ark., 2016, Grytten ve Måseide, 2006). (Link ve Phelan, 2006). Ayrıca, damgalanmaya maruz kalmak, kişilerin

stres, sosyal izolasyon ve uyumsuz başa çıkma stratejilerine başvurmasına (örn. alkol/madde kullanımı) yol açarak da sağlığı olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda kronik sağlık sorunları; fiziksel engelleri, bilişsel engelleri ve depresyonu olan hastaların tamamına yakını damgalanmış hissettiklerini bildirmiştir (de Boer ve ark., 2008, Pyne ve ark., 2004, Swaffer, 2014, Rao ve ark., 2009).

MS'in depresyon ile yüksek komorbiditesi göz önüne alındığında, bu popülasyonda damgalanmanın ruh sağlığı üzerindeki potansiyel etkisini incelemek için araştırmalara ihtiyaç vardır (Patten ve ark., 2003). MS ile yaşayan kişilerde depresyonun yaşam boyu prevalansı %50 civarındadır ve bu, genel popülasyondaki %17'lik yaşam boyu yaygınlıktan çok daha yüksektir (American Psychiatric Association, 2013, Patten ve Metz, 1997, Sadovnick ve ark., 1996). MS'de depresyon ile ilişkilendirilmiş bazı etmenler bulunmakla birlikte (örneğin, sosyal destek, başa çıkma tarzı) depresyondaki varyansın çoğu açıklanmamıştır (Cadden ve ark., 2017, Mohr ve ark., 1997). MS'de depresyonun nedeni kuşkusuz çok yönlüdür ve beyindeki doğrudan fizyolojik değişiklikleri de içerir. Bununla birlikte, damgalanmanın açıklanamayan bazı farklılıklardan sorumlu olabileceği varsayılmaktadır (Hatzenbuehler ve ark., 2013).

Damgalanma beklentisi sebebiyle kaçınılan sosyal etkileşimler esenlik için hayati önem taşıyan temel bir insan ihtiyacı olarak kabul edilen ait olma ihtiyacıyla çelişmektedir (Baumeister ve Leary). Tersine, sosyal ilişkiler ve sosyal destek, stresle mücadelede ve refahın korunmasında önemli roller oynar ve insanların MS ile başa çıkmasına yardımcı olabilir (Silverman ve ark., 2017). Damgalamanın MS'li kişilerde genel yaşam kalitesi üzerinde bu olumsuz etkileri MS damgalaması ile ilişkili faktörleri anlamayı daha önemli hale getirmektedir.

3.3.10 Multipl Skleroz ve Bipolar bozukluk

Bipolar affektif bozukluk (BAB), depresif duygudurumun ve manik ataklarla seyreden psikiyatrik bir hastalıktır. Dünya çapında tahmini prevalansı %1'dir (Belmaker, 2004). Multipl sklerozda mani, sağlıklı popülasyondan daha

sık ortaya çıkıyor gibi görünmektedir ve bazı hastalarda, hastalığın bir semptomu olabilir (Garland ve Zis, 1991). Bu ilişkinin önemli bir kanıtı, New York Monroe County'de yaşayan 702.238 nüfustan hem BAB hem de MS'li tüm hastaları izlemeye çalışan Schiffer ve ark. tarafından yapılan bir çalışmaya dayanmaktadır (Schiffer ve ark., 1986). Bu çalışma yapıldığı dönemde BAB için yaşam boyu riski %0.77 ve MS için 100:100.000 prevalansı olarak kabul edilmekteydi dolayısıyla beklenen BAB ve MS komorbiditesi 5.4 hastaydı. Ancak örneklemelerinde BAB ve MS hastası 10 kişi saptamışlardır. Diğer çalışmalar da, yaşam boyu BAB prevalansının MS hastalarında genel popülasyona göre daha yaygın görüldüğünü ileri sürmektedir (Joffe ve ark., 1987, Edwards ve Constantinescu, 2004). Bu çalışmalara göre, bu daha yüksek komorbidite, steroid tedavisi, demiyelinizan lezyonlar, genetik ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanıyor gibi görünmektedir.

KİŞİLİK VE KİŞİLİK İNANÇLARI

Kişilik uzun yıllar boyunca çalışılan bir kavram olmasına rağmen bu kavramın bilimsel gelişimi, 1930’lu yıllarda bir grup araştırmacının kişilikle ilgili diğer disiplinlerden ayrı bir araştırma hattı oluşturması ve bu doğrultuda kişilik psikolojisinin sosyal bilimlerde tanımlanabilir bir disiplin haline gelmesi ile başlamıştır. McDougall, 1932 yılında “karakter” ve “kişilik” kavramlarını tanımladığı ana makaleyi yazmıştır. Bu makalede kişiliğin; karakter ve mizaçtan farklı bir kavram olduğuna dikkat çekilmiştir (McDougall, 1932). Kişiliğin birçok farklı tanımı mevcuttur ve üzerinde henüz uzlaşmaya gidilmiş bir tanımdan bahsedilememektedir (Bilge ve Bilge, 2019). Bir tanıma göre kişilik; kişinin kendiyile ilgili tutarlı davranış kalıpları ve kişilik içi süreçleridir. Bu tanımda ilk olarak kişiliğin tutarlılığına vurgu vardır, bu da kişiden tutarlı davranışlar sergilemesini beklemenin kişiliğin bir parçası olduğuna dikkat çekmektedir. İkinci olarak kişiliğin kişilik içi bir süreç olmasından kasıt; kişilerarası bir sürecin tersine kişinin nasıl davranacağı ve nasıl hissedeceği noktasında duygularının, bilişlerinin ve güdüsel süreçlerinin bir bütün olarak etkilerinin olmasıdır. Örneğin bir tehdit algısı söz konusu olduğunda kişilerin bu durumla başa çıkmada benzer yetenekleri olacaktır. Ancak bu durumun ele alınmasının bireysel farklılıklarla etkileşimi, kişiliğin belirlenmesinde rol oynayacaktır (Burger, 2006). Çoğu kuramcıya göre kişilik; zihinsel, duygusal, sosyal ve fiziksel faktörleri içeren bir kavramdır. Kişiliğin düşünceler, anılar ve rüyalar gibi bazı bileşenleri gözlemlenemezken, davranış gibi gözlemlenen kısımları vardır. Aynı zamanda kişilik hem bilinçdışı hem de bilinçli yani farkındalığın olduğu yönlerden oluşur (Ewen, 2014).

Kişinin işlevselliğini bozan, sorun yaratan ve kişiyi olumsuz yönde etkileyen katılaşmış kişilik özelliklerinin toplamı sonucu kişilik bozukluğundan bahsedilmektedir (Morrison, 2016). DSM-5’te kişilik bozuklukları A – B – C şeklinde kümelendirilmiş olup bu kümelerde kişilik bozukluklarına yer verilmiştir:

A kümesi; paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarından oluşur. Bu bozukluklara sahip kişiler genel olarak içedönük, soğuk, mantıkdışı ve kuşkucu olarak tanımlanır. B kümesi; antisosyal, borderline, histriyonik ve narsisistik kişilik bozukluklarından oluşmakta olup bu bozukluklara sahip kişiler duygusal, dikkat çekmek isteyen, sosyal ilişkilerde sorun yaşayan ve duygu durumları yüzeysel olan kişilerdir. C kümesi ise; çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik

bozukluklarından oluşur. Bu bozukluklara sahip kişiler genel olarak kaygılı ve kontrolcü kişilerdir (Köroğlu, 2013). Kişiliği ve kişilik bozukluklarını sınıflandırmada boyutsal olarak düşünmek gerekmektedir. Diğer bir deyişle bahsedilen kişilik özelliklerinin “sağlıklı” insanlarda da olabileceği ancak kişilik bozukluğuna sahip kişilerde bu özelliklerin daha yoğun olarak görüldüğü unutulmamalıdır (Morrison, 2016).

Bilişsel kurama göre kişilik bozukluklarının özünde, bozukluğu karakterize eden ve sürdüren işlevsiz inançlar vardır (Beck ve ark., 2015). Daha genel bir ifadeyle; psikolojik rahatsızlıkların bilişsel kavramsallaştırmaları o rahatsızlığın davranışsal göstergelerine karşılık gelen işlevsiz varsayım ve inançlarla ilişkilerinden türetilmiştir. Örneğin; bağımlı kişilik bozukluğu “O olmadan yaşayamam.” “Sevilmeden asla mutlu olamam.” “Çaresizim.” ve “Yapayalnızım.” şeklindeki işlevsiz inançlarla karakterizedir. Bağımlı kişilik bozukluğuna sahip kişiler; kendilerini çaresiz olarak gördüklerinden hayatta kalmaları ve mutlulukları için kaynak sağlamaları için daha güçlü bir figüre bağlanmaya çalışırlar, sürekli bir desteğe ve cesaretlendirilmeye ihtiyaç duyduklarına inanırlar (Beck ve ark., 2015).

Narsisistik kişilik bozukluğunun davranışsal göstergeleri kibirli olma ve özel taleplerin olmasıdır. Bu davranışların altında “Özel biri olduğumdan benim isteklerim öncelenmelidir.” şeklindeki inançlar yatmaktadır (Butler ve ark., 2007). Ancak görülmesi zor olsa da aslında narsisistik kişilik bozukluğuna sahip kişilerin temeldeki inançları “Aşağılık, kusurlu, zayıf, önemsiz ve yalnızım” şeklindedir (Beck ve ark., 2015).

Antisosyal kişilik bozukluğu ile karakterize inançlar ise “Saldırgan olmazsam mağdur olacağım.” “Diğerleri istismarcı olduğundan onları kullanmaya hakkım var.” şeklindedir ve bu bozukluğa sahip kişiler kuralları çiğneme hakkına sahip olduklarına inanırlar. Özel, benzersiz ve kuralların üstünde olduklarına inanan narsisistik kişilik özelliğine sahip kişilerin aksine antisosyal kişilik özelliğine sahip kişilerde “Başkalarını sömürmezsem veya manipüle etmezsem asla hak ettiğimi elde edemem.” şeklindeki koşullu inançlar mevcuttur (Beck ve ark., 2015).

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunda (OKKB) ise temel inançlar “Her durum için tek bir doğru yol ya da doğru davranış vardır.” ve “Hatalara tahammül edilemez.” şeklindedir. OKKB’de hatalardan kaçınmak için kullanılan stratejiler problemli davranışlara yol açmaktadır. “Dikkatli ve eksiksiz olmalıyım”, “Ayrıntılara dikkat etmeliyim” ve “Hata yaparsam eleştiriyi hak ederim.”

şeklindeki inançlarla bireyler, hatalarını en aza indirmeyi değil ortadan kaldırmayı amaçlar. Bu da kendileri ve çevreleri üzerinde büyük bir kontrol arzusuyla sonuçlanır (Simon ve Meyer, 2015).

Pasif-agresif kişilik bozukluğunun bilişsel ve duygusal profili ise olumsuzluk, kararsızlık, direnç, kızgınlık, kıskançlık, beklentileri karşılamada isteksizlik ve özerkliği korumaya yönelik temel inançlar, koşullu varsayımlar ve telafi edici stratejilerle karakterizedir. Pasif-agresif kişilik bozukluğu “Kimse bana ne yapacağımı söylememeli!”, “Uyum sağlamak kontrolümü kaybettiğim anlamına gelir.” ve “Kimse beni anlamıyor!” şeklinde olumsuz ruh hallerine katkıda bulunan ve bununla birlikte uyumsuz davranışlara yol açan temel inançları içerir (Beck ve ark., 2015).

Histriyonik kişilik bozukluğunda kişinin kendi başına yetersiz olduğuna dair temel inancı, dikkat ve onay ihtiyacına odaklanan ara inançlara ve bu yetersizliği telafi etmede onaylanmama korkusuna yol açar. “Her zaman başkalarının dikkatini çekmeliyim.”, “Yeterince çekiciysem ihtiyacım olan ilgiyi alabilirim.” ve “Reddedilme veya onaylanmama değersiz, yetersiz ve sevimsiz olduğumu gösterir.” şeklindeki inançlarla karakterize olan histriyonik kişilik bozukluğunda kişi reddedilme ihtimaline karşı duyarlıdır. Bu temel inançlar hemen hemen her sosyal etkileşimde sıklıkla ve kolayca aktive edildiğinden, kişi kendisini diğerleri için pek çok durumda performans sergilerken bulur (Sungur ve Gündüz, 2015).

Borderline kişilik bozukluğundaki temel inançlar ise üç kategoride ele alınır: “Dünya tehlikeli ve kötü bir yerdir.”, “Ben güçsüz ve savunmasızım.” ve “Kabul edilmez biriyim.”. İlk iki temel inancın kişide yüksek düzeyde tetikte olma ve kişilerarası güvensizliğe yol açtığı düşünülmektedir. Bunun yanında kabul edilmez, zayıf ve beceriksiz olunduğuyla ilgili inançlar bağımlı varsayımları, başkalarına güvenilemeyeceği ve diğerlerinin kötü olduğuyula ilgili inançlar ise paranoyak varsayımları desteklemektedir. Bu paradoksal kombinasyonun kişide istikrarsızlığı beslediği düşünülmektedir ve borderline kişilik bozukluğuna sahip kişilerin diğer insanlara yapışmakla kendisinden uzaklaştırmak arasında değişen kişilerarası davranışlarının bulunması, gri durumları değerlendirme becerilerinin olmaması bu kişilerde ani ve aşırı değişimlere neden olmaktadır (Beck ve ark., 2015).

Şizoid kişilik bozukluğunun anahtar kelimesi “bağımsız”dır. Bu kişiler özerk kişiliğin somutlaşmış halleridir ve özerkliklerini korumak hatta izole olmak

için sosyal çevrelerinden fedakârlık yapmaya isteklidirler. Kendilerini kontrol edilmeye, aşağılanmaya veya reddedilmeye açık olarak görürler. Şizoid kişilik bozukluğunun temel inançları “Uyumsuzum.” “Kendi alanıma ihtiyacım var.” “İlişkilerde çok fazla sorun var, tek başıma daha mutluyum.” ve “İnsanlara yaklaşırsam benimle dalga geçecekler.” şeklindedir (Beck ve ark., 2015).

Paranoid kişilik bozukluğunun anahtar kelimesi ise “güvensizlik”tir. Daha açık bir ifade ile belirli koşullar altında ihtiyatlı olmak, gizli güdüler aramak veya başkalarına güvenmemek paranoid kişilik bozukluğunun davranışsal göstergeleridir. Bu doğrultuda paranoid kişilik bozukluğundaki işlevsiz inançlar ise “Başkalarına karşı savunmasızım.” “Diğerleri güvenilirmez, bana karşı kötü niyetliler.” ve “Dikkatli olmazsam insanlar beni manipüle edecek, benden yararlanacaklar.” şeklindedir (Beck ve ark., 2015).

Çekingen kişilik bozukluğunda ise “Sosyal olarak yetersizim, istenmiyorum” veya “Kötü hislere tahammül edemiyorum” şeklinde temel inançlar vardır. Bu inançlar kişinin genellikle reddedilme şemasına bağlı olarak kusurlara ve diğerlerinin olası olumsuz değerlendirmelerine karşı aşırı derecede odaklanmasına, bu doğrultuda sosyal ortamlardan kaçınma veya geri çekilme gibi çeşitli davranışlar sergilemesine yol açmaktadır (Beck ve ark., 2001).

Özetle; her kişilik bozukluğuna özel bir dizi işlevsel olmayan inançlar vardır ve bu işlevsel olmayan inançlar birtakım patolojik davranışlarla kendini gösterir (Beck ve ark., 2001). Yapılan çalışmalarda kişiliğin patolojik özellikleri ile işlevsiz inançların ilişkili olduğu görülmüştür (Beck ve ark., 2001, Bhar ve ark., 2012, Hopwood ve ark., 2013, Jones ve ark., 2007, McMurran ve Christopher, 2008). Patolojik kişilik özellikleriyle ilişkili olarak ifade edilen işlevsiz inançlar; bireyin genetik yatkınlığı ile çevresindeki kişilerden gelen istenmeyen durumlara ve belirli travmatik olaylara maruz kalmasının etkileşiminin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda bu işlevsiz inançlar, bireyleri bilişsel olarak savunmasız hale getiren yaşam deneyimlerine duyarlı hale getirmektedir (Kaş, 2021).

3.4 DUYGUSAL TUTARLILIK

Duygusal tutarlılık stresli durumlara cevap verme kapasitesini yansıtmakta olup Antonovsky tarafından geliştirilen duygusal tutarlılık modelinde tanımlanmıştır (Antonovsky, 1979). Bireylerin duygusal tepkileri ve kaynakları, dünyayı anlamlandırması, gerekli kaynakları kullanması ve taleplere cevap verebilmesi ile ilgilidir. Salutogenezis modelinde kültürel olarak uygun kaynak ve davranış seçimi ile dünyayı anlaşılır, yönetilebilir ve anlamlı görme yoluyla sağlığa ulaşılabilceğı belirtilir. Bu model risk faktörleri ve hastalıkları tedavi etmekten ziyade iyilik halinin geliştirilmesine odaklanmaktadır. Duygusal tutarlılık sağlığı teşvik etme, esnekliğı güçlendirme becerisi ve olumlu sağlık durumu ile yaşam kalitesi, refah, riskli davranışlar ve sosyal destek gibi diğer kavramlarla ilişkili bulunmuştur (Silva ve ark., 2008). Bireylerin çoğunda duygusal tutarlılığın yaşamın ilk on yılında geliştiğı düşünölmekle beraber yaşam boyunca geliştirilebildiğine de inanılmaktadır (Antonovsky, 1979).

4. MATERYAL VE YÖNTEM

4.1 ÖRNEKLEM ve ÇALIŞMA EVRENİ

Örneklem Büyüklüğü G Power analizi ile a-priori olarak saptanmıştır. Student T testi ile 2 grup karşılaştırması için etki büyüklüğü Cohen d = 0,50 , istatistiksel anlamlılık $\alpha = 0,05$ ve güç $(1-\beta) = 0,80$ olarak belirlendiğinde çalışmaya dahil olması planlanan toplam örneklem sayısı a-priori 102 olarak hesaplandı.

Çalışmaya Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji anabilim dalında MS tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalar(n=51) ve yaş, cinsiyet, eğitim durumu bakımından eşleştirilmiş sağlıklı kontroller(n=51) dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil olma kriterleri

- Katılımcının çalışmaya katılmak için onam vermiş olması,
- 18-65 yaş aralığında olmak
- En az ilkokul mezunu olmak

Çalışmanın dışında tutulma kriterleri

- Katılımcının çalışmaya katılım için onam vermemesi
- Ölçeklerin uygulanmasına engel oluşturacak herhangi bir fiziksel özür varlığı (görme, işitme kaybı, motor kayıp vb.)
- Mental retardasyon ya da psikotik bozukluk tanılarının bulunması
- Kognitif işlevlerde ciddi derecede bozulma
- Okuduğunu anlayamayacak kadar okuma-yazma bilmeme ya da okuryazar olmaması
- MS tanısının son 3 ayda konulmuş olması ya da son 3 ayda atak geçirme

4.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

4.2.1 Sosyodemografik veri formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen, katılımcıların sosyodemografik verilerini kayıt altına almayı amaçlayan 14 soruluk bir formdur. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, medeni durumları, MS tanısından bu yana geçen süre, meslek ve çalışma durumları, ekonomik durumları, sigara, alkol, madde kullanım öyküleri, ek kronik ve sistemik hastalıklarının olup olmağı not edilmiştir.

4.2.2 Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği

Duygusal tutarlılık stresli durumlara cevap verme kapasitesini yansıtmakta olup Antonovsky tarafından geliştirilen duygusal tutarlılık modelinde tanımlanmıştır (Antonovsky, 1979). Duygusal tutarlılık ölçeğinin ilk versiyonu hakkında bazı araştırmacılar (Lindström ve Eriksson, 2005, Rajesh ve ark., 2016) bu ölçeğin duygusal tutarlılığı değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu öne sürse de diğer çalışmalar (Gruszczynska, 2006, Volanen ve ark., 2007) bu ölçeğin psikometrik özelliklerini ve ölçüm becerilerini faktörel yapısı, dış geçerliliği, tutarlığı ve kullanılabilirliği açısından eleştirmişlerdir. Bachem ve Maercker Duygusal Tutarlılık Ölçeği'ne yöneltilen eleştireli gözden geçirmişler ve bu sürecin sonunda Revize Edilmiş Duygusal tutarlılık Ölçeği'ni (R-DTÖ) geliştirmişlerdir (Bachem ve Maercker, 2016). R-DTÖ 13 sorunun puanlandığı beşli likert tipinde bir ölçektir. Katılımcılar sorulara hiç doğru değil (1), çok doğru (5) arasında puanlar verirler. Ölçeğin yönetebilirlik, derinlemesine düşünme ve denge olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Yönetebilirlik alt boyutu 1,6(ters puanlanır),7,8 ve 9. maddelerden derinlemesine düşünme 10-13. maddelerden denge alt boyutu 2-5. Maddelerden gelen puanların toplamıyla hesaplanır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve Türk popülasyonunda geçerli ve güvenli olduğunu belirtir çalışması Tekin ve Kırlioğlu tarafından 2019'da yapılmıştır. (Tekin ve Kırlioğlu, 2019).

4.2.3 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Orijinal adıyla “Hospital Anxiety and Depression Scale” 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği 1997 yılında Aydemir ve arkadaşlarınca yapılan çalışmayla gösterilmiştir. HAD, hastada anksiyete ve depresyon riskini, düzeyini ve şiddet değişimini değerlendiren kısa, kolay uygulanabilir, öz-bildirime dayalı bir ankettir. Toplam 14 soru içerir ve her madde dördümlük Likert ölçeği ile puanlanır. Ankette tek sayılı sorular anksiyeteyi; çift sayılı sorular depresyonu değerlendirir. Anksiyete alt ölçeğinin cronbach alfa katsayısı 0.86, depresyon alt ölçeğinin cronbach alfa katsayısı 0.87 olarak saptanmıştır. Anksiyete ve depresyon için 0-7 arası puanlar normal; 8-10 arası puanlar sınırda yükseklik; 11 puan ve üzeri anlamlı artış olarak değerlendirilir (Zigmond ve Snaith, 1983, Aydemir, 1997).

4.2.4 Kronik hastalıklarda beklenen stigmatizasyon ölçeği (KHBSÖ)

Orijinal adı “chronic illness anticipated stigma scale” olan ölçek kronik hastalıkları olan kişilerin, çevreden beklediği damgalamanın ölçülebilmesi amacıyla Earnshaw ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Önceki çalışmalarda kronik hastalığı olan kişilerde sosyal damgalamanın, zihinsel ve fiziksel açıdan hastalık yükünü arttırdığı gösterilmiştir (Leventhal ve ark., 2004). Bunun yanı sıra Earnshaw ve arkadaşlarının bir çalışmasında sağlık çalışanlarından damgalanma bekleyen kronik hastalıklı bireylerin, sağlık hizmetlerine düzenli erişim oranlarının daha az olduğu bulunmuştur (Earnshaw ve Quinn, 2012). Bu veriler ışığında KHBSÖ aile ve yakın çevreden, iş yaşamı alanından ve sağlık çalışanlarından beklenen stigmatizmayı ölçmek üzere 3 ayrı alt boyutta beşli likert tipinde puanlanan toplam 12 soruyla hazırlanmıştır. Her alt ölçeğin madde puanlarının ortalamaları ayrı olarak hesaplanarak, 3 ayrı stigma değeri elde edilmektedir. (Earnshaw ve ark., 2013). Ölçeğin Türkçe uyarlaması geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ece Tünerir tarafından yapılmıştır (Tünerir, 2019).

4.2.5 MSYK-54 (MSQOL-54)

Multiple Sclerosis International Quality of Life (MSQOL-54) anketi, hastalığa spesifik bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Yaşam kalitesi ölçeğinin kısa formuna (SF-36) 18 adet MS'a özgü madde eklenerek Vickrey ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Vickrey, 1995). Bu anket 12 bölümden oluşan 54 soru içermektedir. Eklenen 18 soru; genel yaşam kalitesi (2 madde), sağlık stresi (4 madde), cinsel işlevler ve doyum (5 madde), bilişsel işlevler (4 madde), enerji (1 madde), ağrı (1 madde) ve sosyal işlevler (1 madde) den oluşur. Katılımcıların bu alanlardaki yaşam kaliteleri yüzdesel bazda değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması İdiman ve arkadaşlarınca yapılmıştır (İdiman ve ark., 2006).

4.2.6 SCID-1 Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinik Versiyon

DSM-IV'e göre birinci ekseninde yer alan ruhsal bozukluklara tanı konulabilmesi için geliştirilmiş yapılandırılmış klinik görüşme yöntemidir (First, 1997). Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır. SCID I-CV kullanılarak çalışmaya katılan tüm katılımcılarda psikiyatrik teşhis varlığı araştırılmıştır (Çorapçıoğlu ve ark., 1999).

4.2.7 Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği - Expanded Disability Status Scale (EDSS)

Kurtzke tarafından multipl sklerozda nörolojik özürlülüğün tespiti için 1983 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin puanı nörolojik muayene temel alınarak elde edilir. Sıfır ile 10 arasında puanlanan bu ölçekte sıfır, normal nörolojik muayeneyi; 10, MS'e bağlı ölümü ifade eder. Sıfırdan sonraki ilk puan 1'dir ve daha sonra 0.5 puan aralıkları ile klinik kötüleşme ifade edilir. EDSS puanı, 1.0-4.0 arasında işlevsel sistemlere dayanır: Piramidal, serebellar, beyin sapı, duysal, görsel, barsak-mesane, mental ve diğer sistemler olmak üzere yedi işlevsel sistem vardır. EDSS, 4.0-8.0 puanları arası yürüyebilme durumunu gösterir. Değerlendirme hastanın aşırı çaba göstermeden ortaya koyduğu en iyi performansa dayanır. Altı puandan itibaren hastanın destek gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Altı, tek taraflı desteğe; 6.5 ise iki taraflı desteğe gereksinim duyulduğunu ifade etmektedir.

Yediden itibaren tekerlekli sandalye ve giderek yatağa bağımlılık söz konusudur (Kurtzke, 1983).

4.2.8 Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu (KİÖ-KF)

Kişilik İnanç Ölçeği, kişilik bozukluklarıyla bağlantılı olan bireylerin kendileri ve diğer insanlar ve dış dünya ile ilgili inançlarının anlaşılması için oluşturulan bir ölçektir. Bilişsel davranışçı model çerçevesinde; her bir kişilik bozukluğunu o kişiliğe özgü işlevsel olmayan inançlar temelinde değerlendirmeye dönüktür. Çekingen, paranoid, şizoid, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsistik ve histriyonikden oluşan dokuz kişilik bozukluğuna tekabül eden inanç ve tutumları irdeleyen 126 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar kişilik inançlarını yansıtan her maddeyi okuduktan sonra ne ölçüde inandıklarını (hiç inanmıyorum) ve (tamamıyla inanıyorum) arasında beşli likert tipinde bildirebilirler. Ölçeğin orijinal formunu geliştiren çalışmacılar aynı değerlendirme özelliğine sahip ancak daha kısa ve pratik bir ölçek elde etmek amacıyla PBQ orijinal formunun ayırt edici özelliği yüksek olan maddelerini seçerek 65 maddeden oluşan PBQ-SF'yi (Kişilik inanç ölçeği- kısa formu) geliştirmişlerdir. Kişilik inanç ölçeği kısa formunun Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Taymur ve ark. tarafından yapılmıştır (Taymur ve ark., 2011).

4.3 İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Verilerin analizi için SPSS 26 istatistiksel paket program kullanıldı. Kategorik veriler frekans ve yüzde cinsinden, sürekli veriler ise verilerin dağılım şekline bağlı olarak ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca değer (yüzdelikler) olarak ifade edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna Kolmogorow-Smirnow testi kullanılarak bakıldı. Ortalama, standart sapma, medyan ve frekanslar gibi belirleyici istatistiklerden yararlanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırması için ki-kare testi uygulandı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmasında Independent-t testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen aynı özellikte veriler için Mann Whitney-U testi uygulandı. Değişkenlerin ilişki dereceleri Pearson

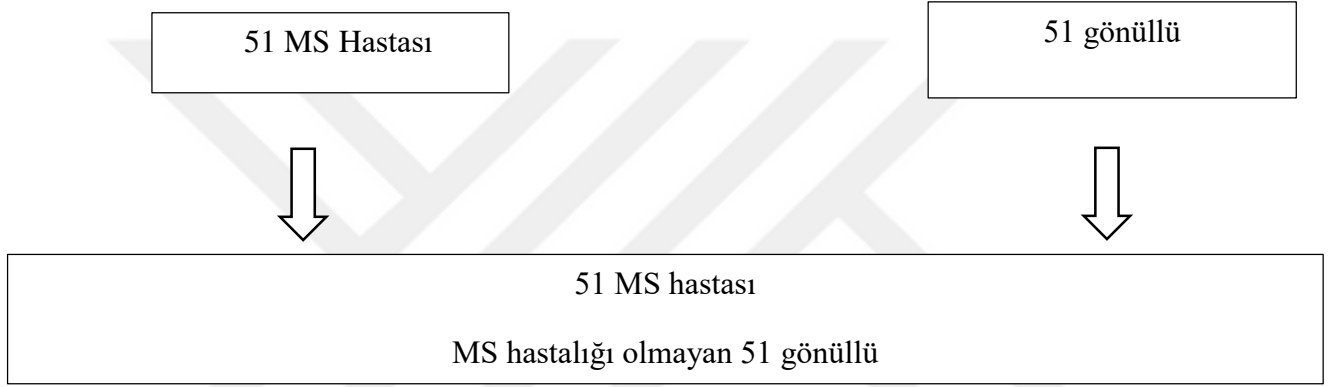
korelasyon testi ile incelendi. Hasta-Kontrol grubu karşılaştırmalarında ise normal dağılan verilerde One Sample t testi uygulanırken, normal dağılmayan değişkenlerde One Sample Wilcoxon testi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel olarak $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlılık olarak kabul edildi.

Verilerin çoğu Kolmogorow-Smirnow testine göre normal dağılmaktaydı ancak HAD-A, HAD-D, EDSS ve alt ölçek skorlarından narsistik, Histriyonik, yönetebilirlik, sağlık sistemi stıgması, fiziksel sağlık fiziksel ve duygusal rol, sosyal işlevsellik, cinsel işlevler ve cinsel doyum değişkenlerinin normal dağılıma uygunluğu Tabachnick'in yayınladığı şekilde basıklık ve çarpıklık değerlerinin incelenmesiyle belirlenmiştir. (Tabachnick ve Fidell, 2013)

5. BULGULAR

Çalışma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji anabilim dalında MS tanısı ile ayaktan tedavi gören 51 hasta çalışmaya onam vererek dahil edilmiştir. Hasta grubu ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu bakımından benzer özellikli 51 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir (Şekil 4.1). Gruplar yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 5.1)

Şekil 5.1. Çalışma Örneklemine Belirlenmesi



MS hastaları ve sağlıklı kontroller yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, gelir, ek hastalıkların varlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken aktif çalışma durumları ve aktif psikiyatrik teşhis varlığı yönünden farklılaşmaktadırlar.

MS hastalarının yaş ortalaması $36,61 \pm 10,63$ sağlıklı kontrollerin ise $33,67 \pm 9,64$ olup anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). MS hastalarının %82'si kadın iken sağlıklı kontrollerin %73'ü kadın olup aralarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). MS hastalarının %39'u Yüksekokul/Üniversite mezunu iken sağlıklı kontrollerin %61'i Yüksekokul/Üniversite mezunu olup aralarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). MS hastalarının %69'u evli iken sağlıklı kontrollerin %63'ü evlidir ve gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). MS hastalarının %28'i çocuk sahibi değilken sağlıklı kontrollerin %51'i çocuk sahibi değildir ve gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). MS hastalarının %2'si asgari ücretin altında gelir sahibiyken sağlıklı kontrollerde bu oran %2 olup gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). MS hastalarının %37'sinin başka bir hastalığı varken sağlıklı kontrollerde bu oran %8

olup gruplar arasında anlamlı fark vardır ($p=0,001$). MS hastalarının %61 i çalışmıyorken sağlıklı kontrollerde bu oran %25 olup gruplar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$). MS hastalarının %57sinde bir psikiyatrik teşhis bulunmakta olup sağlıklı kontrollerde bu oran %12 dir ve gruplar arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$) (Tablo 5.1).

Tablo 5.1. Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri

	Gruplar				p değeri
	MS(n=51)		Kontrol (n=51)		
<i>Yaş²</i>	36,61±10,63		33,67±9,64		0,146
<i>Cinsiyet¹</i>					
Erkek	9	(17,65)	14	(27,45)	0,236
Kadın	42	(82,35)	37	(72,55)	
<i>Eğitim Durumu¹</i>					
İlkokul	10	(19,61)	5	(9,80)	0,158
Ortaokul	7	(13,73)	6	(11,76)	
Lise	14	(27,45)	9	(17,65)	
Yüksekokul/Üniversite	20	(39,22)	31	(60,78)	
<i>Medeni Durum¹</i>					
Evli	35	(68,63)	32	(62,75)	0,092
Bekar	13	(25,49)	16	(31,37)	
Ayrılmış	0	(00,00)	3	(5,88)	
Dul	3	(05,88)	0	(0,00)	
<i>Çocuk sayısı¹</i>					
0	14	(27,45)	26	(50,98)	0,098
1	14	(27,45)	12	(23,53)	
2	16	(31,37)	9	(17,65)	
3 ve üstü	7	(13,73)	4	(7,84)	
<i>Gelir (Asgari ücretin katı)¹</i>					
Asgari ücretin altında	1	(1,96)	1	(1,96)	0,092
1	13	(25,49)	11	(21,57)	
2	20	(39,22)	15	(29,41)	
3	12	(23,53)	16	(31,37)	
4 ve üstü	3	(5,88)	8	(15,69)	
<i>Ek hastalık¹</i>					
Yok	32	(62,75)	47	(92,16)	0,001*
Var	19	(37,25)	4	(7,84)	
<i>Aktif çalışma durumu¹</i>					
Çalışıyor	20	(39,22)	38	(74,51)	0,000*
Çalışmıyor	31	(60,78)	13	(25,49)	
<i>SCID-aktif psikiyatrik teşhis varlığı¹</i>					
Yok	22	(43,14)	45	(88,24)	0,000*
Var	29	(56,86)	6	(11,76)	
<i>EDSS</i>	1,82±1,20		-		
¹ Chi-Square ² T-testi *p<0,05					

Kronik hastalıklar hakkında beklenen damgalamayı ölçen KHBSÖ ölçeğinde; MS hastalarının ortalama stigma skoru kontrollerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$), MS hastalarının iş ortamından bekledikleri stigma skoru sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,01$) (Tablo 5.2).

Tablo 5.2. KHBSÖ ortalama skorları

KHBSÖ	Gruplar		p değeri
	MS(n=50)	Kontrol (n=49)	
Aile stıgması	2,07±0,88	1,89±0,94	0,328
İş stıgması	3,13±0,81	2,59±1,11	0,005 **
Sağlık sistemi stıgması	2,15±0,60	2,04±0,85	0,482
Ortalama Stigma	2,45±0,60	2,17±0,72	0,036 *
<i>T testi</i>	* $p<0,05$	** $p<0,01$	

MS hastalarının anksiyete skorları kontrollerden anlamlı olarak yüksektir ($p<0,001$). MS hastalarının depresyon skorları kontrollerden anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 5.3).

Tablo 5.3. HAD ortalama skorları

KHBSÖ	Gruplar		p değeri
	MS(n=50)	Kontrol (n=49)	
Anksiyete	8,90±4,22	5,43±3,20	0,000 **
Depresyon	6,31±4,24	4,43±3,28	0,023 *
<i>Mann-Whitney U</i>	* $p<0,05$	** $p<0,01$	

Sağlıklı kontrollerin duygusal tutarlılık ölçeği toplam puanları MS hastalarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,01$). Sağlıklı kontrollerin yönetebilirlik puanları MS hastalarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). (Tablo 5.4.).

Tablo 5.4.R-DTÖ ortalama skorları

	Gruplar		p değeri
	MS(n=49)	Kontrol (n=51)	
R-DTÖ toplam	40,57±8,25	46,00±8,09	0,001 **
R-DTÖ yönetebilirlik	12,43±3,88	15,92±4,04	0,000 **
R-DTÖ derinlemesine düşünme	14,43±3,95	15,59±3,18	0,108
R-DTÖ denge	13,71±3,21	14,49±3,02	0,216
<i>T testi</i>	* $p<0,05$	** $p<0,01$	

MS hastalarının bağımlı kişilik inançları sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). MS hastalarının borderline kişilik inançları sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,01$). (Tablo 5.5.).

Tablo 5.5.KİÖ ortalama skorları

KİÖ	Gruplar		p değeri
	MS(n=50)	Kontrol (n=51)	
Kaçıngan	13,40±4,68	11,41±5,50	0,053
Bağımlı	7,82±4,90	4,14±4,28	0,000 **
Pasif agresif	12,02±5,14	10,86±5,04	0,256
Obsesif	12,78±5,61	11,29±5,46	0,180
Antisosyal	9,20±5,70	7,06±5,57	0,059
Narsisistik	8,02±4,22	7,41±5,56	0,537
Histriyonik	6,26±5,11	4,78±4,28	0,119
Şizoid	12,96±5,39	11,78±5,67	0,288
Paranoid	10,80±7,37	9,61±5,99	0,374
Borderline	8,68±4,70	6,31±4,26	0,009 **
<i>T testi</i> * $p<0,05$ ** $p<0,01$			

MSYK-54 ölçeğinde tüm alt ölçeklerde kontrollerin yaşam kalitesi MS hastalarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 5.6).

Tablo 5.6. MSYK-54 ortalama skorları

MSQoL-54	Gruplar		p değeri
	MS(n=50)	Kontrol (n=50)	
Fiziksel Sağlık	68,90 ±26,58	92,70 ±14,29	0,000 **
Fiziksel rol	53,00 ±38,68	84,00 ±31,44	0,000 **
Duygusal rol	58,67 ±40,16	85,33 ±25,34	0,000 **
Ağrı (ters)	64,00 ±26,75	80,60 ±18,52	0,000 **
Emosyonel iyilik	61,36 ±20,18	69,52 ±16,68	0,030 *
Vitalite	43,92 ±23,51	58,00 ±18,82	0,001 **
Genel Sağlık Algısı	51,80 ±20,10	76,90 ±16,28	0,000 **
Sosyal işlevsellik	75,17 ±23,30	84,00 ±15,87	0,029 *
Bilişsel İşlevler	58,30 ±30,63	73,00 ±20,15	0,006 **
Sağlıkla İlgili Endişe (t)	65,10 ±24,44	87,70 ±15,39	0,000 **
Cinsel işlevler	74,83 ±32,10	89,17 ±23,16	0,012 *
İyileşme	41,00 ±26,61	64,50 ±23,20	0,000 **
Cinsel doyum	57,50 ±29,12	72,50 ±25,38	0,007 **
Genel yaşam kalitesi	58,33 ±21,08	68,40 ±13,28	0,005 **
Fiziksel sağlık ort.	61,36 ±20,03	81,60 ±13,23	0,000 **
Ruhsal sağlık ort.	60,30 ±21,15	76,18 ±12,37	0,000 **
<i>T testi</i> * $p<0,05$ ** $p<0,01$			

Tablo 5.7’de kontrol grubunda beklenen damgalama (KHBSÖ) ile yaşam kalitesi (MSQoL-54) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.7. kontrol grubunda KHBSÖ ile MSYK-54 ilişkisinin incelenmesi

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 51	2,17	0,72	-			
2 Aile stigmatı	R 51	1,89	0,94	,737**	-		
3 İş stigmatı	R 51	2,59	1,11	,759**	0,269	-	
4 Sağlık sistemi stigmatı	R 51	2,04	0,85	,751**	,428**	,341*	-
Fiziksel Sağlık	R 50	92,7	14,3	-0,156	-0,182	-0,024	-0,166
Fiziksel rol	R 50	84	31,4	-,299*	-,391**	-0,175	-0,106
Duygusal rol	R 50	85,3	25,3	-0,277	-,313*	-0,081	-0,257
Ağrı (ters)	R 50	80,6	18,5	-0,228	-,318*	-0,103	-0,099
Emosyonel iyilik	R 50	69,5	16,7	-,355*	-0,275	-0,222	-,316*
Vitalite	R 50	58	18,8	-,375**	-0,212	-,293*	-,345*
Genel Sağlık Algısı	R 50	76,9	16,3	-0,069	-0,05	-0,046	-0,061
Sosyal işlevsellik	R 50	84	15,9	-0,111	-0,094	-0,15	0,014
Bilişsel İşlevler	R 50	73	20,2	-0,23	-0,098	-,320*	-0,067
Sağlıkla İlgili Endişe (t)	R 50	87,7	15,4	-0,108	-0,157	-0,078	-0,003
Cinsel işlevler	R 50	89,2	23,2	-0,141	-,351*	0,062	-0,053
İyileşme	R 50	64,5	23,2	-0,066	-0,173	0,048	-0,039
Cinsel doyum	R 50	72,5	25,4	-0,165	-,372**	-0,079	0,092
Genel yaşam kalitesi	R 50	68,4	13,3	-0,14	-0,164	-0,142	0,008
Fiziksel sağlık ort.	R 50	81,6	13,2	-0,277	-,323*	-0,153	-0,154
Ruhsal sağlık ort.	R 50	76,2	12,4	-,377**	-,345*	-0,246	-0,265
Pearson	* p<0,05	**p<0,01					

Tablo 5.7’den anlaşılabacağı gibi kontrol grubunda beklenen stigmatizasyon ortalama puanı fiziksel rol, emosyonel iyilik, vitalite ve ruhsal sağlık ortalama skorları ile negatif koreledir ($p<0,05$).

Tablo 5.8 ‘de MS hastalarında beklenen damgalama (KHBSÖ) ile yaşam kalitesi (MSQoL-54) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.8.MS hastalarında KHBSÖ ile MSYK-54 ilişkisinin incelenmesi

Değişken	N	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 50	2,5	0,6	-			
2 Aile stigmatası	R 50	2,1	0,9	,785**	-		
3 İş stigmatası	R 51	3,1	0,8	,772**	,289*	-	
4 Sağlık sistemi stigmatası	R 51	2,2	0,6	,819**	,511**	,501**	-
Fiziksel Sağlık	R 50	69	27	-0,243	-0,247	-0,251	-0,026
Fiziksel rol	R 50	53	39	-,293*	-,292*	-0,258	-0,103
Duygusal rol	R 50	59	40	-,303*	-,375**	-0,176	-0,123
Ağrı (ters)	R 50	64	27	-,349*	-,402**	-0,217	-0,166
Emosyonel iyilik	R 50	61	20	-,448**	-,447**	-0,273	-,326*
Vitalite	R 50	44	24	-,376**	-,449**	-0,229	-0,163
Genel Sağlık Algısı	R 50	52	20	-,301*	-,360*	-0,169	-0,149
Sosyal işlevsellik	R 50	75	23	-,427**	-,539**	-0,146	-,300*
Bilişsel İşlevler	R 50	58	31	-0,133	-0,206	-0,039	-0,046
Sağlıkla İlgili Endişe (t)	R 50	65	24	-,430**	-,386**	-0,271	-,368**
Cinsel işlevler	R 50	75	32	-0,221	-0,243	-0,245	0,029
İyileşme	R 50	41	27	-0,181	-0,136	-0,211	-0,056
Cinsel doyum	R 50	58	29	-0,087	-0,221	-0,045	0,127
Genel yaşam kalitesi	R 50	58	21	-,477**	-,492**	-0,211	-,436**
Fiziksel sağlık ort.	R 50	61	20	-,424**	-,465**	-,297*	-0,19
Ruhsal sağlık ort.	R 50	60	21	-,447**	-,490**	-0,247	-,293*
Pearson	* p<0,05		**p<0,01				

Tablo 5.8'den anlaşılabacağı gibi MS hastalarında beklenen damgalama ortalama puanı; yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel, emosyonel, sosyal ve genel sağlık ve işlevsellik ölçeklerinin tamamı, vitalite, sağlıkla ilgili endişe ve ağrı alt ölçekleri ile negatif korele bulunmuştur ($p<0,05$) (Ağrı ve sağlıkla ilgili endişe ölçekleri ters puanlanmaktadır).

Tablo 5.9'da kontrol grubunda beklenen damgalama (KHBSÖ) ve yaş ilişkisinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.9 kontrol grubunda KHBSÖ ve yaş ilişkisinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi

Değişken	n	M	SD	1
1 Yaş	R 51	33,6	9,6367	-
Ortalama stigma	R 51	2,1	0,724	0,0282
Aile stigmatası	R 51	1,89	0,9384	0,0523
İş stigmatası	R 51	2,58	1,1058"	0,0095
Sağlık sistemi stigmatası	R 51	2,04	0,8525	0,0018
Pearson	* p<0,05		**p<0,01	

Tablo 5.9'dan anlaşıldığı gibi kontrol grubunda beklenen damgalama ve yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

Tablo 5.10'da MS hastalarında beklenen damgalama (KHBSÖ) ile yaş ve tanı süresi ilişkisinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.10 kontrol grubunda KHBSÖ ve yaş ilişkisinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi

Değişken	n	M	SD	1
1 Yaş	R 51	33,7	9,64	-
Ortalama Stigma	R 51	2,17	0,72	0,0282
Aile stigmatı	R 51	1,89	0,94	0,0523
İş stigmatı	R 51	2,59	1,11	0,0095
Sağlık sistemi stigmatı	R 51	2,04	0,85	0,0018
Pearson	* p<0,05	**p<0,01		

Tablo 5.10'dan anlaşılabacağı gibi yaş ve ortalama damgalama ve sağlık sistemi damgalaması arasında zıt yönlü istatistiksel anlamlı ilişki mevcuttur ($p<0,05$).

Tablo 5.11'de kontrol grubunda beklenen damgalama (KHBSÖ) ile duygusal tutarlılık (R-DTÖ) puanları arasındaki ilişkisinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.11 Kontrol grubunda KHBSÖ ile R-DTÖ ilişkisinin incelenmesi

	n	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 51	2,17	0,72	-			
2 Aile stigmatı	R 51	1,89	0,94	,737**	-		
3 İş stigmatı	R 51	2,59	1,11	,759**	0,269	-	
4 Sağlık sistemi stigmatı	R 51	2,04	0,85	,751**	,428**	,341*	-
RETÖ toplam	R 51	46	8,09	-0,245	-0,132	-0,119	-,325*
yönetebilirlik	R 51	15,92	4,04	-,327*	-0,137	-0,208	-,413**
derinlemesine düşünme	R 51	15,59	3,18	-0,072	-0,019	0,093	-,283*
denge	R 51	14,49	3,02	-0,144	-0,152	-0,138	-0,02
Pearson	* p<0,05	**p<0,01					

Tablo 5.11'den anlaşılabacağı gibi kontrol grubunda ortalama stigma puanları ile duygusal tutarlılık toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki

gösterilememiştir. Sağlık sistemi stigmatası alt ölçek puanları ile duygusal tutarlılık toplam puanları negatif koreledir ($p<0,05$).

Tablo 5.12de MS hastalarında beklenen damgalama (KHBSÖ) ile duygusal tutarlılık (R-DTÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.12. MS hastalarında KHBSÖ ile R-DTÖ ilişkisinin incelenmesi

	n	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 50	2,45	0,6	-			
2 Aile stigmatası	R 50	2,07	0,88	,785**	-		
3 İş stigmatası	R 51	3,13	0,81	,772**	,289*	-	
4 Sağlık sistemi stigmatası	R 51	2,15	0,6	,819**	,511**	,501**	-
RETÖ toplam	R 49	40,57	8,25	-0,061	-0,016	-0,102	0,004
yönetebilirlik	R 49	12,43	3,88	-0,181	-0,131	-0,133	-0,116
derinlemesine düşünme	R 49	14,43	3,95	-0,129	-0,126	-0,163	0,06
denge	R 49	13,71	3,21	0,222	0,273	0,1	0,077
Pearson	* $p<0,05$		** $p<0,01$				

Tablo 5.12'den anlaşılabacağı gibi MS hastalarında beklenen stigmatizasyon puanları ile duygusal tutarlılık puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 5.13'de MS hastalarında beklenen damgalama (KHBSÖ) ile EDSS puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.13 MS hastalarında KHBSÖ ile EDSS puanları arasındaki ilişki

	n	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 50	2,45	0,599	-			
2 Aile stigmatası	R 50	2,07	0,878	,785**	-		
3 İş stigmatası	R 51	3,13	0,813	,772**	,289*	-	
4 Sağlık sistemi stigmatası	R 51	2,15	0,598	,819**	,511**	,501**	-
EDSS	R 48	1,82	1,201	0,032	0,143	-0,114	0,047
Pearson	* $p<0,05$		** $p<0,01$				

Tablo 5.13'de görüleceği gibi EDSS skorları ile stigmatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 5.14’de kontrol grubunda beklenen damgalama (KHBSÖ) ile Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.14 Kontrol grubunda KHBSÖ ile HAD puanları arasındaki ilişki

	n	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 51	2,17	0,724	-			
2 Aile stigmatı	R 51	1,89	0,938	,737**	-		
3 İş stigmatı	R 51	2,59	1,106	,759**	0,269	-	
4 Sağlık sistemi stigmatı	R 51	2,04	0,853	,751**	,428**	,341*	-
HAD-A	R 51	6,59	4,323	,316*	0,205	,339*	0,141
HAD-D	R 51	4,43	3,276	0,243	,450**	-0,119	,280*
Pearson	* p<0,05		**p<0,01				

Tablo 5.14’de görüleceği gibi kontrol grubunda beklenen damgalama ortalama puanı ile HAD-Anksiyete alt ölçek puanları pozitif koreledir (p<0,05).

Tablo 5.15’de kontrol grubunda beklenen damgalama (KHBSÖ) ile Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.15 MS hastalarında KHBSÖ ile HAD puanları arasındaki ilişki

	n	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 50	2,45	0,599	-			
2 Aile stigmatı	R 50	2,07	0,878	,785**	-		
3 İş stigmatı	R 51	3,13	0,813	,772**	,289*	-	
4 Sağlık sistemi stigmatı	R 51	2,15	0,598	,819**	,511**	,501**	-
HAD-A	R 51	12,75	4,009	,278*	,294*	0,251	0,026
HAD-D	R 51	6,31	4,236	,286*	,334*	0,114	0,169
Pearson	* p<0,05		**p<0,01				

Tablo 5.15’den anlaşılabacağı gibi MS hastalarında depresyon ve anksiyete puanları ile beklenen ortalama damgalanma arasında anlamlı ilişki mevcuttur (p<0,05).

Tablo 5.16’de kontrol grubunda beklenen damgalama (KHBSÖ) ile Kişilik inanç ölçeği (KİÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.16 Kontrol grubunda KHBSÖ ile KiÖ puanları arasındaki ilişki

	n	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 51	2,17	0,724	-			
2 Aile stigmatı	R 51	1,89	0,938	,737**	-		
3 İş stigmatı	R 51	2,59	1,106	,759**	0,269	-	
4 Sağlık sistemi stigmatı	R 51	2,04	0,853	,751**	,428**	,341*	-
Kaçıngan	R 51	11,41	5,5	0,133	0,158	-0,11	,307*
Bağımlı	R 51	4,14	4,28	,312*	,286*	-0,048	,544**
Pasif agresif	R 51	10,86	5,04	0,216	0,243	-0,091	,401**
Obsesif	R 51	11,29	5,456	-0,048	0,056	-0,234	0,12
Antisosyal	R 51	7,06	5,569	0,091	0,115	-0,155	,307*
Narsisistik	R 51	7,41	5,561	0,174	0,149	-0,135	,454**
Histriyonik	R 51	4,78	4,277	0,116	0,064	-0,151	,421**
Şizoid	R 51	11,78	5,665	,410**	0,26	0,213	,482**
Paranoid	R 51	9,61	5,987	0,063	0,05	-0,131	0,275
Borderline	R 51	6,31	4,259	0,124	0,208	-0,123	0,245
Pearson	* p<0,05		**p<0,01				

Tablo 5.16'den anlaşılabacağı gibi kontrol grubunda beklenen ortalama damgalama ile şizoid ve bağımlı kişilik inançları arasında anlamlı ilişki mevcuttur ($p<0,05$).

Tablo 5.16.2'de kontrol grubu depresyon açısından kontrol edildiğinde beklenen damgalama (KHBSÖ) ile Kişilik inanç ölçeği (KiÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik parsiyel korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.16.2 Kontrol grubu depresyon açısından kontrol edildiğinde
KHBSÖ ile KİÖ puanları arasındaki ilişki

	n	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 51	2,17	0,7	-			
2 Aile stigmatı	R 51	1,89	0,9	0,725**	-		
3 İş stigmatı	R 51	2,59	1,1	0,819**	0,364**	-	
4 Sağlık sistemi stigmatı	R 51	2,04	0,9	0,734**	0,352*	0,393**	-
Kaçıngan	R 51	11,4	5,5	0,015	-0,083	-0,059	0,203
Bağımlı	R 51	4,14	4,3	0,226	0,077	0,014	0,486**
Pasif agresif	R 51	10,9	5	0,133	0,075	-0,047	0,327*
Obsesif	R 51	11,3	5,5	-0,165	-0,155	-0,205	0,007
Antisosyal	R 51	7,06	5,6	-0,056	-0,184	-0,107	0,189
Narsisistik	R 51	7,41	5,6	0,052	-0,125	-0,084	0,375**
Histriyonik	R 51	4,78	4,3	0,02	-0,144	-0,113	0,351*
Şizoid	R 51	11,8	5,7	0,342*	0,032	0,325*	0,411**
Paranoid	R 51	9,61	6	-0,039	-0,159	-0,091	0,185
Borderline	R 51	6,31	4,3	0,015	0,004	-0,077	0,138
Pearson	* p<0,05		**p<0,01				

Tablo 5.16.2'den anlaşılabacağı gibi kontrol grubunda beklenen ortalama damgalama ile şizoid kişilik inançları arasındaki anlamlı ilişki katılımcılar depresyon açısından kontrol edildiğinde de sürmektedir (p<0,05).

Tablo 5.17'de MS hastalarında beklenen damgalama (KHBSÖ) ile Kişilik inançları ölçeği (KİÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.17 MS hastalarında KHBSÖ ile KİÖ puanları arasındaki ilişki

	n	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 50	2,45	0,6	-			
2 Aile stigmatı	R 50	2,07	0,88	,785**	-		
3 İş stigmatı	R 51	3,13	0,81	,772**	,289*	-	
4 Sağlık sistemi stigmatı	R 51	2,15	0,6	,819**	,511**	,501**	-
Kaçıngan	R 50	13,4	4,68	,417**	0,239	,294*	,515**
Bağımlı	R 50	7,82	4,9	,395**	,323*	,347*	0,244
Pasif agresif	R 50	12	5,14	,553**	,450**	,361*	,522**
Obsesif	R 50	12,8	5,61	0,193	0,121	0,125	0,239
Antisosyal	R 50	9,2	5,7	,361*	0,231	0,252	,412**
Narsisistik	R 50	8,02	4,22	,350*	0,273	,287*	0,265
Histriyonik	R 50	6,26	5,11	,387**	,346*	,303*	0,248
Şizoid	R 50	13	5,39	,309*	0,072	,355*	,348*
Paranoid	R 50	10,8	7,37	,525**	,415**	,387**	,450**
Borderline	R 50	8,68	4,7	,431**	,364**	,346*	,295*
Pearson	* p<0,05		**p<0,01				

Tablo 5.17'den anlaşılabacağı gibi MS hastalarında beklenen ortalama damgalama puanları ile kaçıngan, bağımlı, pasif agresif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, şizoid, paranoid ve borderline kişilik inançları arasında istatistiksel anlamlı ilişki mevcuttur ($p<0,05$).

Tablo 5.17.2'de MS grubu depresyon açısından kontrol edildiğinde beklenen damgalama (KHBSÖ) ile Kişilik inanç ölçeği (KİÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik parsiyel korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.17.2 MS hastaları depresyon açısından kontrol edildiğinde
KHBSÖ ile KiÖ puanları arasındaki ilişki

	n	M	SD	1	2	3	4
1 Ortalama Stigma	R 50	2,45	0,6	-			
2 Aile stigmatı	R 50	2,07	0,88	0,764**	-		
3 İş stigmatı	R 51	3,13	0,81	0,779**	0,271	-	
4 Sağlık sistemi stigmatı	R 51	2,15	0,6	0,808**	0,472**	0,534**	-
Kaçınan	R 50	13,4	4,68	0,392**	0,198	0,282*	0,497**
Bağımlı	R 50	7,82	4,9	0,367*	0,287*	0,336*	0,213
Pasif agresif	R 50	12	5,14	0,504**	0,377**	0,348*	0,483**
Obsesif	R 50	12,8	5,61	0,145	0,059	0,107	0,201
Antisosyal	R 50	9,2	5,7	0,324*	0,178	0,238	0,383**
Narsisistik	R 50	8,02	4,22	0,345*	0,265	0,282*	0,257
Histriyonik	R 50	6,26	5,11	0,358*	0,31*	0,291*	0,216
Şizoid	R 50	13	5,39	0,32*	0,073	0,356*	0,355*
Paranoid	R 50	10,8	7,37	0,471**	0,335*	0,377**	0,403**
Borderline	R 50	8,68	4,7	0,365*	0,275	0,333*	0,23
Pearson	* p<0,05		**p<0,01				

Tablo 5.17.2'den anlaşılacağı gibi MS hastalarında beklenen ortalama damgalama puanları ile kaçınan, bağımlı, pasif agresif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, şizoid, paranoid ve borderline kişilik inançları arasındaki istatistiksel anlamlı ilişki katılımcılar depresyon açısından kontrol edildiğinde de anlamlılığını sürdürmektedir (p<0,05).

Tablo 5.18'da kontrol grubunun yaşam kalitesi ve duygusal tutarlılık puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.18 Kontrol grubunun MSYK-54 ve R-DTÖ puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Fiziksel Sağlık	R 50	92,70	14,29	-															
2 Fiziksel rol	R 50	84,00	31,44	,564**	-														
3 Duygusal rol	R 50	85,33	25,34	,506**	,446**	-													
4 Ağrı (ters)	R 50	80,60	18,52	,503**	,547**	,309*	-												
5 Emosyonel iyilik	R 50	69,52	16,68	-0,04	,448**	0,228	0,215	-											
6 Vitalite	R 50	58,00	18,82	0,233	,548**	,474**	,438**	,739**	-										
7 Genel Sağlık Algısı	R 50	76,90	16,28	0,017	0,19	0,003	,368**	,321*	0,262	-									
8 Sosyal işlevsellik	R 50	84,00	15,87	,348*	,559**	0,222	,641**	,402**	,570**	,321*	-								
9 Bilişsel İşlevler	R 50	73,00	20,15	-0,077	-0,019	,361*	-0,101	,375**	,394**	-0,221	0,092	-							
10 Sağlıkla İlgili Endişe (t)	R 50	87,70	15,39	,282*	,423**	0,182	,625**	,400**	,428**	,533**	,570**	-0,063	-						
11 Cinsel işlevler	R 50	89,17	23,16	,550**	,551**	,400**	,675**	0,191	0,236	0,218	,517**	-0,005	,420**	-					
12 İyileşme	R 50	64,50	23,20	0,264	0,185	0,167	,494**	0,042	0,231	,385**	,377**	-0,253	,467**	,409**	-				
13 Cinsel doyum	R 50	72,50	25,38	0,188	,620**	0,153	,419**	,347*	,314*	0,135	,405**	0,185	,292*	,524**	0,106	-			
14 Genel yaşam kalitesi	R 50	68,40	13,28	0,09	,561**	0,128	,300*	,573**	,619**	,362**	,547**	0,106	,455**	0,26	0,27	,457**	-		
15 Fiziksel sağlık ort.	R 50	81,60	13,23	,628**	,818**	,461**	,821**	,483**	,662**	,513**	,776**	-0,01	,722**	,716**	,469**	,527**	,577**	-	
16 Ruhsal sağlık ort.	R 50	76,18	12,37	,281*	,572**	,725**	,378**	,775**	,812**	0,236	,494**	,578**	,493**	,393**	0,17	,395**	,585**	,650**	-
R-DTÖ toplam	R 51	46,00	8,09	0,141	-0,03	0,245	-0,075	0,114	0,029	0,013	-0,256	0,168	0,012	-0,019	-0,136	-0,11	-0,162	-0,024	0,177
yönetebilirlik	R 51	15,92	4,04	0,039	-0,054	0,158	-0,077	0,098	-0,038	0,095	-0,22	0,034	0,027	-0,039	-0,11	-0,268	-0,23	-0,04	0,085
derinl.düşünme	R 51	15,59	3,18	0,125	-0,002	,309*	-0,029	0,148	0,136	0,015	-0,167	0,15	-0,041	-0,005	-0,002	-0,057	-0,11	0,014	0,218
denge	R 51	14,49	3,02	0,185	-0,001	0,108	-0,056	0,014	-0,008	-0,11	-0,19	0,236	0,033	0,011	-0,197	0,139	0,008	-0,021	0,123

Pearson *p<0,05 **p<0,01

Tablo 5.18'dan anlaşılabacağı gibi kontrol grubunun yaşam kalitesi ve duygusal tutarlılık toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur. Alt ölçeklerden duygusal rol ile derinlemesine düşünme pozitif koreledir ($p<0,05$).

Tablo 5.19'de MS hastalarının yaşam kalitesi ve duygusal tutarlılık puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.19 MS hastalarının MSYK-54 ve R-DTÖ puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Fiziksel Sağlık	R 50	68,90	26,58	-															
2 Fiziksel rol	R 50	53,00	38,68	,517**	-														
3 Duygusal rol	R 50	58,67	40,16	0,074	,530**	-													
4 Ağrı (ters)	R 50	64,00	26,75	,499**	,613**	0,25	-												
5 Emosyonel iyilik	R 50	61,36	20,18	,373**	,452**	,480**	,396**	-											
6 Vitalite	R 50	43,92	23,51	,388**	,597**	,746**	,523**	,713**	-										
7 Genel Sağlık Algısı	R 50	51,80	20,10	,472**	,534**	,537**	,637**	,477**	,741**	-									
8 Sosyal işlevsellik	R 50	75,17	23,30	,504**	,528**	,456**	,661**	,574**	,658**	,691**	-								
9 Bilişsel İşlevler	R 50	58,30	30,63	0,253	,338*	,497**	0,253	,395**	,560**	,559**	,545**	-							
10 Sağlıkla ilgili Endişe (t)	R 50	65,10	24,44	,400**	,391**	,365**	,459**	,592**	,545**	,514**	,659**	,474**	-						
11 Cinsel işlevler	R 50	74,83	32,10	,462**	,446**	0,184	,506**	,336*	,336*	,393**	,375**	0,278	0,253						
12 İyileşme	R 50	41,00	26,61	,541**	,324*	0,09	,349*	,327*	,315*	,503**	,304*	0,197	0,276	,317*					
13 Cinsel doyum	R 50	57,50	29,12	,298*	0,149	0,241	0,274	,291*	0,269	,286*	,362**	0,26	,332*	,506**	,352*				
14 Genel yaşam kalitesi	R 50	58,33	21,08	,314*	,337*	,383**	,311*	,806**	,584**	,433**	,532**	,410**	,568**	,305*	0,247	,371**	-		
15 Fiziksel sağlık ort.	R 50	61,36	20,03	,737**	,797**	,509**	,802**	,632**	,778**	,815**	,820**	,522**	,671**	,611**	,499**	,389**	,540**	-	
16 Ruhsal sağlık ort.	R 50	60,30	21,15	,307*	,561**	,822**	,406**	,819**	,850**	,655**	,681**	,701**	,695**	,331*	0,258	,369**	,758**	,721**	-
R-DTÖ toplam	R 49	40,57	8,25	0,158	0,128	0,231	0,054	0,121	0,28	0,161	0,098	,299*	0,176	-0,146	0,248	0,188	0,118	0,158	0,25
yönetebilirlik	R 49	12,43	3,88	0,114	0,085	0,257	0,123	0,164	,311*	0,2	0,103	0,161	0,199	-0,177	0,15	0,162	0,184	0,159	0,26
derinl.düşünme	R 49	14,43	3,95	0,104	0,166	,292*	0,083	0,244	,403**	0,248	0,176	,380**	0,175	-0,005	0,23	0,197	0,177	0,219	,339*
denge	R 49	13,71	3,21	0,145	0,025	-0,071	-0,11	-0,184	-0,145	-0,13	-0,086	0,114	0,001	-0,161	0,18	0,051	-0,135	-0,052	-0,084
Pearson	*p<0,05		**p<0,01																

Tablo 5.19'dan anlaşılabacağı gibi MS hastalarının duygusal tutarlılık toplam puanı ve bilişsel işlevler pozitif koreledir. Alt ölçeklerde vitalite ile yönetebilirlik ve derinlemesine düşünme ile bilişsel işlevler arasında kontrol grubunda görülmeyen anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p<0,05$).

Tablo 5.20'de tüm katılımcılarda duygusal tutarlılık (R-DTÖ) ve ruhsal sağlık ortalaması puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.20 Tüm katılımcılarda R-DTÖ ve ruhsal sağlık ortalaması arasındaki ilişkinin incelenmesi

Değişken		n	M	SD	1	2	3	4
1	RETÖ toplam	R 99	43,34	8,57	-			
2	yönetebilirlik	R 99	14,21	4,32	,844**	-		
3	derinl.düşünme	R 99	15,02	3,61	,810**	,552**	-	
4	denge	R 99	14,11	3,12	,643**	,299**	,307**	-
Ruhsal sağlık ort.		R 99	2,31	0,68	,332**	,326**	,347**	0,058
Pearson		* p<0,05	**p<0,01					

Tablo 5.20'de anlaşılabacağı gibi tüm katılımcılarda duygusal tutarlılık ile ruhsal sağlık ortalaması pozitif koreledir ($p<0,05$).

Tablo 5.21'de MS hastalarının yaşam kalitesi (MSQoL-54) ve işlevselliğin nörolojik muayeneye dayalı puanlandığı EDSS arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.21 MS hastalarının MSYK-54 ve EDSS puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Fiziksel Sağlık	R 50	68,90	26,58	-															
2 Fiziksel rol	R 50	53,00	38,68	,517**	-														
3 Duygusal rol	R 50	58,67	40,16	0,074	,530**	-													
4 Ağrı (ters)	R 50	64,00	26,75	,499**	,613**	0,25	-												
5 Emosyonel iyilik	R 50	61,36	20,18	,373**	,452**	,480**	,396**	-											
6 Vitalite	R 50	43,92	23,51	,388**	,597**	,746**	,523**	,713**	-										
7 Genel Sağlık Algısı	R 50	51,80	20,10	,472**	,534**	,537**	,637**	,477**	,741**	-									
8 Sosyal işlevsellik	R 50	75,17	23,30	,504**	,528**	,456**	,661**	,574**	,658**	,691**	-								
9 Bilişsel İşlevler	R 50	58,30	30,63	0,253	,338*	,497**	0,253	,395**	,560**	,559**	,545**	-							
10 Sağlıkla İlgili Endişe (t)	R 50	65,10	24,44	,400**	,391**	,365**	,459**	,592**	,545**	,514**	,659**	,474**	-						
11 Cinsel işlevler	R 50	74,83	32,10	,462**	,446**	0,184	,506**	,336*	,336*	,393**	,375**	0,278	0,253	-					
12 İyileşme	R 50	41,00	26,61	,541**	,324*	0,09	,349*	,327*	,315*	,503**	,304*	0,197	0,276	,317*	-				
13 Cinsel doyum	R 50	57,50	29,12	,298*	0,149	0,241	0,274	,291*	0,269	,286*	,362**	0,26	,332*	,506**	,352*	-			
14 Genel yaşam kalitesi	R 50	58,33	21,08	,314*	,337*	,383**	,311*	,806**	,584**	,433**	,532**	,410**	,568**	,305*	0,247	,371**	-		
15 Fiziksel sağlık ort.	R 50	61,36	20,03	,737**	,797**	,509**	,802**	,632**	,778**	,815**	,820**	,522**	,671**	,611**	,499**	,389**	,540**	-	
16 Ruhsal sağlık ort.	R 50	60,30	21,15	,307*	,561**	,822**	,406**	,819**	,850**	,655**	,681**	,701**	,695**	,331*	0,258	,369**	,758**	,721**	-
EDSS	R 48	1,82	1,20	-,330*	0,04	0,203	-0,189	-0,064	0,034	-0,038	-0,194	0,25	-0,216	0,038	-0,119	-0,101	-0,058	-0,148	0,086
Pearson																			

Tablo 5.21'den anlaşılacağı gibi MS hastalarının fiziksel sağlığı ve EDSS puanları arasında zıt yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p<0,05$).

Tablo 5.22'da kontrol grubunun yaşam kalitesi ve HAD anksiyete depresyon puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.22 Kontrol grubunun MSYK-54 ve HAD ölçeği puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Fiziksel Sağlık	R 50	92,70	14,29	-															
2 Fiziksel rol	R 50	84,00	31,44	,564**	-														
3 Duygusal rol	R 50	85,33	25,34	,506**	,446**	-													
4 Ağrı (ters)	R 50	80,60	18,52	,503**	,547**	,309*	-												
5 Emosyonel iyilik	R 50	69,52	16,68	-0,0398	,448**	0,2277	0,21457	-											
6 Vitalite	R 50	58,00	18,82	0,23294	,548**	,474**	,438**	,739**	-										
7 Genel Sağlık Algısı	R 50	76,90	16,28	0,01697	0,1901	0,003	,368**	,321*	0,26172	-									
8 Sosyal işlevsellik	R 50	84,00	15,87	,348*	,559**	0,2222	,641**	,402**	,570**	,321*	-								
9 Bilişsel İşlevler	R 50	73,00	20,15	-0,0765	-0,0193	,361*	-0,1006	,375**	,394**	-0,2214	0,092	-							
10 Sağlıkla İlgili Endişe (t)	R 50	87,70	15,39	,282*	,423**	0,1821	,625**	,400**	,428**	,533**	,570**	-0,0628	-						
11 Cinsel işlevler	R 50	89,17	23,16	,550**	,551**	,400**	,675**	0,1914	0,23646	0,21801	,517**	-0,0055	,420**	-					
12 İyileşme	R 50	64,50	23,20	0,26423	0,18467	0,1667	,494**	0,0421	0,23144	,385**	,377**	-0,2532	,467**	,409**	-				
13 Cinsel doyum	R 50	72,50	25,38	0,18776	,620**	0,1534	,419**	,347*	,314*	0,13517	,405**	0,18454	,292*	,524**	0,10617	-			
14 Genel yaşam kalitesi	R 50	68,40	13,28	0,08954	,561**	0,1276	,300*	,573**	,619**	,362**	,547**	0,10601	,455**	0,25955	0,27014	,457**	-		
15 Fiziksel sağlık ort.	R 50	81,60	13,23	,628**	,818**	,461**	,821**	,483**	,662**	,513**	,776**	-0,0097	,722**	,716**	,469**	,527**	,577**	-	
16 Ruhsal sağlık ort.	R 50	76,18	12,37	,281*	,572**	,725**	,378**	,775**	,812**	0,23575	,494**	,578**	,493**	,393**	0,17006	,395**	,585**	,650**	-
HAD-A	R 51	6,59	4,32	-0,1302	-0,1317	-0,057	0,02	-0,128	-0,0641	0,06598	0,02131	-0,0468	0,02481	-0,0055	0,08655	-0,0189	-0,0253	-0,0501	-0,09
HAD-D	R 51	4,43	3,28	-,287*	-,320*	-,335*	-,301*	-0,243	-0,2339	-0,1321	-0,1318	0,11043	-0,094	-,363**	-0,2572	-0,2375	-0,2497	-,340*	-,297*
Pearson																			

Tablo 5.22'da görüleceği gibi kontrol grubunun depresyon puanları ve fiziksel sağlık, fiziksel rol, duygusal rol, ağrı, cinsel işlevler, fiziksel sağlık ortalaması ve ruhsal sağlık ortalaması alanlarında zıt yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttur (ağrı ters puanlanmaktadır) ($p<0,05$).

Tablo 5.23'de MS hastalarının yaşam kalitesi ve HAD anksiyete depresyon puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.23 MS hastalarının MSYK-54 ve HAD ölçeği puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Fiziksel Sağlık	R 50	68,90	26,58	-															
2 Fiziksel rol	R 50	53,00	38,68	,517**	-														
3 Duygusal rol	R 50	58,67	40,16	0,07444	,530**	-													
4 Ağrı (ters)	R 50	64,00	26,75	,499**	,613**	0,2499	-												
5 Emosyonel iyilik	R 50	61,36	20,18	,373**	,452**	,480**	,396**	-											
6 Vitalite	R 50	43,92	23,51	,388**	,597**	,746**	,523**	,713**	-										
7 Genel Sağlık Algısı	R 50	51,80	20,10	,472**	,534**	,537**	,637**	,477**	,741**	-									
8 Sosyal işlevsellik	R 50	75,17	23,30	,504**	,528**	,456**	,661**	,574**	,658**	,691**	-								
9 Bilişsel İşlevler	R 50	58,30	30,63	0,2527	,338*	,497**	0,25292	,395**	,560**	,559**	,545**	-							
10 Sağlıkla İlgili Endişe (t)	R 50	65,10	24,44	,400**	,391**	,365**	,459**	,592**	,545**	,514**	,659**	,474**	-						
11 Cinsel işlevler	R 50	74,83	32,10	,462**	,446**	0,1837	,506**	,336*	,336*	,393**	,375**	0,27818	0,25256	-					
12 İyileşme	R 50	41,00	26,61	,541**	,324*	0,0904	,349*	,327*	,315*	,503**	,304*	0,19678	0,27595	,317*	-				
13 Cinsel doyum	R 50	57,50	29,12	,298*	0,14947	0,2414	0,27392	,291*	0,26912	,286*	,362**	0,26049	,332*	,506**	,352*	-			
14 Genel yaşam kalitesi	R 50	58,33	21,08	,314*	,337*	,383**	,311*	,806**	,584**	,433**	,532**	,410**	,568**	,305*	0,24709	,371**	-		
15 Fiziksel sağlık ort.	R 50	61,36	20,03	,737**	,797**	,509**	,802**	,632**	,778**	,815**	,820**	,522**	,671**	,611**	,499**	,389**	,540**	-	
16 Ruhsal sağlık ort.	R 50	60,30	21,15	,307*	,561**	,822**	,406**	,819**	,850**	,655**	,681**	,701**	,695**	,331*	0,25824	,369**	,758**	,721**	-
HAD-A	R 51	12,75	4,01	-0,1388	-0,102	-0,148	-,383**	-0,159	-,319*	-0,1901	-0,1981	-0,0714	-0,277	-0,1156	-0,2161	-0,249	-0,1121	-0,2682	-0,198
HAD-D	R 51	6,31	4,24	-0,1022	-0,2362	-,466**	-0,0318	-,648**	-,513**	-,326*	-,357*	-,391**	-,398**	-0,1486	-0,1297	-0,2169	-,664**	-,333*	-,659**
Pearson																			

Tablo 5.23'de görüleceği gibi MS hastalarının depresyon puanları ve duygusal rol, emosyonel iyilik, vitalite, genel sağlık algısı, sosyal işlevsellik, bilişsel işlevler, sağlıkla ilgili endişe, genel yaşam kalitesi, fiziksel sağlık ortalaması ve ruhsal sağlık ortalaması puanları arasında zıt yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttur (sağlıkla ilgili endişe ters puanlanmaktadır) ($p < 0,05$). Kontrollerde gözlenen ağrı ve cinsel işlevler ile depresyon arasındaki ilişki MS hastalarında gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 5.24'de Kontrol grubunun yaşam kalitesi ve kişilik inançlarını ölçen KİÖ ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.24 Kontrol grubunun MSYK-54 ve KİÖ arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Fiziksel Sağlık	R 50	92,7	14,3	-															
2 Fiziksel rol	R 50	84,0	31,4	,564**	-														
3 Duygusal rol	R 50	85,3	25,3	,506**	,446**	-													
4 Ağrı (ters)	R 50	80,6	18,5	,503**	,547**	,309*	-												
5 Emosyonel iyilik	R 50	69,5	16,7	-0,040	,448**	0,228	0,215	-											
6 Vitalite	R 50	58,0	18,8	0,233	,548**	,474**	,438**	,739**	-										
7 Genel Sağlık Algısı	R 50	76,9	16,3	0,017	0,190	0,003	,368**	,321*	0,262	-									
8 Sosyal işlevsellik	R 50	84,0	15,9	,348*	,559**	0,222	,641**	,402**	,570**	,321*	-								
9 Bilişsel İşlevler	R 50	73,0	20,2	-0,077	-0,019	,361*	-0,101	,375**	,394**	-0,221	0,092	-							
10 Sağlıkla İlgili Endişe (t)	R 50	87,7	15,4	,282*	,423**	0,182	,625**	,400**	,428**	,533**	,570**	-0,063	-						
11 Cinsel işlevler	R 50	89,2	23,2	,550**	,551**	,400**	,675**	0,191	0,236	0,218	,517**	-0,005	,420**	-					
12 İyileşme	R 50	64,5	23,2	0,264	0,185	0,167	,494**	0,042	0,231	,385**	,377**	-0,253	,467**	,409**	-				
13 Cinsel doyum	R 50	72,5	25,4	0,188	,620**	0,153	,419**	,347*	,314*	0,135	,405**	0,185	,292*	,524**	0,106	-			
14 Genel yaşam kalitesi	R 50	68,4	13,3	0,090	,561**	0,128	,300*	,573**	,619**	,362**	,547**	0,106	,455**	0,260	0,270	,457**	-		
15 Fiziksel sağlık ort.	R 50	81,6	13,2	,628**	,818**	,461**	,821**	,483**	,662**	,513**	,776**	-0,010	,722**	,716**	,469**	,527**	,577**	-	
16 Ruhsal sağlık ort.	R 50	76,2	12,4	,281*	,572**	,725**	,378**	,775**	,812**	0,236	,494**	,578**	,493**	,393**	0,170	,395**	,585**	,650**	-
Kaçıngan	R 51	11,4	5,5	-,361*	-,279*	-0,230	-,354*	-0,176	-0,265	-0,038	-0,178	0,248	-,282*	-,318*	-0,181	-0,134	0,016	-,360*	-0,167
Bağımlı	R 51	4,1	4,3	-,460**	-0,119	-,337*	-0,106	-0,084	-0,194	-0,087	0,109	0,156	-0,018	-0,122	-0,111	0,096	0,052	-0,190	-0,154
Pasif agresif	R 51	10,9	5,0	-0,278	-0,164	-,302*	-0,204	-0,196	-0,240	0,042	-0,041	-0,013	-0,269	-0,214	-0,172	-0,012	0,015	-0,232	-0,272
Obsesif	R 51	11,3	5,5	-0,089	0,020	-0,067	-0,250	-0,039	-0,056	0,101	-0,012	0,116	-0,167	-0,149	0,019	0,045	0,219	-0,081	-0,007
Antisosyal	R 51	7,1	5,6	-0,217	0,016	-0,165	-0,209	0,041	-0,004	-0,024	0,075	0,156	-0,204	-0,053	-0,112	0,111	0,133	-0,096	-0,037
Narsisistik	R 51	7,4	5,6	-0,214	0,122	-0,162	-0,029	0,093	0,012	0,158	0,237	0,202	0,082	0,084	-0,058	0,275	0,262	0,083	0,071
Histriyonik	R 51	4,8	4,3	-0,224	0,114	-0,232	-0,052	0,106	0,000	0,062	0,166	0,105	0,001	0,091	0,000	0,246	0,222	0,033	-0,004
Şizoid	R 51	11,8	5,7	-0,203	-0,233	-0,118	-,303*	-0,225	-,291*	-0,010	-0,210	0,109	-,299*	-0,119	-0,200	-0,065	-0,040	-,287*	-0,180
Paranoid	R 51	9,6	6,0	-0,121	-0,037	-0,105	-0,180	-0,131	-0,102	-0,019	0,016	0,113	-0,227	0,003	0,092	-0,022	0,154	-0,108	-0,085
Borderline	R 51	6,3	4,3	-,433**	-,483**	-,378**	-,473**	-,286*	-,354*	-0,219	-,340*	0,114	-,407**	-,386**	-0,177	-,318*	-0,180	-,552**	-,375**
Pearson	* p<0,05		**p<0,01																

Tablo 5.24'de görüleceği gibi kontrol grubunda Borderline kişilik inançları ile fiziksel, emosyonel ve sosyal işlevsellik ölçeklerinin tamamı, sağlıkla ilgili endişe ve cinsel işlevler arasında negatif korelasyon vardır ($p<0,05$). Bağımlı kişilik inançları ile fiziksel sağlık ve emosyonel rol negatif koreledir ($p<0,05$).

Tablo 5.25'de MS hastalarının yaşam kalitesi ve kişilik inançlarını ölçen KİÖ ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.25 MS hastalarının MSYK-54 ve KİÖ arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Fiziksel Sağlık	R 50	68,9	26,6	-															
2 Fiziksel rol	R 50	53,0	38,7	,517**	-														
3 Duygusal rol	R 50	58,7	40,2	0,074	,530**	-													
4 Ağrı (ters)	R 50	64,0	26,8	,499**	,613**	0,250	-												
5 Emosyonel iyilik	R 50	61,4	20,2	,373**	,452**	,480**	,396**	-											
6 Vitalite	R 50	43,9	23,5	,388**	,597**	,746**	,523**	,713**	-										
7 Genel Sağlık Algısı	R 50	51,8	20,1	,472**	,534**	,537**	,637**	,477**	,741**	-									
8 Sosyal işlevsellik	R 50	75,2	23,3	,504**	,528**	,456**	,661**	,574**	,658**	,691**	-								
9 Bilişsel İşlevler	R 50	58,3	30,6	0,253	,338*	,497**	0,253	,395**	,560**	,559**	,545**	-							
10 Sağlıkla ilgili Endişe (t)	R 50	65,1	24,4	,400**	,391**	,365**	,459**	,592**	,545**	,514**	,659**	,474**	-						
11 Cinsel işlevler	R 50	74,8	32,1	,462**	,446**	0,184	,506**	,336*	,336*	,393**	,375**	0,278	0,253	-					
12 İyileşme	R 50	41,0	26,6	,541**	,324*	0,090	,349*	,327*	,315*	,503**	,304*	0,197	0,276	,317*	-				
13 Cinsel doyum	R 50	57,5	29,1	,298*	0,149	0,241	0,274	,291*	0,269	,286*	,362**	0,260	,332*	,506**	,352*	-			
14 Genel yaşam kalitesi	R 50	58,3	21,1	,314*	,337*	,383**	,311*	,806**	,584**	,433**	,532**	,410**	,568**	,305*	0,247	,371**	-		
15 Fiziksel sağlık ort.	R 50	61,4	20,0	,737**	,797**	,509**	,802**	,632**	,778**	,815**	,820**	,522**	,671**	,611**	,499**	,389**	,540**	-	
16 Ruhsal sağlık ort.	R 50	60,3	21,2	,307*	,561**	,822**	,406**	,819**	,850**	,655**	,681**	,701**	,695**	,331*	0,258	,369**	,758**	,721**	-
Kaçıngan	R 50	13,4	4,7	0,128	0,047	-0,124	0,049	-0,194	-0,092	-0,049	-0,152	-0,033	-0,196	0,102	0,161	,337*	-0,203	-0,009	-0,183
Bağımlı	R 50	7,8	4,9	-0,264	-,288*	-0,104	-0,278	-,450**	-0,193	-0,174	-0,107	-0,137	-,321*	-0,230	-0,095	0,024	-,422**	-,311*	-,327*
Pasif agresif	R 50	12,0	5,1	0,000	-0,067	-0,223	-0,111	-,413**	-0,214	-0,162	-0,203	-0,149	-,375**	-0,059	-0,025	0,108	-,309*	-0,176	-,363**
Obsesif	R 50	12,8	5,6	0,071	0,154	-0,005	-0,172	-0,168	-0,136	-0,120	-0,133	-0,148	-,318*	-0,005	0,038	0,082	-0,174	-0,075	-0,162
Antisosyal	R 50	9,2	5,7	-0,026	-0,024	-0,014	-0,047	-,298*	0,029	0,002	-0,071	-0,121	-0,200	-0,177	0,090	0,101	-0,273	-0,073	-0,192
Narsisistik	R 50	8,0	4,2	-0,252	-0,147	-0,148	-,334*	-,370**	-0,204	-0,211	-0,234	-0,234	-,407**	-0,278	-0,135	-0,097	-0,269	-,328*	-,330*
Histriyonik	R 50	6,3	5,1	-,391**	-0,218	-0,126	-,297*	-,519**	-,294*	-,379**	-0,259	-,347*	-,450**	-,422**	-0,260	-0,168	-,444**	-,439**	-,424**
Şizoid	R 50	13,0	5,4	0,032	0,037	-0,071	-0,118	-0,058	-0,028	-0,155	-0,213	-0,090	-,325*	-0,090	-0,027	0,054	0,020	-0,116	-0,116
Paranoid	R 50	10,8	7,4	-0,136	-0,120	-0,233	-0,198	-,502**	-0,269	-0,160	-0,263	-0,220	-,413**	-0,265	-0,074	0,002	-,381**	-0,279	-,426**
Borderline	R 50	8,7	4,7	-,325*	-,404**	-,280*	-0,277	-,632**	-,431**	-,323*	-,330*	-,396**	-,510**	-,402**	-0,187	-0,098	-,552**	-,489**	-,570**

Pearson * p<0,05 **p<0,01

Tablo 5.25’de görüleceği gibi MS hastalarında borderline kişilik inançları ile fiziksel, emosyonel ve sosyal işlevsellik ölçeklerinin tamamı, sağlıkla ilgili endişe ve cinsel işlevler arasında negatif korelasyon vardır ($p<0,05$). Benzer ilişki kontrol grubunda da mevcuttur. MS hastalarında histriyonik kişilik inançları ile fiziksel sağlık arasında kontrol grubunda görülmeyen negatif bir korelasyon mevcuttur ($p<0,05$).

Tablo 5.26’de MS hastalarının duygusal tutarlılık(R-DTÖ) ve EDSS puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.26 MS hastalarının R-DTÖ ve EDSS puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4
1 R-DTÖ toplam	R 49	40,57	8,25	-			
2 yönetebilirlik	R 49	12,42	3,88	,820**	-		
3 derinl.düşünme	R 49	14,42	3,94	,806**	,541**	-	
4 denge	R 49	13,71	3,20	,588**	0,232	0,187	-
EDSS	R 48	1,822	1,20	0,0346	-0,102	0,089	0,103

Pearson * p<0,05 **p<0,01

Tablo 5.26’de görüleceği gibi MS hastalarının duygusal tutarlılık ve EDSS puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 5.27’de Kontrol grubunun duygusal tutarlılık(R-DTÖ) ve (HAD) anksiyete depresyon ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.27 Kontrol grubunun R-DTÖ ve HAD ölçeği puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4
1 R-DTÖ toplam	R 51	46	8,09	-			
2 yönetebilirlik	R 51	15,92	4,03	,832**	-		
3 derinl.düşünme	R 51	15,59	3,18	,826**	,547**	-	
4 denge	R 51	14,49	3,01	,698**	,315*	,428**	-
HAD-A	R 51	6,59	4,32	-,333*	-0,26	-0,261	-0,27
HAD-D	R 51	4,43	3,27	-0,152	-0,044	-,347*	0,017
Pearson	* p<0,05	**p<0,01					

Tablo 5.27’den anlaşıldığı üzere kontrol grubunun duygusal tutarlılık(R-DTÖ) toplam ve HAD-A puanları negatif koreledir (p<0,05).

Tablo 5.28’de MS hastalarının duygusal tutarlılık(R-DTÖ) ve (HAD) anksiyete depresyon ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.28 MS hastalarının R-DTÖ ve HAD ölçeği puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4
1 R-DTÖ toplam	R 49	40,57	8,25	-			
2 yönetebilirlik	R 49	12,42	3,88	,820**	-		
3 derinl.düşünme	R 49	14,42	3,94	,806**	,541**	-	
4 denge	R 49	13,71	3,20	,588**	0,232	0,188	-
HAD-A	R 51	12,74	4,00	-,389**	-,316*	-,424**	-0,095
HAD-D	R 51	6,313	4,23	-0,123	-0,115	-0,254	0,136
Pearson	* p<0,05	**p<0,01					

Tablo 5.28’den anlaşıldığı üzere MS hastalarının duygusal tutarlılık(R-DTÖ) toplam ve HAD-A puanları negatif koreledir (p<0,05).

Tablo 5.29’da kontrol grubunun duygusal tutarlılık (R-DTÖ) ve kişilik inançları ölçeği (KİÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.29 kontrol grubunun R-DTÖ ve KIÖ ölçeği puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4
1 R-DTÖ toplam	R 51	46	8,09	-			
2 yönetebilirlik	R 51	15,92	4,03	,832**	-		
3 derinl.düşünme	R 51	15,58	3,182	,826**	,547**	-	
4 denge	R 51	14,49	3,015	,698**	,315*	,428**	-
Kaçıngan	R 51	11,41	5,499	-0,144	-0,027	-,285*	-0,049
Bağımlı	R 51	4,137	4,280	-,505**	-,372**	-,567**	-0,258
Pasif agresif	R 51	10,86	5,039	-0,244	-0,125	-,448**	-0,014
Obsesif	R 51	11,29	5,456	-0,074	0,0437	-0,193	-0,054
Antisosyal	R 51	7,058	5,569	-0,239	-0,168	-,388**	-0,008
Narsisistik	R 51	7,411	5,561	-,363**	-,285*	-,454**	-0,114
Histriyonik	R 51	4,784	4,277	-0,218	-0,149	-,296*	-0,072
Şizoid	R 51	11,78	5,665	-0,159	-0,218	-0,215	0,0918
Paranoid	R 51	9,607	5,986	-0,274	-0,201	-,426**	-0,016
Borderline	R 51	6,313	4,259	-0,086	-0,06	-0,244	0,1077

Pearson * p<0,05 **p<0,01

Tablo 5.29'dan anlaşılabacağı üzere kontrol grubunda R-DTÖ toplam puanı ile bağımlı kişilik inançları arasında orta şiddette negatif korelasyon mevcuttur (r: -,505; p<0,05). R-DTÖ toplam puanı ile narsisistik kişilik inançları da negatif koreledir (p<0,05). Paranoid kişilik inançları derinlemesine düşünme ile negatif koreledir (p<0,05).

Tablo 5.30'de MS hastalarında duygusal tutarlılık (R-DTÖ) ve kişilik inançları ölçeği (KIÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.30 MS hastalarında R-DTÖ ve KIÖ puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	1	2	3	4
1 R-DTÖ toplam	R 49	40,571	8,2513	-			
2 yönetebilirlik	R 49	12,429	3,8837	,820**	-		
3 derinl.düşünme	R 49	14,429	3,9476	,806**	,541**	-	
4 denge	R 49	13,714	3,2081	,588**	0,2324	0,1875	-
Kaçıngan	R 50	13,4	4,6773	,304*	0,1469	0,1739	,401**
Bağımlı	R 50	7,82	4,9019	-0,004	-0,068	-0,084	0,1768
Pasif agresif	R 50	12,02	5,1369	0,0533	-0,019	-0,162	,362*
Obsesif	R 50	12,78	5,6072	0,1146	0,0129	0,0345	0,2411
Antisosyal	R 50	9,2	5,6964	0,252	0,222	0,0944	0,2717
Narsisistik	R 50	8,02	4,2161	0,0538	0,0019	-0,025	0,1686
Histriyonik	R 50	6,26	5,1063	0,034	-0,002	-0,064	0,171
Şizoid	R 50	12,96	5,3869	0,1834	0,0772	0,0937	0,2695
Paranoid	R 50	10,8	7,3707	0,1514	0,0976	-0,007	,286*
Borderline	R 50	8,68	4,701	-0,025	-0,051	-0,13	0,1585

Pearson * p<0,05 **p<0,01

Tablo 5.30'den anlaşılabacağı üzere MS hastalarında kontrol grubundakinin aksine duygusal tutarlılık ve kaçıngan kişilik inançları arasında zayıf güçte bir korelasyon mevcuttur (p<0,05).

Tablo 5.31’de MS hastalarında EDSS ve (HAD) anksiyete depresyon ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.31 MS hastalarında EDSS ve HAD puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	EDSS	HAD-A	HAD-D
EDSS	R 48	1,82	1,2	-		
HAD-A	R 51	12,75	4,0	0,09	-	
HAD-D	R 51	6,31	4,2	-0,14	0,11	-
Pearson	* p<0,05		**p<0,01			

Tablo 5.31’den anlaşılabacağı üzere MS hastalarında EDSS ve (HAD) anksiyete depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı ilişki gösterilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 5.32’de MS hastalarında EDSS ile kişilik inançları ölçeği (KİÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.32 MS hastalarında EDSS ve KİÖ puanları arasındaki ilişki

Değişken	n	M	SD	EDSS
EDSS	R 48	1,82	1,2	1,00
Kaçıngan	R 50	13,4	4,7	0,06
Bağımlı	R 50	7,82	4,9	0,11
Pasif agresif	R 50	12,02	5,1	0,00
Obsesif	R 50	12,78	5,6	0,02
Antisosyal	R 50	9,2	5,7	-0,06
Narsisistik	R 50	8,02	4,2	0,03
Histriyonik	R 50	6,26	5,1	0,08
Şizoid	R 50	12,96	5,4	0,05
Paranoid	R 50	10,8	7,4	0,00
Borderline	R 50	8,68	4,7	-0,08
Pearson	* p<0,05		**p<0,01	

Tablo 5.32’den anlaşılabacağı üzere MS hastalarında EDSS ve kişilik inançları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı ilişki gösterilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 5.33’de kontrol grubunda (HAD) anksiyete depresyon ölçeği puanları ile kişilik inançları ölçeği (KİÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.33 Kontrol grubunda HAD ölçeği puanları ile KİÖ puanları arasındaki ilişki

	Değişken	n	M	SD	1	2
1	HAD-A	R 51	12,7	4,01	-	
2	HAD-D	R 51	6,31	4,24	,280*	-
	Kaçınan	R 50	13,4	4,68	,285*	,495**
	Bağımlı	R 50	7,82	4,9	,296*	,505**
	Pasif agresif	R 50	12	5,14	0,2112	,405**
	Obsesif	R 50	12,8	5,61	0,2003	,406**
	Antisosyal	R 50	9,2	5,7	0,1705	,559**
	Narsisistik	R 50	8,02	4,22	0,2576	,539**
	Histriyonik	R 50	6,26	5,11	0,0849	,404**
	Şizoid	R 50	13	5,39	,444**	,524**
	Paranoid	R 50	10,8	7,37	0,2309	,401**
	Borderline	R 50	8,68	4,7	0,2548	,455**
Pearson		* p<0,05		**p<0,01		

Tablo 5.33'dan anlaşılabacağı üzere kontrol grubunda anksiyete ile bağımlı ve şizoid kişilik inançları koreleyken ($p<0,05$); depresyon ile tüm olumsuz kişilik inançları orta şiddette koreledir ($r: .401-.559$; $p<0,05$).

Tablo 5.34'de MS hastalarında (HAD) anksiyete depresyon ölçeği puanları ile kişilik inançları ölçeği (KİÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik Pearson Korelasyon analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 5.34 MS hastalarında HAD ile KİÖ puanları arasındaki ilişki

	Değişken	n	M	SD	1	2
1	HAD-A	R 51	6,59	4,3229	-	
2	HAD-D	R 51	4,43	3,2757	0,1084	-
	Kaçınan	R 51	11,4	5,4997	-0,2	0,1652
	Bağımlı	R 51	4,14	4,2803	0,0114	0,1703
	Pasif agresif	R 51	10,9	5,0399	0,1115	,351*
	Obsesif	R 51	11,3	5,4564	0,0375	0,2004
	Antisosyal	R 51	7,06	5,5692	-0,183	0,1996
	Narsisistik	R 51	7,41	5,5612	0,027	0,0689
	Histriyonik	R 51	4,78	4,277	-0,062	0,1746
	Şizoid	R 51	11,8	5,665	0,0457	0,0103
	Paranoid	R 51	9,61	5,9869	0,0481	,364**
	Borderline	R 51	6,31	4,2591	0,019	,370**
Pearson		* p<0,05		**p<0,01		

Tablo 5.34'den anlaşılabacağı üzere MS hastalarında anksiyete puanları ve kişilik inançları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı ilişki gösterilememişken; depresyon ile pasif agresif, paranoid ve borderline kişilik inançları koreledir ($p<0,05$). Kontrol grubunun aksine depresyon ile bağımlı, obsesif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, şizoid kişilik inançları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Sağlık ortalamasında hangi değişkenlerin yüksek puanı yordadığını anlamak için HAD-D, EDSS, çevre, Sosyal işlevsellik, SCID tanı varlığı, Kaçınan, Narsisistik, Antisosyal, Bağımlı, R-DTÖ toplam ve beklenen damgalama puanları regresyon modeline alınmış ve sonuçlarına Tablo 5.35’de yer verilmiştir.

Tablo 5.35 MS hastalarında sağlık ortalamasının bazı değişkenlere göre çoklu regresyon analizi sonuçları

Değişken	B(SE)	%95 Ga		β	p
		alt	üst		
HAD-D	-1,207 (0,22)	-1,65	-0,77	-0,264	0,000 **
EDSS	1,052 (0,76)	-0,49	2,59	0,064	0,174
Çevre	1,674 (1,53)	-1,44	4,79	0,050	0,282
Sosyal işlevsellik	0,472 (0,05)	0,38	0,57	0,562	0,000 **
SCID tanı varlığı	-8,770 (2,03)	-12,90	-4,64	-0,223	0,000 **
Kaçınan	0,728 (0,21)	0,30	1,16	0,172	0,002 **
Narsisistik	-1,559 (0,29)	-2,15	-0,97	-0,349	0,000 **
Antisosyal	1,336 (0,26)	0,81	1,87	0,400	0,000 **
Bağımlı	-1,481 (0,21)	-1,91	-1,06	-0,375	0,000 **
R-DTÖ	-0,244 (0,12)	-0,48	-0,01	-0,105	0,041 *
Beklenen damgalama	-4,055 (1,75)	-7,62	-0,49	-0,118	0,027 *

R^2_{adj} :0,93; F:55,31; * $p<0,05$; ** $p<0,01$ Ga: güven aralığı

Sağlık ortalaması SS:19,61

Ortalama stigma pr^2 :0,14

Yapılan regresyon analizi sonucunda modelin varyansın %93’ünü açıkladığı gösterilmiştir. Buna göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda damgalama sağlık ortalamasını negatif ve anlamlı olarak yordamaktadır ($p<0,05$).

Fiziksel sağlık ortalamasında hangi değişkenlerin yüksek puanı yordadığını anlamak için HAD-D, Ağrı (ters), SCID tanı varlığı, Histriyonik, EDSS, beklenen damgalama ve çevre değişkenleri regresyon modeline alınmış ve sonuçlarına Tablo 5.36’de yer verilmiştir.

Tablo 5.36 MS hastalarında Fiziksel sağlık ortalamasının bazı değişkenlere göre çoklu regresyon analizi sonuçları

Değişken	B(SE)	%95 Ga		β	p
		alt	üst		
HAD-D	-0,969 (0,33)	-1,64	-0,30	-0,202	0,006 **
Ağrı (ters)	0,485 (0,06)	0,37	0,60	0,643	0,000 **
SCID tanı varlığı	-12,241 (2,88)	-18,06	-6,43	-0,299	0,000 **
Histriyonik	-0,837 (0,29)	-1,42	-0,26	-0,210	0,006 **
EDSS	-1,644 (1,13)	-3,92	0,64	-0,097	0,153
Beklenen damgalama	0,414 (2,58)	-4,81	5,63	0,012	0,873
Çevre	1,391 (2,20)	-3,05	5,84	0,043	0,531
R ² _{adj.} :0,816; F:30,84; *p<0,05; **p<0,01 Ga:güven aralığı					
Fiziksel sağlık ortalaması SS:20,75					
Çevre: yaşam ortamı: il,ilçe,köy					

Yapılan regresyon analizi sonucunda modelin Fiziksel sağlık ortalamasındaki varyansın %82'sini açıkladığı gösterilmiştir. Buna göre Histriyonik kişilik inançları, psikiyatrik teşhis varlığı, depresyon puanları ve ağrı fiziksel sağlığı anlamlı ve negatif olarak yordamaktadır (p<0,05).

Ruhsal sağlık ortalamasında hangi değişkenlerin yüksek puanı yordadığını anlamak için HAD-D, Histriyonik, EDSS, Ortalama Stigma, Çevre, Borderline, R-DTÖ toplam, Fiziksel sağlık ortalaması değişkenleri regresyon modeline alınmış ve sonuçlarına Tablo 5.37'de yer verilmiştir.

Tablo 5.37 MS hastalarında ruhsal sağlık ortalamasının bazı değişkenlere göre çoklu regresyon analizi sonuçları

Değişken	B(SE)	%95 Ga		β	p
		alt	üst		
HAD-D	-1,940(0,43)	-2,81	-1,07	-0,393	0,000 **
Histriyonik	0,069(0,47)	-0,89	1,03	0,017	0,885
EDSS	1,926(1,45)	-1,01	4,86	0,109	0,192
Beklenen damgalama	-2,214(3,43)	-9,17	4,74	-0,060	0,523
Çevre	-0,416(3,08)	-6,67	5,84	-0,012	0,894
Borderline	-0,503(0,53)	-1,59	0,58	-0,114	0,353
R-DTÖ	0,297(0,20)	-0,11	0,70	0,118	0,145
Fiziksel sağlık ortalaması	0,553(0,11)	0,34	0,77	0,542	0,000 **
R ² _{adj.} :0,743; F:17,27; *p<0,05; **p<0,01 Ga:güven aralığı					
Ruhsal sağlık ortalaması SS:21,18					
Çevre: yaşam ortamı: il,ilçe,köy					

Yapılan regresyon analizi sonucunda modelin ruhsal sağlık ortalamasındaki varyansın %74'ünü açıkladığı gösterilmiştir. Ruhsal sağlık ortalamasını depresyon ve fiziksel sağlık ortalaması anlamlı olarak yordamaktadır ($p<0,05$).

Damgalama puanlarında hangi değişkenlerin yüksek puanı yordadığını anlamak için fiziksel sağlık ortalaması, ruhsal sağlık ortalaması, eğitim durumu, pasif agresif kişilik inançları, kaçınıcı çocuk olduğu, çevre, aktif çalışma durumu, gelir, R-DTÖ ve genel yaşam kalitesi değişkenleri çoklu regresyon modeline alınmış ve sonuçlarına Tablo 5.38'de yer verilmiştir.

Tablo 5.38 MS hastalarında beklenen damgalamanın bazı değişkenlere göre çoklu regresyon analizi sonuçları

Değişken	B(SE)	%95 Ga		β	p
		alt	üst		
Fiziksel sağlık ortalaması	-0,015 (0,00)	-0,02	-0,01	-0,528	0,001 **
Ruhsal sağlık ortalaması	0,007 (0,01)	-0,01	0,02	0,238	0,245
Eğitim durumu	0,195 (0,05)	0,08	0,31	0,397	0,001 **
Pasif agresif	0,055 (0,01)	0,03	0,08	0,494	0,000 **
Kaçınıcı çocuk	0,077 (0,04)	0,00	0,16	0,198	0,059
Çevre	0,227 (0,10)	0,03	0,42	0,246	0,023 *
Aktif çalışıyor mu	0,292 (0,12)	0,04	0,54	0,250	0,025 *
Gelir (Asgari ücretin katı)	-0,074 (0,07)	-0,22	0,07	-0,113	0,309
R-DTÖ	-0,036 (0,02)	-0,07	0,00	-0,210	0,040 *
Genel yaşam kalitesi	-0,003 (0,00)	-0,01	0,01	-0,098	0,526

R^2_{adj} :0,639; F:8,62; * $p<0,05$; ** $p<0,01$ Ga:güven aralığı

Ortalama stigmatizasyon SS:0,582

Çevre: yaşam ortamı: il,ilçe,köy

Yapılan regresyon analizi sonucunda modelin beklenen damgalamadaki varyansın %64'ünü açıkladığı gösterilmiştir. Analize göre eğitim durumu, pasif agresif kişilik inançları, yaşadığı çevre, aktif çalışma durumu damgalanmayı pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır ($p<0,05$). Fiziksel sağlık ortalaması ve duygusal tutarlılık ise damgalanmayı negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır ($p<0,05$).

MS hastalarında genel yaşam kalitesinde hangi değişkenlerin yüksek puanı yordadığını anlamak için HAD-D, fiziksel sağlık ortalaması, ruhsal sağlık ortalaması, yaş, bağımlı, borderline kişilik inançları, tanıdan bu yana geçen süre ve beklenen damgalama değişkenleri çoklu regresyon modeline alınmış ve sonuçlarına Tablo 5.39'da yer verilmiştir. Pasif agresif kişilik inançları depresyon puanları

yakın korelasyon gösterdiğinden ile çoklu doğrusallıktan kaçınmak için modelin dışında tutulmuştur.

Tablo 5.39 MS hastalarında genel yaşam kalitesinin bazı değişkenlere göre çoklu regresyon analizi sonuçları

Değişken	B(SE)	%95 Ga		β	p
		alt	üst		
HAD-D	-1,657 (0,60)	-2,88	-0,44	-0,330	0,009 **
Fiziksel sağlık ortalaması	0,134 (0,15)	-0,16	0,43	0,128	0,365
Ruhsal sağlık ortalaması	0,351 (0,18)	0,00	0,70	0,352	0,051
Yaş	0,309 (0,20)	-0,09	0,71	0,157	0,130
Bağımlı	-0,812 (0,64)	-2,11	0,48	-0,189	0,213
Borderline	0,147 (0,77)	-1,41	1,71	0,033	0,850
Tanıdan bu yana geçen aylar	0,018 (0,03)	-0,04	0,08	0,061	0,529
Beklenen damgalama	-2,228 (3,71)	-9,72	5,26	-0,063	0,551

R^2_{adj} :0,644; F:12,08; * $p<0,05$; ** $p<0,01$ Ga:güven aralığı

Genel yaşam kalitesi SS:21,08

Yapılan regresyon analizi sonucunda modelin genel yaşam kalitesindeki varyansın %64'ünü açıkladığı gösterilmiştir. Analize göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda depresyon skorları genel yaşam kalitesini anlamlı ve negatif yönde etkilemektedir. ($p<0,05$).

6. TARTIŞMA

Literatürde yapılmış çalışmalarda MS hastalarında damgalanmanın yaşam kalitesini düşürdüğü (Cadden ve ark., 2018, Cook ve ark., 2016, Maurino ve ark., 2020, Broersma ve ark., 2018) bilinmekle birlikte bu çalışma bir kronik stres kaynağı olarak ele alınan ‘beklenen damgalamanın’ MS hastalarında çalışıldığı görebildiğimiz kadarıyla bilinen ilk çalışmadır.

MS hastalarında damgalamanın araştırıldığı çalışmalarda sosyodemografik veriler, EDSS, Depresyon, yaşam kalitesi, duygusal tutarlılık ilişkisine bakılmıştır (Maurino ve ark., 2020, Anagnostouli ve ark., 2016, Cook ve ark., 2016, Grothe ve ark., 2022). Ancak çalışmamız aynı zamanda MS hastalarında kişilik inançlarının da incelendiği ilk çalışma olma niteliğindedir. Bu çalışma kapsamında aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

1. MS hastalarında işsizlik sağlıklı kontrollerden daha yüksektir.
2. MS hastalarında beklenen damgalanma sağlıklı kontrollerden daha yüksektir.
3. MS hastalarının anksiyete ve depresyon skorları sağlıklı kontrollerden daha yüksektir.
4. MS hastalarının psikiyatrik tanı sıklığı sağlıklı kontrollerden daha yüksektir.
5. Sağlıklı kontrollerin duygusal tutarlılık skorları MS hastalarından sağlıklı kontrollerden daha yüksektir.
6. MS hastaları ve sağlıklı kontroller arasında kişilik inançları bakımından fark vardır.
7. MS hastalarının yaşam kalitesi sağlıklı kontrollerden kötüdür.
8. MS hastalarında beklenen damgalama yaşam kalitesinde düşüş ile ilişkilidir.
9. Yaş ile beklenen damgalama arasında ilişki vardır.
10. Duygusal tutarlılık ve yaşam kalitesi pozitif ilişkilidir.
11. Duygusal tutarlılık ve ruhsal sağlık pozitif ilişkilidir.
12. Duygusal tutarlılık anksiyete ve depresyon skorlarıyla negatif

ilişkilidir.

13. Duygusal tutarlılık ve damgalanma zıt ilişkilidir.
14. Beklenen damgalama ile MS hastalarının EDSS puanları pozitif ilişkilidir.
15. Beklenen damgalama ile depresyon ve anksiyete puanları arasında ilişki vardır.
16. Beklenen damgalama ile kişilik inançları arasında ilişki vardır.
17. Kişilik inançları ile yaşam kalitesi arasında zıt yönlü ilişki vardır.

Çalışmamıza katılan MS hastalarının yaş ortalaması $36,61 \pm 10$ ve hastalık başlangıcından bu yana geçen ortalama süre $5,66 \pm 5,95$ yıldır. MS grubu ile sağlıklı kontrollerin yaş, cinsiyet ve eğitim durumları bakımından benzer olmalarına özen gösterilmiştir. Çalışmamızda sağlıklı kontrollerde yaş ortalaması 33,67'dir. Literatürde MS hastalarında damgalama ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirildiği benzer çalışmalara bakıldığında yaş ortalamaları ve tanıdan bu yana geçen süreler bizim örneklemimizden daha yüksektir (Katılımcı yaşı $43-45 \pm 10$ hastalık süresi $9-12 \pm 7-10$ yıl) (Maurino ve ark., 2020, Valvano ve ark., 2016, Anagnostouli ve ark., 2016). Çalışmanın pandemi döneminde yapılması ve bu dönemde hastaların raporlu ilaçlarını reçetesiz alabilmeleri tedavisi stabil hastaların rutin poliklinik kontrollerine daha az başvurmalarına yol açarak hastalık süresi daha kısa olan hastaların çalışmamızda daha fazla temsil edilmesine yol açmıştır. Çalışmamızın MS in erken döneminde yapılması hastalık uyumu ve damgalanmanın etkisini değerlendirmede bir avantaj olarak düşünülmüştür.

Literatürde MS hakkında yapılmış çalışmalarda kadın katılımcıların oranı %56-%79 aralığında değişmektedir. Bizim örneklemimizde kadın katılımcı oranı %82 olup literatür ile benzer düzeydedir (Wallin ve ark., 2019, Cadden ve ark., 2018, Maurino ve ark., 2020, Valvano ve ark., 2016, Anagnostouli ve ark., 2016, Cook ve ark., 2016).

2013 yılında yayınlanmış 32507 MS hastasının verilerini içeren geniş bir gözden geçirme çalışmasında MS hastalarında işsizlik oranı %59 olarak saptanmıştır. Kanada'da olup çalışmamız bulgularıyla paralellik göstermektedir. (Schiavolin ve ark., 2013). MS hastalarında işsizliği yordayan faktörleri inceleyen Kanada'da 2010 yılında yapılmış bir

çalışmada MS'li katılımcılarda işsizlik oranı %61.3 bulunmuştur (Honarmand ve ark., 2011). Çalışmamızda iş sahibi olmayan MS'li katılımcıların oranı %61 bulunmuş olup literatürdeki bulgularla paraleldir.

Çalışmamızda MS hastalarının EDSS ortalaması $1,82 \pm 1,20$ olup çalışmamızdaki katılımcıların tamamı 200 metrenin altındaki mesafeleri desteksiz yürüyebilmektedir. Literatüre bakıldığında MS'de damgalama üzerine yapılmış EDSS ölçeğinin de kullanıldığı çalışmalarda EDSS skor ortalamaları 2,0-4,5 aralığında değişmektedir (Anagnostouli ve ark., 2016, Maurino ve ark., 2020, Grothe ve ark., 2021). Literatürdeki bahsi geçen çalışmalar, bir merkezde takipli hastalara telefonla ya da internet üzerinden ulaşılarak yapılmışken bizim çalışmamız yüz yüze bir psikiyatrik değerlendirmeyi de içermekte olup örneklem Aralık 2021- Nisan 2022 arasında MS polikliniğine başvuran hastalardan seçilmiştir. Çalışmamızın MS in erken döneminde yapılması hastalık uyumu ve damgalanmanın etkisini değerlendirmede bir avantaj olarak düşünülmüştür. Üstelik EDSS skorlarının da düşük olması henüz hastalık çok ilerlemeden damgalanmanın etkisini değerlendirme olanağı sağlamıştır.

Çalışmamız görebildiğimiz kadarıyla literatürde MS'li hastalarda beklenen damgalamanın araştırdığı ilk çalışmadır. MS'li hastalarda damgalanmayı inceleyen çalışmalarda, MS'li hastalarda damgalama kontrollere göre artmış bulunmuştur (Cadden ve ark., 2018, Anagnostouli ve ark., 2016, Berzins ve ark., 2017, McCabe, 2005). Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği (KHBSÖ) değerlendirildiğinde örneklemimizdeki ortalama stigma puanı MS hastalarında $2,45 \pm 0,60$ saptanmış olup önceki çalışmalardaki hasta gruplarının stigma skorları ile benzerdir ($2,24 \pm 0,70$ - $2,66 \pm 1,03$) (Tünerir, 2019, Aydın, 2018). Katılımcıların aile ve arkadaşlarından beklediği stigma (KHBSÖ-Aile) puanları MS hastalarında $2,07 \pm 0,88$ sağlıklı kontrollerde $1,89 \pm 0,93$; iş yaşamındaki kişilerden beklediği stigma puanları (KHBSÖ-İş) MS hastalarında $3,13 \pm 0,81$ sağlıklı kontrollerde $2,59 \pm 1,11$; sağlık çalışanlarından bekledikleri stigma puanları (KHBSÖ-Sağlık Çalışanı) MS hastalarında $2,15 \pm 0,60$ sağlıklı kontrollerde $2,04 \pm 0,85$ idi. Ortalama beklenen stigma puanı ve iş yaşamından beklenen damgalama MS hastalarında sağlıklı kontrollere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olup literatür bulguları ile uyumludur ($p < 0,05$).

Çalışmamızda KHBSÖ'nün alt ölçeklerine bakıldığında beklenen damgalamanın en çok iş ortamından beklendiği görüldü. Bunu sırasıyla sağlık çalışanlarından ve aile ve arkadaşlarından bekledikleri damgalamanın izlediği gözlemlendi. Literatürdeki çalışmaların tamamında en yüksek beklenen damgalama iş ortamında olmaktadır en düşük damgalama beklenen ortam konusunda; ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Tünerir'in çalışmasında, en düşük damgalamanın sağlık çalışanlarından beklendiği, ölçeğin Farsça geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Nejatisafa ve ark.'larının çalışmasında en az damgalamanın sağlık çalışanlarından beklendiği, ülkemizde diyabet tanılı hastalarda kan şekeri regülasyonunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin KHBSÖ ile değerlendiren Baran'ın çalışmasında en az damgalamanın sağlık çalışanlarından beklendiği görülmüştür. (Nejatisafa ve ark., 2017, Tünerir, 2019, Baran) Bizim çalışmamızın pandeminin devam ettiği bir dönemde yapılmış olması dolayısıyla sağlık çalışanlarının pandeminin yükü altında tükenmelerinin katılımcılara yansımaları sağlık çalışanlarından daha fazla damgalama beklenmesine yol açmış olabilir.

Çalışmamızda MS hastalarının depresyon ve anksiyete puanları kontrollerden anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). MS 'de en yaygın görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur ve prevalansı %30.5-%50 arasındadır (Patten ve Metz, 1997, Arnett ve ark., 2008, Boeschoten ve ark., 2017). Kanada'da 2009 yılında MS hastalarında ruhsal hastalık eş tanısını araştıran 8842 katılımcıyla yürütülmüş bir çalışmada katılımcıların %48 inde en az bir ruhsal hastalık saptanmıştır (Marrie ve ark., 2009). Bizim örneklemimizde MS hastalarında Ruhsal hastalık sıklığı çalışmamızda %56 olarak saptanmış olup Marrie'nin sonuçları ile benzerdir. Marrie'nin çalışmasında MS hastalarında depresyon %43,9 anksiyete bozuklukları %19,5 sıklığında bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu oranları bizim örneklemimizdeki %19 ile benzer düzeyde olmakla birlikte depresyon oranı bizim örneklemimizde %35,3 ile daha düşüktür. Marrie'nin örnekleminde yaş ortalaması 52,7 olup bizim örneklemimizdeki 36,7'den oldukça yüksektir. Bulgularımıza göre MS'li kişilerde kaygı bozuklukları sıklığı yaş ile değişiklik göstermezken depresyon yaş ile beraber artıyor gözükmektedir. Hastalığın kronik, progresif seyretmesi ve özür lülüğe yol açıyor olması depresif duygudurumu tetikleyebilir olabileceği gibi hastalığın temporal lob tutulumunun da depresyonla ilişkili olduğu

yönünde veriler mevcuttur (Minden ve Schiffer, 1990).

Çalışmamızda duygusal tutarlılığı ölçmekte kullandığımız R-DTÖ ölçeğinin puan ortalaması MS grubunda 46,27; kontrol grubunda 48,80 bulunmuş olup ölçeğin sağlıklı kontrollerde yürütülmüş geçerlilik güvenilirlik çalışmasındaki 49,27 değeri ile benzerdir (Tekin ve Kırlioğlu, 2019).

Çalışmamız MS'li hastaların kişilik inançlarını karşılaştıran literatürdeki ilk çalışma olma niteliğindedir. MS ve kontrol gruplarının kişilik inanç ölçeği skorları karşılaştırıldığında bağımlı, borderline ve kaçınan kişilik inançları MS'li hastalarda kontrollerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,005$). Depresyon tanılı kişileri sağlıklı kontrolleri karşılaştıran ülkemizde yapılmış yaş, kadın/erkek oranı, eğitim durumu ve medeni durum bakımından bizim örneklemimize benzer bir çalışmada bağımlı, pasif agresif, obsesif, antisosyal, histriyonik, paranoid, borderline ve kaçınan kişilik inançları depresif bireylerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Yucens ve ark., 2014). Çalışmamızda depresyon tanılı bireyler ile depresyon tanılı olmayan bireyler kişilik inançları yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir ilişki elde etmek mümkün olmamışsa da depresyonun kategorik bir değişken olarak varlığı yerine sürekli bir değişken olarak HAD-D skorları analize alındığında sağlıklı kontrol grubunda tüm kişilik inançları HAD-D skorları ile pozitif korelasyon göstermekte olup bu ilişki Yucens ve arkadaşlarının bulgularıyla paralellik göstermektedir. Depresyonda kişinin kendilik saygısının azalması ve kendi hakkında olumsuz düşüncelere kapılması depresif bireylerde olumsuz kişilik inançlarının yüksekliğini açıklayabilir.

Çalışmamızda yaşam kalitesini değerlendirmekte kullandığımız MSYK-54 ölçeği fiziksel sağlık ortalaması skoru 61,36 ruhsal sağlık ortalaması skoru 60,30 saptanmıştır. Ölçeğin tüm alt ölçeklerinde MS hastaları sağlıklı kontrollerden istatistiksel anlamlı olarak daha kötü yaşam kalitesine sahiptir ($p<0,05$). Ülkemizde yapılmış bizim örneklemimizle benzer özelliklere sahip 65 MS'li hasta üzerinde gerçekleştirilmiş bir çalışmada fiziksel sağlık ortalaması skoru 60,00 ruhsal sağlık ortalaması skoru 59,91 olarak saptanmış olup bizim bulgularımızla benzerdir (Özbaş, 2022).

Çalışmamızda MS hastalarında beklenen damgalama ile yaş arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Polonya’da 202 şizofreni hastasıyla yapılmış bir çalışmada da beklenen damgalama yaş ile negatif ilişkili bulunmuştur (Cechnicki ve ark., 2011). Güneydoğu Asya ülkelerinden kronik hastalığı olan 4,803 kişinin dahil edildiği, beklenen damgalama üzerine yapılmış bir çalışmada beklenen damgalama ve yaş arasında zıt ilişki gösterilmiştir (Peltzer ve Pengpid, 2016). Literatürde aksi ilişki gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. MS hastalığında hastalık süresinin algılan damgalanmaya etkisi konusunda yapılmış bir çalışmada yaştan, hastalık süresinden bağımsız olarak, algılanan damgalanmanın önemli bir belirleyicisi olabileceği öne sürülmüştür (Spencer ve ark., 2019). Genel olarak daha fazla yaşam deneyimine sahip olmak, damgalanma beklentisini veya deneyimini etkileyen değişiklikler getirebilir. Örneğin, insanlar yaşlandıkça duygu düzenleme stratejilerini daha etkili bir şekilde kullanabilirler, günlük zorluktan daha az sıkıntı çekebilirler ve dikkatlerini olumsuz bilgilerden ziyade olumlu bilgilere kaydırabilirler (Shiota ve Levenson, 2009, Charles ve Almeida, 2007, Reed ve ark., 2014), dolayısıyla beklenen damgalama yaş ile azalabilir. Ayrıca, insanlar yaşlandıkça hastalıklar ve engellilik daha yaygın hale gelir ve bu nedenle akranlar tarafından daha az damgalanabilir. Genç yaşta başlayan kronik bir hastalığın kişinin hayatının gidişatını, iş, evlilik, sosyal alanlarda daha fazla etkilemesi beklenir. Yaş ile beklenen damgalama arasındaki ters ilişki bu çerçevede açıklanabilir.

Çalışmamızda cinsiyet, çalışma durumu, eğitim ve gelir durumu ve MS başlangıcından bu yana geçen süre değişkenlerinin beklenen damgalamayla istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkili göstermediği saptanmıştır. Literatürde damgalama ve sosyodemografik değişkenler üzerine yapılmış çalışmalar incelendiğinde çelişen bulgulara rastlanmaktadır. Eğitim düzeyinin damgalama ile negatif korelasyonunu belirten çalışmalar bulunduğu gibi (Ak ve ark., 2015, McCagh ve ark., 2009, Kelly ve ark., 2019, Duan ve ark., 2020); Tayland’da yapılan bir çalışmada beklenen damgalama yüksek eğitim ile ilişkili bulunmuştur (Peltzer ve Pengpid, 2016). Amerika’da yapılan bir çalışmada ise bizim bulgularımıza paralel şekilde eğitim düzeyi ile damgalama arasında ilişki gösterilmemiştir (McGonagle ve Barnes-Farrell, 2014). Eğitim düzeyinin

artması bireylerin hastalıklar hakkında bilinçlenmesi sebebiyle daha az damgalama ile ilişkilendirilebileceği gibi yüksek eğitilmiş kişilerden beklentilerin yüksek olması da özellikle damgalama beklentisini artırıyor olabilir. Bu konuda fikir birliği sağlanabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda MS hastalarında EDSS ile beklenen damgalama arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatürde EDSS ile “beklenen damgalamayı” karşılaştıran bir çalışma bulunmamakla birlikte EDSS ile “damgalamayı” inceleyen çalışmalarda pozitif korelasyon gösterilmiştir (Anagnostouli ve ark., 2016, Meca-Lallana ve ark., 2021, Demirci ve Yılmaz, 2019). Bahsedilen çalışmalarda kullanılan SSCI (Stigma Scale for Chronic Illness) ölçeğin dayatılan ve içselleştirilmiş damgalamayı bütün olarak ölçmektedir. Yani kişinin karşılaştığı somut engellere ve kişinin ölçeği çözdüğü andaki kendini damgalama durumuna odaklanmaktadır. Çalışmamızda kullandığımız KHBSÖ (Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği) bu ölçekten farklı olarak beklenen damgalamayı yani; kişinin kronik bir hastalığı (ya da kronik hastalığa yakalanması) sebebiyle gelecekte önüne çıkmasını beklediği damgalamayı sorgulamaktadır. Beklenen damgalama şu anki hastalık tablosundan ziyade hastalığın gelecekte beklenen haline odaklandığından dayatılan, içselleştirilmiş ya da kendini damgalama kavramlarından ayrılmaktadır.

Çalışmamızda MS hastalarında duygusal tutarlılık ile beklenen damgalama arasında bir korelasyon gösterilememişken regresyon modelinde duygusal tutarlılığın beklenen damgalamayı negatif yordadığı gösterilmiştir. Literatür incelendiğinde Broersma'nın 185 MS hastasında yürüttüğü çalışmasında damgalama ile duygusal tutarlılık arasında zıt yönlü bir ilişki gösterilmiştir ($B=-0,03$) (Broersma ve ark., 2018). Świtaj'ın ruh sağlığı hastalarında yürüttüğü çalışmasında duygusal tutarlılığın damgalamayla negatif ilişkili olduğu ve damgalamanın etkisi üzerindeki varyansın %4'ünü açıkladığı gösterilmiştir (Świtaj ve ark., 2013). Bu çalışmaların beklenen damgalamayı incelememesi çalışmamızla farklı sonuçlar bulmalarında rol oynuyor olabilir. Ayrıca bahsedilen çalışmalarda bulunan regresyon katsayıları düşük ancak istatistiksel anlamlı sonuçlar, örneklemimizdeki katılımcı sayılarının daha düşük olması sebebiyle gösterilememiş olabilir.

Damgalama MS'li hastalarda azalmış kendine güven ve psikiyatrik

hastalık varlığı ile ilişkilendirilmiştir (Cadden ve ark., 2018, Anagnostouli ve ark., 2016, Berzins ve ark., 2017, McCabe, 2005). Çalışmamızda beklenen damgalama ile depresyon ve anksiyete puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki mevcuttur ($p<0,05$) ve literatürdeki beklenen damgalama üzerine yapılmış çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermektedir (Quinn ve Chaudoir, 2015, Quinn ve Earnshaw, 2013, Ikizer ve ark., 2018, ASLAM ve SARWAT, 2021). Bu korelasyon depresyon ve anksiyetenin beraberce damgalanma beklentisini yordamasından kaynaklanıyor olabilir. Damgalama ile depresyon ve anksiyete şiddeti arasındaki bu ilişki klinik pratikte önem arz etmektedir. Beklenen damgalama varlığı tek başına kronik hastalıkların oluşturduğu fiziksel ve ruhsal yükü arttırabileceği gibi kişilerin sağlık hizmetlerine başvurmalarına da engel olabilmektedir (Earnshaw ve Quinn, 2012, Leventhal ve ark., 2004).

Çalışmamızda Hem MS hastalarında hem de sağlıklı kontrollerde beklenen damgalama ve anksiyete arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir ($p<0,05$). Bu bulgumuz literatürde damgalama üzerine yapılmış anksiyetenin de değerlendirildiği çalışmalar ile paralellik göstermektedir ve aksi bir bulguya rastlanmamıştır (Earnshaw ve ark., 2013, Quinn ve Chaudoir, 2015, O'Donnell ve ark., 2015, Abbott ve Mollen, 2018). Anksiyete ve beklenen damgalama arasındaki bu ilişki, beklenen damgalaması yüksek kişilerin damgalanmış niteliklerinin değersizleştirileceğine dair gergin bekleyişlerinin bir yansıması olabilir.

Depresyon ve damgalama ilişkisinin nedenselliği hakkında Naushad ve ark. kronik ağrıda damgalanmayı araştırdıkları çalışmalarında katılımcıları sağlıklı kontrol, kronik ağrı, depresyon, kronik ağrı ve depresyon olmak üzere 4 gruba bölmüşlerdir. Kronik ağrı ve depresyon grubu depresyon grubundan anlamlı olarak daha fazla damgalama bildirmiş ve yapılan analizlerde çalışmacılar damgalamanın depresyonu artırdığı sonucuna ulaşmışlardır (Naushad ve ark., 2018). Literatürde bu nedensellik ilişkisi bakımından bir fikir birliği olmamakla birlikte da fiziksel ve ruhsal yük oluşturan bu iki antitenin anlamlı korelasyonları hasta yönetiminde göz önünde bulundurulmalıdır.

Broersma ve arkadaşlarının 185 MS hastasında yürüttüğü bir çalışmada duygusal tutarlılığı yüksek hastaların daha az damgalama ve daha

az işlevsellik kaybı yaşadığı gösterilmiştir (Broersma ve ark., 2018). Çalışmamızda da regresyon modellerinde duygusal tutarlılık damgalanmayı negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Duygusal tutarlılık denge, yönetebilirlik ve derinlemesine düşünme olmak üzere üç ana başlık ile ölçülmektedir. Yönetebilirlik ve denge boyutları gerçekleşmesi ihtimal dahilinde olan olumsuz bir olay karşısında bireyin özgüvenini yansıtarak, derinlemesine düşünme boyutu ise diğer ihtimalleri göz önünde bulundurabilme becerisi ile eşleşerek beklenen damgalamayı düşürüyor olabilir.

MS hastalarında beklenen damgalama ile kaçınan, bağımlı, pasif agresif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, şizoid, paranoid ve borderline kişilik inançları arasında istatistiksel anlamlı ilişki mevcuttur ($p<0,05$). Beklenen damgalama ve kişilik inançları arasındaki bu korelasyon depresyon skorları açısından kontrol edildiğinde de anlamlılığını sürdürmektedir. Sağlıklı kontrollerde ise depresyon açısından kontrol edildiğinde beklenen damgalama ile yalnızca şizoid kişilik inançları arasında bir ilişki söz konusudur. Depresyon ile olumsuz kişilik inançları arasındaki ilişki daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir (Park ve ark., 2016, Yucens ve ark., 2014). Çalışmamız bulguları MS hastalarında beklenen damgalamanın depresyondan bağımsız şekilde olumsuz kişilik inançları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Damgalanma Goffman'ın tabiriyle "kimlik algısında bir bozulma" olduğundan, olumsuz kişilik inançları ve damgalanma arasındaki bu ilişki MS etiketini zaten taşıyan ve damgalanma beklentisi de yüksek olan bireyler zayıflamış kimlik algıları dolayısıyla kişiliklerine dair olumsuz inançları daha kolay rapor etmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Literatürde damgalama ve kişilik inançları ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu alanda daha fazla araştırma yapılması kişilik inançları ile damgalama ilişkisini anlamaya yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda MS hastalarında beklenen damgalama; yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel, emosyonel, sosyal ve genel sağlık ve işlevsellik ölçekleri ile negatif yönde istatistiksel anlamlı ilişki göstermektedir ($p<0,05$). Literatürde MS hastalarında damgalamanın yaşam kalitesi ile zıt yönlü ilişkisini gösteren çalışmalar mevcutken aksi bir bulguya rastlanmamıştır (Grothe ve ark., 2021, Earnshaw ve Quinn, 2012, Link ve Phelan, 2006, Stangl ve ark., 2019).

Literatürde damgalamanın bir kronik stres kaynağı olduğu, stres ile ilişkili hastalıkların gelişme sıklığını artırabileceği, mevcut hastalığı kötüleştirebileceği, hastaların normal bir sosyal yaşam sürmesini güçleştireceği, hastalığı kabul etmeyi ve tedavi uyumunu bozarak mevcut hastalığın seyrini kötü yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Link ve Phelan, 2006, Stangl ve ark., 2019, Cook ve ark., 2016). Damgalamanın ilaç uyumunu düşürdüğü AIDS hastalarında yapılan bir çalışmada gösterilmiştir (Waite ve ark., 2008). Kronik hastalıklara sahip 184 katılımcıyla yürütülen bir çalışmada sağlık hizmeti sunulan ortamlara dair beklenen damgalaması yüksek kişilerin sağlık sistemine daha seyrek müracaat ettikleri ve yaşam kalitelerinin bulgularımıza benzer şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur (Earnshaw ve Quinn, 2012). Beklenen damgalamanın doğası gereği diğer damgalama türlerine göre daha fazla kaçınmaya ve sosyal izolasyona yol açacağını öne sürebiliriz. Yine beklenen damgalamanın kronik stresi beraberinde getirerek kişilerin sağlık ve işlevselliğini bozuyor olabileceği de düşünülebilir. Çalışmamızda regresyon modelinde beklenen damgalama sağlık ortalamasını negatif yordamakta ve tek başına sağlık ortalamasındaki varyansın %14'ünü açıklamaktadır. Ancak; damgalama ile işlevsellik kaybı arasındaki ilişki hali hazırda işlevselliği bozulmuş kişilerin daha yüksek damgalama yaşaması sebebiyle de olabilir. Damgalama ve depresyon arasındaki ilişkiye benzer şekilde bu ilişkinin de yönü hakkında bir fikir birliğine varılabilmesi için daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim vardır.

2021 yılında Slovenya'da 134 MS hastasıyla yürütülen bir çalışmada MSYK-54 fiziksel ve ruhsal sağlık ortalamaları ile R-DTÖ kompozit skorları arasında ilişki gösterilmiştir (Štern ve ark., 2021). Çalışmamızda MS hastalarının MSYK-54 fiziksel ve ruhsal sağlık ortalamaları ile R-DTÖ kompozit skorları arasında ilişki gösterilememiştir. Bu uyumsuzluk çalışmamızın örnekleminde hastalık süresi kısa olan genç hastaların ağırlıkta olması ve örneklem boyutunun küçüklüğünden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda MS hastalarının depresyon puanları ile MSYK-54 alt ölçeklerinden duygusal rol, emosyonel iyilik, vitalite, genel sağlık algısı, sosyal işlevsellik, bilişsel işlevler, sağlıkla ilgili endişe, genel yaşam kalitesi puanları arasında zıt yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttur (sağlıkla ilgili endişe ters puanlanmaktadır) ($p < 0,05$). Kontrollerde gözlenen ağrı ve cinsel işlevler ile depresyon arasındaki ilişki MS hastalarında gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Kontrol grubunda ağrı ve cinsel işlev bozukluklarının depresyon ile ilişkisi gösterilmesine karşın bu iki ilişki MS hastalarında yoktur. MS hastalığında ağrı ve cinsel işlev bozukluklarının depresyon dışındaki bir mekanizmayla olduğuna işaret etmektedir.

Guo ve ark. yürüttükleri bir gözden geçirme çalışmasında MS’de cinsel işlev bozukluğunun primer olarak fizyolojik yolları etkileyen lezyonlardan kaynaklandığını saptamışlardır (Guo ve ark., 2012). Çalışmamızda kontrol grubunda cinsel işlev bozukluklarının depresyon ile ilişkisi gösterilmesine karşın bu ilişki MS hastalarında saptanmamış olması bahsedilen literatür verisi ile uyumludur.

MS hastalarında depresyonun fiziksel ve ruhsal alanlarda yaşam kalitesini bozduğu MSYK-54 ölçeğini kullanan önceki çalışmalarda gösterilmiştir (Janardhan ve Bakshi, 2002, Amato ve ark., 2001, Kargarfard ve ark., 2012). Çalışmamız bulgularında da depresyon puanlarının ruhsal alanda daha belirgin olmak üzere fiziksel ve ruhsal sağlık ortalamaları ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır. Depresyonun fiziksel sağlıkla bu ilişkisi; sağlığın biyo-psiko-sosyal bir bütünün parçası olduğu düşünüldüğünde bu alanlardan birinde bozulmanın diğerleri üzerine de etki göstermesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda MS hastalarında borderline kişilik inançları ile Fiziksel Sağlık, Fiziksel rol, Duygusal rol, Emosyonel iyilik, Vitalite, Genel Sağlık Algısı, Sosyal işlevsellik, Bilişsel İşlevler, Sağlıkla İlgili Endişe (ters), Cinsel işlevler, Genel yaşam kalitesi, Fiziksel sağlık ortalaması, Ruhsal sağlık ortalaması arasında negatif korelasyon gösterilmiştir ($p<0,05$). Borderline kişilik inançları ile Ağrı, İyileşme, Cinsel doyum arasında ise bir ilişki saptanmamıştır.

Amerika’da 1630 kişiyle yürütülmüş bir çalışmada Borderline kişilik bozukluğunun sağlık üzerine olumsuz etkileri gösterilmiştir (Cruitt ve ark., 2018). Toronto’da yapılmış 93 çalışmayı inceleyen bir meta-analiz çalışmasında borderline kişilik bozukluğu kişiler arası işlevsellikte azalma ve duygu düzenleme gücü ile ilişkilendirilmiştir (Daros ve Williams, 2019). Amerika’da yapılmış bir meta-analiz çalışmasında borderline kişilik bozukluğu hastalarında bilişsel işlevler kontrollere göre daha düşük bulunmuş olup borderline kişilik inançları ile bilişsel işlevler arasında ilişki bulunduğumuz çalışmamız bulgularıyla paraleldir (Ruocco, 2005).

Çalışmamızda MS hastalarının duygusal tutarlılık (R-DTÖ) ve EDSS

puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Literatürde görebildiğimiz kadarı ile EDSS ve R-DTÖ ölçek puanlarının karşılaştırıldığı bir çalışma olmakla birlikte bu çalışmada da istatistiksel anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (Dymecka ve ark., 2022).

Romanya’da 2016 yılında 88 katılımcıyla yürütülmüş bir çalışmada duygusal tutarlılık (R-DTÖ) ile SCID-II kişilik bozukluğu tarama sorularından elde edilmiş puanlar ile yüksek güçte zıt yönlü korelasyon gösterilmiştir. Çalışmamız kontrol grubunda tüm kişilik inançları depresyon puanları ile pozitif koreledir ($p<0,05$). Depresyon ile olumsuz kişilik inançları arasındaki ilişki daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir (Park ve ark., 2016, Yucens ve ark., 2014). Depresyonda kişi kendini değersiz, yetersiz, dış dünyayı tehlikelerle dolu algılama; geçmişi pişmanlıklarla dolu hatırlama ve gelecekte umutsuz olma eğilimindedir. Bu hislere sahip bir kişinin kendine dair olumsuz kişilik inançlarını daha kolay kabul etmesini bekleyebiliriz. MS hastalarında depresyon, pasif agresif, paranoid, borderline kişilik inançları ile korele iken; bağımlı, obsesif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, şizoid kişilik inançları ile ilişkisiz bulunmuştur. Bulgularımız MS hastalarında depresyon ile kişilik inançları arasında MS hastası olmayan kişilerden farklı bir ilişki bulunduğuna işaret etmektedir. MS hastalarında kişilik inançlarını değerlendiren literatürde görebildiğimiz bir çalışma bulunmamaktadır. Bu alanda yapılacak daha kapsamlı araştırmalar MS hastalığında depresyonun daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

MS’li hastalarda depresyon ve duygusal tutarlılığı inceleyen 2007 yılında yayınlanmış İsveçli 166 katılımcıyı kapsayan bir çalışmada depresif semptomlar düşük duygusal tutarlılık ile ilişkili bulunmuştur (Gottberg ve ark., 2007). 2018 yılında İtalya’da 90 MS’li katılımcıyla yürütülmüş bir başka çalışmada duygusal tutarlılık, düşük depresyon skorları ve artmış ruhsal sağlıkla ilişkili bulunmuştur (Calandri ve ark., 2018). Bizim örneklemimizde depresyon skorları ile duygusal tutarlılık ve ruhsal iyilik arasında MS hastalarında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki gösterilememişken; örneklemimizdeki tüm katılımcılar gruplara ayrılmaksızın incelendiğinde duygusal tutarlılık, yaşam kalitesi ölçütlerinden ruhsal iyilik ile koreledir. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen çalışmaların daha fazla sayıda katılımcıyla gerçekleştirilmiş olmasının istatistiksel ilişkiyi gösterebilmede rol oynadığını düşünmekteyiz.

6.1 Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır.

Literatürde MS hastaları ile yürütülen çoğu çalışma internet, telefon, posta yolu ile kliniğe gelemeyen katılımcıları da dahil etmekte iken, çalışmamız yüz yüze bir psikiyatrik değerlendirmeyi de içermekte olup örneklem MS polikliniğine başvuran hastalardan seçilmiştir.

Damgalama kişilerde sosyal izolasyonu da beraberinde getirebilir, buna bağlı olarak topluma girmekten çekinen kişilerin çalışmaya dahil olmaları ile damgalama skorları daha da artabilir. Bu kişilere ulaşamıyor olmamız çalışmamızın bir kısıtlılığıdır. Aynı zamanda çalışmaya katılmayı istemeyen kişilerin de damgalanma beklentileri yüksek olabileceğinden yalnızca gönüllülerin çalışmaya dahil edilmiş olması da çalışmamızın kısıtlılıklarından sayılabilir. Bu kısıtlılıkların aşılması için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmamız kesitsel bir tasarıma sahiptir. Boylamsal tasarımlı ve hasta aileleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları öncelikli olmak üzere tüm paydaşlarının dahil edildiği çalışmalar damgalama deneyiminin anlaşılması ve değerlendirilmesi, alanda kullanılabilir bilgi ve bulguları sunması açısından yararlı olacaktır.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

7.1 SONUÇLAR

1. Çalışmaya dahil edilen 51 MS'li katılımcının %17'si (n=9 erkek), %82'si (n=42) kadındı. Yaşları 18-71 yaş aralığında olup ortalama yaşları $36,61 \pm 10,63$ idi. Çalışmaya dahil edilen 51 sağlıklı kontrolün %27'si (n=14 erkek), %72'si (n=37) kadındı. Yaşları 18-61 yaş aralığında olup ortalama yaşları $33,67 \pm 9,64$ idi. MS başlangıç yaşı $30,87 \pm 10,00$ olarak saptandı.
2. Duygusal tutarlılığı ölçmede uygulanan R-DTÖ ölçeği puanı MS

hastalarında $40,57 \pm 8,25$ sağlıklı kontrollerde $46,00 \pm 8,09$ olarak bulundu arada istatistiksel anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$).

3. Hastane anksiyete depresyon ölçeği anksiyete puanları değerlendirildiğinde MS hastalarının %12'sinde ($n=6$) normal %20'sinde ($n=10$) sınırdaki %68'inde ($n=35$) yüksek saptanırken sağlıklı kontrollerin %61'inde ($n=31$) normal, %24'ünde ($n=12$) sınırdaki, %15'inde ($n=8$) yüksek saptandı.
4. Hastane anksiyete depresyon ölçeği depresyon puanları değerlendirildiğinde MS hastalarının %65'inde ($n=33$) normal, %20'sinde ($n=10$) sınırdaki, %15'inde ($n=8$) yüksek saptanırken sağlıklı kontrollerin %86'sında ($n=44$) normal, %8'inde ($n=4$) sınırdaki, %6'sında ($n=3$) yüksek saptandı. MS hastalarının anksiyete ve depresyon skorları kontrollerden anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,05$).
5. Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigmatizasyon Ölçeği değerlendirildiğinde ortalama stigma puanları MS hastalarında $2,45 \pm 0,60$ sağlıklı kontrollerde $2,17 \pm 0,72$ idi. Katılımcıların aile ve arkadaşlarından beklediği stigmanın (KHBSÖ-Aile) puanları MS hastalarında $2,07 \pm 0,88$ sağlıklı kontrollerde $1,89 \pm 0,93$; iş yaşamındaki kişilerden beklediği stigma puanları (KHBSÖ-İş) MS hastalarında $3,13 \pm 0,81$ sağlıklı kontrollerde $2,59 \pm 1,11$; sağlık çalışanlarından bekledikleri stigma puanları (KHBSÖ-Sağlık Çalışanı) MS hastalarında $2,15 \pm 0,60$ sağlıklı kontrollerde $2,04 \pm 0,85$ idi. Ortalama puan ve iş yaşamından beklenen damgalama MS hastalarında sağlıklı kontrollere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,05$).
6. Kişilik inançları ölçeği (KİÖ-SF) puanlarında MS hastalarının bağımlı ve borderline kişilik inançları sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,01$).
7. Katılımcıların yaşam kalitelerinin ölçümünde kullanılan MSYK-54 ölçeğinde tüm alt ölçeklerde kontrollerin yaşam kalitesi MS hastalarından anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,05$).
8. Yaşam kalitesi ve beklenen damgalama arasındaki ilişki incelendiğinde duygusal rol, sosyal işlevsellik ve fiziksel sağlık ortalaması alanlarında yalnızca MS hastalarında beklenen damgalama ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki gözlenmiştir ($0,40 < r < 0,60$; $p < 0,05$).

9. MS hastalarında yaş ve beklenen damgalama arasında zıt yönlü istatistiksel anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
10. MS hastalarında beklenen damgalama ile EDSS ve duygusal tutarlılık bakımlarından istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktur.
11. MS hastalarında depresyon ve anksiyete beklenen damgalama ile anlamlı ilişki göstermektedir. ($p<0,05$).
12. MS hastalarında beklenen damgalama ortalama puanları ile kaçınan, bağımlı, pasif agresif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, şizoid, paranoid ve borderline kişilik inançları arasında istatistiksel anlamlı ilişki mevcuttur ($p<0,05$).
13. Yaşam kalitesi ile duygusal tutarlılık arasındaki ilişkiye bakıldığında kontrol grubunda anlamlı ilişki gözlenmemiş iken MS hastalarında duygusal tutarlılık yaşam kalitesi alt ölçeklerinden bilişsel işlevler ile koreledir.
14. MS hastalarında depresyon ile genel yaşam kalitesi arasında ise sağlıklı kontrollerde gözlenmeyen zıt yönlü yüksek güçte bir ilişki söz konusudur ($r:-,664$ $p<0,01$).
15. MS ve kontrol grubunda anksiyete duygusal tutarlılıkla negatif koreledir ($p<0,05$).
16. Kontrol grubunda bağımlı ve narsisistik kişilik inançları duygusal tutarlılıkla negatif korele iken MS hastalarında bu ilişki söz konusu değildir.
17. Regresyon modelinde MS hastalarında beklenen damgalama; depresyon, narsisistik ve bağımlı kişilik inançları sağlık ortalamasını negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır.

7.2 ÖNERİLER

1. Damgalama yalnızca hastaları değil, aileleri ve sağlık çalışanlarını da etkileyen bir faktördür. Bu yüzden aile ve sağlık çalışanlarının gelecek araştırmalara dahil edilmesi damgalamanın etki büyüklüğünü göstermede yararlı olacaktır.
2. Damgalama aynı zamanda kişilerde sosyal izolasyonu da beraberinde getirebilir, buna bağlı olarak topluma girmekten çekinen kişilerin de gelecek çalışmalara dahil edilmesi önerilir.
3. MS hastalarında depresyon hem çok sık görülmesi hem de yaşam kalitesi

ve fiziksel sağlığa olumsuz etkisi sebebiyle multidisipliner bir yaklaşım hasta yönetiminde önemlidir.

4. MS hastalarının yönetiminde damgalama beklentisinin farkında olunması ve gündeme getirilmesi ve duygusal tutarlılığı geliştirmeye yönelik müdahaleler damgalanmayı azaltmada yararlı olabilir.
5. MS’de beklenen damgalamayı ölçen daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.
6. Kronik hastalıklarda damgalama ve kişilik inançları arasındaki ilişkiyi inceleyen daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.



8. KAYNAKLAR

- ABBOTT, D. M. & MOLLEN, D. 2018. Atheism as a concealable stigmatized identity: Outness, anticipated stigma, and well-being. *The Counseling Psychologist*, 46, 685-707.
- AK, P. D., ATAĞLI, D., YUKSEL, B., GÜVELİ, B. T. & SARI, H. 2015. Stigmatization and social impacts of epilepsy in Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 50, 50-54.
- AKDEMİR, N., TERZİ, M., ARSLAN, N. & MUSA, O. 2017. Prevalence of multiple sclerosis in the middle black sea region of Turkey and demographic characteristics of patients. *Archives of Neuropsychiatry*, 54, 11.
- AKKAYA, Ö. 2021. Hekimlerin ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik damgalamalarının değerlendirilmesi.
- AMATO, M., PONZIANI, G., ROSSI, F., LIEDL, C., STEFANILE, C. & ROSSI, L. 2001. Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. *Multiple Sclerosis Journal*, 7, 340-344.
- ANAGNOSTOULI, M., KATSAVOS, S., ARTEMIADIS, A., ZACHARIS, M., ARGYROU, P., THEOTOKA, I., CHRISTIDI, F., ZALONIS, I. & LIAPPAS, I. 2016. Determinants of stigma in a cohort of hellenic patients suffering from multiple sclerosis: a cross-sectional study. *BMC Neurology*, 16, 101.
- ANTONOVSKY, A. 1979. Health, stress, and coping. *New perspectives on mental and physical well-being*, 12-37.
- ARNETH, B. 2020. Multiple sclerosis and smoking. *The American Journal of Medicine*, 133, 783-788.
- ARNETT, P. A., BARWICK, F. H. & BEENEY, J. E. 2008. Depression in multiple sclerosis: Review and theoretical proposal. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14, 691-724.
- ASCHERIO, A., MUNGER, K. L. & SIMON, K. C. 2010. Vitamin D and multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 9, 599-612.
- ASCHERIO, A., MUNGER, K. L., WHITE, R., KÖCHERT, K., SIMON, K. C., POLMAN, C. H., FREEDMAN, M. S., HARTUNG, H.-P., MILLER, D. H., MONTALBÁN, X., EDAN, G., BARKHOF, F., PLEIMES, D., RADÜ, E.-W., SANDBRINK, R., KAPPOS, L. & POHL, C. 2014. Vitamin D as an Early Predictor of Multiple Sclerosis Activity and Progression. *JAMA Neurology*, 71, 306-314.
- ASLAM, M. & SARWAT, N. 2021. Linking Anticipated Stigma to Psychological Well-Being: Mediating Role of Anxiety & Depression. *International Journal of Business and Economic Affairs*, 6, 201-212.
- AYDEMİR, O. 1997. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.*, 8, 187-280.
- AYDIN, E. 2018. Behçet hastalarındaki stigmatizasyonun yaşam kalitesine etkisi.
- BACHEM, R. & MAERCKER, A. 2016. Development and psychometric evaluation of a revised sense of coherence scale. *European Journal of Psychological Assessment*.
- BARAN, S. Type-2 diabetes mellitus diagnosis patientevaluation of the effect of blood candy regulation on the quality of life with the expected stigma scale in chronic diseases.
- BAUMEISTER, R. & LEARY, M. The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. 1995. *Abstract*[Google Scholar], 497-529.
- BELBASIS, L., BELLOU, V., EVANGELOU, E., IOANNIDIS, J. P. & TZOULAKI, I. 2015. Environmental risk factors and multiple sclerosis: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *The Lancet Neurology*, 14, 263-273.
- BELMAKER, R. 2004. Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 351, 476-486.
- BERKOVICH, R. R. 2016. Acute Multiple Sclerosis Relapse. *Continuum (Minneapolis)*, 22, 799-814.
- BERZINS, S., BULLOCH, A., BURTON, J., DOBSON, K., FICK, G. & PATTEN, S. 2017. Determinants and incidence of depression in multiple sclerosis: a prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 169-176.
- BOESCHOTEN, R. E., BRAAMSE, A. M. J., BEEKMAN, A. T. F., CUIJPERS, P., VAN OPPEN, P., DEKKER, J. & UITDEHAAG, B. M. J. 2017. Prevalence of depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*, 372, 331-341.
- BOS, A. E., PRYOR, J. B., REEDER, G. D. & STUTTERHEIM, S. E. 2013. Stigma: Advances in theory and research. *Basic and applied social psychology*, 35, 1-9.

- BÖRÜ, Ü. T., ALP, R., SUR, H. & GÜL, L. 2006. Prevalence of multiple sclerosis door-to-door survey in Maltepe, Istanbul, Turkey. *Neuroepidemiology*, 27, 17-21.
- BRADLEY, S., ROSE, S., LUTGENDORF, S., COSTANZO, E. & ANDERSON, B. 2006. Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecologic oncology*, 100, 479-486.
- BROCKINGTON, I. F., HALL, P., LEVINGS, J. & MURPHY, C. 1993. The community's tolerance of the mentally ill. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.
- BROERSMA, F., OESEBURG, B., DIJKSTRA, J. & WYNIA, K. 2018. The impact of self-perceived limitations, stigma and sense of coherence on quality of life in multiple sclerosis patients: results of a cross-sectional study. *Clinical rehabilitation*, 32, 536-545.
- BROWNLEE, W. J., HARDY, T. A., FAZEKAS, F. & MILLER, D. H. 2017. Diagnosis of multiple sclerosis: progress and challenges. *Lancet*, 389, 1336-1346.
- BRÜNE, M. 2015. *Textbook of evolutionary psychiatry and psychosomatic medicine: The origins of psychopathology*, Oxford University Press.
- CADDEN, M. H., ARNETT, P. A., TYRY, T. M. & COOK, J. E. 2018. Judgment hurts: the psychological consequences of experiencing stigma in multiple sclerosis. *Social Science & Medicine*, 208, 158-164.
- CALANDRI, E., GRAZIANO, F., BORCHI, M. & BONINO, S. 2018. Depression, positive and negative affect, optimism and health-related quality of life in recently diagnosed multiple sclerosis patients: The role of identity, sense of coherence, and self-efficacy. *Journal of Happiness Studies*, 19, 277-295.
- CECHNICKI, A., ANGERMEYER, M. C. & BIELAŃSKA, A. 2011. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 643-650.
- CHARLES, S. T. & ALMEIDA, D. M. 2007. Genetic and environmental effects on daily life stressors: more evidence for greater variation in later life. *Psychology and aging*, 22, 331.
- COMPSTON, A. & COLES, A. 2008. Multiple sclerosis. *Lancet*, 372, 1502-17.
- CONSORTIUM*†, I. M. S. G., ANZGENE, IIBDGC & WTCCC2 2019. Multiple sclerosis genomic map implicates peripheral immune cells and microglia in susceptibility. *Science*, 365, eaav7188.
- COOK, J. E., GERMANO, A. L. & STADLER, G. 2016. An exploratory investigation of social stigma and concealment in patients with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 18, 78-84.
- CORKER, E., BROWN, J. & HENDERSON, C. 2016. How does self stigma differ across people with psychiatric diagnoses and rheumatoid arthritis, and how does it impact on self-esteem and empowerment? *Psychology, health & medicine*, 21, 993-1005.
- CORRIGAN, P. W. & RAO, D. 2012. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 464-469.
- CORRIGAN, P. W. & WATSON, A. C. 2002. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9, 35.
- CORRIGAN, P. W., WATSON, A. C. & BARR, L. 2006. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25, 875.
- CRUITT, P. J., BOUDREAUX, M. J., JACKSON, J. J. & OLTMANNS, T. F. 2018. Borderline personality pathology and physical health: The role of employment. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9, 73.
- ÇORAPÇIOĞLU, A., AYDEMİR, Ö., YILDIZ, M., ESEN, A. & KÖROĞLU IV, E. 1999. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. *Ankara: Hekimler yayın birliği*.
- DAROFF, R. B., JANKOVIC, J., MAZZIOTTA, J. C. & POMEROY, S. L. 2015. *Bradley's neurology in clinical practice e-book*, Elsevier Health Sciences.
- DAROS, A. R. & WILLIAMS, G. E. 2019. A meta-analysis and systematic review of emotion-regulation strategies in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 27, 217-232.
- DEMIRCI, S. & YILMAZ, C. 2019. Internalized and enacted stigma in relapsing-remitting and secondary-progressive multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 405, 298-299.
- DISANTO, G., MORAHAN, J., BARNETT, M., GIOVANNONI, G. & RAMAGOPALAN, S. 2012. The evidence for a role of B cells in multiple sclerosis. *Neurology*, 78, 823-832.
- DOBSON, R. & GIOVANNONI, G. 2019. Multiple sclerosis - a review. *Eur J Neurol*, 26, 27-40.

- DOLAN, P. 2000. The measurement of health-related quality of life for use in resource allocation decisions in health care. *Handbook of health economics*, 1, 1723-1760.
- DUAN, W., BU, H. & CHEN, Z. 2020. COVID-19-related stigma profiles and risk factors among people who are at high risk of contagion. *Social Science & Medicine*, 266, 113425.
- DYMECKA, J., GERYMSKI, R., TATARUCH, R. & BIDZAN, M. 2022. Sense of Coherence and Health-Related Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis: The Role of Physical and Neurological Disability. *Journal of Clinical Medicine*, 11, 1716.
- DYMENT, D. A., EBERS, G. C. & SADOVNICK, A. D. 2004. Genetics of multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 3, 104-110.
- EARNSHAW, V. A. & QUINN, D. M. 2012. The impact of stigma in healthcare on people living with chronic illnesses. *Journal of health psychology*, 17, 157-168.
- EARNSHAW, V. A., QUINN, D. M., KALICHMAN, S. C. & PARK, C. L. 2013. Development and psychometric evaluation of the chronic illness anticipated stigma scale. *Journal of behavioral medicine*, 36, 270-282.
- EARNSHAW, V. A., QUINN, D. M. & PARK, C. L. 2012. Anticipated stigma and quality of life among people living with chronic illnesses. *Chronic illness*, 8, 79-88.
- EBERS, G. C., BULMAN, D. E., SADOVNICK, A. D., PATY, D. W., WARREN, S., HADER, W., MURRAY, T. J., SELAND, T. P., DUQUETTE, P. & GREY, T. 1986. A population-based study of multiple sclerosis in twins. *New England Journal of Medicine*, 315, 1638-1642.
- EDWARDS, L. & CONSTANTINESCU, C. 2004. A prospective study of conditions associated with multiple sclerosis in a cohort of 658 consecutive outpatients attending a multiple sclerosis clinic. *Multiple Sclerosis Journal*, 10, 575-581.
- ERAKSOY, P. D. M. 2021. *İ.T.F Nöroloji*
- FELCE, D. & PERRY, J. 1995. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16, 51-74.
- FIRST, M. B. 1997. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. *Biometrics Research Department*.
- FLETCHER, J. M., LALOR, S., SWEENEY, C., TUBRIDY, N. & MILLS, K. 2010. T cells in multiple sclerosis and experimental autoimmune encephalomyelitis. *Clinical & Experimental Immunology*, 162, 1-11.
- GARLAND, E. J. & ZIS, A. 1991. Multiple sclerosis and affective disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 112-117.
- GATER, R., KIND, P. & GUDEX, C. 1995. Quality of life in liaison psychiatry: a comparison of patient and clinician assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 515-520.
- GOETZ, C. G. 2007. *Textbook of clinical neurology*.
- GOFFMAN, E. 1963. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Simon and Schuster.
- GOLD, S. M. & VOSKUHL, R. R. 2009. Estrogen and testosterone therapies in multiple sclerosis. *Progress in brain research*, 175, 239-251.
- GOODIN, D. S. 2014. The epidemiology of multiple sclerosis: insights to disease pathogenesis. *Handbook of clinical neurology*, 122, 231-266.
- GOTTBERG, K., EINARSSON, U., FREDRIKSON, S., VON KOCH, L. & HOLMQVIST, L. W. 2007. A population-based study of depressive symptoms in multiple sclerosis in Stockholm county: association with functioning and sense of coherence. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78, 60-65.
- GRIFFITH, T. & SCHOFIELD, M. 2016. *Plato: The Laws*, Cambridge University Press.
- GROTHER, L., GROTHE, M., WINGERT, J., SCHOMERUS, G. & SPEERFORCK, S. 2021. Stigma in Multiple Sclerosis: The Important Role of Sense of Coherence and Its Relation to Quality of Life. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1-7.
- GROTHER, L., GROTHE, M., WINGERT, J., SCHOMERUS, G. & SPEERFORCK, S. 2022. Stigma in Multiple Sclerosis: The Important Role of Sense of Coherence and Its Relation to Quality of Life. *International Journal of Behavioral Medicine*, 29, 517-523.
- GRUSZCZYNSKA, E. 2006. What is measured by the Orientation to Life Questionnaire? Construct validity of the instrument for the Sense of Coherence measurement. *Polish Psychological Bulletin*, 37, 74.
- GRYTEN, N. & MÅSEIDE, P. 2006. When I am together with them I feel more ill.'The stigma of multiple sclerosis experienced in social relationships. *Chronic Illness*, 2, 195-208.

- GUO, Z.-N., HE, S.-Y., ZHANG, H.-L., WU, J. & YANG, Y. 2012. Multiple sclerosis and sexual dysfunction. *Asian journal of andrology*, 14, 530.
- HATEGEKA, C., TRABOULSEE, A., MCMULLEN, K. & LYND, L. D. 2017. Stigma in multiple sclerosis: association with work productivity loss, health-related quality of life and caregivers' burden (P3. 332). AAN Enterprises.
- HATZENBUEHLER, M. L., PHELAN, J. C. & LINK, B. G. 2013. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*, 103, 813-821.
- HAUSER, S. L. & CREE, B. A. 2020. Treatment of multiple sclerosis: a review. *The American journal of medicine*, 133, 1380-1390. e2.
- HEDSTRÖM, A. K., OLSSON, T. & ALFREDSSON, L. 2012. High body mass index before age 20 is associated with increased risk for multiple sclerosis in both men and women. *Multiple Sclerosis Journal*, 18, 1334-1336.
- HENZE, T., RIECKMANN, P. & TOYKA, K. 2006. Symptomatic treatment of multiple sclerosis. *European neurology*, 56, 78-105.
- HOLZEMER, W. L., HUMAN, S., ARUDO, J., ROSA, M. E., HAMILTON, M. J., CORLESS, I., ROBINSON, L., NICHOLAS, P. K., WANTLAND, D. J. & MOEZZI, S. 2009. Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 161-168.
- HONARMAND, K., AKBAR, N., KOU, N. & FEINSTEIN, A. 2011. Predicting employment status in multiple sclerosis patients: the utility of the MS functional composite. *Journal of neurology*, 258, 244-249.
- HOSSEINY, M., NEWSOME, S. & YOUSEM, D. 2020. Radiologically isolated syndrome: A review for neuroradiologists. *American Journal of Neuroradiology*, 41, 1542-1549.
- HUYNH, J. L. & CASACCIA, P. 2013. Epigenetic mechanisms in multiple sclerosis: implications for pathogenesis and treatment. *The Lancet Neurology*, 12, 195-206.
- HOWARD, J., TREVTOK, S. & YCUNGCR, D. 2016. Epidemiology of Multiple Sclerosis. *Neurol Clin*, 34, 919-939.
- İDIMAN, E. 2016. TANI ve TEDAVİ KILAVUZU 2016.
- IDIMAN, E., UZUNEL, F., OZAKBAS, S., YOZBATIRAN, N., OGUZ, M., CALLIOGLU, B., GOKCE, N. & BAHAR, Z. 2006. Cross-cultural adaptation and validation of multiple sclerosis quality of life questionnaire (MSQOL-54) in a Turkish multiple sclerosis sample. *Journal of the neurological sciences*, 240, 77-80.
- IKIZER, E. G., RAMÍREZ-ESPARZA, N. & QUINN, D. M. 2018. Culture and concealable stigmatized identities: Examining anticipated stigma in the United States and Turkey. *Stigma and Health*, 3, 152.
- JACOBY, A. 1994. Felt versus enacted stigma: A concept revisited: Evidence from a study of people with epilepsy in remission. *Social science & medicine*, 38, 269-274.
- JANARDHAN, V. & BAKSHI, R. 2002. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. *Journal of the neurological sciences*, 205, 51-58.
- JOFFE, R. T., LIPPERT, G. P., GRAY, T. A., SAWA, G. & HORVATH, Z. 1987. Personal and family history of affective illness in patients with multiple sclerosis. *Journal of affective disorders*, 12, 63-65.
- JOHNSTONE, M. J. 2001. Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 200-209.
- JONES, E. E. 1984. *Social stigma: The psychology of marked relationships*, WH Freeman.
- KABAY, S., TOĞROL, E. & MESTAN, E. 2014. Nörolojik hastalıklarda stigmatizasyon ve ölçümü. *Turkish Journal of Neurology*, 20, 91-99.
- KANTARCI, O. H., LEBRUN, C., SIVA, A., KEEGAN, M. B., AZEVEDO, C. J., INGLESE, M., TINTORÉ, M., NEWTON, B. D., DURAND - DUBIEF, F. & AMATO, M. P. 2016. Primary Progressive Multiple Sclerosis Evolving From Radiologically Isolated Syndrome. *Annals of Neurology*, 79, 288-294.
- KARGARFARD, M., EETEMADIFAR, M., MEHRABI, M., MAGHZI, A. & HAYATBAKHS, M. 2012. Fatigue, depression, and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *European journal of neurology*, 19, 431-437.
- KARIMI, M. & BRAZIER, J. 2016. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34, 645-649.

- KELLY, J. D., WEISER, S. D., WILSON, B., COOPER, J. B., GLAYWEON, M., SNELLER, M. C., DREW, C., STEWARD, W. T., REILLY, C. & JOHNSON, K. 2019. Ebola virus disease-related stigma among survivors declined in Liberia over an 18-month, post-outbreak period: an observational cohort study. *PLoS neglected tropical diseases*, 13, e0007185.
- KURTZKE, J. F. 1983. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33, 1444-1444.
- KUYKEN, W. 1995. The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. *Soc Sci Med*, 41, 1409-1409.
- LASSMANN, H. 2018. Multiple sclerosis pathology. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 8, a028936.
- LEVENTHAL, H., HALM, E., HOROWITZ, C., LEVENTHAL, E. A. & OZAKINCI, G. 2004. Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. *The Sage handbook of health psychology*, 197-240.
- LINDSTRÖM, B. & ERIKSSON, M. 2005. Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 440-442.
- LINK, B. G. & PHELAN, J. C. 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- LINK, B. G. & PHELAN, J. C. 2006. Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367, 528-529.
- LIVINGSTON, J. D. & BOYD, J. E. 2010. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71, 2150-2161.
- LUBLIN, F. D., REINGOLD, S. C., COHEN, J. A., CUTTER, G. R., SØRENSEN, P. S., THOMPSON, A. J., WOLINSKY, J. S., BALCER, L. J., BANWELL, B., BARKHOF, F., BEBO, B., JR., CALABRESI, P. A., CLANET, M., COMI, G., FOX, R. J., FREEDMAN, M. S., GOODMAN, A. D., INGLESE, M., KAPPOS, L., KIESEIER, B. C., LINCOLN, J. A., LUBETZKI, C., MILLER, A. E., MONTALBAN, X., O'CONNOR, P. W., PETKAU, J., POZZILLI, C., RUDICK, R. A., SORMANI, M. P., STÜVE, O., WAUBANT, E. & POLMAN, C. H. 2014. Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revisions. *Neurology*, 83, 278-86.
- LUCCHINETTI, C., BRÜCK, W., PARISI, J., SCHEITHAUER, B., RODRIGUEZ, M. & LASSMANN, H. 2000. Heterogeneity of multiple sclerosis lesions: implications for the pathogenesis of demyelination. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 47, 707-717.
- M. T. WALLIN ET AL. 2019. Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*, 18, 269-285.
- MARRIE, R., HORWITZ, R., CUTTER, G., TYRY, T., CAMPAGNOLO, D. & VOLLMER, T. 2009. The burden of mental comorbidity in multiple sclerosis: frequent, underdiagnosed, and undertreated. *Multiple sclerosis journal*, 15, 385-392.
- MAURINO, J., MARTÍNEZ-GINÉS, M. L., GARCÍA-DOMÍNGUEZ, J. M., SOLAR, M. D., CARCELÉN-GADEA, M., ARES-LUQUE, A., BALLABRIGA, J., NAVARRO-CANTÓ, L., MEDRANO, N. & HONAN, C. A. 2020. Workplace difficulties, health-related quality of life, and perception of stigma from the perspective of patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 41, 102046.
- MCCABE, M. P. 2005. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal of psychosomatic research*, 59, 161-166.
- MCCAGH, J., FISK, J. E. & BAKER, G. A. 2009. Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. *Epilepsy research*, 86, 1-14.
- MCGONAGLE, A. K. & BARNES - FARRELL, J. L. 2014. Chronic illness in the workplace: Stigma, identity threat and strain. *Stress and Health*, 30, 310-321.
- MCLAUGHLIN, L., CLARKE, L., KHALILIDEHKORDI, E., BUTZKUEVEN, H., TAYLOR, B. & BROADLEY, S. A. 2018. Vitamin D for the treatment of multiple sclerosis: a meta-analysis. *Journal of Neurology*, 265, 2893-2905.
- MECA-LALLANA, J. E., PREFASI, D., PÉREZ-MIRALLES, F., FORERO, L., SEPÚLVEDA, M., CALLES, C., MARTÍNEZ-GINÉS, M. L., GONZÁLEZ-SUÁREZ, I., BOYERO, S. & ROMERO-PINEL, L. 2021. Perception of stigma in patients with neuromyelitis optica spectrum disorder. *Patient preference and adherence*, 15, 713.

- MEDAER, R. 1979. Does the history of multiple sclerosis go back as far as the 14th century? *Acta neurologica Scandinavica*, 60, 189-192.
- MERRITT, H. H. 2010. *Merritt's neurology*, Lippincott Williams & Wilkins.
- MILLER, D. H., FAZEKAS, F., MONTALBAN, X., REINGOLD, S. C. & TROJANO, M. 2014. Pregnancy, sex and hormonal factors in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 20, 527-536.
- MINDEN, S. L. & SCHIFFER, R. B. 1990. Affective disorders in multiple sclerosis review and recommendations for clinical research. *Archives of neurology*, 47, 98-104.
- MOSS, M. S., HOFFMAN, C. J., MOSSEY, J. & ROVINE, M. 2007. Changes over 4 years in health, quality of life, mental health, and valuation of life. *Journal of aging and health*, 19, 1025-1044.
- MOUTSIANAS, L., JOSTINS, L., BEECHAM, A. H., DILTHEY, A. T., XIFARA, D. K., BAN, M., SHAH, T. S., PATSOPOULOS, N. A., ALFREDSSON, L., ANDERSON, C. A., ATTFIELD, K. E., BARANZINI, S. E., BARRETT, J., BINDER, T. M. C., BOOTH, D., BUCK, D., CELIUS, E. G., COTSAPAS, C., D'ALFONSO, S., DENDROU, C. A., DONNELLY, P., DUBOIS, B., FONTAINE, B., FUGGER, L., GORIS, A., GOURRAUD, P.-A., GRAETZ, C., HEMMER, B., HILLERT, J., INTERNATIONAL, I. B. D. G. C., KOCKUM, I., LESLIE, S., LILL, C. M., MARTINELLI-BONESCHI, F., OKSENBURG, J. R., OLSSON, T., OTURAI, A., SAARELA, J., SØNDERGAARD, H. B., SPURKLAND, A., TAYLOR, B., WINKELMANN, J., ZIPP, F., HAINES, J. L., PERICAK-VANCE, M. A., SPENCER, C. C. A., STEWART, G., HAFLER, D. A., IVINSON, A. J., HARBO, H. F., HAUSER, S. L., DE JAGER, P. L., COMPSTON, A., MCCAULEY, J. L., SAWCER, S., MCVEAN, G. & THE INTERNATIONAL MULTIPLE SCLEROSIS GENETICS, C. 2015. Class II HLA interactions modulate genetic risk for multiple sclerosis. *Nature Genetics*, 47, 1107-1113.
- NAUSHAD, N., DUNN, L. B., MUÑOZ, R. F. & LEYKIN, Y. 2018. Depression increases subjective stigma of chronic pain. *Journal of Affective Disorders*, 229, 456-462.
- NEJATISAFI, A.-A., MOZAFARI, S., NOORBALA, A.-A., ASGARIAN, F. S., EARNSHAW, V. A., SAHRAIAN, M.-A. & ETESAM, F. 2017. Psychometric Evaluation of the Persian Version of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale (CIASS). *International Journal of Behavioral Medicine*, 24, 634-640.
- O'DONNELL, A. T., CORRIGAN, F. & GALLAGHER, S. 2015. The impact of anticipated stigma on psychological and physical health problems in the unemployed group. *Frontiers in psychology*, 6, 1263.
- OXFORDENGLISHDICTIONARY 2006. *Oxford English Dictionary*.
- ÖZBAŞ, E. 2022. MULTİPL SKLEROZ'LU BİREYLERDE İKİ DENGİ ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI.
- PARK, J.-H., KIM, Y.-R. & HWANG, S.-T. 2016. A Validation Study of Korean Version of Personality Beliefs Questionnaire-Short Form (PBQ-SF). *jkna*, 55, 103-113.
- PARK, K., TANAKA, K. & TANAKA, M. 2014. Uhthoff's phenomenon in multiple sclerosis and neuromyelitis optica. *European Neurology*, 72, 153-156.
- PASHENKOV, M., SÖDERSTRÖM, M. & LINK, H. 2003. Secondary lymphoid organ chemokines are elevated in the cerebrospinal fluid during central nervous system inflammation. *Journal of neuroimmunology*, 135, 154-160.
- PATTEN, S. B. & METZ, L. M. 1997. Depression in multiple sclerosis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 286-292.
- PELTZER, K. & PENGPID, S. 2016. Anticipated stigma in chronic illness patients in Cambodia, Myanmar and Vietnam. *Nagoya journal of medical science*, 78, 423.
- PERUMAL, J. S., CAON, C., HREHA, S., ZABAD, R., TSELIS, A., LISAK, R. & KHAN, O. 2008. Oral prednisone taper following intravenous steroids fails to improve disability or recovery from relapses in multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 15, 677-680.
- PRYOR, J. B., REEDER, G. D., YEADON, C. & HESSON-MCINNIS, M. 2004. A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of personality and social psychology*, 87, 436.
- QUINN, D. M. & CHAUDOIR, S. R. 2015. Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health.
- QUINN, D. M. & EARNSHAW, V. A. 2013. Concealable stigmatized identities and psychological well - being. *Social and personality psychology compass*, 7, 40-51.

- RAJESH, G., ERIKSSON, M., PAI, K., SEEMANTHINI, S., NAIK, D. G. & RAO, A. 2016. The validity and reliability of the Sense of Coherence scale among Indian university students. *Global health promotion*, 23, 16-26.
- RAMANUJAM, R., HEDSTRÖM, A.-K., MANOUCHEHRINIA, A., ALFREDSSON, L., OLSSON, T., BOTTAI, M. & HILLERT, J. 2015. Effect of smoking cessation on multiple sclerosis prognosis. *JAMA neurology*, 72, 1117-1123.
- REED, A. E., CHAN, L. & MIKELS, J. A. 2014. Meta-analysis of the age-related positivity effect: age differences in preferences for positive over negative information. *Psychology and aging*, 29, 1.
- RITSHER, J. B. & PHELAN, J. C. 2004. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, 129, 257-265.
- ROACH, E. 2004. Is multiple sclerosis an autoimmune disorder? *Archives of neurology*, 61, 1615-1616.
- RUDNICK, A. 2001. The impact of coping on the relation between symptoms and quality of life in schizophrenia. *Psychiatry*, 64, 304-308.
- RUOCCO, A. C. 2005. The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Research*, 137, 191-202.
- SAYLES, J. N., RYAN, G. W., SILVER, J. S., SARKISIAN, C. A. & CUNNINGHAM, W. E. 2007. Experiences of social stigma and implications for healthcare among a diverse population of HIV positive adults. *Journal of Urban Health*, 84, 814-828.
- SCHIAVOLIN, S., LEONARDI, M., GIOVANNETTI, A. M., ANTOZZI, C., BRAMBILLA, L., CONFALONIERI, P., MANTEGAZZA, R. & RAGGI, A. 2013. Factors related to difficulties with employment in patients with multiple sclerosis: a review of 2002–2011 literature. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36, 105-111.
- SCHIFFER, R. B., WINEMAN, N. M. & WEITKAMP, L. R. 1986. Association between bipolar affective disorder and multiple sclerosis. *The American journal of psychiatry*.
- SERAFEIM, K. & ANAGNOSTOULI, M. 2013. Biomarkers in Multiple Sclerosis: An Up-to-Date Overview. *Multiple Sclerosis International*, 2013.
- SHEIK-ALI, S. 2017. Infectious mononucleosis and multiple sclerosis—updated review on associated risk. *Multiple sclerosis and related disorders*, 14, 56-59.
- SHIOTA, M. N. & LEVENSON, R. W. 2009. Effects of aging on experimentally instructed detached reappraisal, positive reappraisal, and emotional behavior suppression. *Psychology and aging*, 24, 890.
- SILVA, A. N. D., MENDONÇA, M. H. M. D. & VETTORE, M. V. 2008. A salutogenic approach to oral health promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, s521-s530.
- SILVERMAN, A. M., VERRALL, A. M., ALSCHULER, K. N., SMITH, A. E. & EHDE, D. M. 2017. Bouncing back again, and again: a qualitative study of resilience in people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 39, 14-22.
- SPENCER, L. A., SILVERMAN, A. M. & COOK, J. E. 2019. Adapting to Multiple Sclerosis Stigma Across the Life Span. *Int J MS Care*, 21, 227-234.
- STANGL, A. L., EARNSHAW, V. A., LOGIE, C. H., VAN BRAKEL, W., L, C. S., BARRÉ, I. & DOVIDIO, J. F. 2019. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*, 17, 31.
- ŠTERN, B., ZALETEL-KRAGELJ, L. & HOJS FABJAN, T. 2021. Impact of sense of coherence on quality of life in patients with multiple sclerosis. *Wiener klinische Wochenschrift*, 133, 173-181.
- STEWART, W. T., HEREK, G. M., RAMAKRISHNA, J., BHARAT, S., CHANDY, S., WRUBEL, J. & EKSTRAND, M. L. 2008. HIV-related stigma: adapting a theoretical framework for use in India. *Social science & medicine*, 67, 1225-1235.
- SUNDSTRÖM, P., NYSTRÖM, M., RUUTH, K. & LUNDGREN, E. 2009. Antibodies to specific EBNA-1 domains and HLA DRB1* 1501 interact as risk factors for multiple sclerosis. *Journal of neuroimmunology*, 215, 102-107.
- ŚWITAJ, P., ANCZEWSKA, M., CHROSTEK, A., GRYGIEL, P., PROT-KLINGER, K., CHOMA, M. & WCIÓRKA, J. 2013. The sense of coherence as a predictor of the scope and impact of stigma experiences among people with mental illness. *Psychiatry Research*, 209, 249-251.
- TABACHNICK, B. G. & FIDELL, L. S. 2013. Using multivariate statistics, 6th edn Boston. *Ma: Pearson*.

- TAŞKIN, E. O. 2007. Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, 1, 17-30.
- TAYMUR, İ., TÜRKÇAPAR, M. H., ÖRSEL, S., SARGIN, E. & AKKOYUNLU, S. 2011. Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Formunun (KİÖ-KTF) Türkçe Çevirisinin Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik, Güvenilirliği. *Klinik psikiyatri*, 14, 199-209.
- TEKİN, H. H. & KIRLIOĞLU, M. 2019. Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği'nin (R-Dtö) Değerlendirilmesi: Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 14, 591-604.
- THOITS, P. A. 2010. Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of health and social behavior*, 51, S41-S53.
- THOMPSON, A. J., BANWELL, B. L., BARKHOF, F., CARROLL, W. M., COETZEE, T., COMI, G., CORREALE, J., FAZEKAS, F., FILIPPI, M., FREEDMAN, M. S., FUJIHARA, K., GALETTA, S. L., HARTUNG, H. P., KAPPOS, L., LUBLIN, F. D., MARRIE, R. A., MILLER, A. E., MILLER, D. H., MONTALBAN, X., MOWRY, E. M., SORENSEN, P. S., TINTORÉ, M., TRABOULSEE, A. L., TROJANO, M., UITDEHAAG, B. M. J., VUKUSIC, S., WAUBANT, E., WEINSHENKER, B. G., REINGOLD, S. C. & COHEN, J. A. 2018. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet Neurol*, 17, 162-173.
- TOLEDANO, M., WEINSHENKER, B. G. & SOLOMON, A. J. 2015. A Clinical Approach to the Differential Diagnosis of Multiple Sclerosis. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 15, 57.
- TÜNERİR, E. 2019. Kronik hastalıklarda beklenen stigma ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.
- VALVANO, A., FLOYD, R. M., PENWELL-WAINES, L., STEPLEMAN, L., LEWIS, K. & HOUSE, A. 2016. The relationship between cognitive fusion, stigma, and well-being in people with multiple sclerosis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 266-270.
- VICKREY, B. G. 1995. Multiple sclerosis quality of life (MSQOL)-54 instrument. *Los Angeles: University of California, Los Angeles*.
- VOLANEN, S. M., SUOMINEN, S., LAHELMA, E., KOSKENVUO, M. & SILVENTOINEN, K. 2007. Negative life events and stability of sense of coherence: A five - year follow - up study of Finnish women and men. *Scandinavian journal of psychology*, 48, 433-441.
- VUKUSIC, S., HUTCHINSON, M., HOURS, M., MOREAU, T., CORTINOVIS - TOURNIAIRE, P., ADELEINE, P. & CONFAVREUX, C. 2004. Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMIS study): clinical predictors of post - partum relapse. *Brain*, 127, 1353-1360.
- WAITE, K. R., PAASCHE-ORLOW, M., RINTAMAKI, L. S., DAVIS, T. C. & WOLF, M. S. 2008. Literacy, social stigma, and HIV medication adherence. *Journal of general internal medicine*, 23, 1367-1372.
- WALLIN, M. T., CULPEPPER, W. J., CAMPBELL, J. D., NELSON, L. M., LANGER-GOULD, A., MARRIE, R. A., CUTTER, G. R., KAYE, W. E., WAGNER, L., TREMLETT, H., BUKA, S. L., DILOKTHORNSAKUL, P., TOPOL, B., CHEN, L. H. & LAROCCA, N. G. 2019. The prevalence of MS in the United States. *A population-based estimate using health claims data*, 92, e1029-e1040.
- WINGERCHUK, D. M. & CARTER, J. L. Multiple sclerosis: current and emerging disease-modifying therapies and treatment strategies. *Mayo Clinic Proceedings*, 2014. Elsevier, 225-240.
- YAMOUT, B. I. & ALROUGHANI, R. 2018. Multiple Sclerosis. *Semin Neurol*, 38, 212-225.
- YUCENS, B., KURU, E., SAFAK, Y., KARADERE, M. E. & TURKCAPAR, M. H. 2014. Comparison of personality beliefs between depressed patients and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1900-1905.
- ZIGMOND, A. S. & SNAITH, R. P. 1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67, 361-370.

9. EKLER

EK-1 SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Doğum Yılı :

Doğum Yeri :

Yaşadığı il :

1) **Cinsiyet:** 1.Erkek 2.Kadın

2) **Medeni Durum:** 1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış 4.Dul 5. Evli değil ama birlikte yaşıyor

3) **Çocuk Sayısı:** Yok 1 2 3 4 ve üzeri

4) **Eğitim:** 1.Okur yazar değil 2.İlkokul M/T 3.Ortaokul M/T 4.Lise M/T
5.Yüksek okul M/T

5) **Askerlik Durumu:** 1.Yaptı 2.Yapmadı 3.Muaf 4.Askerlik yaparken çürüğe ayrıldı

6) **Toplam Kardeş Sayısı:**

7) **Ailenin Kaçınıcı Çocuğu:**

8) **Köken:** 1 . Kent 2.Kır 3.Kırdan kente göç

9) **Aile Yapısı:** 1.Çekirdek 2.Kalabalık

Yaşadığı Çevre: 1 . İl 2 . İlçe 3.Köy

Yaşadığı Ortam: 1.Ev 2.Sokak 3.İş yeri 4.Yatılı kamu kurumu 5.Diğer

Kimlerle Yaşadığı: 1 . Yalnız 2.Anne ve / veya babayla oturuyor 3.Eşi ve çocuklarıyla

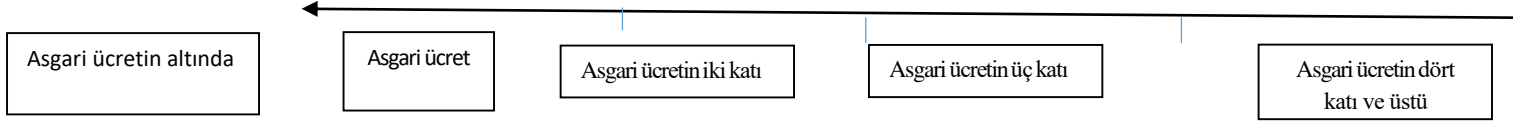
4.Arkadaşlarıyla 5.Diğer

10) **Meslek:** 1.Meslek sahibi değil 2.İşsiz 3.İşçi 4.Memur 5.Esnaf 6 .Emekli 7. Serbest 8.Birden Fazla Meslek

11) **Çalışma durumunuz:** 1.Hiç çalışmamış 2.Çalışıyor 3.Çalışmıyor 4.Emekli 5. Öğrenci Çalışmıyorsa ya da Düzenli Geliri Yoksa Geçimini Nasıl Sağlıyor?

12) **Aile desteğiyle Eşinin geliri ile Devlet yardımı ile Çevreden aldığı yardımla Diğer**

13) **Ekonomik Durum (Hanenize giren aylık toplam gelir):**



14) Ne zaman MS tanısı aldığı: Eşlik eden diğerk hastalıklar:

Sigara kullanımı: Yok Var Tüketim miktarı :

Alkol kullanımı: Yok Var Tüketim miktarı :

Keyif verici madde kullanımı: Yok Var



EK-2 REVİZE EDİLMİŞ DUYGUSAL TUTARLILIK ÖLÇEĞİ (R-DTÖ)

Revize Edilmiş Duygusal Tutarlılık Ölçeği (R-DTÖ)					
Aşağıda yaşam ile ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak size en uygun ifadeyi 1 rakamı “hiç doğru değil”e 5 rakamı “çok doğru” ya karşılık gelecek şekilde işaretleyiniz.					
1. Her şeye rağmen kötü deneyimlerden ders çıkarabilirim.	1	2	3	4	5
2. Kötülüğün de dünyada yeri vardır.	1	2	3	4	5
3. Gerçekten korkunç veya sarsıcı bir şey ile aniden karşılaşabileceğimi biliyorum.	1	2	3	4	5
4. Çoğu olumsuz duygunun (örneğin öfke) ayrıca olumlu tarafları da olduğuna ikna oldum.	1	2	3	4	5
5. Düşüncelerim ve eylemlerimde, olayların iyi ve kötü olmak üzere sıklıkla iki yönü olduğunu dikkate alırım.	1	2	3	4	5
6. Güç durumlar beni aşırı zorlar.	1	2	3	4	5
7. İnsan hayattaki acılarla baş etmenin bir yolunu her zaman bulabilir.	1	2	3	4	5
8. Hayattaki deneyimlerim sayesinde yeni durumları iyi bir şekilde idare edebilirim.	1	2	3	4	5
9. Değiştirilemeyecek şeyleri kabul edebilirim.	1	2	3	4	5
10. Durumlara genel olarak iyi bir açıdan bakabilmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
11. Genelde bir durumu çeşitli açılardan ele alabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her zaman olayları kendi bağlamı içinde anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
13. Sorunlu durumlara maruz kaldığımda farklı bakış açılarını göz önünde bulundurmaya gayret ederim.	1	2	3	4	5

EK-3 HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ)

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐Çoğu zaman
- ☐Birçok zaman
- ☐Zaman zaman, bazen
- ☐Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐Aynı eskisi kadar
- ☐Pek eskisi kadar değil
- ☐Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐Hiçbir zaman

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor.
- ☐Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐Her zaman olduğu kadar
- ☐Şimdi pek o kadar değil
- ☐Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐Çoğu zaman

- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık

☐Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

☐Kesinlikle

☐Gerektiği kadar özen göstermiyorum

☐Pek o kadar özen göstermeyebilirim

☐Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

☐Gerçekten de çok fazla

☐Oldukça fazla

☐Çok fazla değil

☐Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

☐Her zaman olduğu kadar

☐Her zamankinden biraz daha az

☐Her zamankinden kesinlikle daha az

☐Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

☐Gerçekten de çok sık

☐Oldukça sık

☐Çok sık değil

☐Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

☐Sıklıkla

☐Bazen

☐Pek sık değil

☐Çok seyrek



EK-4 KRONİK HASTALIKLARDA BEKLENEN STİGMA ÖLÇEĞİ (KHBSÖ)

Açıklamalar: Aşağıda listelenen ifadeler, kronik hastalığı olan kişilere karşı, diğer insanların bazı tutum ve davranışlarını tariflemektedir. Lütfen bu ifadeleri okuyup, gelecekte bu durumların sizin için hangi olasılıkla gerçekleşebileceğine dair en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Öncelikle, arkadaşlarınız ve aile üyelerinizin (anne, baba, kardeşleriniz, çocuklarınız gibi) gelecekte size nasıl davranacağını düşünün. **Kronik hastalığınız yüzünden** size aşağıdaki gibi davranmaları ne kadar olasıdır?

		Hiç Mümkün Değil	Mümkün Değil	Belki	Muhtemelen	Büyük İhtimalle
1.	Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri size kızgın olacak	1	2	3	4	5
2.	Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri iyileşmediğiniz için sizi suçlayacak	1	2	3	4	5
3.	Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri hastalığınızın sizin hatanız olduğunu düşünecek	1	2	3	4	5

4.	Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri size olan saygısını ve takdirini yitirecek	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---



Şimdi, iş arkadaşlarınızın ve işverenlerinizin gelecekte size nasıl davranacağını düşünün. Eğer şu anda çalışmıyorsanız, gelecekte sahip olabileceğiniz işinizdeki arkadaşları ve işverenlerinizi düşünün. **Kronik hastalığınız yüzünden** size aşağıdaki gibi davranmaları ne kadar olasıdır?

		Hiç Mümkün Değil	Mümkün Değil	Belki	Muhtemelen	Büyük İhtimalle
5.	İşvereniniz sizi terfi ettirmeyecek	1	2	3	4	5
6.	İşyerinizden birisi size ayrımcılık yapacak	1	2	3	4	5
7.	İşvereniniz zorlu bir projede sizi değil başkasını görevlendirecek	1	2	3	4	5
8.	İşyerinizden birisi sizin işinizle ilgili sorumluluklarınızı yerine getiremeyeceğinizi düşünecek	1	2	3	4	5

Son olarak, hastanede veya muayenehanede sağlık hizmeti sunan doktor, hemşire, teknisyen ve sekreterlerin gelecekte size nasıl davranacağını düşünün. **Kronik hastalığınız yüzünden** size aşağıdaki gibi davranmaları ne kadar olasıdır?

		Hiç Mümkün Değil	Mümkün Değil	Belki	Muhtemelen	Büyük İhtimalle
9.	Bir sağlık çalışanı sizden bıkmış, size olan sabrını yitirmiş olacak	1	2	3	4	5
10.	Bir sağlık çalışanı size yetersiz bakım verecek	1	2	3	4	5
11.	Bir sağlık çalışanı iyileşmediğiniz için sizi suçlayacak	1	2	3	4	5
12.	Bir sağlık çalışanı sizin kötü bir hasta olduğunuzu düşünecek	1	2	3	4	5

EK-5 MULTIPL SKLEROZ YAŞAM KALİTESİ (MSYK)-54 ENSTRÜMANI

Bu sorular, sizin sağlığını ve aktivitelerinizi sorgulamaktadır. Her bir soruya aşağıdaki rakamlardan (1,2,3,...) birini işaretleyerek cevap veriniz. Eğer soruların cevabından emin değilseniz, lütfen verebileceğiniz en iyi cevabı verin ve cevaba ait açıklamayı köşesine yazınız. Formun okunması veya işaretlenmesinde yardıma ihtiyacınız olduğunda, lütfen yardım istemekten çekinmeyin.

1.Genel olarak sağlığınız hakkında ne söyleyebilirsiniz? (bir rakamı işaretleyiniz) Mükemmel 1 Çok iyi 2 İyi

3 Biraz iyi 4 Kötü 5

2.Bir yıl öncesine kıyasladığınızda şimdiki sağlık durumunuzu genel olarak nasıl değerlendirirsiniz? (bir rakamı işaretleyiniz)

Bir yıl öncesine göre

şimdi çok daha iyi 1

Bir yıl öncesine göre

şimdi biraz daha iyi 2

Hemen hemen aynı 3

Bir yıl öncesine göre

şimdi biraz daha kötü 4

Bir yıl öncesine göre

şimdi çok daha kötü 5

3.-12. Aşağıdaki sorular tipik olarak gün içinde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri yapmanızı kısıtlıyor mu?

Eğer öyleyse, ne kadar? (Her satırda 1,2 veya

3 rakamlarından birini işaretleyiniz)

	Evet, Çok kısıtlı(1)	Evet Biraz kısıtlı (2)	Hayır Kısıtlı değil(3)
--	----------------------	------------------------	------------------------

3.Koşma, ağır eşyaları kaldırma, ağır sporlara katılma gibi ağır aktiviteler	1	2	3
4.Masayı hareket ettirme, elektrik süpürGESİNİ itme, bowling veya golf oynama gibi orta şiddetli aktiviteler	1	2	3
5.Alişveriş torbalarını kaldırma veya taşıma	1	2	3
6.Birkaç kat merdiven çıkma	1	2	3
7.Bir kat merdiven çıkma	1	2	3

	Evet, Çok kısıtlı(1)	Evet Biraz kısıtlı (2)	Hayır Kısıtlı değil(3)
8.Eğilme, çömelme veya diz üstüne gelme	1	2	3
9.1600 metreden fazla yürüme	1	2	3
10.Birkaç sokak yürüme (500-1000m)	1	2	3
11.Bir sokak yürüme (200m)	1	2	3
12.Banyo yapma veya giyinme	1	2	3

13-16. Son 4 hafta içinde **fiziksel sağlığınızın sonucu olarak** işinizde veya diğer düzenli günlük aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerden birini yaşadınız mı?

	EVET(1)	HAYIR(2)
13. İşyerinde veya diğer aktivitelerimde harcadığım zamanı azalttım	1	2
14. İstedğimden daha az başarılıyım	1	2
15. İşim veya diğer aktivitelerimin çeşidinde kısıtlanma oldu	1	2
16. İşimi veya diğer aktivitelerimi yerine getirmede zorluk çektim (örneğin fazladan çaba harcıyordum)	1	2

17-19. Son 4 hafta içinde **ruhsal problemlerinizin** (depresyon veya anksiyete gibi) **sonucu olarak** işinizde veya diğer düzenli günlük aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerden birini yaşadınız mı?

	EVET (1)	HAYIR(2)
17. İşyerinde veya diğer aktivitelerimde harcadığım zamanı azalttım?	1	2
18. İstedğimden daha az başarılıydım	1	2
19. İşimi veya diğer aktivitelerimi her zamanki gibi dikkatli yapmadım	1	2

20. Son 4 hafta içinde fiziksel sağlığınız veya ruhsal problemlerinizi sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla veya katıldığınız gruplarla yaptığınız sosyal aktivitelerinizi ne kadar etkiledi? (bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç etkilemedi 1 Hafif etkiledi 2 Orta derecede etkiledi 3 Oldukça etkiledi 4

Aşırı derecede etkiledi 5

21. Son 4 hafta içinde ne kadar vücut ağrınız vardı? (bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç yok 1 Çok hafif 2 Hafif 3 Orta şiddette 4 Şiddetli 5 Çok şiddetli 6

22. Son 4 hafta içinde ağrı sizin normal işlerinizi (hem sizin dışındaki hem de evin içindeki) ne kadar etkiledi? (bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç etkilemedi 1 Hafif etkiledi 2 Orta derecede etkiledi 3 Oldukça etkiledi 4 Aşırı derecede etkiledi 5

23-32. Bu sorular son 4 hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve olayların sizinle nasıl ilgili olduğuna dairdir. Her bir soru için lütfen kendinize en yakın olan cevabı işaretleyin (her satırda bir rakamı işaretleyiniz)

	Her zaman (1)	Hemen hemen Her zaman (2)	Genellikle (3)	Bazen (4)	Nadiren (5)	Hiçbir zaman (6)
23. Son 4 hafta içinde kadar süre tamamen enerji doluydunuz?	1	2	3	4	5	6
24. Son 4 hafta içinde kadar süre çok sinirli bir kişiydiniz?	1	2	3	4	5	6
25. Son 4 hafta içinde ne kadar süre hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kendinizi çöküntü içinde hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
26. Son 4 hafta içinde ne kadar süre sakin ve barışıldınız?	1	2	3	4	5	6

27. Son 4 hafta içinde ne kadar süre çok enerjiniz vardı?	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---



	Her zaman (1)	Hemen hemen her zaman (2)	Genellikle (3)	Bazen (4)	Nadiren (5)	Hiçbir Zaman (6)
28. Son 4 hafta içinde ne kadar süre umutsuz ve cesaretsizdiniz?	1	2	3	4	5	6
29. Son 4 hafta içinde ne kadar süre kendinizi yıpranmış hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

	Her zaman (1)	Hemen hemen her zaman(2)	Genellikle (3)	Bazen (4)	Nadiren (5)	Hiçbir Zaman (6)
30. Son 4 hafta içinde ne kadar süre mutlu bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
31. Son 4 hafta içinde ne kadar süre kendinizi yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
32. Son 4 hafta içinde ne kadar süre sabahları uyandığınızda kendinizi dinlenmiş hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

33. Son 4 hafta içinde fiziksel sağlığınız veya ruhsal problemlerinizi sosyal aktivitelerinizi (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar etkiledi? (bir rakamı işaretleyiniz)

Her zaman 1
3

Çoğu zaman 2

Bazı zamanlar

Biraz 4

Hiçbir zaman 5

Genel Sağlık

34-37. Aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin için DOĞRU veya YANLIŞ? (Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

	Kesinlikle doğru(1)	Genellikle doğru(2)	Emin değilim (3)	Genellikle yanlış (4)	Kesinlikle Yanlış (5)
34.Diğer insanlardan daha kolay hasta olurum	1	2	3	4	5
35.Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
36.Sağlığımın daha kötüye gideceğini beklerim	1	2	3	4	5
37.Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Sağlıkla İlgili Endişe (Her satırda bir rakam isaretleyiniz)

	Her zaman (1)	Hemen hemen her zaman(2)	Genellikle (3)	Bazen (4)	Nadiren (5)	Hiçbir Zaman (6)
38.Son 4 hafta içinde ne kadar süre sağlık problemlerinizi nedeniyle cesaretinizi kaybettiniz?	1	2	3	4	5	6
39. Son 4 hafta içinde ne kadar süre sağlığınıza ilgili endişe duydunuz?	1	2	3	4	5	6
40. Son 4 hafta içinde ne kadar süre sağlığınıza yaşamınızda bir üzüntü kaynağı oldu?	1	2	3	4	5	6
41. Son 4 hafta içinde sağlık problemlerinizi nedeniyle ne kadar zayıfladığınızı hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

Bilişsel Fonksiyon

Son 4 hafta içinde ne kadar süre... (Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

	Her zaman (1)	Hemen hemen her zaman(2)	Genellikle (3)	Bazen (4)	Nadiren (5)	Hiçbir Zaman (6)
42. Dikkatinizi vermede veya düşünmede zorluk çektiniz?	1	2	3	4	5	6
43. Bir aktivite üzerinde uzun süreli dikkatinizi vermede zorluk çektiniz?	1	2	3	4	5	6
44.Hafızanızla ilgili sorunlarınız oldu?	1	2	3	4	5	6
45. Aile üyeleri veya arkadaşlarınız sizin hafızanızda veya dikkatinizi vermede problemlerinizi olduğunu fark ettiler?	1	2	3	4	5	6

Cinsel Yaşam

46-50. Bu sorular sizin cinsel yaşamınız ve cinsel yaşamınızdan ne kadar memnun olduğunuzla ilgilidir. Lütfen sadece son 4 hafta içindeki yaşamınızla ilgili mümkün olduğu kadar doğru cevabı işaretleyiniz. Son 4 hafta içindeki aşağıdaki sorular sizin için ne kadar problem olmuştu? (Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

ERKEK

	Problem değildi (1)	Çok az problem oldu (2)	Biraz problem oldu (3)	Çok fazla problem oldu (4)
46.Cinsel ilgi azlığı	1	2	3	4
47.Sertleşme veya sertleşmeyi sürdürmede zorluk	1	2	3	4
48.Cinsel doyuma ulaşma güçlüğü	1	2	3	4
49.Cinsel eşi memnun etme yeteneği	1	2	3	4

KADIN

	Problem değildi (1)	Çok az problem oldu (2)	Biraz problem oldu (3)	Çok fazla problem oldu (4)
46.Cinsel ilgi azlığı	1	2	3	4
47. Yetersiz vajinal ıslanma (haznede ıslanma)	1	2	3	4
48.Cinsel doyuma ulaşma güçlüğü	1	2	3	4
49.Cinsel eşi memnun etme yeteneği	1	2	3	4

50. Genel olarak son 4 hafta içinde cinsel yaşamınızdan ne kadar memnun oldunuz?

Çok memnun 1
memnuniyetsiz 3

Biraz memnun 2

Ne memnun ne de

Biraz memnuniyetsiz 4

Çok memnuniyetsiz 5

51. Son 4 hafta içinde barsak veya mesane problemlerinizi aileniz, arkadaşlarınız veya katıldığınız grup içindeki sosyal aktivitelerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi 1

Hafif etkiledi 2

Orta

derecede etkiledi 3

Oldukça etkiledi 4

Aşırı derecede

etkiledi 5



52. Son 4 hafta içinde ağrınız yaşamdan zevk almanızı ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi 1

Hafif etkiledi 2

Orta

derecede

etkiledi

3 Oldukça

etkiledi 4

Aşırı derecede etkiledi 5

53. Genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz? Aşağıdaki ölçekten bir rakamı işaretleyiniz. (10-mümkün olan en iyi; 0-Ölmek kadar kötü ya da ölmekten biraz daha kötü)

10.....9.....8.....7.....6.....5.....4.....3.....2.....1...



.....0



54. Yaşamınızla ilgili neler hissettiğinizi aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlar?

1.Korkunç

2.Mutsuz

3.Çoğunlukla memnun değil

4. Karışık-eşit derecede memnun ve memnun değil

5.Çoğunlukla memnun

6.Çok memnun

7. Harika

EK-6 PBQ-S1

Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Form-V.1

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve HER BİRİNE NE KADAR İNANDIĞINIZI belirtiniz. Her bir ifadeyle ilgili olarak ÇOĞU ZAMAN nasıl hissettiğinize göre karar veriniz.

4	3	2	1	0
Tümüyle inanıyorum	Çok fazla inanmıyorum	Orta derecede inanıyorum	Biraz inanıyorum	Hiç

Örnek NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

1.Dünya tehlikeli bir yerdir. (Lütfen daire içine alınız.)	4	3	2	1	0
	Tümüyle	Çok Fazla	Orta Derecede	Biraz	Hiç

NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Tümüyle inanıyorum	Çok fazla inanmıyorum	Orta derecede inanıyorum	Biraz inanıyorum	Hiç inanmıyorum
1. Aşağılanma veya yetersizlikle karşılaşmak katlanılamaz bir şeydir.	4	3	2	1	0
2. Ne pahasına olursa olsun rahatsızlık verici durumlardan kaçınmalıyım.	4	3	2	1	0
3. Eğer insanlar dostça davranıyorlarsa beni kullanmaya ya da sömürmeye çalışıyor olabilirler.	4	3	2	1	0
4. Bir yandan yetkili kişilerin hakimiyetine karşı direnmeli ama aynı zamanda takdir ve benimsemelerini sağlamalıyım.	4	3	2	1	0
5. Rahatsızlık verici duygulara katlanamam.	4	3	2	1	0
6. Kusurlar, eksikler ya da yanlışlar hoş görülemez.	4	3	2	1	0
7. Diğer insanlar sıklıkla çok şey isterler.	4	3	2	1	0
8. İlgi merkezi olmalıyım.	4	3	2	1	0

	4	3	2	1	0
	Tümüyle İnanıyorum	Çok fazla İnanıyorum	Orta derecede İnanıyorum	Biraz İnanıyorum	Hiç İnanmıyorum
9. Eğer bir sistemim olmazsa herşey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
10. Hak ettiğim saygının gösterilmemesi veya hakkım olanı alamamak katlanılmaz bir durumdur.	4	3	2	1	0
11. Her şeyde kusursuz iş çıkarmak önemlidir.	4	3	2	1	0
12. Diğer insanlarla birlikte bir şeyler yapmaktansa kendi başıma yapmaktan daha çok hoşlanırım	4	3	2	1	0
13. Eğer dikkat etmezsem başkaları beni kullanmaya ya da yönlendirmeye çalışır.	4	3	2	1	0
14. Diğer insanların gizli amaçları vardır.	4	3	2	1	0
15. Olabilecek en kötü şey terk edilmektir.	4	3	2	1	0
16. Diğer insanlar ne kadar özel biri olduğumu fark etmelidirler.	4	3	2	1	0
17. Diğer insanlar bilerek beni aşağılıyorlar.	4	3	2	1	0
18. Karar verirken diğer insanların yardımına ya da bana ne yapacağımı söylemelerine gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
19. Ayrıntılar son derece önemlidir.	4	3	2	1	0
20. İnsanlar çok fazla patronluk tasarlarsa onların isteklerini dikkate almamaya hakkım vardır.	4	3	2	1	0
21. Yetkili kişiler sınırlarını bilmeyen, sürekli iş isteyen, müdahaleci ve denetleyicidirler.	4	3	2	1	0
22. İstedığımı almanın yolu, insanları etkilemek ya da eğlendirmektir.	4	3	2	1	0
23. Kârlı çıkabilmek için elimden gelen her şeyi yapmalıyım.	4	3	2	1	0

	4	3	2	1	0
	Tümüyle İnanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta derecede inanıyorum	Biraz inanıyorum	Hiç inanmıyorum
24. Eğer insanlar benimle ilgili bir şeyler açığa çıkarırlarsa, bunu bana karşı kullanacaklardır.	4	3	2	1	0
25. İnsan ilişkileri karışıktır ve özgürlüğe engeldir.	4	3	2	1	0
26. Beni ancak benim gibi zeki insanlar anlayabilirler.	4	3	2	1	0
27. Çok üstün biri olduğum için özel muamele ve ayrıcalıkları hak ediyorum.	4	3	2	1	0
28. Benim için başkalarından bağımsız ve özgür olmak önemlidir.	4	3	2	1	0
29. Çoğu durumda yalnız başıma kaldığımda kendimi daha iyi hissedirim.	4	3	2	1	0
30. Her zaman en yüksek standartlara ulaşmaya çalışmak gereklidir yoksa her şey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
31. Rahatsız edici duygular giderek artar ve kontrolden çıkar.	4	3	2	1	0
32. Vahşi bir ortamda yaşıyoruz ve güçlü olan hayatta kalır.	4	3	2	1	0
33. Başkalarının dikkatini çektiğim durumlardan kaçınmalı ve mümkün olduğunca göze çarpmamalıyım.	4	3	2	1	0
34. Başkalarının bana olan ilgilerini sürdürmezsem benden hoşlanmazlar.	4	3	2	1	0
35. Eğer bir şey istiyorsam onu elde etmek için ne gerekirse yapmalıyım.	4	3	2	1	0
36. Diğer bir insana “bağlanıp” kalmaktansa yalnız olmak daha iyidir.	4	3	2	1	0
37. İnsanları eğlendirmedikçe ya da etkilemedikçe bir hiçim.	4	3	2	1	0

NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Tümüyle İnanıyorum	Çok fazla İnanıyorum	Orta derecede İnanıyorum	Biraz İnanıyorum	Hiç İnanmıyorum
38. Eğer ilk önce harekete geçip üstünlük kurmazsam karşımdaki bana üstünlük kurar.	4	3	2	1	0
39. İnsanlarla ilişkilerimde herhangi bir gerginlik işareti bu ilişkinin kötüye gideceğini gösterir bu nedenle o ilişkiyi bitirmeliyim.	4	3	2	1	0
40. Eğer en yüksek düzeyde iş yapmıyorsam başarısız olurum.	4	3	2	1	0
41. Zaman sınırlarına uymak, istenenlere itaat etmek ve uyumlu olmak onuruma ve kendi yeterliliğime doğrudan bir darbedir.	4	3	2	1	0
42. Genellikle bana haksız davranılıyor. Bu nedenle ne şekilde olursa olsun payımı almak hakkımdır.	4	3	2	1	0
43. İnsanlar bana yakınlaşırlarsa benim “gerçekten” ne olduğum ortaya çıkar ve benden uzaklaşırlar.	4	3	2	1	0
44. Muhtaç ve zayıfım.	4	3	2	1	0
45. Yalnız başıma bırakıldığımda çaresizim.	4	3	2	1	0
46. Diğer insanlar benim ihtiyaçlarımı gidermelidir.	4	3	2	1	0
47. İnsanların beklediği şekilde kurallara uyarsam bu benim davranış özgürlüğüme engel olacaktır.	4	3	2	1	0
48. Eğer fırsat veririm insanları beni kullanırlar.	4	3	2	1	0
49. Her zaman hazırlıklı olmalıyım.	4	3	2	1	0
50. Özel hayatım insanlara yakın olmaktan çok daha fazla önemlidir.	4	3	2	1	0
51. Kurallar keyfidir ve beni sıkar.	4	3	2	1	0

	4	3	2	1	0
	Tümüyle İnanıyorum	Çok fazla İnanıyorum	Orta derecede İnanıyorum	Biraz İnanıyorum	Hiç İnanmıyorum
52. İnsanların beni görmezden gelmeleri berbat bir durumdur.	4	3	2	1	0
53. İnsanların ne düşündüğünü önemsemem.	4	3	2	1	0
54. Mutlu olabilmek için diğer insanların dikkatini çekmeye ihtiyacım var.	4	3	2	1	0
55. Eğer insanları eğlendirirsem benim güçsüzlüğümü farketmezler.	4	3	2	1	0
56. İşimi yaparken ya da kötü bir durumla karşılaştığımda bana yardım etmesi için her zaman yanımda birilerinin olmasına gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
57. Yaptığım bir işte herhangi bir hata ya da kusur felakete yol açabilir.	4	3	2	1	0
58. Çok yetenekli olduğum için mesleğimde ilerlerken insanlar benim yolumdan çekilmelidir.	4	3	2	1	0
59. Eğer başkalarını ben sıkıştırmazsam, onlar beni boyun eğmeye zorlar.	4	3	2	1	0
60. Diğer insanlara uygulanan kurallara uymak zorunda değilim.	4	3	2	1	0
61. Bir şeyi yapmanın en iyi yolu zor kullanmak ve kurnazlıktır.	4	3	2	1	0
62. Her zaman birilerine ulaşabilecek durumda olmalıyım.	4	3	2	1	0
63. Temelde yalnızım- kendimi daha güçlü bir kişiye bağlayamadığım müddetçe.	4	3	2	1	0
64. Diğer insanlara güvenemem.	4	3	2	1	0
65. Diğer insanlar kadar mücadele gücüm yok.	4	3	2	1	0