



**MULTİPL SKLEROZ HASTALARININ YETİ
YİTİMİ DÜZEYLERİ VE RUHSAL
DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Duygu ÖZER

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

Yüksek Lisans Tezi -2018

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MULTİPL SKLEROZ HASTALARININ YETİ
YİTİMİ DÜZEYLERİ VE RUHSAL DURUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Duygu ÖZER

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

**ERZURUM
2018**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MULTİPL SKLEROZ HASTALARININ YETİ
YİTİMİ DÜZEYLERİ VE RUHSAL DURUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Duygu ÖZER

Tez Savunma Tarihi : 13.11.2018

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Yalçın KANBAY (Artvin Çoruh Üniversitesi)

Onay

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

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisan Tezi
ERZURUM-2018**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	III
ABSTRACT	V
SİMGE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Multipl Skleroz.....	4
2.1.1. Tanımı	4
2.1.2. Fizyopatolojisi	4
2.1.3. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri	4
2.1.4. Etyoloji	5
2.1.5. Klinik Belirti ve Bulgular.....	6
2.1.6. Klinik Seyir Tipleri	7
2.1.7. Prognoz.....	7
2.1.8. Tanı.....	8
2.1.9. Tedavi.....	9
2.2. Yeti Yitimi Kavramı.....	12
2.3. MS Hastalığı ve Ruhsal Durum	13
2.4. MS Hastalığında Yeti Yitimi ve Hemşirelik Bakımı	16
3. MATERYAL METOT.....	19
3.1. Araştırmanın Şekli.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19

3.4. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.5. Verilerin Toplanması.....	20
3.6. Veri Toplama Araçları.....	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	22
3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği.....	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
KAYNAKLAR.....	37
EKLER.....	46
EK-1. ÖZGEÇMİŞ.....	46
EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	47
EK-3. KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ / BRIEF DISABILITY QUESTIONNAIRE (KYA/BDQ).....	49
EK-4. KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE).....	50
EK-5. ETİK KURUL ONAY FORMU	53
EK-6. HASTANE İZİN BELGESİ	54
EK-7. TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	55

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitiminin tüm aşamasında desteğini ve emeğini esirgemeyen, bu çalışmamı değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten değerli hocam Sayın Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimimde her türlü yardım desteğini gösteren, bilgilerini bizden esirgemeyen değerli yüksek lisans hocalarım Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Mine EKİNCİ'ye, çalışmamı destekleyen Sultan Abdülhamid Han E.A.H. Nöroloji Anabilim Dalı'na, katkılarından dolayı Prof. Dr. R. Erdem TOĞROL'a, Dr. Serkan DEMİR'e, birlikte çalıştığım mesai arkadaşlarıma, çalışmama katılmayı kabul eden tüm MS hastalarım teőekkör ederim.

Yaşamım boyunca hep bana güvenen, her zaman destekleriyle yanımda olan sevgili anneme, babama ve kardeşlerime sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Duygu ÖZER

ÖZET

Multipl Skleroz Hastalarının Yeti Yitimi Düzeyleri ve Ruhsal Durumları Arasındaki İlişki

Amaç: Araştırma, Multipl Skleroz hastalarının yeti yitimi düzeyleri ve ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırma verileri Sultan Abdülhamid Han E.A.H. Nöroloji Polikliniği'nde Aralık 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihlerde polikliniğe başvuran 185 hasta, örneklemini ise belirtilen evrenden araştırma kriterlerine uyan 117 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Kısa Yeti Yitimi Anketi(KYY) ve Kısa Semptom Envanteri(KSE) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma, Cronbach alpha katsayısı ve Pearson Korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre, hastaların yeti yitimi puan ortalaması 9.09 ± 5.87 olarak belirlendi. Hastalar KSE'nin anksiyete alt boyutundan 11.47 ± 9.18 , depresyon alt boyutundan 14.25 ± 9.72 , olumsuz benlik alt boyutundan 8.14 ± 7.69 , somatizasyon alt boyutundan 8.75 ± 6.24 , hostilite alt boyutundan 5.22 ± 4.50 ve toplamda ise 47.84 ± 33.11 puan aldıkları saptandı. Hastaların KYA ile KSE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; KYA puan ortalaması ile KSE'nin tüm alt boyutlarında ve ölçek toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırmada; Multipl Skleroz hastalarının, orta düzey yeti yitimi yaşadıkları, daha çok depresyon ve anksiyete semptomları gösterdikleri saptandı. MS hastalarının, yeti yitimi düzeyleri ile ruhsal durumları arasında ilişki olduğu tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Multipl Skleroz, ruhsal durum, yeti yitimi.

ABSTRACT

The Relationship Between Level of with Disability and Mental State in Patients with Multiple Sclerosis

Aim: The study was performed to determine the relationship between level of disability and mental state of the patients with Multiple Sclerosis.

Material and Methods: This is a descriptive and correlational study. The study data were collected in the Sultan Abdülhamid Training and Research Hospital Neurology Polyclinic between December 2017 and April 2018. The study population consisted of 185 patients presenting to the outpatient clinic on the dates indicated and 117 patients who met the research criteria. "Personal Information Form", "Brief Disability Questionnaire (BDQ)" and " Brief Symptom Inventory (BSI)" was used for data collection. In the evaluation of the data, numbers, means and percentage distributions, standart deviation, Cronbach alpha coefficiency and Pearson Correlation test was used.

Results: According to research findings the mean score of the disability is 9.09 ± 5.87 . The mean score in the Brief Symptom Inventory (BSI) was found to be anxiety scores 11.47 ± 9.18 , depression 14.25 ± 9.72 , negative self-average 8.14 ± 7.69 , somatization 8.75 ± 6.24 , hostility 5.22 ± 4.50 and in total score 47.84 ± 33.11 . The relationship between disability and all subgroups of mental state was found to be significant in the positive direction ($p < 0.05$).

Conclusion: It has been determined that Multiple Sclerosis patients have experienced moderate disability and most depression and anxiety symptoms. A correlation was found between level of disability and mental state in patients with multiple sclerosis.

Keywords: Disability, Multiple Sclerosis, mental state, nursing.

SİMGİ KISALTMALAR DİZİNİ

BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDSS	: Expanded Disability Status Scale (Genişletilmiş Yeti yitimi Durum Ölçeği)
ICD	: International Classification Disseminations
ICIDH	: International Classifications Impairment, Dissemination and Health
IV	: Intravenöz
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
KYY	: Kısa Yeti yitimi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
MS	: Multipl Skleroz
PPMS	: Primer Progresif Multipl Skleroz (Birincil ilerleyici MS)
PRMS	: Progresif/Relapslı Multiple Skleroz (İlerleyici/yineleyici MS)
RRMS	: Relaps ve Remisyonlarla Giden Multipl Skleroz (Yineleyici MS)
SPMS	: Sekonder Progresif Multipl Skleroz (İkincil ilerleyici MS)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 2.1. Verbrugge ve arkadaşlarının oluşturduğu yeti yitimi süreci 13



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 2.1. MS Hastalığının Klinik Belirtileri ve Görölme Sıklıkları;	6
Tablo 2.2. Hastalığın Prognozunu Etkileyen Faktörler.....	8
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	24
Tablo 4.2. Hastaların Sağlıklarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı.....	25
Tablo 4.3. Hastaların KYYA'nın Kesme Noktalarına Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.4. Hastaların KYYA ve KSE'den Aldıkları Min-Max ve Puan Ortalamalarının Dağılımı	27
Tablo 4.5. Hastaların KYYA ile KSE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	27

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık alanında ki gelişmelere bağlı olarak, insanlığın yaşam süresi uzamış ancak bununla beraber kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmıştır.¹ Kronik dejeneratif hastalıklar arasında olan Multipl Skleroz (MS), tedavisindeki ilerlemelere rağmen fiziksel ve psikolojik hasarlar yaratan, prognozu yüksek ölçüde değişkenlik gösteren miyelin kılıf harabiyeti ile karakterize merkezi sinir sistemi (MSS)'nin kronik, otoimmün hastalığıdır.² Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; Multipl Skleroz (MS), gelişmiş ülkelerdeki genç yetişkin nüfusta ortaya çıkan ve kazalar dışında kişide nörolojik özürlülük durumuna en fazla sebebiyet veren sinir sistemi hastalığıdır.³

Hastalık, Fransız Nörolog Jean Martin Charcot tarafından 1868 yılında ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır.⁴ MS hastalığı tanımlandığından bu yana, otoimmün ve demiyelizan bir hastalık olduğunu kanıtlamak için bir takım deneyler yapılmıştır. Ancak hala etyolojide etkili olan ajanlarda bir netliğe ulaşılamamıştır.⁵ Günümüzde; MS hastalığının etyolojisinde viral enfeksiyonlar, genetik faktörler ve henüz bilinmeyen çevresel faktörlerin etkili olduğu kabul edilmektedir.^{2,5}

Multipl skleroz; merkezi sinir sisteminde (MSS) miyelin kılıf harabiyeti ile karakterize olan ve etkilenen bölgeye göre çeşitli klinik belirtiler ortaya çıkaran; otoimmün ve inflamatuvar bir hastalıktır.^{6,7} Literatür incelendiğinde Dünya'da yaklaşık olarak 2,5 milyon MS hastası olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde de 40 bin civarında MS hastası olduğu bildirilmektedir.^{2,5,6}

Multipl sklerozda hastalık sürecinde aksonun hasara uğraması ile farklı derecelerde yeti yitimi oluşmaktadır. Bu hastalık yapılmış çalışmalarda, genç erişkinlerde gelişen yeti yitiminin başta gelen sebebi olarak gösterilmektedir. MS hastalığında; mortaliteden çok morbiditenin yaşanması sebebiyle zamanla hastalar ciddi yetenek kayıpları yaşamaktadırlar.^{8,9}

Bir etkinliği, kişi için normal kabul edilen sınırlarda ya da biçimde yapabilme yetisinde kısıtlanma veya kayıp olarak tanımlanan yeti yitimi kavramını; Multipl sklerozlu bireylerde değerlendirmek daha da önemlidir. MS hastalarındaki yeti yitimine bağlı olarak, rutin ev işlerini yapmada daha çok güçlükler yaşandığı, sosyal aktivitelere katılımın daha az olduğu, işsizlik oranının daha yüksek olduğu ve sonuçta psikiyatrik hastalıkların görülme riskinin daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarla görülmüştür.^{2,3}

Hastalığın ortalama başlangıç yaşı, 20 ila 40 yaş aralığı olarak gösterilmektedir. Genç yaş aralığında sık görülen MS, yaşamın aktif ve işlevsel olduğu, ailesel, sosyal ve mesleki adımların atılacağı bu dönemde görülmesiyle, yaşanılan sorunların boyutu daha da artmaktadır.³ Genç yaşlarda başlayan yeti yitimleri bireyde, kendini işe yaramaz hissetme, benlik saygısının da düşme, sosyal ortamdan uzaklaşıp yalnızlaşma gibi sorunlar ile bireylerde gelişen ruhsal bozuklukların insidansı da artmaktadır.¹⁰

Merkezi sinir sistemini tutan diğer hastalıklar gibi demiyelizan hastalıklar da her türlü psikiyatrik bozukluk tablosu oluşturabilir. Özürlülük durumunun, MS hastalarında yarattığı ruhsal bozukluklar araştırıldığında; anksiyete, depresyon, bipolar duygu durum bozukluğu, suikid, öfori, psikoz sık bulunmuştur.^{11,12}

Hastalığın tablosuna bakıldığında; diğer kronik ve nörolojik hastalıklara göre ruhsal bozukluklara daha çok rastlandığı görülmektedir. Yapılan alışmalarda MS olgularında, depresyon %50 oranında en yaygın görülen ruhsal bozukluktur.^{6,12,13}

MS hastalarında beyin plaklarının yeri, hastanın zrllk durumu, psikososyal faktörler, kullanılan ilaçlar gibi birçok faktör ruhsal bozuklukların görülme olasılığını arttırmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken önemli konu ise ruhsal bozukluğun kişinin günlük yaşam aktivitelerini, sosyal etkileşimini, iş verimini olumsuz yönde etkilediği gerçeğidir.¹⁴

Fiziksel yönden bağımlı hale gelen MS hastasına semptom tedavisinin ötesinde, yaşamın psikososyal boyutlarıyla da ilgili, hastanın yaşadığı sorunları her yönden ele alan bütüncül sağlık bakımının sunulması önem arz etmektedir.^{5,11}

Bu yüzden MS tedavisinde, yaşanılan yeti yitimi ile ruhsal durum arasındaki ilişkiyi bilmek ve hastanın ruhsal semptomlarını azaltmak adına dikkate alınması gereken önemli bir konudur. Sağlık ekibinin ve özellikle hasta bakımında önemli bir rol üstlenen hemşirelerin bu konuda uygun girişimlerde bulunmaları büyük önem taşımaktadır. Hemşireler; hastanın mevcut durumunu belirleme, hastalığına uyumu sağlama ve kendi değerinin farkına varmasını sağlama, olumlu düşünme ve ulaşılabilir hedefler belirleme gibi yaklaşımlarda bulunarak psikiyatrik belirtilerin azaltılmasında hayati bir rol oynamaktadırlar.^{9,11,12}

Bu bilgiler ışığında; Dünyada ve lkemizde, MS hastalarının yeti yitimi ve ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi irdeleyen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılırken; ülkemizde henüz böyle bir araştırmaya ulaşılamamıştır. MS hastalarının sorunlarının belirlenmesinin, bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına katkı sağlayacağı düşüncesinden hareketle bu araştırma, MS hastalarının yeti yitimi düzeyleri ve ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multipl Skleroz

2.1.1. Tanımı

Atak ve remisyon dönemleriyle seyredebilen veya ilerleyici olabilen, Multipl skleroz (MS) merkezi sinir sisteminde (MSS) miyelin kılıf harabiyeti ile karakterize ve etkilenen bölgeye göre çeşitli klinik belirtiler ortaya çıkaran kronik, otoimmün, inflamatuvar bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.^{2,3,6,11}

MS, hem genetik hem çevresel etkenlerle yakından ilişkili heterojen bir hastalıktır ancak hala nedeni tam olarak bilinmemektedir.⁵

2.1.2. Fizyopatolojisi

MS’ de MSS’nin her bölgesinde plaklar görülebilir ancak bu plaklar daha çok beyin sapı ve spinal kordda görülmektedir.² Bu plakların, otoimmün olaylar sonucu meydana geldiği düşünülmektedir, fakat bu otoimmün olayları hangi sürecin başlattığı henüz tam olarak bilinmemektedir.¹⁵

MS oluşumunu, T lenfositlerinin başlattığı öngörülmektedir. T lenfositlerin bilinmeyen nedenlerle aktive olup, kan-beyin bariyerini aşarak MSS’ne saldırdığı düşünülmektedir. Bu aşamada MSS’de antikorların, makrofajların ve inflamasyona neden olan sitokinlerin arttığı; miyelin proteinleri ve miyelin içeren hücreleri hedef alan patolojik olaylar ile miyelin kılıf hasarının başladığı öngörülmektedir.^{11,16}

Multipl sklerozda, aksonun hasara uğraması ile farklı derecelerde geri dönüşü olmayan yeti yitimi oluşmakta ve genç popülasyonda, travma harici nörolojik özürnlük durumunun en sık sebebinin oluşturmaktadır.⁹ Ortalama 20 yıldır MS hastası olan bireylerin yarısında yetenek kayıplarına bağlı işlev bozuklukları ortaya çıkmakta ve aktivitelerinde önemli derecede kısıtlamalar görülmektedir.^{5,17}

2.1.3. Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri

MS hastalığının ortalama başlangıç yaşı, 20 ila 40 yaş aralığı olarak gösterilmektedir. 10 yaş öncesi ve 60 yaş sonrası görülme olasılığı çok düşüktür.

Hastalık yaşına bakıldığında ise; MS genç erişkinlerde görülen bir hastalık olarak kabul edilmektedir.^{11,18}

MS, kadınlarda daha çok görülmektedir. Çalışmalar, 1955-2000 yılları arasında MS insidansında ki kadın/erkek oranının 1.4/1'den; 2.3/1'e yükseldiğini göstermektedir.¹⁹

Yapılan çalışmalarda; hastalık sıklığına göre yüksek prevalans (>30/100000, Kuzey Amerika, Kuzey ve orta Avrupa, Kanada, İtalya), orta prevalans (5-20/100000, Güney Amerika, Doğu Avrupa, Kuzey Akdeniz bölgesi, Kuzey Avusturalya) ve düşük prevalans (<5/100000, Asya, Afrika, Meksika) olmak üzere üç grup oluşturulmuştur. Bu veriler hastalığın sıklığının ekvatordan uzaklaştıkça arttığını göstermektedir ve günümüzde bakıldığında Dünyada yaklaşık olarak 2.5 milyon MS hastası bulunmaktadır.^{20,21}

2.1.4. Etyoloji

MS, yıllardır pek çok araştırmanın konusu olmasına rağmen, hastalığın ortaya çıkmasında etkili olan faktörler henüz tam olarak bilinmemektedir. Yapılan çalışmalar, MS'i hem genetik hem çevresel etkenlerle yakından ilişkili heterojen bir hastalık olduğunu göstermektedir.^{5,15}

Genetik faktörler; MS, birinci derece akrabalık ilişkisi olan kişilerde, genel popülasyona göre insidans oranı 20-40 kat artmaktadır. Yapılan ikiz çalışmalarında çift yumurta ikizlerinde %3-5, tek yumurta ikizlerinde %25-30, kardeşlerde %2-4 oranında görüldüğü saptanmıştır.^{21,22}

Çevresel Faktörler; soğuk iklimde yaşama, düşük güneş ışığı alma, düşük D vitamini alma, sigara gibi faktörler hastalığın görülme oranını arttırmaktadır. Toksinlere maruz kalma, civa içeren diş dolguları, aşılar, stres, diyet değişiklikleri ve hormon

tedavileri gibi konuların; hastalığın oluşumuna etkisi olduğu düşünülse de, henüz kesin kanıtlara ulaşılamamıştır.^{23,24}

Enfeksiyonlar; yapılan çalışmalarda MS patogenezisinde rol oynayan pek çok viral enfeksiyondan bahsedilmiş ancak MS ile Epstein Barr virüs(EBV)'ün ilişkisi diğer patojenlere göre daha güçlü bulunmuştur.^{25,26} Çalışmalarda, çocukluk çağı enfeksiyonların, otoimmünite bozukluklarını tetiklediği düşünülmüş; Herpes virüs 6, Clamidy Pneumonia gibi bir çok mikroorganizma araştırılmış ancak kesin bir bilgiye ulaşılamamıştır.²⁷

2.1.5. Klinik Belirti ve Bulgular

MS; beyin ve omurilik tümörleri, hemipleji, serebellar dejenerasyon gibi birçok MSS hastalığını taklit edebilmektedir.² MSS hasarına bağlı olarak MS hastalarında çok çeşitli nörolojik semptomlar görülebilmektedir.^{15(s.1)}

Tablo 2.1. MS Hastalığının Klinik Belirtileri ve Görülme Sıklıkları;

Klinik Belirtileri	Görülme Sıklıkları
Ekstremitelerde güçsüzlük	%35
Parestezi	%20
Optik nörit	%20
Diplopi	%10
Vertigo	%5
Mesane problemleri	%5
Diğer	%5

Motor/Serebellar Bozukluklar; ekstremitelerde güçsüzlük, yürümede bozulma, spastisite, patolojik refleksler, koordinasyon bozukluğu, konuşmada bozulmalar.

Duyusal Bozukluklar; ağrı, uyuşukluklar, görme bozuklukları, tat alma bozuklukları, işitmede azalma.

Mesane-Barsak Bozuklukları; inkontinans, idrar yolu enfeksiyonu, idrar boşaltma sorunları, konstipasyon.

Kognitif ve Emosyonel Bozukluklar; depresyon, dikkat ve hafızada azalma, karar vermede bozulma.

Denge ve Koordinasyon Bozuklukları; vertigo, ataksi, tremor, sakarlık.

Cinsel Bozukluklar; uyarılma ve orgazm sorunu, libido kaybı.

Diğer Bozukluklar; halsizlik, çabuk yorulma, uyku sorunları.^{15,24}

Hastalıkta görülen şikayetlerin süresi değişkenlik gösterebilmektedir. Uyuşukluk, ağrı, halsizlik gibi şikayetler gün içerisinde aralıklarla olabileceği gibi, günlerce veya haftalarca da devam edebilmektedir.¹⁵

2.1.6. Klinik Seyir Tipleri

MS hastalığının dört değişik klinik seyir tipi bulunmaktadır.

Relaps ve Remisyonlarla giden MS (RRMS): Hastalık ataklarla seyreder ve atak sonrası kısmi ya da tamamen remisyonlar görülmektedir. Ataklar arasında genel durumda kötüleşme olmamaktadır.

Primer Progresif MS (PPMS): Hastalar atak yaşamamakta; ancak hastalığın başlangıcından itibaren devamlı bir durum kötüleşmesi bulunmaktadır. Bu hastaların, hastalık başlama yaşı sıklıkla daha ileri yaşta görülmektedir.

Sekonder Progresif MS (SPMS): Başlangıçta RRMS gibi başlayıp, değişen oranlarda progresyon ile karakterize olmaktadır. Zaman zaman relaps ve küçük remisyonlar da görülebilmektedir.

Progresif/Relapslı Multiple Skleroz (PRMS): Hastalığın başlangıcından itibaren progresyon gösteren; ve hastalarda ataklarla devam eden ve sürekli artan fonksiyon kayıpları olmaktadır.^{2,24,28}

2.1.7. Prognoz

MS prognozu açısından da çeşitlilik gösteren bir hastalıktır. Ölümcül bir hastalık olmamakla birlikte; ikincil komplikasyonlar (aspirasyon pnömonisi, düşmeler, suicid,

dekübit ülserleri, idrar yolu enfeksiyonu vb.) sonrasında yaşam süresini sağlıklı popülasyona göre 5-10 yıl kısalttığı belirtilmiştir.²⁴

Hastalıkla ilgili iyi veya kötü prognoza işaret edebilen bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlar;¹⁵

Tablo 2.2. Hastalığın Prognozunu Etkileyen Faktörler

Faktörler	İyi Prognoz Kriterleri	Kötü Prognoz Kriterleri
Cinsiyet	Kadın	Erkek
Başlama yaşı	Erken (25 yaş altı)	Geç (40 yaş üstü)
Başlangıç semptomu	Duyusal Semptomlar	Motor Semptomlar
Klinik gidiş	Relapslarla	Kronik progresif
EDSS'nin 3 olmasına dek geçen zaman	Uzun dönem	Kısa dönem

2.1.8. Tanı

MS tanısının temelini nörolojik öykü ve muayene oluşturmaktadır. MS tanısı için spesifik bir test bulunmamaktadır. Kişinin tanı almasında fiziksel bulgular, laboratuvar testleri yardımcı olmaktadır. Bazı olgularda; tanı, klinik ve laboratuvar bulguları ile kolaylıkla konulabilirken, bazı olgularda ise; buna radyolojik takiplerde eklenerek tanı kesinleşmektedir. Tanı Schumacher, Paty, Poser ya da Mc Donald' s Kriterleri' nin yanında klinik bulgulara da dayanmaktadır.^{4,15,29}

Hastalığın tanısında kullanılan tetkikler:

1. Nörolojik muayene
2. Primer testler
 - I. Kan tetkikleri
 - II. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)
 - III. BOS analizleri (Lomber Ponksiyonu)

3. Sekonder testler
 - I. Uyandırılmış Potansiyeller (EP)
 - II. Görsel Uyandırılmış Potansiyeller (VEP)
 - III. Optik Koherens Tomografi
 - IV. Elektrofizyoloji (Sinir iletimleri, EMG)
 - V. Ürodinami
 - VI. Nörokognitif testler
4. Mc Donald' s Kriterleri^{12,21}

2.1.9. Tedavi

MS'in kesin bir çözümü olmasa da; akut belirtileri ortadan kaldıran, özürlülük durumu oluşturan atakların sıklığını, şiddetini ve süresini azaltabilen ve atak sonrasında gelişebilecek semptomlara yönelik tedaviler bulunmaktadır.^{11,15}

Bunlar;

- a) Atak tedavisi
- b) Koruyucu tedaviler
- c) Semptomatik tedaviler

a) Atak tedavisi: MS atağı ile psödoatak (yalancı atak) öncelikle birbirinden ayrılması önemlidir. Ateşli bir hastalık ya da enfeksiyon durumunun olmadığı durumlarda; MS ile ilgili bulguların en az 24 saat sürmesi, bulguların artarak devam etmesi, son geçirilmiş atak ile arasında en az 1 ay olması ve bulguların başka bir hastalıkla örtüşmemesi, MS atağı olarak tanımlanmaktadır. Yoğun stres, uykusuzluk, açlık, menstrüal siklus ve benzeri durumlar da psödoatağı tetikleyebilmektedir.^{15,30}

Tedavi; 3-10 gün süre boyunca 500-1000 mg/gün metilprednizolonun IV formda hastaya verilmesi şeklindedir. Bazı agresif ataklarda, 2gr/gün 5 gün boyunca da

uygulanabilmektedir. Bazı olgularda, oral steroid ile devam edilebilmekte, bazı olgularda ise haftalık / aylık rapel şeklinde yapılabilmektedir.^{30,31,32}

Etki mekanizması; kan-beyin bariyerini düzelttiği, T lenfositlerin salınımını azalttığı, MSS'de miyelin proteinlere karşı artan antikorları azaltarak, inflamasyon sürecini sonlandırdığı görülmektedir.^{15,31}

b) Koruyucu tedaviler: Koruyucu tedavide amaç; MRG plak aktivitesini azaltmak, atakların sıklığını ve şiddetini azaltmak, yeni plak oluşumlarını engellemek, atak sonrası oluşabilecek özürölülük durumunu geciktirmektir.¹⁵

Tedavide; İnterferon, Glatiramer Asetat, Fingolimod, Alemtuzumab, Rituksimab, Ocrelizumab gibi ilaçlar kullanılmaktadır. Önemli olan nokta; hasta tedaviye karar verme sürecinde desteklenmeli, gerçekçi beklentiler içerisinde olması için bilgilendirilmelidir. Böylece hastanın kullandığı tedavi şekline uyumu kolaylaşacaktır.^{33,34}

c) Semptomatik tedavi: Hastalığın ilerlemesiyle birincil semptomların yanına farklı klinik semptomlarda eklenmeye başlamaktadır. Semptomlar; başta sadece ataklar sırasında görülürken, hastalığın ilerlemesi ile kalıcı hale gelmeye başlamakta ve hastanın yaşamsal aktivitelerini engeller hale gelmektedir.^{2,11}

Yurt dışında yapılan bir çalışmada, MS hastalarında sorunlara bağlı olarak yaşam aktivitelerinde bozulmaların hastalığın ilk yıllarında başladığı, motor bozuklukların tanıdan yaklaşık 5 yıl sonra başladığı, duysal, kognitif ve emosyonel sorunların ise yaklaşık 10 yıl sonra başladığı bulunmuştur. Ancak yine de bu hastalıkta semptomların bireye özgü bir seyir izlediği de unutulmamalıdır.¹¹ Bu nedenle hastanın klinik tablosuna uyan bir semptom yönetim planı geliştirilmeli ve semptomlara yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.⁵

MS plaklarının tutulum yerlerine göre hastalarda görülebilecek semptomlar; motor aktivitede bozulmalar, duysal, kognitif, emosyonel sorunlar, cinsel işlev bozukluğu, denge/koordinasyon bozukluğu şeklinde olabilmektedir.¹² Dolayısıyla;

hastalığın tedavisinde nörolog, radyolog, ürolog, psikiyatrist, psikolog, fizyoterapist ve hemşireler birlikte görev alır. Tedavide tüm ekibin işbirliği içinde olduğu multidisipliner yaklaşım önem kazanmaktadır. Hastanın sorunlarına yönelik çözümler sunmak için, ekip içerisindeki gerekli kişilere hasta yönlendirilmektedir.³⁴

Yapılan çalışmalarda; özürlülük düzeylerinden bağımsız olarak hastaların yaklaşık %63-70'inin kronik yorgunluk yaşadığı bulunmuştur.⁸ MS hastalığında görülen yorgunluğun nedeni, tam olarak bilinmemekle birlikte; hastalıktan kaynaklanabileceği gibi, tedavinin yan etkilerinden kaynaklı da ortaya çıkabilmektedir. Yorgunluğu azaltmak adına; dinlenme araları verilmesi, düzenli uyku, iş basitleştirme teknikleri, doğru planlanmış beslenme düzeni ve farmakolojik tedaviler öneriler arasında yer almaktadır.^{11,34}

Çeşitli klinik belirtileri olan hastaların, bu belirtilerle baş etmek için aynı anda pek çok ilaç kullanımı olmaktadır. MS hastalarında yapılan çalışmalarda; hastaların en çok ağrı, spastisite ve duygu durum bozuklukları için ilaç kullanıldıkları bulunmuştur.⁸ Ağrı ve uyuşma, yorgunluk, spastisite, bağırsak, mesane problemleri ve bilişsel sorunlar gibi belirtilere farmakolojik tedavilerin yanında; spastisite için fizik tedavi, bağırsak problemleri için diyet düzenlemeleri, bilişsel sorunlar için rehabilitasyon tedavisinin faydalı olabileceği önerilmektedir.^{32,35,36}

Hasta ve yakınlarının, MS hastalığı ile uyumunun araştırıldığı bir çalışmada³⁷ ise; hastalar 'hastalık ile ilgili sorunlarını dile getirdiklerinde, kendilerine sürekli iyi olacaklarının söylenmesinin onları rahatlatmadığını; ailesi, çevresi ve sağlık ekibi tarafından yeterince anlaşılmadıklarını hissettiklerini' söylemişlerdir. MS hastasına bakım sunan kişi veya sağlık ekibi; hastaya, kendini tam olarak ifade etmesi için zaman tanımalıdır. Sağlık ekibi tarafından hasta yakınlarına eğitimler verilmeli ve hastanın yaşadığı sorunların çözümü adına, profesyonel destek alma gibi gerekli yönlendirilmeler yapılmalıdır.

2.2. Yeti Yitimi Kavramı

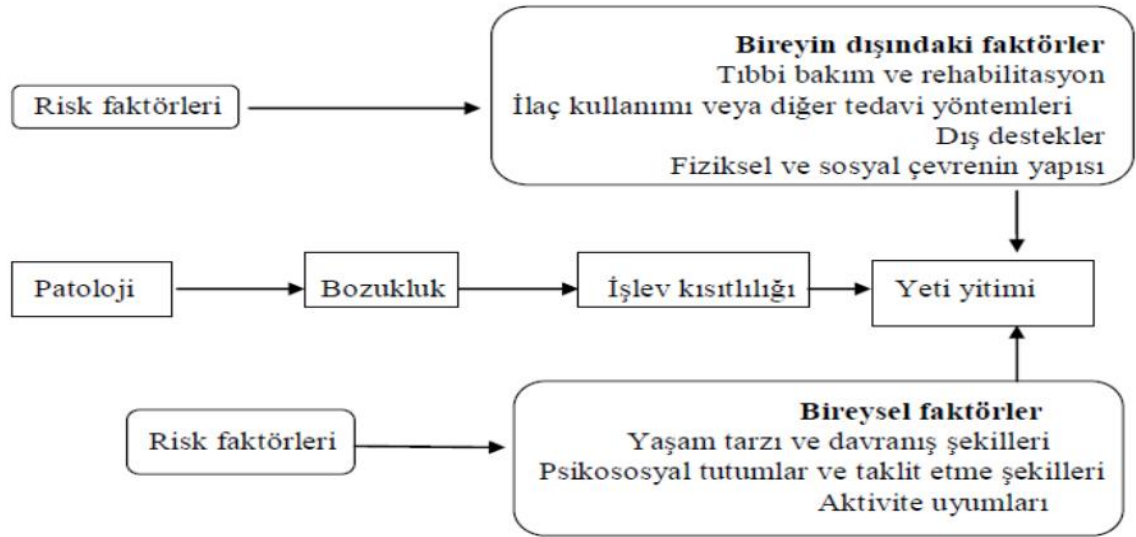
Yeti yitimi kavramı, 1970’li yıllardan bu yana üzerinde çalışılan bir konudur. DSÖ, yeti yitimi kavramını ‘vücut fonksiyonlarındaki sorunlardan oluşan yetersizlik, aktivite kısıtlaması ve günlük yaşama katılım kısıtlılığı’ olarak tanımlamıştır.³⁸

Yeti yitimi süreci üzerine iki kavramsal şema hazırlanmıştır: Bunlardan birincisi; International Classification of Diseases (ICD)’na paralel olarak hazırlanan ve 1980 yılında DSÖ tarafından geliştirilen International Classification of Impairment, Disability and Health (ICIDH)’de yer alan şemadır.³⁹

Bu şemada; hastalık, rahatsızlık, yeti yitimi ve sakatlık kavramları yer almaktadır. Burada yeti yitimi; normal aktiviteyi gösterme yeteneğinin kısıtlanması veya yokluğu olarak tanımlanmıştır.³⁸

Diğer şema, Saad Nagi tarafından geliştirilmiştir. Bu iki çalışmadan sonra yeti yitimi kavramı; bozukluk, hastalık ve rahatsızlık kavramlarının ortaya çıkmasına öncülük etmiştir.⁴⁰

Saad Nagi’nin düşüncesinden yola çıkarak 1994 yılında Verbrugge ve arkadaşları tarafından “Yeti Yitimi Süreci Modeli” geliştirilmiştir (Şekil 1). Yeti Yitimi Süreci Modeli epidemiyolojik ve klinik araştırmalar açısından daha işlevsel bulunmuştur. Bu model; yeti yitimi sürecinin, hastalıklarda günlük yaşam aktivitelerinin, fiziksel ve ruhsal hareketlerin nasıl etkilendiğini tanımlamaktadır. Bu süreçte; yeti yitiminin, kişiden beklenen sosyal rolleri gerçekleştirmedeki yetersizliğinin ve bu süreci hızlandıran veya geciktiren kişisel ve çevresel etmenlerinde açıklandığı görülmektedir.⁴¹



Şekil 2.1. Verbrugge ve arkadaşlarının oluşturduğu yeti yitimi süreci

Yeti yitimi kavramı; son olarak 2001 yılında, The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) tarafından yeniden güncellenmiş ve “Kişinin sağlık durumu ve bireysel ya da çevresel faktörler arasındaki karışık ilişkinin sonucu” şeklinde tanımlanmıştır.⁴²

Yeti yitimi tanılmasının en önemli noktası; bireyin, etkilenen kişisel yetersizlikleri nedeniyle sosyal yaşama katılamamasının yanı sıra; kişisel özgürlük, bağımsız yaşam, eşitlik, özgüven, saygı gibi durumlarında da farklılık yaşamasıdır. Kişiyi her yönden etkileyen bir durumdur.⁴³

2.3. MS Hastalığı ve Ruhsal Durum

MS; tam bilinmeyen etyolojisi ile, kesin bir tedavisinin olmamasıyla, öngörülemeyen klinik seyri ile uyumu güç bir hastalıktır.³⁰ Stepleman ve ark.nın⁴⁴ 193 MS hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların sadece %12.7’sinin hastalığa uyum sağladıkları, %87.3’ünün uyum problemleri yaşadıkları bulunmuştur.

Tanının öğrenildiği ilk anda, hastalığa uyum ve adaptasyon oluşturma süreci başlamaktadır. MS tanısı almak hastalarda genelde bir şok hali yaratmakta ve hastalığa alışmak zaman almaktadır. Hastalığa uyum sağlamaya çalışan hastalarda çok farklı

reaksiyonlar yer alabilmektedir; şaşkınlık, inanmama, kaygı, öfke, üzüntü gibi. Hastaların büyük bir çoğunluğu MS ile nasıl başa çıkacağını tam olarak bilememektedir.¹¹ 2009 yılında Lode ve ark.nın yaptıkları çalışmada⁴⁵ yeni tanı 83 MS hastasının daha düşük seviyede duygusal odaklı ve problem odaklı baş ettiklerini ve 2 katı oranda depresif belirtiler yaşadıkları bulunmuştur.

20-40 yaşları arasında sık görülmekte olan MS; yaşamın en aktif ve işlevsel olduğu, ailesel, toplumsal ve mesleki amaç ve etkinliklerin en üst düzeyde olduğu bir dönemde görülmesi sebebiyle, sorunların boyutunu daha da arttırmaktadır.¹⁰ Hastalık süreci ilerledikçe, hastanın bedeninde ortaya çıkan bulgular ve yeti yitimleri de hastalıkla baş etmeyi daha da güçleştirmektedir.^{9,11}

Hastalık ile bağımlı hale gelen bireye; semptom tedavisinin ötesinde, yaşamın psikososyal boyutlarıyla da ilgili bütüncül bir sağlık bakımının sunulması önemli unsurların başında yer almaktadır. Farmakoterapi, psikoterapi ve sosyal desteğin birlikte olduğu multidisipliner bir tutum sergilemek; hastalık ile baş etme sürecinde, daha da faydalı olacaktır.^{46,47}

MS'in klinik tablosuna bakıldığında; diğer kronik ve nörolojik hastalıklara göre ruhsal bozukluklara daha çok rastlandığı görülmektedir. MS olgularında, depresyon %50 oranında en yaygın görülen psikiyatrik bozukluktur.^{13,48,49} Depresyon; bilişsel bozukluk ile birlikte MS'de yaşam kalitesini düşüren en önemli faktör olmakla birlikte yaşam kalitesi, yorgunluk, bilişsel işlev kayıpları, çalışamama durumu, sosyal destek azlığı yanı sıra; hastanın, tedaviye uyumsuzluğu ve hastalığa ilişkin gerçekçi olmayan beklentiler ile de ilişkilidir.^{48,49,50}

MS hastalarında yapılan çalışmalarda, depresyon %50 oranında bulunmaktadır.⁵⁰ MS hastalarında, depresyonun kronik bir hastalığa yönelik gelişen bir reaksiyon durumu mu, yoksa merkezi sinir sistemindeki plaklara bağlı olarak gelişen organik bir bozukluk

mu olduğu hala netlik kazanamamıştır.⁵¹ Sonuçta; MS hastalarında beyin plaklarının yeri, psikososyal faktörler, kullanılan ilaçlar, hastanın özürllük durumu gibi birçok faktör depresyonu tetikleyebilmektedir.^{51,52}

MS hastalığında görülen depresyonun tedavi yaklaşımı, klasik depresyon tedavisinden farklı değildir. MS depresyonunda, ilaç tedavisi kadar bilişsel davranışçı tedavilerin ve çevresel düzenlemelerin de etkili olabileceğı belirtilmektedir.⁴⁹

Yapılan çalışmalarda anksiyetenin MS hastalığında görülme oranı genellikle %19-34 arasında bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınları, için hastalığın seyriyle ilgili olan belirsizlik ve özürllük durumunun ilerleyebilecek olmasını bilme anksiyeteye neden olmaktadır.⁵³

Bipolar bozukluk için yapılan çalışmalarda normal popülasyonda %1 oranında görülme sıklığı ile karşılaştırırken; bu oran MS hastalarında %13 oranında bulunmuştur.⁵² İntihar girişimi ise, normal popülasyona göre MS hastalarında 7.5 kat fazla bulunmuştur.⁵⁴

Stepleman ve ark.nın⁴⁴ yaptığı bir çalışmada 2 yıl boyunca değerlendirilen 197 MS hastasının %72,1'inde depresyon, %17,3'ünde anksiyete, %7,1'inde intihar girişimi, %6,6'sında mani, %5,1'inde psikoz, %3'ünde kişilik bozukluğu bulunmuştur.

Hyphantis ve ark.nın⁵⁵ yaptıkları bir çalışmada ise MS'de ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin, 6,7 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında, hastalığa bağlı özürllük derecesi ve hastalığın başladığı yaş etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca ruhsal bozukluğun oluşmasında; özellikle de depresyonun ortaya çıkmasında içe dönüklük, hostilete, etkisiz baş etme ve zayıf ego durumunun etkili olduğu bulunmuştur.

Bu bilgiler ışığında; hastalıkta ortaya çıkan ve kişinin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen bu ruhsal bozukluklar, hastalığın semptomları kadar ciddiyetle takip ve tedavi edilmelidir.¹¹

2.4. MS Hastalığında Yeti Yitimi ve Hemşirelik Bakımı

MS hastalığı genç nüfusu etkileyen, özürlülük durumu yaratan, kronik bir hastalıktır ve bunun sonucunda kişide ciddi yetenek kayıpları yaratmaktadır.^{10,56}

Farklı düzeyde gelişen yeti yitimi ile kişi; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye, başkalarına bağımlı hale gelme, öz bakımını sürdürmede yetersizlik, sosyal ortamdan çekilme gibi sorunlarla baş etmek zorunda kalır. Hastalığın ileri ki döneminde iş hayatını bırakma, evde sürekli bakıma ihtiyaç duyulması, aile üyelerinden birinin hep yanında olması, yetersizliklere bağlı olarak ev ortamında gerekli düzenlemeler gibi gereksinimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bunların sonucunda maliyeti yüksek bir bakım ve muhtaçlık gereksinimi ortaya çıkmaktadır.^{43,56}

Genç yaşlarda başlayan hastalık sonucu gelişen yeti yitimleri bireyde, kendini işe yaramaz hissetme, benlik saygısının da düşme, sosyal ortamdan uzaklaşıp yalnızlaşma gibi sorunlara sebebiyet verebilir. Ve bu sorunlara bağlı olarak bireylerde gelişen ruhsal bozuklukların insidansı da artmaktadır.¹⁰

Hastalık sürecinde oluşan sorunlardan bazıları kısa süreli ve geri dönüşlü iken, bazıları ise hastada kalıcı özürlülük durumu yaratmaktadır. Hastalığı kabullenme aşamasında olan hastalarda ortaya çıkan bu tür sorunlar nedeniyle, ciddi derece de psikososyal problemler yaşanmaktadır.^{46,51}

Hastalığın erken dönemlerinde atak yaşama endişesi, sürecin belirsizliği, yeti yitimi olasılıkları ve yaşamı kontrol edememe duygusu gibi nedenlerle stres yaşayan hasta ve yakınlarının yaşamlarını bu olasılıklar doğrultusunda yeniden düzenlemeleri gerekebilmektedir. Hasta, fiziksel ve bilişsel kayıplardan kaynaklanan yas, benlik saygısında düşüş veya belirsiz bir gelecek için kaygı yaşarken; yakınları da, hastayı kaybetme korkusu yaşayabilmektedir.⁵⁷

Hastalıktan sonra sık görülen bilişsel değişiklikler, kişilik ve davranış değişiklikleri nedeniyle hastanın yakınlarıyla ilişkisi olumsuz yönde etkilenebilir. Özellikle kadının ev içi görev ve sorumluluklarını yerine getirememekte, cinsiyet

rollerinin değişmesi ile ilişkiler olumsuz etkilenmekte; yeti yitimleri arttıkça ayrılma ve boşanmaların da arttığı bilinmektedir.¹¹

MS tanısı ile yaşanılan ortam ile ilgili dzenlemeler de beraberinde gelmektedir. İleri dñemde hastanın evde sñrekli bakıma ihtiyaç duyabilecek olması, aile üyelerinden birinin hastanın hep yanında olması gibi gereksinimler maliyeti yükselten durumlardır. Ayrıca hastanın fiziksel değişikliklerine gñre ev ortamının da uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Bunun da ek bir maliyet getireceği, hatta bazen başka bir eve taşınmayı da gerektirebileceği gñz önünde olmalıdır.^{57,58}

Hastalığa uyum için kişinin sadece kendisinin değil, çevresinin de yaşadığı durumla etkileşimini yeniden yapılandırması gerekmektedir. Bunun için; kişinin, hastalığının tüm yñnlerini bilmesi ve belli bir farkındalık düzeyine ulaşması gerekmektedir. Kazandığı bu farkındalık ile; kişinin, değişim kararı alması daha yüksek ihtimaldir. Bu andan itibaren; hastaya, yaşama pozitif bir bakış açısı geliştirmede yardım edilmelidir. Çeşitli çalışmalarda, özellikle iyimserlik veya pozitif düşünmenin MS hastalığı ile baş etmede önemli bir anahtar olduğu, hastalar tarafından vurgulanmıştır.¹⁵

Kronik ve zrllk durumu yaratan hastalığa sahip olan bireye; semptom tedavisinin ötesinde, yaşamın psikososyal boyutlarıyla da ilgili holistik bir yaklaşım sunmak önemlidir.¹¹

MS hastalarında, psikososyal problemlerin aşılmasında, hasta ve sağlık ekibi arasında kurulan iletişim çok önemlidir. Sorunların yalnız değil, işbirliği içerisinde çözülebileceğinin hissettirilmesi, iletişim için uygun ortamın oluşturulması; hastanın, ekip ile iletişimini kolaylaştıracak, sorunlarını daha rahat ifade etmesini sağlayacak ve çözüm yolundaki ilk adımı atılmasını sağlayacaktır.¹⁵

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşire, hasta ve yakınına vereceği hemşirelik bakımı ile; MS hastalarının, günlük yaşam aktivitelerinde mümkün olduğunca bağımsızlığını ve psikososyal esenliğe ulaşmasını sağlamayı, hastalık sürecinin getirdiği problemlerle baş edebilmeyi, ev ortamında hastalık semptomlarını ve komplikasyonlarını etkin bir şekilde kontrol edebilmeyi hedeflemektedir.¹¹

Hemşireler bu rollerini yerine getirirken her hasta ve ailesinin kendine özgü olduğunu da göz önünde bulundurmalıdır. Hasta ve ailesi ile dürüst ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak güven duygusu oluşturacak şekilde terapötik bir iletişim kurmak önemlidir.^{51,59}

Hemşire, hastadaki kişilik ve davranış değişiklikleri, bilişsel değişikliklere bağlı sosyal ilişkilerinin olumsuz yönde etkilenebileceği, kişinin yeti yitimi arttıkça günlük işlerini yerine getirememesi, kendine yetememesi gibi problemlerin artacağı ve buna bağlı gelişebilecek psikolojik sıkıntılar konusunda; hasta yakınlarına bilgi vermelidir.^{57,58}

Daha güvenli ve kaliteli bir bakım için; hemşire, bakım verenlere ve tüm aile üyelerine, kendi fiziksel ve psikolojik sağlığını tehlikeye atmamaları, ihtiyaç duyulan bakımı sağlamaları ve tükenmişlik yaşamamaları için eğitim vermeli ve tüm aile üyeleri bakıma katılarak; hastanın, aile desteği ile semptomlarının hafifletilmesi amaçlamaktadır.¹¹

3. MATERYAL METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne, Kasım 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında başvuran MS hastaları ile yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma evrenini, Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne Aralık 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında başvuran 185 MS hastası oluşturmaktadır. Örneklemi ise belirtilen evrende, araştırma kriterlerine uyan ve gönüllü olan toplam 117 hasta oluşturdu.

Araştırmaya alınma ölçütleri;

- En az bir yıl önce MS tanısı almış olması
- Başka ciddi kronik hastalık tanısı ve ruhsal bozukluk tanısı almamış olması
- 18 yaşından büyük olması
- İletişim probleminin bulunmaması ve iş birliğine açık olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler:

- Hastalık süreleri
- Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni hal vb.)

Bağımlı Değişken:

- Yeti yitimi anketi ve Kısa semptom envateri puanları

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Aralık 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Veriler, hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik olarak araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) olmak üzere 3 form uygulanarak toplandı. Anketlerin uygulanması yaklaşık 30 dakika kadar sürdü.

3.6. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

MS hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadıkları yer, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik ve hastalık öyküsü ile ilişkili özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanmış sorular yer almaktadır (EK-2).

Kısa Yeti yitimi Anketi (KYA)

Bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendirmek için, KYA'daki yeti yitimine ilişkin 11 soru yer almaktadır. Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1995 yılında Kaplan⁶⁰ tarafından yapılmış olup, yeti yitimi toplam puanları arasında yüksek bir uyum (Pearson korelasyonu=91, $p<001$) bulunmuş ve KYA toplam puanı için Cronbach alpha değerinin 0.92 olduğu gösterilmiştir.

Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYA'de bedensel ve sosyal yeti yitimini soruşturan sorular bulunmaktadır. İlk sorular; spor yapmak, masa çekmek, merdiven yokuş çıkmak, eğilmek, doğrulmak, ağır eşya kaldırmak, uzun mesafe yürümek, banyo yapmak, tuvalete gitmek gibi günlük uğraşların yerine getirilmesinde sağlık sorunları nedeniyle kişinin engellenip engellenmediği sorgulanmaktadır. Diğer sorular; sağlık sorunlarının hobiler, günlük işler, çalışma isteği, iş verimi, kişiler arası ilişkileri

üzerindeki etkilerini ölçmektedir. Bu alanlardaki yeti yitimi, hasta tarafından 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır. Puanların toplanması ile yeti yitimi toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puan 0-22 arasında değişir. (0-4=yeti yitimi yok), (5-7=hafif yeti yitimi), (8-12=orta ağırlıkta yeti yitimi), (13 puan ve üstü = ağır yeti yitimi) şeklinde değerlendirilmektedir.⁶¹

Bu araştırmada Kısa Yeti Yitimi Anketinin Cronbach's Alpha değeri 0,91 olarak bulundu. Bu değer anketin yüksek derecede güvenilir olduğunu istatistiksel olarak açıklamaktadır (EK-3).

Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Derogotis⁶² tarafından geliştirilmiş, 53 maddeden oluşan ve 0-4 arası puanlanan, likert tipi bir ölçektir. KSE'nin Türkiye uyarlaması Şahin ve Durak⁶³ tarafından gerçekleştirilmiştir. KSE bazı psikolojik belirtileri belirlemek amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir. KSE, SCL-90 olarak bilinen 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış halidir ve yaklaşık olarak 5-10 dakika içinde doldurulabilmektedir.

Ölçekte kişilerden, her madde için “0: hiç yok”, “1: biraz var”, “2: orta derecede var”, “3: epey var” ve “4: çok fazla var” seçeneklerinden birini seçmesi ve işaretlemesi istenmektedir. Toplam puan dağılımı ise 0-212 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyde o semptomun daha fazla görüldüğünü bildirmektedir.

KSE ölçeği “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “hostilite” adı verilen beş alt gruptan oluşmaktadır.

Alt boyutlar:

Anksiyete: 13 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 12,13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49'dur. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 0-52'dir.

Depresyon: 12 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39'dur. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 0-48'dir.

Olumsuz benlik: 12 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53'tür. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 0-48'dir.

Somatizasyon: 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33'tür. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 0-36'dir.

Hostilite: 7 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41'dir. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 0-28'dir.

Bu araştırmada KSE'nin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları; anksiyete, depresyon ve somatizasyon alt boyutları için 0.89, olumsuz benlik ve hostilite alt boyutları için 0.80 olarak bulundu (EK-4).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18 istatistik paket programından yararlanıldı. Bu değerlendirmeler için; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma, Cronbach alpha katsayısı ve Pearson Korelasyon analizi kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (EK-5). Araştırmanın yapıldığı; Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı'ndan yazılı izinler alındı (EK-6). Araştırmaya katılacak hastalara araştırmanın yapılma amacı, yöntemi ve sorular için ayırmaları istenen zaman konusunda bilgiler verildi. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin gizli tutulacağı, araştırmaya katılmanın hastalar için

herhangi bir risk taşımadığı, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları ve katılımın tamamen gönüllülük ilkesine dayandığı hastalara açıklandı.

3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği

Bu araştırma sonuçları araştırmaya katılan Multipl Skleroz hastalarına genellenebilir.



4. BULGULAR

Multipl Skleroz hastalarının yeti yitimi düzeyleri ve ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi belirlenmek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
19-29	32	27.3
30-40	36	30.8
41 ve ↑	49	41.9
Cinsiyet		
Kadın	84	71.8
Erkek	33	28.2
Eğitim Durumu		
İlköğretim Mezunu	24	20.5
Lise Mezunu	43	36.8
Üniversite Mezunu	50	42.7
Çalışma Durumu		
Çalışan	53	45.3
Çalışmayan	64	54.7
Medeni Durum		
Evli	72	61.5
Bekar	45	38.5
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Olan	68	58.1
Olmayan	49	41.9
Çocuk Sayısı		
1	32	47.1
2 ve ↑	36	52.9
Yaşanılan Yer		
Köy/Kasaba	-	-
İl	117	100.0
Gelir Durumu Algısı		
İyi	20	17.1
Orta	97	82.9
Kötü	-	-
Aile İçindeki Rol		
Anne	57	48.7
Baba	18	15.4
Çocuk	42	35.9
Yaşanılan Kişi		
Eş	17	14.5
Eş+Çocuk	53	45.3
Anne+Baba	32	27.4
Diğer (Tek+Akraba+Bakıcı vs.)	15	12.8

Hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Hastaların %30.8’inin 30-40 yaş arasında, %71.8’nin kadın, %42.7’nin üniversite mezunu, %54.7’nin herhangi bir işte çalışmadığı, %61.5’nin evli olduğu, %58.1’nin çocuk sahibi olduğu ve tamamının şehir merkezinde yaşadığı saptandı. Hastaların %82.9’nun gelir durumu algılarının orta düzeyde olduğu, %48.7’nin aynı zamanda anne olduğu ve %45.3’nün eşi ve çocuğu ile birlikte yaşadığı bulundu.

Tablo 4.2. Hastaların Sağlıklarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanan	25	21.4
Kullanmayan	92	78.6
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanan	16	13.7
Kullanmayan	101	86.3
Hastalık Süresi		
1-5 yıl	51	43.6
6-10 yıl	29	24.8
11 yıl ve ↑	37	31.6
EDSS Puanı*		
0-1.5 (Normal, özürlülüğü olmayan)	49	41.9
2-3.5 (Hafif özürlülük durumu)	38	32.5
4-5.5 (Orta derecede özürlülük durumu)	23	19.6
6-7.5 (İleri derecede özürlülük durumu)	7	6.0
Kişisel Bakımını Yapabilme Durumu		
Yapanlar	88	75.2
Yardımla yapanlar	22	18.8
Yapamayanlar	7	6.0
Kişisel Bakıma Yardım Eden Kişi		
Yok	6	5.1
Aile üyeleri	102	87.2
Diğer (arkadaş, akraba)	9	7.7
Hareket Yeteneğini Algılama Durumu		
Sadece ev içinde hareket edenler	12	10.2
Ev içinde ve dışında yardım alanlar	32	27.4
Ev içinde ve dışında tam hareket edenler	73	62.4
Akrabalar ile İlişkinin Durumu		
Çok iyi	54	46.2
İyi	47	40.2
Orta	16	13.6

Tablo 4.2. (Devamı)

Özellikler	Sayı	Yüzde
1 Ay İçinde Günlük İşlerin Aksatılma Durumu		
Aksatan	71	60.6
Aksatmayan	46	39.4
1 Ay İçinde Günlük İşleri Aksatılan Gün Sayısı (n=71)		
1-7 gün	47	66.2
8 gün ve üstü	24	33.8
Hastalık Nedeni ile Günü Yatak İçinde Geçirme Durumu		
Geçiren	47	40.2
Geçirmeyen	70	59.8
Hastalık Nedeni ile Yatak İçinde Geçirilen Gün Sayısı (n=47)		
1-7 gün	28	59.6
8 gün ve üstü	19	40.4

*EDSS puanı, nöroloji uzman doktoru tarafından hasta muayenesi ile elde edilmiş bir veridir.

Hastaların sağlıklarına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hastaların %78.6'nın sigara, %86.3'nün alkol kullanmadığı, %43.6'nın 1-5 yıldır hasta oldukları, EDSS'ye göre hastaların %41.9'nun "Normal, Özürlülüğü Olmayan" olduğu, %75.2'nin kişisel bakımını kendisinin yapabildiği, %87.2'nin kişisel bakım konusunda aile üyelerinden destek aldığı, %62.4'nün hem ev içinde hem de ev dışında hareket kısıtlılığının olmadığı, %46.2'nin aile üyeleri ile ilişkisinin çok iyi olduğu, %60.6'nın günlük işlerini hastalık nedeniyle aksattığı ve %59.8'nin yine hastalık nedeniyle günlerini yatakta geçirmediği saptandı.(Tablo 4.2)

Tablo 4.3. Hastaların KYYA'nın Kesme Noktalarına Göre Dağılımı

Ölçekler	Sayı	Yüzde
KYYA		
0-4 (Yeti Yitimi Yok)	30	25.6
5-7 (Hafif Yeti Yitimi)	14	12.0
8-12 (Orta Ağırlıkta Yeti Yitimi)	43	36.8
13 ve ↑ (Ağır Yeti Yitimi)	30	25.6

Hastaların KYYA'nın kesme noktalarına göre dağılımı Tablo 4.3'de verilmiştir.

KYYA'ya göre hastaların %36.8'nin "Orta Ağırlıkta Yeti Yitimi" olduğu görüldü.

Tablo 4.4. Hastaların KYYA ve KSE'den Aldıkları Min-Max ve Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler		Min	Max	$\bar{X} \pm SS$
KYYA	0-4 (Yeti Yitimi Yok)	0	4	1.90±1.32
	5-7 (Hafif Yeti Yitimi)	5	7	5.85±0.77
	8-12 (Orta Ağırlıkta Yeti Yitimi)	8	12	9.60±1.19
	13 ve üzeri (Ağır Yeti Yitimi)	13	22	16.96±3.29
	Toplam	0	22	9.09±5.87
KSE	Anksiyete	0	38	11.47±9.18
	Depresyon	0	41	14.25±9.72
	Olumsuz Benlik	0	32	8.14±7.69
	Somatizasyon	0	27	8.75±6.24
	Hostilite	0	20	5.22±4.50
	Toplam	0	132	47.84±33.11

Hastaların KYYA ve KSE'den aldıkları Min-Max ve puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.4'de verilmiştir. Hastalar KYYA'den toplamda 9.09±5.87 puan aldıkları bulundu. Hastalar KSE'nin anksiyete alt boyutundan 11.47±9.18, depresyon alt boyutundan 14.25±9.72, olumsuz benlik alt boyutundan 8.14±7.69, somatizasyon alt boyutundan 8.75±6.24, hostilite alt boyutundan 5.22±4.50 ve toplamda ise 47.84±33.11 puan aldıkları görüldü.

Tablo 4.5. Hastaların KYYA ile KSE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler		KYYA
KSE ALT BOYUTLARI	Anksiyete	r= 0.318** p= 0.000
	Depresyon	r= 0.416** p= 0.000
	Olumsuz Benlik	r= 0.312** p= 0.001
	Somatizasyon	r= 0.368** p= 0.000
	Hostilite	r= 0.261** p= 0.004
	Toplam	r= 0.388** p= 0.000

**p<0.001

Hastaların KYYA ile KSE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.5); KYYA puan ortalaması ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite alt boyutlarında ve her iki ölçeğin toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu.



5. TARTIŞMA

Multipl Skleroz hastalarının yeti yitimi düzeyleri ve ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya katılan MS hastalarının, tanıtıcı özelliklerin dağılımı incelendiğinde; hastaların çoğunun evli, 30-40 yaş arasında ve kadın olduğu, çocuk sahibi oldukları, hastalıktan kaynaklı çoğunun çalışmadığı, üniversite mezunu oldukları bulundu. Ayrıca hastaların çoğunun gelir durumunun orta seviyede olduğu, eşi-çocuğu ile birlikte yaşadığı ve hepsinin şehirde ikamet ettiği saptandı (Tablo 4.1).

Hastaların sağlıklarına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hastaların çoğunun sigara, alkol kullanmadığı, 1-5 yıldır hastalık tanısı olduğu, kişisel bakımını yapabildikleri, hem ev içinde hem de ev dışında hareket kısıtlılığının olmadığı saptandı. Bununla birlikte hastaların çoğunun aile üyeleri ile ilişkisinin çok iyi olduğu ve ilişkilerinde uyum problemi yaşamadığı, günlük işlerini hastalık nedeniyle aksattığı bulundu (Tablo 4.2).

Araştırmada; KYYA'nın kesme noktalarına göre puanları sınıflandırıldığında ve KYYA'nın toplam puan ortalaması incelendiğinde; MS hastalarının orta düzeyde yeti yitimi yaşadıkları bulundu (Tablo 4.3, Tablo 4.4). Er ve Mollaoğlu'nun³ ülkemizde yapmış oldukları çalışmada, MS hastalarında %67.3'ün de çeşitli derecelerde yeti yitimi saptanmış ve daha çok orta düzey yeti yitiminin fazla görüldüğü bulunmuştur.

Dahl ve ark.⁴⁹ yaptıkları çalışmada, MS hastalarının % 44'ünde orta ve ağır düzeyde yeti yitimi bulunurken, Pugliatti ve ark.'nın⁶⁴ yaptıkları çalışmada, MS hastalarının %65'inde hafif ve orta düzeyde, %35'inde ise ağır düzeyde yeti yitimi yaşadığı belirtilmiştir.

Kaşıkcı'nın⁶⁵ ve Motl ve ark.'nın⁶⁶ çalışmalarında da, MS hastalarının daha çok orta düzeyde yeti yitimi yaşadıkları bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar da, farklı düzeylerde de olsa tüm hasta gruplarında yeti yitimi görüldüğü bulunmuştur. Hastalığın, kişilerde yarattığı yeti yitiminin derecesi bu sonuçlarla da görülmektedir ve bu sonuçlar araştırma sonucunda elde edilen bulguları destekler niteliktedir.

Bu araştırmada, hastalarda bu düzeylerde yeti yitiminin bulunmasında; hastaların tanı yılının, hastalıklarının seyrinin, kendilerini algılama şekillerinin ve farkındalık düzeylerinin etkili olabileceği söylenebilir. Yapılan çalışmalarda da, hastalığın tanı yılı arttıkça hastalarda görülen kayıpların derecesinin de arttığı bulunmuştur.¹¹ Ayrıca hastanın kendisini değerlendirerek verdiği cevaplar ile bulunan yeti yitimi düzeylerinde hastaların farkındalık düzeyleri, kendilerini ve hastalığın etkilerini algılama şekilleri ile ilişkili olabilir.

Hastaların KSE toplam puan ortalamaları 47.84 ± 33.11 olarak saptandı (Tablo 4.4). İlgili ölçekten alınabilecek en yüksek puan 212'dir ve ölçekten alınan puan arttıkça, hastaların ruhsal durumları kötüleşmektedir. Buna göre, hastaların aldıkları puan, ruhsal durumlarının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

MS hastalığı öğrenildiği ilk andan itibaren bireyin ruhsal durumunu etkilenmekte, bu yeni duruma adapte olmaya çalışmaktadır. Birey, bu döneme ne kadar iyi adapte olabilirse, hastalığın getireceği durumlara karşı o kadar sağlam durup ruhsal durumunu koruyabilir. Bu konuda hastanın yanında olan ailesi, bakım vereni ve aralarında ki olumlu aile ilişkileri önem kazanmaktadır. Kişinin algıladığı sosyal destek, karşılaşılabilecek durumlar ile daha kolay baş edilebileceğini göstermektedir.⁶⁷

Çalışmaya katılan hastaların; sosyal desteklerinin olması, kişisel bakımlarını kendilerinin yapıyor olmaları, ev içinde ve dışında tam hareket ediyor olmaları, akrabalar ile ilişkilerinin çoğunun çok iyi düzeyde olması, aile içi üyeler ile uyum problemi yaşamamaları ruhsal durumlarının iyi düzeyde çıkmasında etkili olduğu söylenebilir. Bu da, sosyal desteğin ve olumlu aile ilişkilerinin kolay baş etmede ve ruhsal durum üzerinde ki etkisini göstermektedir.

Tablo 4.4'te KSE'nin alt ölçeklerinin puan ortalamalarına bakıldığında MS hastalarında; depresyon diğer alt gruplara oranla en yüksek görülen ruhsal durum olarak bulundu. Onu takip eden anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon oranları da dikkat çeker ölçüde yüksek bulundu.

Bu bulgular, ülkemizde Koçer ve ark.⁵⁸, Seki Öz⁶⁸, Aşiret ve ark.⁶⁹ tarafından yapılan çalışmaların bulgularıyla da benzerlik göstermektedir. Seki Öz'ün⁶⁸ yaptığı çalışmada, MS hastalarında görülen psikiyatrik belirtiler arasında depresyon ilk sırada yer alırken, ardından sırasıyla anksiyete ve olumsuz benlik gelmiştir.

Koçer ve ark.⁵⁸ yaptıkları çalışmada da, MS hastalarının %32.3'ünde depresyon görülürken, Aşiret ve ark.⁶⁹ tarafından yapılmış çalışmada ise, MS hastalarındaki depresyon sıklığı % 43.1 oranında bulunmuştur.

İngiltere'de Jones ve ark.'nın⁷⁰ MS hastaları ile yapmış olduğu çalışmada, hastaların %37.4'ünde anksiyete ve %32.7'sinde de depresyon saptanmıştır.

Alhazzani ve ark.⁷¹ tarafından 518 MS hastası ile yapılan çalışmada da grubun %30.8'inde depresyon semptomları görülmüştür.

Panda ve ark.'nın⁷² 2018 yılında yaptıkları çalışmada 90 MS hastası çalışmaya alınmış ve hasta grubunun %61'inde anlamlı derecede yüksek ruhsal belirtiler görülmüştür. En sık görülen ruhsal bozukluk olarak depresyon (%38.8) bulunurken,

bunu anksiyete belirtilerinin (%27.8) izlediği bulunmuştur. Yurt dışında yapılmış çalışmalar incelendiğinde de bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda verilere ulaşılmıştır.

Bu araştırmada; hastalarda, depresyon belirtileri yüksek bulunurken; anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon belirtileri de yüksek bulunmuştur. Bu araştırmaya katılan hastalarda; kronik bir hastalığın varlığı, bedeninde görülen yeti yitimi düzeyleri, hastalıktan kaynaklı günlük işlerini aksatıyor olmaları ve günü yatakta geçiriyor olmaları, görülen depresyon semptomları üzerinde etkili olabilir. Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere MS hastalığında, depresyon semptomlarının çok sık ortaya çıktığı ve ciddi seviyelere ulaştığı bulunmuştur.¹⁰ Aynı zamanda hastalığın tam nedeninin bilinmemesi, kesin bir tedavisinin olmaması bunun yanında sosyal desteğin yokluğu, yaşama koşulları, büyük ve kalabalık şehirde ikamet etme kişinin anksiyete belirtileri üzerinde etkili olabilir.⁷³

Hastalığın yarattığı yeti yitimleri ile hastalarda; günlük aktivitelerini yerine getirememe, yaşamsal amaçlarını gerçekleştirememe, fiziksel yönden bağımlılıklarının artması, çalışma hayatının etkilenmesi, sosyal hayattan uzaklaşma gibi sorunlarda benlik saygısında azalmalara ve kişide olumsuz benlik belirtilerine sebebiyet verebilir.^{11,68}

Farklı kültür ve bölgelerde yapılmış bu çalışmalarda, kişinin ruhsal durumu üzerinde kültürel farklılıkların, yaşam koşullarının ve yaşadığı çevrenin etkili olduğu söylenebilir. Bu çalışmaların ortak bir sonucu vardır ki; MS hastalığı, kişinin ruhsal durumunu ciddi oranlarda etkilemektedir.^{74,75}

Araştırmada, hastaların KYYA ile KSE puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.5); KYYA puan ortalaması ile anksiyete, depresyon, olumsuz

benlik, somatizasyon, hostilite alt boyutlarında ve her iki ölçeğin toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Bu sonuç; hastanın yeti yitimi düzeyi arttıkça ruhsal belirtilerin şiddetinin de arttığını göstermektedir.

Tuncay ve ark.'nın⁷⁷, Özyüksel ve ark.'nın⁷⁸ çalışmalarında da yetenek kayıpları fazla olan MS hastalarının, yetenek kayıpları az olan hasta grubuna göre depresyon seviyelerinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur.

Yurtdışında yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Hyphantis ve ark.'nın⁵⁵ çalışmasında MS hastalarında ortaya çıkan ruhsal bozuklukların 6.7 kat daha fazla olduğu bulunurken, ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasında, hastalığa bağlı özürllülük derecesinin de önemli bir etkisinin olduğu saptanmıştır.

Chwastiak ve ark.'nın⁷⁶ yapmış olduğu çalışmada ileri derece yetenek kayıpları ile hafif düzey yetenek kayıpları olan hasta grubu karşılaştırılmasında; ileri derecede yetenek kayıpları yaşayan hasta grubunda depresyon ortalaması da yüksek belirlenmiştir.

2014 yılında İngiltere'de Jones ve ark.'nın⁷⁹ tarafından yapılmış çalışmada MS hastalarının anksiyete ve depresyon yaşadıkları ve psikiyatrik semptomların artışına bağlı olarak yetenek kayıplarında da belli oranlarda artış olduğu bulunmuştur.

Alghwiri ve ark.'nın⁸⁰ çalışmasında MS hastalarında depresyon sıklığını %53 oranında bulunurken, hastaların depresyon seviyesi ile yetenek kayıpları arasındaki ilişkiye bakıldığında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Askari ve ark.'nın⁸, Amato ve ark.'nın⁷⁴, Amerika'da Jones ve ark.'nın⁸¹, Šabanagić-Hajrić ve ark.'nın⁸² çalışmalarında da yüksek düzeyde yetenek kayıpları yaşayan MS hastalarının depresyon ve anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmalarda da görüldüğü gibi, MS hastalığında yeti yitimlerine bağlı ruhsal durumların görülme sıklığı fazladır ve çalışmalar bu araştırma sonucunda elde edilen bulguları destekler niteliktedir.

MS hastalarının, hasta oldukları andan itibaren zrllk gelişmese de, zrllk gelişen hastalar kadar yoğun anksiyete ve stres yaşadıkları saptanmıştır. Hastalık ile birlikte gelen yeti yitimleri ile kişide; kendini işe yaramaz hissetme, benlik saygısının da düşme, yalnızlaşma gibi sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Bazen de hastalığı kendisine verilmiş bir ceza gibi algılamaktadır. Tüm bu sorunlara bağlı gelişen ruhsal bozuklukların insidansı da artmaktadır.⁴³

Hastalığın belirsiz seyri, her an atak yaşama stresi ve yeti yitimi korkuları nedeniyle, tüm MS hastalarında yetenek kayıpları olmasa da; hastaların yakınları ile birlikte sağlık ekibince dikkatle ele alınması, hastalıkla etkili baş etmesini ve hastalığa daha pozitif yaklaşmalarını sağlayan bütüncül bakım sunulması tüm bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere önemlidir.⁸³

Bu bilgiler doğrultusunda; MS hastalarında meydana gelen yeti yitimleri, kişiyi sadece fiziksel yönden değil; ruhsal yönden de ciddi oranlarda etkilediği anlaşılmaktadır. Buna bağlı olarak kişilerin psikiyatrik semptomlar açısından risk taşıdığı bilinerek, bütüncül yaklaşımın ve erken dönemde koruyucu ruh sağlığının önemi daha da artmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Multipl skleroz hastalarının yeti yitimi düzeyleri ve ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların KYYA ortalama puanına göre orta düzeyde yeti yitimi yaşadıkları bulundu.
- KSE puan ortalamalarına göre hastaların sırasıyla depresyon, anksiyete somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilete semptomlarını fazla yaşadıkları bulundu.
- KYYA puan ortalaması ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete alt boyutlarının puan ortalaması ve her iki ölçeğin toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu.

Araştırmadan elde edinilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Hastalara, ruhsal belirtilerin seviyelerini azaltmak adına; hastalığın sürecini, oluşabilecek komplikasyonları ve etkili baş etme yöntemlerini içeren eğitimler verilebilir.
- Hastalarda, yeti yitimi düzeylerinin daha sık kontrol edilmesi ve yeti yitimlerini kontrol altına alabilmek adına daha sık kontrol muayenelerine gelmeleri önerilebilir.
- Hasta ve yakınlarına; kendilerini ifade etmelerinin sağlanması, sosyal destek kaynaklarının farkına varılması, ilişkilerinin sağlıklı yürümesi ve yaşama daha olumlu bakabilmeleri adına psikolojik danışma hizmetleri verilebilir ve psikolojik danışma hizmetleri MS hastaları için rutine konulabilir.

- Hastalarla sürekli iletişim halinde olan hemşirelere; MS hastalarının, ruhsal bozukluklar açısından riskli grupta olduğu söylenebilir ve hastalarını bu yönden dikkatle ele almaları ve koruyucu ruh sağlığı açısından erken dönemde gerekli yönlendirmelerin yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Kasper J, Köpke S, Mühlhauser I, Heesen C. Evidence-Based Patient Information About Treatment of Multiple Sclerosis—A Phase One Study on Comprehension and Emotional Responses. *PEC J*, 2006; 62:56–63.
2. Topcular B, Özcan ME. et.all. Relapsing Remitting Multipl Skleroz'da Kognitif Bozukluk. *Arch Neuropsychiatry*, 2012.
3. Er F, Mollaoğlu M. Multiple Sklerozlu Hastalarda Yeti Yitimi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin İncelenmesi. *J.Neurol.Sci.(Turk)*, 2011, 28:190-203.
4. Mutlu M, Akman Demir G. Multipl Skleroz Tanısında Tarihsel Gelişim ve Son Durum. *Arch Neuropsychiatry*, 2008, 45:1-5.
5. Mirza M. Multiple Sklerozun Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi. *Erciyes Med J*, 2002, 24:40-47.
6. Burschka JM, Keune PM, Oy UH, Oschmann P, Kuhn P. Mindfulness-based Interventions in Multiple Sclerosis: Beneficial Effects of Tai Chi on Balance, Coordination, Fatigue and Depression, *BMC Neurology*, 2014, 14:165.
7. Hopman WM, Coe H, Edgar CM, McBride EV, Day AG, Brunet DG. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis. *Can J Neurol Sci*, 2007, 34:160-166.
8. Askari F, Ghajarzadeh M, Mohammadifar M, Azimi A, Sahraian MA, Owji M. Anxiety in Patients with Multiple Sclerosis: Association with Disability, Depression, Disease Type and Sex. *Acta Medica Iranica*, 2014, 52:889-892.
9. Tan M, Dayapoğlu N. Multiple Sklerozlu Hastalarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *F.N. Hem. Derg*, 2011, 19:105-108.
10. Tel H, Tay BN, Canbay M, Akaya İ, Yalçınkaya S. Kronik Fiziksel Hastalıklı Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon. *F.N. Hem. Derg.*, 2014, 22:69-75.

11. Tülek Z. Multipl Sklerozlu Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Cumhuriyet Nurs J*, 2007, 11:25-32.
12. Tihan A. Multipl Skleroz ve Tedavisindeki Gelişmelerin Psikiyatrik Yn. *Arch Neuropsychiatry*, 2008; 45 zel Sayı: 37-43.
13. Ghajarzadeh M, Sahraian MA, Fateh R, Daneshmand A. Fatigue, Depression and Sleep Disturbances in Iranian Patients with Multiple Sclerosis. *Acta Medica Iranica*, 2012, 50:244-249.
14. ahin Onat , nsal Delialioğlu S, zel S. Multipl Sklerozda Depresyon, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi İlişkisi: Bir Rehabilitasyon Merkezi Deneyimi. *J PMR Sci*, 2015, 18:139-145.
15. Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Nöroloji Derneği, Galenos Yayınevi, İstanbul, 2016.
16. Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *Lancet*, 2008, 372:1502-1517.
17. Tanoğlu C. MS'te Yeni Tedaviler. *Neurology Special Topics*, 2015, 8:23-28.
18. Wei Q, Jing-San W, Alison C. Clinical Profile and HLA-DRB1 Genotype of Late Onset Multiple Sclerosis in Western Australia University of Western Australia. *J Clin Neurosci*, 2010, 17:1009–1013.
19. Pugliatti M, Rosati G, Carton V, Riise T, Drulovic J, Vecsei L. The Epidemiology of Multiple Sclerosis in Europe. *European Journal of Neurology*, 2006,13:700–722.
20. Leray E, Moreau T, Fromont A, Edan A. Epidemiology of Multiple Sclerosis. *Revue Neurologique*, 2016, 172:3-13.
21. Mirza M. Multipl Skleroz Etiyoloji ve Epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2002, 24:40-47.
22. Marrie, R.A. Environmental Risk Factors in Multiple Sclerosis Etiology. *Lancet*, 2004, 3:709-718.

23. Ascherio A, Munger KL. Environmental Risk Factors for Multiple Sclerosis. Part II: Noninfectious factors. *Ann Neurol*, 2007, 61:504-513.
24. Özbülbül D. Multiple Skleroz Belirtileri, Tanı ve Tedavisi. Biyokimya Anabilim Dalı Bitirme Ödevi, Kayseri, T.C. Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, 2012.
25. Ebers GC. Environmental Factors and Multiple Sclerosis. *Lancet*, 2008, 7:268-277.
26. Coo H, Aronson KJ. A Systematic Review of Several Potential Non-Genetic Risk Factors for Multiple Sclerosis. *Neuroepidemiology*, 2004, 23:1-12.
27. Kantarcı O, Wingerchuk D. Epidemiology and Natural History of Multiple Sclerosis; New Insight. *Curr Opin Neurol*, 2006, 19:248-254.
28. Bir LS. Multipl Skleroz: Doğal Seyir ve Prognoz. *Neurology Special Topics*, 2009; 2:29-37.
29. Curkendall SM, Wang C, Johnson BH, Cao Z. Potential Health Care Cost Savings Associated With Early Treatment of Multiple Sclerosis Using Disease-Modifying Therapy. *Clin Ther*, 2011, 33:914-925.
30. Sevim S. Multipl Skleroz Atakları Üzerine Güncelleme: Tanım, Patofizyoloji, Özellikler, Taklitçiler ve Tedavi. *Turk J Neurol*, 2016, 22:99-108.
31. Uludüz D, Saip S, Siva A. Multipl Skleroz'da Uzun Süreli Koruyucu Tedaviler. *Arch Neuropsychiatry*, 2008, 45:26-36.
32. Patzold T, Schwengelbeck M, Ossege LM, Malin JP, Sindern E. Changes of The MS Functional Composite and EDSS During and After Treatment of Relapses with Methylprednisolone in Patients with Multiple Sclerosis. *Acta Neurol Scand*, 2002, 105:164-168.
33. Eraksoy M. Dünden Bugüne, Multipl Skleroz'da Hastalık Sürecini Kontrol Eden Tedaviler. *Arch Neuropsychiatry*, 2011, 48:46-55.

34. Wynia K, Middel B, Dijk JP, Keyser JH, Reijneveld SA. The Impact Of Disabilities On Quality Of Life in People Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 2008, 14: 972-980.
35. Brichetto G, Uccelli MM, Mancardi GL, Solaro C. Symptomatic Medication Use in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 2003, 9:458-460.
36. Tremlett HL, Wiles CM, Luscombe DK. Nonprescription Medicine Use in a Multiple Sclerosis Clinic Population. *Br J Clin Pharmacol*, 2000, 50:55-60.
37. Courts NF, Newton AN, McNeal LJ. Husbands and Wives Living with Multiple Sclerosis. *J Neurosci Nurs*, 2005; 37:20-25.
38. Yiğitbaş Ç. Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Aleksitimi. *Turk J Public Health*, 2018, 16:1-14.
39. ICIDH. International Classification of Impairments, Disability and Handicaps, World Health Organization, Geneva, 1980, syf:30.
40. Nagi S. Some Conceptual Issues In Disability and Rehabilitation. *Sociology and Rehabilitation*, 1965; 100–113.
41. Verbrugge LM, Jette AM. The Disablement Process. *Soc Sci Med*, 1994; 38: 1-14.
42. Avlund K. Disability in Old Age. *Dan Med Bull*, 2004, 51:315-349.
43. Keskinoglu P. Yaşlılık ve Yeti Yitimi. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Baskı: Temmuz 2012, 75-80.
44. Stepleman LM, Jumb R, Shelton SF, Hughes MD. Psychological Consultation services at a Multiple Sclerosis Clinic. *International Journal of MS Care*, 2009, 11:180-186.
45. Lode K, Bru E, Klevan G, Myhr KM. Depressive Symptoms and Coping in Newly Diagnosed Patients with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 2009, 15:638-643.

46. Mavioğlu H, Tülek Z, Bakar E, Güngör Tavşanlı N. Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesi ve Ölçümü. *Turkish J Neurol*, 2014, 20:18-23.
47. Kaçan Softa H, Ulaş Karaahmetoğlu G. Bir Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesinde Yatan Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2016, 7:18-24.
48. Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2006, 25:1-6.
49. Dahl OP, Stordal E, Lydersen S, Midgard R. Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis. A Comparative Population-Based Study in Nord-Trøndelag County, Norway. *Acta Neurol Scand*, 2004, 109:378-384.
50. Karakoç Kumsar A, Olgun N, Korel ÖK. Multiple Sklerozlu Hastada Yorgunluğun Değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2:100-103.
51. Akkuş Y, Kapucu S. Multipl Skleroz ve Hasta Eğitimi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2006, 13:57-63.
52. Şahin Onat Ş. Ünsal Delialioğlu S. Özel S. Multipl Sklerozda Depresyon, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi İlişkisi: Bir Rehabilitasyon Merkezi Deneyimi. *J PMR Sci*, 2015, 18:139-145.
53. Dahl OP, Stordal E, Lydersen S. Midgard R. Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis. a Comparative Population Based Study in Nord, Trøndelag County, Norway. *Multiple sclerosis*, 2009, 15:1495-1501.
54. Sadovnick AD, Eisen K, Ebers GC, Paty DW. Cause of Death in Patients Attending Multiple Sclerosis Clinics. *Neurology*, 1991, 41:1193-1196.
55. Hyphantis NT, Christou K, Kontoudoki S, Mantas C, Papamicheal G, Goulia P. *at all*. Disability Status, Disease Parameters, Defense Styles and Ego Strength

- Associated with Psychiatric Complications of Multiple Sclerosis. *Int J Psychiatry Med*, 2008, 38:307-327.
56. Akın B, Emiroğlu N. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yeti Yitimi Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2003, 6:59-67.
57. Kaya Aygünoğlu S, Çelebi A, Vardar N, Gürsoy E. Multipl Skleroz Hastalarında Yorgunluğun Depresyon, Özürlülük ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Arch Neuropsychiatry*, 2015, 52:247-251.
58. Koçer E, Koçer A, Yaman M, Eryılmaz M, Özdem Ş. Multipl Skleroz Olgularında Yaşam Kalitesi: Fiziksel Özürlülük ve Depresyonun Etkisi. *Journal of Mood Disorders*, 2011, 1:63-67.
59. Tan M, Dayapoğlu N. Multiple Sklerozlu Hastalarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *F.N. Hem Der*, 2011, 19:105-108.
60. Kaplan İ. Yarı Kırsal Alanda Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Bozuklukların Yeti yitimi ile İlişkisi. *Turkish Journal of Psychiatry*, 1995, 6:169-179.
61. Uluğ B, Ertuğrul A, Göğüş A, Kabakçı E. Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) Şizofreni Hastalarında Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Turkish Journal of Psychiatry*, 2001, 12:121-130.
62. Derogotis LR, Lazarus L. SCL 90-R Brief Symptom Inventory and Matching Clinical Rating Scales. The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment. *Lawrence Earlbaum Associates*, 1994, 2:217-248.
63. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri Türk Gençleri İçin Uyarlanması. *Turkish Journal of Psychiatry*, 1994, 9: 44-56.

64. Pugliatti M, Sotgiu S, Solinas G, Castiglia P, Rosati G. Multiple Sclerosis Epidemiology in Sardinia: Evidence For a True Increasing Risk. *Acta Neurol Scand*, 2001, 103: 20–26.
65. Kaşıkçı E. Multiple Sklerozlu Hastalarda Yeti Yitimi, Yalnızlık ve Öz-Bakım Durumunun Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2016.
66. Motl RW, McAuley E. Pathways Between Physical Activity and Quality of Life in Adults with Multiple Sclerosis. *Health Psychol*, 2009, 28:682-689.
67. Gümüşçü K, Sezgin S. Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün İntihar Düşüncesine Etkisi. *The Journal of International Social Research*, 2016, 9:475-486.
68. Seki Öz H. Multiple Sklerozlu Hastaların Stresle Baş Etme Tarzlarının ve Psikiyatrik Belirtilerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2013.
69. Aşiret GD, Özdemir L, Maraşlıoğlu N. Hopelessness, Depression and Life Satisfaction Among Patients with Multiple Sclerosis. *Turkish Journal Neurology*, 2014, 20;1.
70. Jones KH, Ford DV, Jones PA, et all. A Large-Scale Study of Anxiety and Depression in People with Multiple Sclerosis: A Survey via the Web Portal of the UK MS Register. www.plosone.org, 2012, 7:1-7.
71. Alhazzani AA, Alqahtani M, Ogran H, et all. Depression Severity Among Multiple Sclerosis Patients In Saudi Arabia-Cross Sectional Study. *Neurology*, 2018; 90:23-28.

72. Panda SP, Das RC, Srivastava K, Ratnam A, Sharma N. Psychiatric Comorbidity in Multiple Sclerosis. *Neurol Neurochir Po*, 2018, 463:1-6.
73. Maral I, Bakar C, Durukan E. General Health And Disability Status: A Comparative Study Between Nursing Home Residents And Elderly Living At Their Own Homes. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2012, 15:363-370.
74. Amato M, Ponziani G, Rossi F, *et all*. Quality of Life in Multiple Sclerosis: The Impact of Depression, Fatigue and Disability. *Multiple Sclerosis*, 2001, 7:340-344.
75. Kieseier B, Pozzilli C. Assessing Walking Disability in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 2012, 18:914–924.
76. Chwastiak L, Ehde D, Gibbons L, *et all*. Depressive Symptoms and Severity of Illness in Multiple Sclerosis: Epidemiologic Study of a Large Community Sample. *Am J Psychiatry*, 2002, 159:1862–1868.
77. Tuncay F, Kaygısız F, Borman P, Kurt EE. Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis: Relationship with Clinical Variables. *J PMR*, 2017, 20:16-23.
78. Özyüksel B, Uluğ B. Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Kalıntı Belirtilerin Yeti Yitimi ile İlişkisi: 3 Aylık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007; 18:323-332.
79. Jones KH, Jones PA, Middleton RM, *et all*. Physical Disability, Anxiety and Depression in People with MS: An Internet-Based Survey via the UK MS Register. www.plosone.org, 2014, 8:1-9.
80. Alghwiri AA, Khalil H, Al-Sharman A, El-Salem K. Depression is a Predictor for Balance in People With Multiple Sclerosis. *Mult Scler Relat Disord*, 2018, 24:28-31.

81. Jones SM, Amtmann D. The Relationship Of Age, Function and Psychological Distress in Multiple Sclerosis. *Psychol Health Med*, 2015, 20:629–634.
82. Šabanagić-Hajrić S, Suljić E, Sulejmanpašić-Arslanagić G. Depression During Multiple Sclerosis Relapse: Relation to Disability and Relapse Severity. *Medicinski Glasnik*, 2016, 13:44-49.
83. Tuncay T. Kronik Hastalıklarla Başetmede Tinsellik. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2007, 17:13-20.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: DUYGU ÖZER Doğum tarihi: 19.09.1992 Doğum yeri: Kırklareli Medeni hali: Bekar Uyruğu: T.C. Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM Tel: 0442 236 23 15 Faks: E-mail: duyguozer2016@hotmail.com
Eğitim
Lise: Kırklareli Anadolu Lisesi (2010) Lisans: : Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu(2014) Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2016-2018) Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Orta derecede
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışmanın amacı, MS'li hastaların yetenek düzeyini belirlemek, yetenek düzeyleri ile ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi irdelemektir.

Değerli Katılımcılar, anketlere ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız. Bu araştırma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size de bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

EDSS:.....

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni haliniz.....
4. Varsa çocuk sayısı.....
5. Aile içindeki konumunuz ☐ Anne ☐ Baba ☐ Çocuk
6. Birlikte yaşadığınız kişiler
☐ Tek başıma ☐ Eşimle birlikte
☐ Eşim/ çocuklarımla birlikte ☐ Anne/Baba yanında
☐ Akraba yanında ☐ Bakıcı/Refakatçi yanında
☐ Diğer (açıklayınız):.....
7. Eğitim durumunuz
☐ Okur yazar değil ☐ İlkokul/ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu
☐ Yüksek lisans/doktora
8. Yaşadığınız yer ☐ Köy/kasaba ☐ Kent
9. Çalışma durumunuz
☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum ☐ Erken emekli/malulen oldum.
10. Gelir düzeyinizi nasıl ifade edersiniz?
☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
11. Sigara /alkol kullanıyor musunuz?
Sigara ☐ Evet ise Sıklığı(.....) ☐ Hayır
Alkol ☐ Evet ise Sıklığı(.....) ☐ Hayır
12. Hastalık süreniz (yıl).....

13. Hastalık sürecinde bakıma gereksiniminiz olduğunda bunu yapacak kişi var mı/varsak kim?

- ☐ Bakımımı üstlenebilecek biri yok ☐ Aile üyeleri (Eş, çocuk)
☐ Aile üyeleri dışı (Akraba, arkadaş, komşu) ☐ Diğer :.....

14. Kişisel bakımınızı kendiniz yapabiliyor musunuz?

- ☐ Tam olarak yapıyorum ☐ Yardımla yapabiliyorum
☐ Hiç yapamıyorum

15. Hareket yeteneğinizi nasıl buluyorsunuz?

- ☐ Ev içinde yardıma/desteğe gereksinim duyuyorum
☐ Ev içinde tam hareket edebiliyorum
☐ Ev içi ve dışında desteğe ihtiyaç duyuyorum
☐ Ev içi ve dışında tam hareket edebiliyorum

16. Yakınlarınızla ilişkileriniz nasıldır?

- ☐ Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

17. Yakınlarınız ile olan ilişkilerinizde uyum sorunu yaşadığınızı düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet (Size göre bunun nedeni

.....
.....)

- ☐ Hayır

EK-3. KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ / BRIEF DISABILITY QUESTIONNAIRE

(KYA/BDQ)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz. (Son bir aylık dönemi değerlendirerek)

Hayır, hiç için 0; evet, bazen ya da biraz yanıtı için 1; evet, her zaman ya da oldukça yanıtı için 2 olacak şekilde maddelere puan veriniz.

1.Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu?	0-Hayır, hiç	1-Evet, bazen ya da biraz	2-Evet, her zaman ya da oldukça
a) Ağır işler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler			
b) Bir masayı çekmek, file, çanta taşımak gibi orta güçlükte işler			
c) Merdiven ya da yokuş çıkmak			
d) Eğilmek, doğrulmak			
e) Uzun mesafe yürümek (1-2 km)			
f) Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tuvalete gitmek			
2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?			
3. Evin üzerine düşen günlük işlerden yapamadığınız oldu mu?			
4. Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma isteğinizde azalma oldu mu?			
5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı?			
6. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu?			

7. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız?gün

8. Hastalık nedeni ile son bir ay içinde toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz?
.....gün

EK-4. KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok

1. Biraz var

2. Orta derece var

3. Epey var

4. Çok fazla var

	0-Hiç yok	1- Biraz var	2-Orta derece var	3- Epey var	4-Çok fazla var
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					

	0-Hiç yok	1- Biraz var	2-Orta derece var	3- Epey var	4-Çok fazla var
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16. Yalnızlık hissetmek					
17. Hüzünlü, kederli hissetmek					
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19. Ağlamaklı hissetmek					
20. Kolayca incinebilme, kırılmak					
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığınız şeyler tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30. Sıcak-soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32. Kafanızın “bomboş” kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35. Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları					

	0-Hiç yok	1- Biraz var	2-Orta derece var	3- Epey var	4-Çok fazla var
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak					
37. Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girmek					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirli hissetmek					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49. Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek					
50. Kendini değersiz görmek					
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK-5. ETİK KURUL ONAY FORMU



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2017.666
	PROJE ADI	Multipl Sklerozlu (MS) hastaların yeti yitimi ve ruhsal durumları arası ilişki
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç.Dr. Özlem Şahin ALTUN

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 03.11.2017 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.
------------------------	---

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile ilişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ EVET ☒ HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	

EK-6. HASTANE İZİN BELGESİ

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Konu: Klinik Araştırma
Sayı:

Tarih:02.11.2017

Duygu ÖZER 'in araştırmacılığını yürütmesi planlanan yüksek lisans tezi olarak tasarlanan "*Multipl sklerozlu (MS) hastalarda yeti yitimi ve ruhsal durumları arası ilişki*" isimli çalışmanın Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Nöroloji A.D. bölümümüzde yapılmasında sakınca yoktur.

Bilgilerinize sunar, gereğini saygılarımla arz ederim.


T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KONYA
Prof. Dr. M. Fatih ÖZDAĞ

Prof. Dr. M. Fatih ÖZDAĞ
Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
Nöroloji Servis Şefi

EK-7. TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (Tez başlığı değişiklik önerisi olanlar için) (FORM: 08)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Duygu ÖZER Danışmanı : Doç.Dr. Özlem Şahin ALTUN
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Atatürk Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi Ortak Danışman : Yoktur.
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 25.10/2018. ve 37.109 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN, Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ, Dr. Öğr. Üyesi Yalçın KANBAY, 'Multipl Sklerozlu (MS) Hastaların Yeti Yitimi Düzeyleri ve Ruhsal Durumları Arası İlişki' başlıklı yüksek lisans tezini incelemiş ve adayı 13.11.2018 tarihinde, saat 14: 00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

- ☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,
- ☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ay ek süre verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,
- ☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**,

☒ ancak **konu ve içeriği değişmeksizin** tez başlığının 'Multipl Skleroz Hastalarının Yeti Yitimi Düzeyleri ve Ruhsal Durumları Arasındaki İlişki'

Metin girmek için burayı tıklayın. Metin girmek için burayı tıklayın. olarak düzenlenmesine,

☒ OY BİRLİĞİ

☐ OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	: Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ	
Üye	: Dr. Öğr. Ü. Yalçın KANBAY	
Üye	: Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN	
Üye	:	
Üye	:	