

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA ÖZÜRLÜLÜK
DURUMU, CİNSEL DİSFONKSİYON VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

**Hazırlayan
Safiye ULAŞ**

**Danışman
Doç. Dr. Songül KARADAĞ**

Yüksek Lisans Tezi

**Kasım 2019
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA ÖZÜRLÜLÜK
DURUMU, CİNSEL DİSFONKSİYON VE YAŞAM
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Hazırlayan

Safiye ULAŞ

Danışman

Doç. Dr. Songül KARADAĞ

Kasım 2019

KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimibelirtirim.

Adı-Soyadı: Safiye ULAŞ
İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Multiple Sklerozlu Hastalarda Özürlülük Durumu, Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” adlı Yüksek Lisans Tezi Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Safiye ULAŞ

Danışman
Doç. Dr. Songül KARADAĞ



Anabilim Dalı Başkanı
Doç. Dr. Salime MUCUK

KABUL VE ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Songül KARADAĞ danışmanlığında Safiye ULAŞ tarafından hazırlanan “Multiple Sklerozlu Hastalarda Özürlülük Durumu, Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

..... / /

JÜRİ:

Danışman : Doç. Dr. Songül KARADAĞ.....
(Çukurova Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD)

Dr. Öğr. Ü. Sevil ŞAHİN.....
(Erciyes Üniversitesi, Hemşirelik Esasları AD)

Dr. Öğr. Ü. Ülkü ÖZDEMİR.....
(Erciyes Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih vesayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... / /

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ
Enstitü Müdür

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile yol göstererek çok değerli katkılar sağlayan tez danışmanım Doç. Dr. Songül KARADAĞ'a,

Tezin istatistiksel yorumuna katkı veren Doç. Dr. Ferhan ELMALI'ya

Tezin uygulama sürecinde katkılarından dolayı ERÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Kliniği Hekim ve Hemşirelerine,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve bu süreci benimle birlikte yaşayan tüm MS hastalarına,

Yüksek lisans eğitimimin ve tez çalışmam süresince desteğini hep yanımda hissettiğim aileme teşekkür ederim.

Safiye ULAŞ
Kayseri, Kasım, 2019

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA ÖZÜRLÜLÜK DURUMU, CİNSEL
DİSFONKSİYON VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**
Safiye ULAŞ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Kasım 2019

Danışman: Doç. Dr. Songül KARADAĞ

ÖZET

Bu araştırma MS'li hastalarda özürlülük durumu, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve analitik nitelikte olan bu araştırma Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji polikliniğinde 15.09.2017-15.09.2018 tarihleri arasında 150 MS hastası ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak, hasta tanıtım formu, Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği (EDSS=Expanded Disability Status Scale), Multipl Skleroz Yaşam Kalite Ölçeği (MSQOL-54=Multiple Sclerosis Quality of Life-54) ve Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi (MSISQ-19=Multiple Sclerosis Intimacy and sexuality Questionnaire-19) kullanılmıştır.

Çalışmada hastaların yaş ortalaması 36.9 ±10.0'dır. Hastaların MSQOL-54 ölçeği puan ortalaması 51.1±19.0 olup, ölçeğin fiziksel boyut puan ortalaması 51.0±20.2 ve bilişsel boyut puan ortalaması 50.9±19.3'dur. MSISQ-19 ölçeği puan ortalaması 51.4±15.1 olup, ölçeğin primer alt boyut puan ortalaması 13.8±5.1, sekonder alt boyut puan ortalaması 25.09±6.94 ve tersiyer alt boyut puan ortalaması 12.7±4.9'dur. Hastaların EDSS skoru puan ortalamasının 2.0±1.4 olduğu belirlenmiştir. Yaş, eğitim durumu, gelir durumu, meslek, MS tipi, atak nedeni ile hastanede yatış sayısı ve bağımlılık durumunun yaşam kalitesi, cinsel disfonksiyon ve özürlülük durumunu etkilediği tespit edilmiştir ($p<0.05$). MSQOL-54 toplam ölçek puanları ile MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder, MSISQ-19 tersiyer ve EDSS ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzey bir ilişki bulunmuş olup MSQOL-54 toplam ölçek puanları ile MSISQ-19 toplam ölçek puanları arasında negatif yönde iyi düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Sonuç olarak, hastalarda cinsel işlev bozukluğu arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı, özürlülük durumu azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Multiple skleroz, Yaşam kalitesi, Cinsel Disfonksiyon, Özürlülük

**DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DISABILITY,
SEXUAL DYSFUNCTION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH
MULTIPLE SCLEROSIS**

Safiye ULAŞ

Erciyes University, Institute of Health Sciences

Department of Nursing

Post Graduate Thesis, Kasım 2019

Supervisor: Associate Prof. Songül KARADAĞ

ABSTRACT

This thesis investigated to determine the relation between disability status, sexual function and quality of life in patients with MS.

This descriptive and analytical study conducted in the Outpatient Clinic of Neurology at Erciyes University Health Application and Research Center with 150 MS patients between the dates 15.09.2017-15.09.2018. As a data collection tool, patient identification form, Extended Disability Status Scale (EDSS), Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL-54) and Multiple Sclerosis Proximity and Sexuality Questionnaire (MSISQ-19) were used.

In this study the average age is 36.93 ± 10.01 . The mean score of the patients's MSQOL-54 scale was 51.13 ± 19.09 , the mean score of the physical dimension of the scale was 51.0 ± 20.2 and, the mean score of the cognitive dimension was 50.9 ± 19.3 . The mean score of the MSISQ-19 scale was 51.4 ± 15.1 , the mean score of primary dimension of the scale was 13.8 ± 5.1 , the mean score of secondary dimension was 25.09 ± 6.94 and, the mean score of tertiary dimension was 12.7 ± 4.9 . EDSS score of the patients is seen as 2.0 ± 1.4 . Age, educational status, income status, occupation, type of MS, number of hospitalizations due to attacks and addictions were found to affect quality of life, sexual dysfunction and disability ($p < 0.05$).

While negatively a medium-level correlation found between MSQOL-54 total scale scores and MSISQ-19 primary, MSISQ-19 secondary, MSISQ-19 tertiary and EDSS scale scores, in the other hand negatively a good level of correlation found between MSQOL-54 total scale scores and MSISQ-19 total scale scores ($p < 0.001$).

In conclusion, the study found that quality of life of the patients decreased as sexual dysfunction increased and, quality of life increased as disability decreased

Key Words: Multiple sclerosis, Quality of life, Sexual dysfunction, Disability

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Multiple Skleroz Tanımı	4
2.2. Multiple Skleroz Etiyopatogenezi	4
2.3. Multiple Sklerozun Klinik Belirti ve Bulguları.....	6
2.3.1.Duyusal belirtiler	6
2.3.2. Motor belirti ve bulgular	7
2.3.3.Görme ile ilgili belirtiler	7
2.3.4.Yürütücü işlevlerle ilgili belirtiler	7
2.3.5.Serebellum ve beyin sapı bulguları	7
2.3.6.Duygulanım bozuklukları	7
2.3.7.Otonomik bulgular.....	8
2.3.8.Cinsel Fonksiyon Bozukluğu	8
2.4.Multiple Sklerozun Klinik Seyir Tipleri	8
2.4.1. Klinik İzole Sendrom (KİS).....	8
2.4.2. Relapsing Remittent MS (RRMS).....	9

2.4.3. Progresif Seyreden MS (PMS).....	9
2.4.4. Benign MS	9
2.5. Tanı	10
2.6. Multiple Skleroz Tedavi.....	11
2.6.1. Atak tedavisi:	11
2.6.2. Hastalık Seyrini Etkileyen Ajanlar (Atak Önleyici Tedavi)	12
2.6.3. Semptomatik Tedavi:.....	12
2.7. Multiple Skleroz ve Özürlülük	14
2.8. Multiple Sklerozda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu.....	14
2.9. Multiple Skleroz ve Yaşam Kalitesi	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	19
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	19
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	19
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri.....	20
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri	20
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	20
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu	20
3.4.2. Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi Ölçeği-54 (Multiple Sclerosis Quality of Life-54) (MSQOL-54).....	21
3.4.3. Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19 (Multiple Sclerosis Intimacy And Sexuality Questionnaire-19) (MSISQ-19).....	21
3.4.4. Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği (Expanded Disability Status Scale) (EDSS).....	21
3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	22
3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	23
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	23

4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	38
6. KAYNAKLAR.....	43
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	



KISALTMALAR ve SİMGELER

ANA:	American Nurses Association-Amerika Hemşireler Birliği
EDSS:	Expanded Disability Status Scale-Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği
HCL:	Hydrochloric Acid-Hidroklorik Asit
HLA:	Human Leukocyte Antigen- Human Lökosit Antijeni
IV:	İntravenöz
KİS:	Klinik İzole Sendrom
MRG:	Magnetik Rezonans Görüntüleme
MS:	Multiple Skleroz
MSS:	Merkezi Sinir Sistemi
MSISQ-19:	Multiple Sclerosis İntimacy And Sexuality Questionnaire- 19-Multiple Skleroz Yakınlık Ve Cinsellik Anketi-19
MSQOL-54:	Multiple Sclerosis Quality of Life-54-Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi Ölçeği-54
PMS:	Progresif Multiple Skleroz
RRMS:	Relapsing Remittent Multiple Skleroz
SD:	Seksüel Disfonksiyon
SF-36:	Health Status Survey-Sağlık Durum Anketi -36
€:	Avro
TL:	Türk lirası

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Düzenlenmiş Mc Donald Kriterleri.....	11
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ($n = 150$).....	24
Tablo 4.2. Hastaların Klinik Özellikleri ($n = 150$).....	26
Tablo 4.3. Hastaların MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS Puan Ortalamaları ($n=150$).....	28
Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS Ölçekleri Puan Ortalamaları ($n = 150$).....	29
Tablo 4.5. Hastaların Hastalığa ilişkin Özelliklerine Göre MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS Ölçekleri Puan Ortalamaları ($n = 150$).....	33
Tablo 4.6. MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS Ölçekleri Arasındaki Korelasyon.....	36

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Multiple Skleroz (MS), yaşam süresinin önemli bir bölümünü etkileyen, bireyin fiziksel, emosyonel, sosyal ve bilişsel fonksiyonlarında sınırlılıklara neden olan önemli bir sağlık sorunudur (Dişsiz ve ark., 2013). MS'in gençlerde, en verimli dönemde görülmesi, önemli özürüllüklere ve iş gücü kaybına yol açması, yaşam kalitesini etkilemesi ve yüksek maliyetli olması bireysel olduğu kadar toplumsal boyutu da ilgilendirmektedir (Mirza, 2002). MS sıklıkla 20 ile 45 yaş arasındaki genç yetişkinlerde ortaya çıkmakta ve prevalansı coğrafi özelliklere bağlı olarak 100.000'de 2-200 arasında değişmektedir (Ünal ve ark., 2016). Türk Nöroloji Derneği tarafından yapılan bir çalışmada hastalığın insidansının 100.000 kişide 1.74, kadın erkek oranının ise 2.3 olduğu bildirilmiştir (Karabudak ve ark., 2015).

Multiple Skleroz hastalarında santral sinir sistemi hasarına bağlı olarak bir çok belirti ve bulgu ortaya çıkmaktadır. Bu belirti ve bulgular arasında ekstremitelerde güçsüzlük, duyuşsal belirtiler, ataksi, mesane problemleri, yorgunluk, diplopi, görme bulanıklığı, dizartri, bellek-konsantrasyon ve dikkat bozukluğu, hareket bozuklukları, epileptik nöbet, baş ağrısı, işitme kaybı ve cinsel fonksiyon bozukluğu yer almaktadır (Ünal ve ark., 2016).

Cinsel fonksiyon bozukluğu MS'li hastalarda hastalığın her aşamasında sık karşılaşılan ancak göz ardı edilen bir sorundur. Cinsel sorunlar, motor sorunlar kadar günlük yaşamı zorlaştırmasa da hastaların yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir (Terzi ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda MS'li hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığının %40-90 arasında olduğu bildirilmiştir (Demirkıran ve ark., 2006; Kessler ve ark., 2009; Celik ve ark., 2013; Marck ve ark., 2016). Hastaların yaşadıkları cinsel fonksiyon bozukluğunun sağlık personeli tarafından ele alınmadığı, hatta hiç sorgulanmadığı ve hastaların bu konuyu konuşmaktan kaçındığı bilinmektedir. Bu kadar sık görülen bu sorunun

multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması MS hastalarının yaşam kalitesini artırmak açısından büyük önem taşımaktadır (Dişsiz ve ark., 2013) MS'li hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğunun yaşam kalitesine etkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda cinsel fonksiyon bozukluğunun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Tepavcevic ve ark., 2008; Schairer ve ark., 2014, Vitkova ve ark., 2014). Akıncioğlu'nun MS'li kadınlar üzerinde yapmış olduğu araştırmada göre kadınların %96.7'sinde cinsel disfonksiyon bulunduğu, yaşam kalitesi ile cinsel disfonksiyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Cinsel disfonksiyonun MS'li kadınlarda fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, emosyonel durum, enerji, genel sağlık ve mental sağlığı etkilemesi ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Akıncioğlu, 2017).

Özürlülük, bireyin yaşamını sorunsuz olarak devam ettirmesi ve toplumsal görevlerini yerine getirebilmesi için özel desteğe gereksinim duyma durumu olarak tanımlanmaktadır (Koçer ve ark., 2011). Hastaların çoğu normal bir yaşama sahipken, bir grup hasta belirli oranda yetersizlikle yaşamak zorunda kalmaktadır. MS'li hastalarda nörolojik semptomlar arttıkça özürlülük derecesi de artmakta ve hastaların büyük bir çoğunluğunda zamanla fonksiyonel bir yetersizlik ve hareket kısıtlılığı gelişmektedir. Bu durum hastaların öz bakımlarını sürdürmesinde yetersizliğe yol açarak bağımlı hale gelmelerine neden olmaktadır. MS semptomları genellikle işe başlama, aile kurma ve geçim sağlama dönemi olan genç yetişkinleri etkilediğinden bu durum hastaların yaşam kalitesinde azalmaya, sosyal yaşam ve psikolojik sağlıklarında bozulmaya ve maddi olarak sıkıntı yaşamalarına neden olabilmektedir (Jones ve ark., 2016). MS hastalarında nörolojik özürlülüğün yaşam kalitesi üzerine etkisi konusunda yapılan bir çok çalışmada özürlülük derecesi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir (Jones ve ark., 2016; Berrigan ve ark., 2016; Rezapoor ve ark., 2017). Haliloğlu ve ark.'nın (2009) Multipl Sklerozda yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ile ilişkisini belirlemek için yapmış oldukları araştırmada fiziksel özürlülük durumu ve uzun hastalık süresinin, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada da; MS'in hastaların yaşam kalitesini anlamlı biçimde düşürdüğü, bu durumun özellikle özürlülük durumu yüksek olan hastalarda görüldüğü bildirilmiştir (Özakbaş, 2008).

Literatürde MS'li hastalarda sık görülen cinsel fonksiyon bozukluğunun yaşam kalitesini etkilediğini gösteren çalışmalar olmakla birlikte (Tepavcevic ve ark., 2008; Schairer ve ark., 2014, Vitkova ve ark., 2014; Jones ve ark., 2016; Berrigan ve ark., 2016; Rezapoor ve ark., 2017) ülkemizde konuyla ilgili yapılmış çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (Terzi ve ark., 2009; Görüş ve ark., 2010). Ayrıca MS'li hastalarda özürlülük durumu ve cinsel fonksiyon bozukluğunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Hastalara holistik yaklaşım çerçevesinde bakım veren hemşirelerin bu sorunları değerlendirmeleri ve çıkan sonuçlar doğrultusunda gerekli hemşirelik girişimlerini planlamaları son derece önem taşımaktadır. Bu doğrultuda bu çalışma MS'li hastalarda özürlülük durumu, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multiple Skleroz Tanımı

Multipl Skleroz (MS) inflamasyon, demyelinizasyon ve akson hasarı ile karakterize kronik otoimmün bir santral sinir sistemi hastalığıdır. İlk olarak 1868 yılında Jean-Martin Charcot tarafından bildirilmiştir. Hastalığın bir bölümü ataklarla seyrederken bir bölümü baştan veya sonradan ilerleyici olarak seyretmektedir (Yücetaş, 2008; Ünal ve ark., 2016).

MS 18-50 yaş arası yetişkinlerde travma ve artritlerden sonra en sık yeti kaybına yol açan hastalıktır. Nörolojik hastalıkların 1/3'ünü oluşturmaktadır (Onat ve ark., 2015), Dünyada 1.1 milyon ve ABD'de yaklaşık 350-400 bin insanı etkilemektedir (Tülek, 2017).

Amerika Birleşik Devleti'nde 1994 yılında MS'in yıllık maliyeti doğrudan bakım ve üretkenlikte kayıpta tahmini 6.8 milyar dolar ve hasta başına yaşam boyu maliyet 2.2 milyon dolar olduğu bildirilmektedir. Avrupa'da MS 2004 yılı hesaplamalarına göre herhangi bir beyin hastalığı olan tüm hastaların %0.003'ünden sorumludur. Yüzde olarak küçük gibi görünse de bu tüm Avrupa'da yaklaşık 400000 MS hastası olduğu anlamına gelmektedir ve kişi başına ortalama yıllık maliyet 23.695 avrodur (Kantarıcı, 2013). Türkiye'deki MS hastaları ile ilgili maliyet çalışmaları sınırlı olmakla birlikte 2015 yılında Karabudak ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hasta başına yıllık maliyetinin 18.700 TL (5.843€) olduğu, hastalık şiddeti hafif, orta ve şiddetli olan hastalarda kişi başına düşen yıllık maliyetin ise sırasıyla 15.418 TL (4.818€), 26.002 TL (8.125€) ve 44.208 TL (13.815€) olduğu belirtilmektedir (Karabudak ve ark., 2015; Kahveci ve ark., 2017).

2.2. Multiple Skleroz Etyopatogenezi

MS; klinik özellikler, genetik ve patogenetik farklılıklar, tedavi yanıtı ve prognoz açısından heterogen bir hastalıktır. Bugüne kadar yapılan araştırmalara rağmen MS'in

nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte en kuvvetli hipotez, santral sinir sistemindeki miyeline karşı otoimmün bir hastalık olduğu görüşüdür (Yücetaş, 2008).

MS'te etyoloji karmaşıktır ve birden çok çevresel ve genetik faktörün etkileşiminden kaynaklanır. Henüz belirlenmemiş çevresel tehditlere karşı genetik olarak belirlenmiş duyarlılık; otoimmünite, miyelin ya da akson hasarı; immün aktivasyonda, miyelin ya da akson gelişiminde ve onarım yollarında gen ekspresyonundaki çevresel etkenlerin hepsi önemli görülmektedir (Kantarıcı, 2013).

MS için genetik bir yatkınlığı düşündüren kanıtlar arasında Kuzey Avrupa'lılarda aynı coğrafi yerdeki yerli topluluklardan daha sık olması ve ailesel agregasyon yer alır. MS birinci derece akrabalarda 20-40 kat daha sıktır .

Hastalık merkezi sinir sistemi (MSS) içinde miyelin kılıfının hasarı ile karakterizedir. Miyelin kılıfının tam veya kısmi dejenerasyonu, MSS boyunca miyelin kılıfında lezyonlar ya da plaklar olarak kendini gösterir. Bu plaklar; optik sinir, omurilik, beyin, beyincik, serebrum, beyaz cevher ve periventriküler beyaz maddede bulunabilir. Merkezi sinir sistemi içinde elektriksel iletim verimliliğini engelleyen miyelin kaybı, MS ile ilgili duyuşsal ve bilişsel bozuklukların yanı sıra duyu ve motor fonksiyon bozukluklarına neden olmaktadır. Bazı aksonlarda meydana gelen hasar, geri dönüşümü olmayan nörolojik bozuklukların nedeni olarak gösterilmektedir (Tuncay, 2013).

MS T hücre aracılı otoimmün bir hastalıktır. Bu otoimmün hastalık, periferde aktive olarak kan-beyin bariyerini geçen ve MSS'inde inflamatuvar kaskadı başlatan miyelin reaktif T hücrelerle başlatılır (İdiman, 2013). Sonuç olarak genetik ya da çevresel faktörlerce tetiklendiği düşünülen miyeline karşı otreaktivite gösteren T- lenfositlerin sistemik bir sebeple hasarlanan kan-beyin bariyerini geçerek dokuya yerleşerek makrofajları aktive ederler (Vural ve ark., 2016). MSS'ye yerleşen T lenfositler IgG üretir, antikorlar miyelin kılıfa saldırarak hasara neden olur. Hasar sonucunda miyelin kılıfında inflamasyon ve ödem meydana gelir. İnflamatuvar süreç sakinleşince miyelin kılıfı yenilenir ve belirtiler ortadan kalkar. Bu durum akut atak olarak bilinmektedir. Kronik lezyon ise, inflamatuvar atakların tekrarlaması sonucu geriye dönüşsüz miyelin harabiyeti olmasıdır. Oluşan harabiyet sonucu bölgede sklerotik plaklar oluşur ve bu durum uyarıların geçişini zayıflatır ya da durdurur (Albayrak, 2006; Fatma 2013). MS'de miyelin kılıfı hasarı, MSS boyunca düzensiz bir şekilde seyretmekle birlikte,

genellikle etkilenme spinal kord, beyin, beyincik ve optik sinirlerde olmaktadır (Smeltzer ve ark., 2010; Fatma, 2013).

Multipl Skleroz'a yatkınlığı belirleyen faktörler; HLA genleri, ırk, enfeksiyonlar, aşular, iklim, güneş ışınları, D vitamini, cinsiyet, sigara ve diyet olarak sıralanabilir (İdiman 2013). Kadın cinsiyet MS için en önemli risk faktörüdür (Kantarıcı, 2013). Kadınlarda görülme olasılığı erkeklerden iki kat fazladır (Mirza, 2002). Dünyanın bazı bölgelerinde kadınlardaki MS insidansında görece hızlı bir artış olmaktadır. Erkeklerde hastalığın daha geç başlaması ve daha kötü prognoz yönünde bir yatkınlık vardır. Çocuklarda başlangıç yaşı 10-13 yaş olmakla birlikte daha erken yaşlarda da görülebilir. Çocukluk çağında görülen MS yine kızlarda daha siktir (%75.2). MS, coğrafik varyasyon gösteren bir hastalıktır. Dünyanın her yöresinde eşit sıklıkta görülmez. MS için yüksek riskli bölgeler; kuzey ve orta Avrupa, Amerika'nın kuzeyi, Kanada, Avustralya'nın güneyi, Yeni Zelanda ve İsrail'dir. Bu bölgelerdeki prevalans 30/100.000'den fazladır. Epidemiyolojik çalışmalardan da görüldüğü gibi MS sıklıkla kuzey Avrupa ülkeleri, kuzey Amerika ve Kanada'da görülmektedir (Mirza, 2002; Bulut ve ark., 2011). Türkiye' de MS'e ilişkin ulusal boyutta bir prevalans çalışması yoktur. MS sıklığı İstanbul Maltepe'de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada 101.4/100.000, Edirne'yi kapsayan bir çalışmada ise 36.5/100.000 olarak bulunmuştur (Börü ve ark., 2011; Çelik ve ark., 2011). Türk Nöroloji Derneği tarafından yapılan bir çalışmada hastalığın insidansının 100.000 kişide 1.74 olduğu tespit edilmiştir (Karabudak ve ark., 2015).

2.3. Multiple Sklerozun Klinik Belirti ve Bulguları

Multipl Skleroz semptomları hastaların 2/3'ünde 20-40 yaş arasında başlar. Semptomların 15 yaşından önce ve 50 yaşından sonra görülmesi oldukça nadirdir (Mirza, 2002). MS hastalığında en sık karşılaşılan ilk belirti duyuşal belirtilerdir. Daha az sıklıkla görme kaybı, motor bulgular, duruş anormallikleri, denge problemleri ve mesane problemleri ilk bulgu olarak karşımıza çıkabilir (Tutkan, 2006).

2.3.1. Duyusal belirtiler

MS hastalarında en çok tanımlanan semptomlar duyuşal belirtilerdir. Bu belirtiler; bedenın herhangi bir bölgesinde karıncalanma, batma, yanma, iğnelenme, hissizlik ve küntleşme şeklinde tariflenen rahatsızlık hissini içerir. Kalıcı duyu kusuru ise; çoğunlukla alt ekstremitelerde derin duyu kusuru şeklinde olur. Alt ekstremitelerin

distallerinde vibrasyon duyusunda azalma, hastalığın erken evrelerinde tek bulgu olabilir (Erol, 2009).

2.3.2. Motor belirti ve bulgular

Kortiko-spinal yol tutulumu başlangıçta %32-41 iken kronik dönemdeki hastalarda %62'ye çıkar. Semptomlar ağırlık ve sertlik olarak ifade edilebilir. Bacaklar kollardan daha çok etkilenir (Turan, 2013). Alt ekstremitelerde daha sık görülen kuvvet kaybı, paraparezi ya da parapleji şeklindedir. Nörolojik muayenede birinci motor nöron bozukluğuna işaret eden spastisite, artmış derin tendon refleksleri, klonus, ekstensör taban cildi ve progresif duruş bozukluğu saptanabilir (Erol, 2009).

2.3.3. Görme ile ilgili belirtiler

Vakaların %14-23'ünde başlangıç bulgusu olarak görülen optik nörit; ani görme kaybı ve göz hareketlerinde ağrı şikayetleri ile başlar. Genellikle tek taraflıdır (Erol, 2009). Görme keskinliği azalır, görme alanı kayıpları oluşabilir. Fundoskopi normal olabileceği gibi optik disk ödemi, retinada hemoraji ve eksuda olabilir (Turan, 2013).

2.3.4. Yürütücü işlevlerle ilgili belirtiler

Sıklıkla bellekte bozulma, dikkatsizlik, kavramları özetlemede ve soyutlamada güçlük görülür (Erol 2009).

2.3.5. Serebellum ve beyin sapı bulguları

Multipl Skleroz hastaları sıklıkla denge ve koordinasyon bozuklukları tariflerler. Bu lokalize problemler serebellar disfonksiyondan kaynaklanabileceği için dikkatli bir nörolojik muayenenin yapılması şarttır. Serebellar yollar MS'den sık etkilenir. En sık belirtileri tremor, dismetri, disdiadokinezi, ataksi ve göz hareket bozukluklarıdır (Gelfand, 2014).

2.3.6. Duygulanım bozuklukları

MS hastalarında, organik rahatsızlıklara birçok ruhsal ve sosyal sorunun da eşlik ettiği görülmektedir. Sıklıkla belirtilen özgül stres kaynakları ekonomik ve sosyal ilişkilerin kaybı, fiziksel sağlık ve etkinlik kısıtlamaları, bedensel işlev kaybı ve bozulmuş beden imgesi, artmış bağımlılık ve ölüm tehlikesi, aile içi rollerin değişmesi, iş kaybı ve ekonomik güvencede bozulma, boş vakit ve sosyal etkinliklere azalmış katılımı içermektedir. Bu ağır fiziksel ve psikososyal stres faktörlerinden etkilenen hastalarda,

başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere, ruhsal bozuklukların sık görüldüğü bildirilmektedir (Erol, 2009).

2.3.7.Otonomik bulgular

Bağırsak işlev bozukluğu, sağlıklı kesime göre MS hastalarında daha sık görülen bir belirtidir ama bu konuda yapılan araştırmalar kısıtlıdır. MS hastalarında, spastisite ve koordinasyon bozukluğundan sonra, mesane ve bağırsak işlev bozuklukları, günlük işlevleri ve çalışmayı sınırlayan en önemli faktörlerden biridir. Bağırsak işlev bozukluğu olan hastalarda psikiyatrik ve sosyal sıkıntılar ortaya çıkabilir (Duman ve ark., 2012).

2.3.8.Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Cinsel fonksiyon bozukluğu, kişinin normal seksüel aktivitesinin herhangi bir düzeyinde (istek, uyarılma veya orgazm) karşılaştığı güçlük olarak tanımlanır. Cinsel disfonksiyon sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Ayrıca organik, psikolojik ve sosyal pek çok nedene bağlı oluşan, çok boyutlu bir sağlık sorunudur. Normal cinsel ve üreme fonksiyonları büyük oranda nörolojik mekanizmaya bağlıdır. Nörolojik hasar hem erkek hem de kadınlarda cinsel uyarılma, orgazm, ereksiyon, lubrikasyon, ejakulasyon ve semen kalitesinin bozulmasına ve infertiliteye neden olabilir (Terzi ve ark., 2019;Yıldız, 2013; Zamani ve ark., 2017).

2.4.Multiple Sklerozun Klinik Seyir Tipleri

Multipıl Skleroz'un 1996 yılından beri dört başlık altında tanımlanan klinik seyir Lublin ve ark., (2014) tarafından yapılan çalışmalar ile 2013 yılında klinik izole sendrom (KİS), relapsing (ataklı) MS ve progresif (ilerleyici) MS olarak üç başlık altında tanımlanmıştır. Bu temel seyirler içerisinde hastalık aktivitesinin lezyon aktivitesi ya da hastalık ilerlemesi/özürlülüğün giderek artması hastalığın alt seyirlerini belirlemede önem kazanmıştır (Ünal ve ark., 2016).

2.4.1. Klinik İzole Sendrom (KİS)

Multiple Skleroz genç erişkinlerin %85'inde hastalık başlangıcı, optik sinirleri, beyin sapını veya omuriliği ilgilendiren bir KİS şeklinde ortaya çıkar. KİS'li hastaların %30-70'inde MS gelişir. Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) klinik olarak, sessiz beyin lezyonları görüldüğünde, MS gelişme riski yüksektir. Optik nörit veya duyuşal

belirtilerle giden bir KİS sonrasında, MRG'de lezyon yoksa veya sayıca azsa, ikinci atağa kadar geçen süre uzunsa ve ilk 5 yıl içinde herhangi bir özürllük gelişmemişse, MS'e bağlı özürllük gelişme olasılığı düşüktür. İşlevlerin yeniden kazandırılması süreci yüksek doz kortikosteroid tedavisiyle hızlandırılabilir. Ayrıca her ne kadar interferonlar ikinci atağın ortaya çıkışını geciktirse de uzun vadeli etkileri bilinmemektedir. KİS tablosu ile gelen hastaların sürekli olarak klinik ve laboratuvar yöntemleri ile değerlendirilmesi önerilmektedir (Turan, 2009).

2.4.2. Relapsing Remittent MS (RRMS)

Relapsing Remitten multiple skleroz tam ya da kısmı düzelmelerle seyreden ataklarla karakterizedir. Atak dönemlerinde şiddetli kalıcı özürllük bırakmasına rağmen relapslar arasında hastalık seyrinde minimal ilerleme vardır. Bazı hastalarda zamanla nörolojik kayıp gelişir. RRMS başlangıç vakalarının %80-85'inden sorumludur. Tipik MS olgularında ilk atak tam veya tama yakın iyileşir. Hastaların hikayeleri dikkatli alındığında geçmişte hastaların yorgunluk, bazı duysal belirtiler yaşadığı ancak bunu önemsemediği ve kısa sürede iyileştiği anlaşılır. İkinci atağın oluşması ile ilgili değişik oranlar bildirilse de birinci yılda %25, üçüncü yılda %50'sinde ikinci atak meydana gelir. Değişik yayınlarda yıllık atak oranı 0.1-0.85 oranında bildirilmiştir (Turan, 2013).

2.4.3. Progresif Seyreden MS (PMS)

Hastalık seyri sırasında özürllüğün eklendiği seyirdir. Atak ve iyileşmeler ile giden ortalama 5-6 yıllık erken dönem sonrası atak sayısının azaldığı, düzelmelerin az olduğu, özürllüğün giderek arttığı ikincil ilerleyici dönem gözlenebilir, başlangıçtan itibaren ataklar yaşansa da sürekli bir ilerleme gözlenebilir. İyileşme kaydedilmeden, başlangıçtan itibaren hastalığın kötüleşmesi görülebilir. Aktif-progresif, aktif-nonprogresif, nonaktif-progresif ve nonaktif-nonprogresif (stabil hastalık) olmak üzere dört alt tipi vardır (Ünal ve ark., 2016).

2.4.4. Benign MS

Ciddi sekel bırakmayan seyrek ataklar ile karakterize, MRG'de düşük lezyon yükünün saptandığı retrospektif olarak konulan bir tanıdır. Hastalığın başlangıcından 15 yıl sonra Genişletilmiş Özürllük Durum Ölçeği (EDSS=Expanded Disability Status Scale) skorları ≤ 3 olan hastalar benign MS olarak kabul edilir (Ünal ve ark., 2016).

2.5.Tanı

MS klinik bir tanıdır. Hastalığın kesin tanısı için kullanılabilir bir laboratuvar yöntemi yoktur. Tanı olguların klinik özellikleri, hastalığın seyri ve yardımcı laboratuvar yöntemleri kullanılarak konulur (Ünal ve ark., 2016).

MS tanısı düşünülen bir olguda; öykü ve nörolojik muayenede bulguların MS'le uyumlu olup olmadığına, klinik tablo ile ilişkilendirilmesi daha mümkün gözükken bir açıklama varlığına, MSS'nde MS ile uyumlu çoklu lezyonların varlığı, lezyonların demyelinizan görünüp görünmediğine, MSS'le bağlantılı immünolojik bir anormalliğin bulunup bulunmadığının değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bazı olgularda tanı, klinik muayene ve laboratuvar bulguları ile kolaylıkla konabilir. Bu durumda bile olası diğer neden olabilecek hastalıklar dışlanmalı ve gerekli laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Bununla beraber özellikle erken evredeki olgularda tanı koymada zorluklar yaşanır. Bu süreçte klinik ve radyolojik takip tanıyı kesinleştirmede önemlidir (Ünal ve ark., 2016).

1983 yılında oluşturulan Poser tanı kriterlerinde kesin MS tanısı için kullanılan 'farklı zamanlarda iki ya da daha fazla MSS bölgesinin tutulumunun olduğu, iki ya da daha fazla atak gözlenmesi' altın standart olarak kabul edilmiştir. Görüntüleme, elektrofizyoloji ve beyin omurilik sıvısı incelemeleri, özellikle ikinci klinik atak ya da nörolojik kaybın saptanamadığı durumlarda, klinik kriterleri desteklemek amacı ile kullanılan yardımcı yöntemlerdir (Tutkan, 2006; Ünal ve ark., 2016).

2001'de McDonald et al. tarafından Poser kriterlerinin MRG ile desteklenmesi sonucu Mc Donald kriterleri ortaya konmuştur. Ancak Mc Donald kriterlerinin de özellikle primer progresif MS tanısında bazı tanı güçlüklerine yol açması üzerine 2005 yılında gözden geçirilmiş ve düzeltilmiş Mc Donald kriterleri olarak yayınlanmıştır. Burada en önemli gelişme MRG incelemede zamanda ve nörolojik sistemlerde yayılımı gösteren özelliklerin kriterlere eklenmesidir. Böylece tek klinik atak ile başvuran bir olguda MRG ile zamanda ve mekanda yayılımın gösterilmesi ile MS tanısı konulabilmektedir (Tutkan, 2006; Ünal ve ark., 2016). 2011 yılında Polman ve ark., (2011) MS tanısında Mc Donald Kriterlerini revize etmiştir (Tablo 2.1.). Bu konsensus çalışmasında MRG incelemelerde tek bir görüntüleme ile MSS lezyonlarında zamanda ve mekanda

yayıllımın gösterilebileceği bildirilmiştir. Bu kriterler tanı kriterlerini basitleştirmekte ve daha kolay tanı konabilmesini sağlamaktadır.

Tablo 2.1. Düzenlenmiş Mc Donald Kriterleri

Klinik atak	Objektif lezyon	Tanı için ilave bilgiler
2 veya daha fazla	2 veya daha fazla	İlave test gerekmiyor
2 veya daha fazla	1	MRG bulguları veya iki veya daha fazla MRG bulgusu ile pozitif BOS bulguları veya farklı tarafı tutan atağı bekle
1 atak	2 veya daha fazla	MRG takipleri veya ikinci klinik atak
1 atak monosemptomatik; klinik izole sendromlar	1	MRG bulguları veya iki veya daha fazla MRG bulgusu ile pozitif BOS bulguları ve MRG takipleri veya ikinci klinik atak
0 başlangıçtan itibaren progresyon	1	Pozitif BOS ve MRG bulguları, 1. Beyinde 9 veya daha fazla T2 lezyonu veya 2. omurilikte 2 veya daha fazla lezyon veya 3. beyinde 4-8 + omurilikte 1 lezyon veya 4. Anormal VEP bulgusu ile birlikte 4-8 beyin lezyonu veya beyinde 4 den az lezyon+omurilikte 1 lezyon ve MRG kontrolü ve 1 yıl progres

2.6. Multiple Skleroz Tedavi

Multiple sklerozda tedavi atak, atak önleyici ve semptomatik tedavi olarak üç ana başlıkta ele alınır.

2.6.1. Atak tedavisi

Multiple skleroz ataklarında esas tedavi kortikosteroidlerdir. Çoğunlukla işlev kaybı yoksa steroid tedavisi ihtiyaç olmadığı düşünülmektedir. İşlev kaybı gelişmişse, hastalığın ilerlemesi devam ediyorsa veya atak sonrası sekel kalmışsa steroid tedavisi uygulanır. Bugün en yaygın uygulanan atak tedavisi 5 veya 7 gün süresince 1000 mg IV metilprednisolon verilmesi ve sonrasında kademeli olarak oral doz azaltımı veya IV aralıklı dozlarla yaklaşık bir ay içinde kesilmesidir; doz azaltımı yapmaksızın 5. veya 7. günün sonunda tedavinin kesilmesi de sıkça yapılan uygulamalardandır. Hastada steroid tedavisine gerekli cevap alnamamışsa 5-7 seans plazmaferez uygulanabilmektedir (Demir, 2010).

2.6.2. Hastalık Seyrini Etkileyen Ajanlar (Atak Önleyici Tedavi)

Atak tedavisinde olduğu gibi hangi hastanın tedavi edilmesi gerektiği sorusu önemlidir. Ataklar çok uzun aralıklarla ise ve MRG aktivitesinin yoğun olmadığı yineleyici (RRMS) hastalarda aksi yönde bir gelişme olmadıkça tedavi gerektirmeyebilir. Sık atak geçiren veya MRG lezyon yükü hızla artış gösteren hastalarda immunmodülatör tedavilerin erken başlanması uygundur. Hastalarda inflamatuvar fazın erken safhasında baskılanmasının uzun vadeli daha olumlu sonuçlar yaratacağını öne süren bazı yazarlar, ilk MS atağı olan klinik izole sendrom aşamasında bu tedavilere başlanmasını önermektedir, diğer tarafta immunmodülatör tedavilere başlamakta çok acele edilmemesini, hastalığın erken dönem seyrinin klinik ve MRG ile bir süre izlenmesini önerenler de mevcuttur (Demir, 2010).

MS'in progresyonu üzerine etkili olan atak önleyici tedaviler iki başlık altında sınıflanabilir:

- a) İmmunmodülatör tedaviler: İnterferonlar (İnterferon β -1a, İnterferon β -1b), Glatiramer asetat, Natalizumab.
- b) İmmünesupresif tedaviler: Mitoksantron, Siklolofofamid, Azathioprin, Metotreksat.

2.6.3. Semptomatik Tedavi

I- Yorgunluk

Multidisipliner yaklaşım gerektirir. Medikal tedavi yanında uygun egzersiz programları ve davranış değişikliği tedavisi de içermelidir. Amantadin, modafinil, fampridin, pemolin, asetil L-karnitin ve antidepresanlar yorgunluk tedavisinde kullanılan ilaçlardır (Efendi, 2013).

II-Spasticite

Öncelikle spastisidenin yerleşimi değerlendirilmelidir. Lokal spastisidenin tedavisinde fizik tedavi ve botulinum toksin enjeksiyonu uygulanırken yaygın spastiside sistemik ilaçlar öncelikli tedavi seçeneğidir. Çok sayıda tedavi seçeneği olsada tedavide kanıta dayalı veriler sınırlıdır. Sık kullanılan ilaçlar; baklofen, tizanidin, benzodiazepinler, gabapentin, dandrolen, kannabinoidlerdir (Efendi, 2013).

III- Mesane disfonksiyonuna ait semptomlar

Mesane disfonksiyonu hastaların büyük çoğunluğunda görülen ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biridir. İlaç dışı tedavi olarak günlük sıvı alımının ölçülmesi, kafein ve teofilin gibi diüretik etkisi olan sıvıların azaltılması ve aralıklı kateterizasyon gibi uygulamalar yapılabilir. İlaç tedavi sonuçları değişken ve yan etkileri gözlenebilir. Mesane disfonksiyonu tedavisinde ilk tercih edilen ilaç oksibutinindir. Ayrıca trospium klorit, propantelin, imipramin ve solifenasin suksinat diğer tedavi seçenekleridir (Efendi, 2013).

IV- Bilişsel fonksiyon bozuklukları

Hastalığın her aşamasında görülebilir. Bazen motor işlev bozukluğundan daha fazla özürüllüğe yol açabilir. Bu yüzden tedavisi önemlidir. Amantadin, ginkgo biloba, amfetamin, donepezil ilaçların bilişsel fonksiyonlar üzerine etkili olduğu bildirilmişse de etkinlikleri tartışmalıdır (Efendi, 2013).

V- Barsak disfonksiyonu

Ana tedavi yaklaşımı diyet ve hareketli yaşam önerileridir. Yeterli sıvı alımı ve lifli besinler tüketilmesi önerilmektedir. Böylelikle ilaçların olası yan etkilerinden kaçınılmış olunur. Konstipasyon durumunda hacim genişletici ilaçlar, dışkı yumuşatıcılar ve laksatifler önerilir. Gaita inkontinansı durumunda ise tedavi çoğunlukla zordur. Motilite engelleyici ilaçlar ve rektal uyarıcılar ana tedavilerdir (Efendi, 2013).

VI- Ağrı Sendromları

Sık görülen semptomlardandır. Direkt hastalık ile ilişkili olabileceği gibi kullanılan ilaçlara veya postural bozukluğa bağlı olarak da görülebilir. Trigeminal nevralji, tonik spazmlar, nöropatik ağrı gibi nörojenik ağrılarda en sık sistemik steroidler, karbamazepin, gabapentin, amitriptilin ve kanabinoidler kullanılan ilaç tedavileridir. MS ağrı tedavisinde ilaç dışı tedavilerde yeterli çalışma yoktur (Efendi, 2013).

VII- Cinsel Disfonksiyon

Erkeklerde cinsel disfonksiyonda etkili şekilde kullanılan ilaç sildenafildir. Hastalık progresyonu iyi olan genç hastalarda etkilidir ve iyi tolere edilir. Kadınlarda da etkili olduğu ile ilgili veriler vardır. Ayrıca kadınlarda androjen ve östrojen kombinasyonlu hormon tedavileride kullanılabilir (Efendi, 2013).

2.7. Multiple Skleroz ve Özürlülük

Özürlülük, bireyin yaşamını sorunsuz olarak devam ettirmek ve toplumsal görevlerini yerine getirmek için özel desteklere gereksinim duyma durumu olarak da tanımlanabilir. MS fiziksel özürlülüğe neden olan, genç nüfusu etkileyen, ataklar ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalıktır ve hastaların yaşamlarını önemli ölçüde etkilemektedir.

Multiple skleroz hastalarında nörolojik semptomlar artıkça özürlülük derecesi artmakta ve hastaların büyük bir çoğunluğunda zamanla fonksiyonel bir yetersizlik ve hareket kısıtlılığı gelişmektedir. Hastalar ayrıca kendi özbakımlarında yetersizliğe ve yaşamlarında bağımlı hale gelmeye başlamaktadırlar. Bu fonksiyonel ve hareket kısıtlılığı iş yapma yeteneklerinde ciddi anlamda azalmaya neden olmaktadır. MS semptomları genellikle 20 ile 40 yaş arasında görülmekte ve bu yaş aralığı bireyin iş kariyerine başlama, aile kurma ve geçimini sağlama dönemi olduğu için hastalarda belirgin bir yaşam kalitesinde azalma, sosyal yaşamında ve psikolojik sağlığında bozulmaya ve finansal olarak sıkıntılara neden olabilmektedir (Jones ve ark., 2016).

Multiple skleroz hastalarında yaşam kalitesi üzerine nörolojik özürlülüğün etkisi konusunda farklı ve zaman zaman birbiri ile çelişen sonuçlar içerdiği görülmesine rağmen yapılan bir çok çalışmada özürlülük derecesi artıkça hastalarda yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir (Berrigan ve ark., 2016; Jones ve ark., 2016; Rezapoor ve ark., 2017). Salehi ve ark. (2016), MS'li hastalarda yaşam kalitesi ile özürlülük arasında bir ilişkinin olmadığı gösterilmiştir. Rezapoor ve ark. (2017), ise MS'li hastalarda özürlülük şiddeti artıkça yaşam kalitesinin azaldığını belirtmişlerdir.

Fiziksel özürlülüğe neden olan diğer kronik hastalıklarla yapılan karşılaştırmalı araştırmalarda MS'de depresyonun daha yaygın olduğu ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (Koçer ve ark. 2011; Onat ve ark., 2015).

2.8. Multiple Sklerozda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Multiple sklerozlu kadın ve erkeklerde çoğu kez cinsel işlev bozukluğu sık görülmektedir. MS'de cinsel işlev bozukluğu primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç şekilde görülebilmektedir (Terzi ve ark., 2009; Erol, 2009).

Primer cinsel işlev bozuklukları, MS'in genital sinirlerde meydana getirdiği hasara bağlı olarak geliştiği kabul edilir. Erkek ve kadınlarda azalmış ya da kaybolmuş libidoyu, azalmış ya da zevksiz genital his ve azalmış orgazmik yanıtı içerir. MS'li erkeklerde

ereksiyon oluşturma ve sürdürme, ejakülasyon sıklığının azalması gibi problemler olabilir. Kadınlarda ise azalmış lubrikasyon, inorgasmi ve azalmış libido görülebilir (Erol, 2009).

Sekonder cinsel işlev bozuklukları, genital sistemin nöral yapısını etkilemeyen, MS'in diğer semptomlarının seksüel fonksiyonu dolaylı olarak etkilemesi ile oluşan cinsel fonksiyon bozukluğudur. Bu semptomlar, yorgunluk, kas güçsüzlüğü, spastisite, mesane ve barsak problemleri, hareket kısıtlılığı, tremor, kognitif değişiklikler, sfinkter disfonksiyonu, sensoriyal değişikliklerdir. Sekonder cinsel fonksiyon bozukluğu, MS'in veya semptomlarının tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi sonucu da görülebilir (Erol, 2009).

Tersiyer cinsel işlev bozuklukları ise psikolojik, emosyonel, sosyal ve kültürel faktörlerle ilgili olarak seksüel yaşamın etkilenmesidir. Bu faktörler ailenin rolü, kendine güvende azalma, dış görünüşe güvende azalma, depresyon, öfke, partnerin kendisini reddedeceği korkusu, kadınsı veya erkeksi duygu hissinde azalma, çekiciliğinin kaybolduğu hissine kapılma, yalnız kalma korkusu, terkedilme korkusu veya birilerine bağımlı olma korkusudur (Erol, 2009).

MS hastalarında cinsel işlev bozuklukları başlangıç evrelerinden çok, hastalığın kronik sürecinde ortaya çıkar. MS ve cinsel işlev bozukluğu üzerine ilk sistematik çalışma Lilius ve ark. tarafından 1976 yılında yapılmıştır (Lilius ve ark, 1976). Çalışmada MS'li 302 hastanın yaklaşık yarısının cinsel hayatından memnun olmadığını veya ilişkilerini durdurduklarını bildirmişlerdir. Çeşitli çalışmalarda ise MS'de cinsel fonksiyon bozukluk sıklığı erkeklerde %50-90, kadınlarda %40-80 olarak bildirilmektedir (Kessler ve ark., 2009; Celik ve ark. 2013; Calabro ve ark., 2014). Erkeklerde en sık sorun erektil disfonksiyon, kadınlarda ise orgazmik bozukluklar ve her iki cinste de libido azalmasıdır. MS' li erkeklerde azalmış penil his nedeniyle ereksiyon sağlama ya da sürdürmede güçlük ve ejakulatif disfonksiyon görülebilir. Erkeklerde %40 görülen erektil impotans nadiren geçici olup, sıklıkla kalıcıdır. Erektil disfonksiyonun yaklaşık %90'ı temelde nörolojik, sadece %10'u psikojenik olarak değerlendirilebilir. MS'li kadınlarda ise alt ekstremitede spastisite, vajinada kuruluk ve vajinal his azalması şeklinde cinsel işlev kaybı bulguları görülür (Nazliel, 2004; Terzi ve ark., 2009).

Ülkemizde Görüş ve ark. yapmış oldukları çalışmada 60 kadın MS hastasının %28.3'de cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu ve en sık orgazm sorunları yaşadıkları bildirilmiştir (Goris ve ark., 2010). Demirkıran ve ark. ise 51 MS hastasının %80.4'ünde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu ve en sık görülen disfonksiyonun da libidoda azalma (%80.5) olduğu gösterilmiştir (Demirkıran ve ark., 2006). Marck ve ark. 2016 yılında 54 ülkeden 2062 MS hastası üzerinde yaptıkları çalışmada ise hastaların %54.5'de cinsel fonksiyon bozukluğu olduğunu ve kadınların en sık cinsel isteksizlik (%41.8), erkeklerin ise en sık ereksiyonda zorluk (%40.7) yaşadıkları, cinsel fonksiyon ile yaş, depresyon riski, antidepresan kullanımı ve tükenmişlik arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Marck ve ark., 2016).

2.9. Multiple Skleroz ve Yaşam Kalitesi

Multiple sklerozda oluşan lezyonlar nöral yol boyunca elektriksel potansiyelin düzgün ve hızlı iletimine engel olmaktadır. Sinir iletimindeki yavaşlamaya bağlı olarak; fonksiyonel sınırlılık, disabilite ve yaşam kalitesinde azalma gibi farklı semptomlar ile sonuçlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, MS'li bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik ve spiritual yönleriyle tüm yaşam alanlarının etkilendiği gösterilmiştir (Halper J. ve Holland N., 2010)

Multiple skleroz hastaların duygusal iyilik halini bozarak, sosyal hayatını etkileyerek ve günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesine engel olarak yaşam kalitesini azaltmaktadır (Koçer ve ark., 2011). Klinik seyri oldukça geniş bir yelpazeye sahip olsa da her MS'li hasta başlangıçta aralıklı, ilerleyen yıllarda sürekli olarak yaşam kalitesinin bozulması durumu ile karşı karşıya kalmaktadır. MS' de sık görülen motor, denge, koordinasyon, görme, duyu, konuşma, sfinkter, beceri, kognitif bozukluklar, aşırı yorgunluk ve yeti kaybı yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. MS'de cinsel fonksiyon bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine önemli bir etkisi olduğu da düşünülmektedir (Mavioğlu ve ark., 2014).

Multiple sklerozlu hastaları için hem genel hem de MS için geliştirilmiş özgül yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Genel ölçekler farklı hastalık popülasyonlarını karşılaştırmayı sağlasa da hastalığa özgü ölçekler kadar duyarlı değildir. MS'e özgü, sağlıkla ilgili yaşam kalite ölçeklerinden 3'ü genel ölçek üzerine MS'e özgül bölümlerin eklenmesi ile oluşturulmuştur. Bunlardan MSQOL-54, MSQLI ve Multiple Sclerosis

International Quality of Life questionnaire (MusiqoL) en sık kullanılan ölçeklerdir. (Mavioğlu ve ark., 2014).

MS'de cinsel fonksiyon bozukluğunun yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi ile ilgili çalışmalar 2000 yılından sonra yapılmaya başlanmıştır. Nortvedt ve ark. 2001 yılında yaptıkları çalışmada 194 MS hastasının %53'ünde cinsel fonksiyon bozukluğu tespit edilmiştir. Nortvedt ve ark. hastaların yaşam kalitesini SF-36 ve MSQOL-54 anketi ile değerlendirdikleri iki farklı çalışmada MS'de cinsel problemlerin yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığını bildirmişlerdir (Nortvedt ve ark., 2001; Nortvedt ve ark., 2007).

Vitkova ve ark. (2014), 223 MS hastasının yaşam kalitesini Sağlık Durum Anketi (SF-36) ile değerlendirmişler ve hastalık süresi 5 yıldan az olan grupta yaşam kalitesinin kötü derecede etkilendiğini bildirmişlerdir. Schairer ve ark. (2014), ise 6183 MS hastasında Sağlık Durum Anketinin (SF-36) 12 soruluk sadeleştirilmiş bir şekli olan SF-12 ve Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19 (MSISQ-19) kullanarak yaptıkları bir çalışmada cinsel fonksiyon bozukluğu olan hastalarda yaşam kalitesinin fiziksel yetersizlikten ziyade mental yönden daha fazla etkilendiğini bildirmişlerdir. Salhofer-Polayni ve ark. (2017), MS ve migren hastalarında cinsel fonksiyon bozukluğunun tipi ve sıklığını karşılaştırdıkları bir çalışmada MS hastalarında MSISQ-19 skoru artıka yaşam kalite skorunun (SF-36) azaldığını ve hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir. Ülkemizden Goris ve ark. 2010 yılında 60 MS'li kadında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Kısa Sağlık Durum Anketini (SF-36) kullandıkları bir çalışmada, cinsel fonksiyon bozukluğu olan hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Goris ve ark., 2010).

Cinsel fonksiyon bozuklukları multidisipliner bir alan olmasından dolayı hem tanı hem de tedavi sırasında disiplinlerarası işbirliği gerektirmektedir. Hemşireler çoğunlukla hastaların, cinsellikle ilgili güvenliğini sağlama ve cinsellikle ilgili olarak danışmanlık yapma rolünü üstlenirler (Karakoyunlu ve Öncel, 2009). Cinsellik; American Nursing Association'ın (ANA) kapsadığı organizasyonlar tarafından hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanmış ve The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 1980 yılında cinsel fonksiyon bozukluklarını hemşirelik tanıları listesine dahil etmiştir. Bilgi vermek, danışmanlık sunmak ve rehabilite etmek, yaşam kalitesi sağlamanın önemli bir yönüdür ve hemşireler de bunu sağlamak için kilit

konumdadırlar. Hemşireler hastaların cinsel sorunlarının nedenlerini saptayarak uygun girişimleri ve yönlendirmeleri yapabilirler (Fletcher ve ark., 2009; Karakoyunlu ve Öncel, 2009).

MS'te bakımın amacı; hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilecek semptomların kontrol edilmesi, azaltılması ya da ortaya çıkması durumunda baş etmeyi sağlamaktır. Hemşireler MS hastalarının bilişsel, ruhsal ve fiziksel iyilik halinin devamından sorumlu olup, atak sayısının ve şiddetinin azaltılması, ikincil sorunların önlenmesi ve hastalıkla baş etme yöntemleri konusunda hastalara bilgi, eğitim ve danışmalık vererek yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlayabilir (Akkuş ve Kapucu, 2006).

Bütüncül hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde bireylerin cinsel sorunlarını rahatlıkla ifade edebilmelerini sağlayacak uygun ortamların oluşturulması, cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve bakım planında ele alınması ve cinsel sağlığın korunmasına yönelik hasta eğitimlerine daha geniş yer verilmesi önerilmektedir. Bu yaklaşımlar cinsel sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde büyük önem taşımaktadır. (Canbolat, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu çalışma MS'li hastalarda özürllülük durumu, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Kayseri ili Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji polikliniğinde 15.09.2017-15.09.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler Nöroloji Multiple Skleroz Polikliniğinde hastalarla ortalama 15 dakika yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak rahat konuşulacak ayrı bir odada yapılmıştır. Nöroloji polikliniği içerisinde yer alan multiple skleroz polikliniğinde haftada bir gün, pazartesi günleri ortalama 35-40 MS hastası muayene edilmektedir. Bu poliklinikte iki doktor ve bir hemşire çalışmaktadır. Poliklinik hemşiresi nöroloji polikliniğine başvuran hastaların doktor orderına göre istenilen tetkik ve tedavilerini uygulamaktadır. Hastalara MS ile ilgili herhangi bir eğitim verilmemektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Polikliniği'nde Multiple Skleroz tanısıyla başvuran tüm hastalar oluşturmuştur. Nöroloji polikliniğinde 2015-2016 yılında multiple skleroz tanısıyla tedavi gören yaklaşık 250 erkek, 300 kadın olmak üzere toplam 550 hasta başvuru yapmıştır.

Çalışma öncesi araştırmanın örneklem sayısı 01-30/09/2017 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğine başvuran 50 MS hastası alındıktan sonra güç analizi yapılarak belirlenmiştir. 50 MS'li hastanın Genişletilmiş Özürllülük Durum Ölçeği puanlarının Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi Ölçeği-54 ve Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Ölçeği-19 toplam puanları ile ilişkisine bakılmış en

küçük etki büyüklüğü 0.29 olarak hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü 0.29 olması koşulu ile çift yönlü alternatif hipotez, %5 tip 1 hata ve %95 güçte en az 148 hasta ile çalışmasına karar verilmiştir. Çalışma 150 MS'li hasta ile tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- 18 yaşından büyük olan
- Okur-yazar olan
- Mc Donald tanı kriterlerine göre en az 6 aydır kesin MS tanısı almış olan
- Cinsel olarak aktif olan
- Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı bulunmayan
- İletişime ve işbirliğine açık olan
- Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri

- Menopoz döneminde olan kadınlar
- Cinsel disfonksiyona yönelik ilaç kullanan hastalar

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra, araştırmacı tarafından, örnekleme alınan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın verileri “Hasta Tanıtım Formu” (Ek-1), “Multiple Skleroz Yaşam Kalite Ölçeği-54” (Multiple Sclerosis Quality of Life-54) (MSQOL-54) (Ek-2), “Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19” (Multiple Sclerosis Intimacy And Sexuality Questionnaire-19) (Ek-3) ve “Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği” (Expanded Disability Status Scale) (EDSS) (Ek-4) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan hasta tanıtım formu (Ek-I) kullanılmıştır (Nortvedt ve ark., 2001; Terzi ve ark., 2009; Erol, 2009; Goris ve ark., 2010; Uitdehaag, 2014; Marck ve ark., 2016; Sezgin ve Ekinci, 2016). Hasta tanıtım formu; yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim durumu, evlilik yılı, MS süresi, MS tipi, atak sayısı, tedavi süresi, sigara içme durumu, tanı süresi, çocuk sayısı ve çalışma durumunu içeren 19 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Multiple Skleroz Yaşam Kalitesi Ölçeği-54 (Multiple Sclerosis Quality of Life-54) (MSQOL-54)

Hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi için hem genel hem de MS'e özgü sorular içeren "Multiple Skleroz Yaşam Kalite Ölçeği-54" (Multiple Sclerosis Quality of Life-54) (MSQOL-54) kullanılmıştır. Ölçek 1995 yılında Vickrey ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Vickrey ve ark., 1995). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tülek tarafından 2006 yılında yapılmış olup cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur (Tülek, 2006). Ölçek genel yaşam kalitesine yönelik 36 soru içeren SF-36'ya, MS'e özgü 18 madde eklenerek oluşturulmuş likert tipi bir ölçektir. Ölçek hastaların fiziksel ve mental sağlığı olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Hastaların, 0-100 derecelendirme sisteminde 100 puana yaklaştıkça daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu kabul edilmektedir (Haliloğlu ve ark., 2009). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa kat sayısı 0.92 olduğu belirlenmiştir.

3.4.3. Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19 (Multiple Sclerosis Intimacy And Sexuality Questionnaire-19) (MSISQ-19)

Sanders ve ark. (2000), tarafından MS'li bireylerde cinsel işlev bozukluğunu saptamaya yönelik olarak geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Doğan ve ark. tarafından 2016 yılında yapılmış ve ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.97 bulunmuştur (Doğan ve ark., 2016). MS'li hastalarda son 6 ayı içeren primer, sekonder ve tersiyer cinselliği standardize olarak ölçen bir testtir. Beşli likert tipinde değerlendirme yapmaya olanak sağlayan ölçek 19 sorudan oluşmaktadır. Cinsel aktivite ve tatmin olmada kendini değerlendirmeye dayanan ölçekte kadın/erkek için aynı form kullanılmaktadır. Ölçeğin en düşük puanı 19, en yüksek puanı 95'dir. Düşük puanlar cinsel yaşamın sağlıklı olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa kat sayısı 0.84 olarak hesaplanmıştır.

3.4.4. Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği (Expanded Disability Status Scale) (EDSS)

Genişletilmiş özürlülük durum (*EDSS=Expanded Disability Status Scale*) ölçeği MS hastalarının özürlülük durumunun değerlendirilmesinde en sık kullanılan iyi tanımlanmış bir ölçektir. İlk kez 1955 yılında Kurtzke tarafından Disability Status Scale

(DSS) olarak sunulmuş, daha sonra 1983 yılında tekrar düzenlenerek EDSS olarak kullanıma geçmiştir. EDSS'nin temeli nörolojik ve psikiyatrik muayeneye dayanmaktadır. EDSS skorlaması, piramidal, serebellar, beyin sapı, duyuşal, mesane ve bağırsak, görsel, serebral (veya mental) ve diğerleri olarak sıralanmış sekiz adet fonksiyonel sistemin nörolojik muayenesine ve hastanın ambulasyon durumuna göre yapılmaktadır. EDSS sıralı bir ölçektir ve hastalar toplam 0 ile 10 puan üstünden değerlendirilmektedir. Aralıklar 0.5 puan artarak ilerleyen, 20 basamaktan oluşan bu ölçekte sıfır normal sağlık durumunu gösterirken, 10 sık görülmeyen MS nedeniyle ölüümü göstermektedir. EDSS' de puanlar, MS' te kötüleşmeye karşılık gelecek biçimde artmaktadır. EDSS puanı; 2.0 minimal özürölülüğü, 4.0 orta derecede özürölülüğü ancak hasta yardımsız yürüyebildiğini, 6.0 hastanın yürümeye yardımcı bir araç gereksinimi olduğunu, 8.0 hastanın tekerlekli sandalyeye bağımlı olduğunu göstermektedir (Kurtzke, 1983; Önder, 2006; Uitdehaag, 2014).

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın verileri IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 25 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama \pm standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), ortanca (M), 25.yüzdilik (ζ_1), 75.yüzdilik (ζ_3) değerleri, en küçük değer (min) ve en büyük değer (max) olarak verilmiştir. Ölçek puanları ve tanı süresinin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilk normallik testi ve $Q-Q$ grafikleri ile değerlendirilmiş olup ölçek puanları normal dağılım göstermediği için tüm karşılaştırmalar parametrik olmayan testler ile yapılmıştır. İkili gruplarda ölçek puanları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış gruplardan herhangi birinde hasta sayısı 20'nin altına indiğinde Mann-Whitney U testi için önemlilik değeri exact yöntem ile hesaplatılmıştır. Üç ve daha fazla gruplarda ölçek puanları Kruskal-Wallis H testi ile karşılaştırılmış olup Kruskal-Wallis H testi sonucu fark bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testi olarak Dunn-Bonferroni testi kullanılmıştır. Tablolarda Dunn-Bonferroni testi sonuçları a , b ve c üst simgeleri ile verilmiştir. Ölçek puanlarının birbirleri ve tanı süresi ile karşılaştırılmasında Spearman korelasyon analizi kullanılmış olup korelasyon katsayılarının önemli bulunması halinde yorumlamalar Evans* (1996) sınıflandırmasına göre yapılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Araştırmaya katılan bireylerin EDSS, MSQOL-54 ve MSISQ-19 ölçeklerinden aldıkları puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan Etik Kurul İzni (Karar no: 06.07.2017/362) ve Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Anabilim Dalından kurum izni alınmıştır. Ayrıca tüm hastalara çalışmanın kapsamı anlatılarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-5) imzalatılmıştır.

4. BULGULAR

Multiple sklerozlu hastalarda özürllük durumu, cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılan araştırmada, aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ($n = 150$)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	93	62.0
Erkek	57	38.0
Yaş Grupları		
18-29	34	22.7
30-39	62	41.3
40-49	35	23.3
50 ve üzeri	19	12.7
Yaş Ortalaması ($\bar{x} \pm ss$)	(36.9 \pm 10.0)	
Eğitim Durumu		
İlköğretim mezunu	49	32.7
Lise mezunu	59	39.3
Yüksekokul/Üniversite mezunu	42	28.0
Özellikler	n	%
Medeni Durum		
Bekâr	49	32.7
Evli	101	67.3
Evlilik Süresi		
1-9 yıl	32	30.8
10-19 yıl	37	35.0
20-29 yıl	21	21.4
30 ve üstü yıl	11	12.8

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n = 150) (Devamı)

Özellikler	n	%
Çocuk Durumu		
Var	104	69.3
Yok	46	30.7
Çocuk Sayısı (n=104)		
1	27	26.0
2	37	35.6
3	30	28.8
4	10	9.6
Meslek		
Memur	19	12.7
Emekli	14	9.3
Ev Hanımı	68	45.4
Serbest Meslek	14	9.3
İşçi	35	23.3
Gelir Durumu		
İyi	47	31.3
Orta	93	62.0
Kötü	10	6.7
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanan	46	30.7
Kullanmayan	104	60.3
Günlük İçilen Sigara Miktarı (Paket) (n=46)		
Yarım Paket	32	69.6
Bir Paket	14	30.4
Alkol Kullanma Durumu		
Bırakmış	10	6.7
Kullanmayan	140	93.3

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1.'de verilmiştir. Hastaların %62.0'ı kadın, %41.3'ü 30-39 yaş grubunda olup yaş ortalamaları 36.9 ± 10.0 'dir. Ayrıca %39.3'ü lise mezunu, %67.3'ü evli, %69.3'ü çocuk sahibi, %45.4'ü ev hanımı ve %62.0'ı orta gelir durumuna sahiptir. Hastaların %30.7'si sigara kullandığını ifade ederken, sigara kullanan hastaların %30.4'ünün günlük sigara tüketiminin bir paket olduğu ve %93.3'ünün alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Özellikleri ($n = 150$)

Özellikler	n	%
MS Tipi		
Relapsing Remittent MS	112	74.7
Primer Progresif MS	32	21.3
Sekonder Progresif MS	6	4.0
Tanı Süresi (ay) ($\bar{x} \pm ss$)	(67.26±58.82)	
Son 1 Yılda Geçirilen Atak Sayısı		
Atak geçirmemiş	49	32.7
1 kez	60	40.0
2 kez	26	17.3
3 kez ve ↑	15	10.0
MS Nedeni ile Hastanede Yatma Durumu		
Yatan	142	94.7
Yatmayan	8	5.3
Hastanede Yatma Sayısı ($n=142$)		
1 kez	35	24.6
2 kez	40	28.2
3 kez	20	14.1
4 kez ve ↑	47	33.1
MS Dışında Kronik Hastalık Durumu		
Olan	16	10.7
Olmayan	134	89.3
Kronik Hastalıklar ($n=16$)		
Metabolik hastalıklar	4	25.0
Bağ doku hastalıkları	3	18.8
Endokrin hastalıklar	7	43.7
Gastrointestinal sistem hastalıkları	2	12.5

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Özellikleri ($n = 150$) (Devam)

Özellikler	<i>n</i>	%
Bağımlılık Durumu		
Bağımlı	12	8.0
Yarı Bağımlı	37	24.7
Bağımsız	101	67.3
Düzenli İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	114	76.0
Kullanmayan	36	24.0
Düzenli Kullandığı İlaçlar*($n=114$)		
Antidepresan	4	3.5
Antiepileptik	5	4.4
Antispazmatik	7	6.1
MS spesifik ilaç	86	86.0
Cinsel Sorun Yaşama Durumu		
Yaşayan	54	36.0
Yaşamayan	96	64.0
Yaşanılan Cinsel Sorun ($n=54$)		
Ereksiyon problemi	7	13.0
Cinsel isteksizlik	43	79.6
Erken boşalma	4	7.4
Yaşanılan Cinsel Soruna Bağlı Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu($n=54$)		
Giden	2	3.7
Gitmeyen	52	96.3

Tablo 4.2’de hastaların hastalıklarıyla ilgili özellikleri verilmiştir. Tablo 4.2’ye göre hastaların %74.7’sinin Relapsing Remittent tipte MS olduğu, tanı süresinin ortalama 67.2 ± 58.8 ay olduğu, %40.0’ının yılda 1 kez atak geçirdiği, %94.7’sinin MS nedeniyle en az 1 kez hastaneye yattığı tespit edilmiştir. Çalışma grubundaki hastaların %10.7’sinin MS dışında kronik bir hastalığının olduğu, %43.7’sinde metabolik ve endokrin hastalığının bulunduğu, %24.0’ının günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı olduğu ve %76.0’ının düzenli ilaç kullandığı, ilaç kullananların %86.0’ının MS’e özgü ilaç kullandığı belirlenmiştir. Hastaların %36.0’ı cinsel sorun yaşadığını ifade etmiş olup sorun yaşayanların %79.6’sının cinsel isteksizlik sorunu olduğunu ve sadece %3.2’si yaşadığı cinsel soruna bağlı olarak sağlık kuruluşuna gittiğini ifade etmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS Puan Ortalamaları ($n = 150$)

Ölçekler	$\bar{x} \pm SD$	<i>Min- Max</i>
MSQOL-54 (Toplam)	51.13±19.09	12.00-95.70
MSQOL-54 (Fiziksel)	51.09±20.24	11.90-99.00
MSQOL-54 (Bilişsel)	50.96±19.39	13.00-95.00
MSISQ-19(Toplam)	51.40±15.12	19.00-86.00
MSISQ-19 (Primer)	13.83±5.11	5.00-26.00
MSISQ-19 (Sekonder)	25.09±6.94	9.00-40.00
MSISQ-19 (Tersiyer)	12.79±4.93	5.00-25.00
EDSS	2.02±1.49	0.00-5.50

Tablo 4.3'te hastaların ölçek puanlarının ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. MSQOL-54 ölçeği puan ortalaması 51.13±19.09 olup, ölçeğin fiziksel boyut puan ortalaması 51.09±20.24 ve bilişsel boyut puan ortalaması 50.96±19.39'dur. MSISQ-19 ölçeği puan ortalaması 51.40±15.12 olup, ölçeğin primer alt boyut puan ortalaması 13.83±5.11, sekonder alt boyut puan ortalaması 25.09±6.94 ve tersiyer boyut puan ortalaması 12.79±4.93'tür. EDSS için toplam puan ortalamasının 2.02±1.49 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS Ölçekleri Puan Ortalamaları ($n = 150$)

Özellikler	MSQOL-54 (Fiziksel)	MSQOL-54 (Bilişsel)	MSQOL-54 (Toplam)	MSISQ-19 (Primer)	MSISQ-19 (Sekonder)	MSISQ-19 (Tersiyer)	MSISQ-19 (Toplam)	EDSS (Toplam)
Cinsiyet								
Kadın	48.20±19.34	45.70±19.22	48.60±18.39	15.00±4.74	25.00±6.10	12.00±4.40	51.00±13.57	1.50±1.34
Erkek	44.50±21.80	50.00±19.82	46.00±20.34	15.00±5.69	27.00±8.12	14.00±8.33	54.00±19.73	1.50±1.72
t	0.190	0.058	0.052	0.253	1.285	1.546	1.350	0.091
p	0.850	0.954	0.958	0.801	0.199	0.122	0.177	0.928
Yaş								
18 – 29	67.95±17.01 ^a	66.45±18.74 ^a	69.10±17.39 ^a	10.00±4.20 ^a	21.50±6.87 ^a	10.00±3.83 ^a	42.50±13.70 ^a	1.00±0.71 ^a
30 – 39	47.55±19.77 ^b	39.60±18.57 ^{ab}	48.75±18.40 ^b	15.00±5.16 ^b	26.00±6.90 ^b	13.50±5.52 ^b	52.00±17.02 ^b	1.50±1.61 ^a
40 – 49	35.90±17.96 ^c	39.60±15.37 ^b	39.40±17.18 ^c	16.00±4.90 ^b	28.00±6.23 ^b	13.00±9.13 ^b	57.00±15.78 ^b	2.00±1.45 ^c
50 ve ↑	43.50±14.08 ^{bc}	38.60±19.39 ^b	40.20±13.89 ^c	15.00±3.48 ^b	27.00±5.03 ^b	12.00±3.42 ^b	54.00±11.91 ^b	3.00±1.35 ^b
KW	31.376	18.937	26.678	24.843	15.185	11.024	18.889	28.653
p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.002	0.012	<0.001	<0.001
Eğitim Durumu								
İlköğretim mezunu	39.70±17.97 ^a	36.60±17.63 ^a	40.20±17.08 ^a	16.00±4.08 ^a	28.00±5.89 ^a	13.00±4.74 ^a	55.00±14.80 ^a	1.50±1.42 ^a
Lise mezunu	46.68±21.79 ^{ab}	52.50±20.56 ^{ab}	49.60±20.57 ^{ab}	15.00±5.36 ^a	26.00±7.73 ^a	14.00±5.16 ^a	53.00±16.37 ^a	2.00±1.62 ^a
Üniversite mezunu	61.70±17.92 ^b	60.90±18.47 ^b	61.80±17.36 ^b	10.00±4.98 ^b	22.50±5.93 ^b	10.00±8.65 ^b	41.50±14.76 ^b	1.00±1.13 ^b
KW	11.759	6.549	10.178	16.568	14.218	12.156	19.793	16.223
P	0.003	0.038	0.006	<0.001	0.001	0.002	<0.001	<0.001
Medeni Durum								
Evlü	46.90±19.12	46.00±18.42	47.00±17.98	15.00±4.53	25.00±6.28	12.00±6.42	53.00±15.01	1.50±1.48
Bekâr	55.60±22.28	50.00±21.35	48.20±21.21	11.00±5.79	26.00±8.11	11.00±5.83	47.00±18.28	1.50±1.51
t	1.038	0.553	0.854	2.940	0.806	1.292	1.598	1.111
p	0.299	0.580	0.393	0.003	0.420	0.196	0.110	0.267
İş / Meslek Durumu								
Memur	45.00±16.30 ^{ab}	42.30±15.96 ^a	46.50±15.51 ^{ab}	15.00±4.53 ^a	26.00±4.93 ^{ab}	12.00±3.46 ^{ab}	49.00±12.45 ^{ab}	1.50±1.55 ^a
Emekli	34.70±20.97 ^a	46.00±22.60 ^a	40.40±21.41 ^a	15.00±4.19 ^a	32.00±6.18 ^a	16.50±5.08 ^a	66.00±16.60 ^a	4.50±1.55 ^b
Ev Hanımı	43.85±17.36 ^a	42.40±17.58 ^a	42.35±16.62 ^a	16.00±4.43 ^a	26.00±6.07 ^{ab}	12.00±4.63 ^{ab}	53.50±13.40 ^a	1.50±1.39 ^a
Serbest Meslek	50.50±20.50 ^{ab}	46.15±23.61 ^{ab}	48.40±21.27 ^{ab}	12.00±6.52 ^{ab}	26.00±8.31 ^{ab}	15.00±6.07 ^{ab}	53.00±19.32 ^{ab}	1.00±0.99 ^a
İşçi	67.40±20.20 ^b	63.40±18.27 ^b	68.00±18.61 ^b	10.00±5.00 ^b	21.00±7.46 ^b	10.00±9.43 ^b	42.00±16.97 ^b	1.00±1.38 ^a
KW	23.804	13.891	21.049	20.145	17.744	15.627	18.815	22.274
P	<0.001	0.008	<0.001	<0.001	0.001	0.004	0.001	<0.001
Aylık Gelir Durumu								
İyi	56.60±16.72 ^a	56.00±15.57 ^a	59.70±14.90 ^a	11.00±5.40	22.00±6.54 ^a	11.00±8.35 ^a	47.00±16.71 ^a	1.50±1.35 ^a
Orta	46.00±21.65 ^a	45.70±21.09 ^{ab}	45.70±20.79 ^{ab}	15.00±5.08	26.00±7.10 ^{ab}	12.00±4.95 ^b	53.00±15.80 ^b	1.50±1.47 ^{ab}
Kötü	38.45±10.80 ^b	37.20±11.53 ^b	36.70±10.14 ^b	16.00±3.07	28.50±3.43 ^b	18.00±4.40 ^b	66.50±8.60 ^b	3.00±1.83 ^b
KW	10.076	6.700	9.255	3.920	12.331	9.483	11.592	7.349
P	0.006	0.035	0.010	0.141	0.002	0.009	0.003	0.025

a, b, c üst simgeleri gruplar arası farklılığı göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı gruplar benzerdir.

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.4'te yer almaktadır.

Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puan ortalaması incelendiğinde, fiziksel sağlık durumu, bilişsel sağlık durumu ve MSQOL-54 genel toplam ile cinsiyet arasında herhangi bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların cinsiyetlerine göre cinsel fonksiyon puan ortalamaları incelendiğinde MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder, MSISQ-19 tersiyer alt boyut, MSISQ-19 toplam ve EDSS puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çalışmada yaş gruplarına göre MSQOL-54 ölçek puanları incelendiğinde, 18-29 yaş grubundaki MS'li bireylerin MSQOL-54 fiziksel, bilişsel ve toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). MSQOL-54 fiziksel alt boyut puan ortalamaları 30-39 ve 40-49 yaş grupları ile benzerdir. 50 ve üzeri yaş grubu MSQOL-54 fiziksel alt boyut puanları 30-39 ve 40-49 yaş grubuna göre yüksektir. MSQOL-54 bilişsel alt boyut puan ortalamaları 18-29 yaş grubunda en yüksek değerlere sahiptir. 30-39 yaş grubu puan ortalamaları 40-49 yaş grubu ile 50 yaş ve üzerine göre yüksektir. 40-49 yaş grubu ile 50 yaş ve üzeri benzer olup yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.

MSISQ-19 primer, sekonder, tersiyer alt boyut ve toplam puan ortalamaları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 18-29 yaş grubundaki bireylerin puanları diğer yaş grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

EDSS skoru ise 40-49 ile 50 ve üzeri yaş gruplarında en yüksek bulunmuş olup bu iki grubun değerleri istatistiksel olarak 18-29 ile 30-39 yaş gruplarından yüksektir ($p<0.001$).

MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS puan ortalamalarının tamamı eğitim durumu gruplarına göre farklılık göstermektedir. Üniversite mezunları MSQOL-54 fiziksel, bilişsel ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak ilköğretim mezunlarına göre yüksektir ($p<0.05$). MSISQ-19 primer, sekonder, tersiyer alt boyut ve toplam ölçek puanları ilköğretim ve lise mezunlarında benzer olup bu iki grubun değerleri istatistiksel olarak üniversite mezunlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

MS'li bireylerin EDSS puanları incelendiğinde, üniversite mezunu olanların EDSS puanları ilköğretim ve lise mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

MSISQ-19 primer alt boyut puan ortalamaları bekarlarda evli bireylere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların medeni durumlarına göre MSQOL-54, MSISQ-19, EDSS ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

MSQOL-54 fiziksel alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları özel sektörde işçi olarak çalışan meslek grubunda en yüksek olup bu grubun puan ortalamaları istatistiksel olarak emekli ve ev hanımlarından daha yüksektir ($p<0.001$). Diğer meslek grupları MSQOL-54 fiziksel alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları yönünden benzerdir. Memur, emekli ve ev hanımı MSQOL-54 bilişsel ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak diğer meslek grubundan önemli düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Memur, emekli ve ev hanımı olan bireylerde MSISQ-19 primer alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak özel sektörde işçi olarak çalışan bireylere göre yüksektir. MSISQ-19 sekonder ve tersiyer alt boyut puanları emekli grubunda diğer meslek gruplarına göre yüksektir ($p<0.001$). Emekli ve ev hanımı olan bireylerin MSISQ-19 toplam ölçek puan ortalamalarının diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Emekli olan hastaların EDSS skoru istatistiksel olarak diğer tüm meslek gruplarından yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturduğu ($p<0.001$), diğer meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Aylık gelir durumu iyi ve orta olanların MSQOL-54 fiziksel ölçek puan ortalamaları gelir durumu kötü olanlardan istatistiksel olarak yüksektir ($p<0.05$). İyi gelir düzeyine sahip hastaların MSQOL-54 bilişsel ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak önemli düzeyde kötü gelir düzeyine sahip hastaların puanlarından yüksektir ($p<0.05$).

Hastaların gelir durumuna göre MSISQ-19 primer alt boyut puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Kötü gelir düzeyine sahip hastaların MSISQ-19 sekonder alt boyut puanları istatistiksel olarak iyi gelir düzeyine sahip hastalardan yüksektir ($p<0.05$). Kötü gelir grubunda olan hastaların MSISQ-19 tersiyer alt boyut ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak iyi ve orta gelir gruplarına göre

önemli düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Gelir durumu kötü olan bireylerin EDSS skorunun gelir durumu iyi olan bireylere göre önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).



Tablo 4.5. Hastaların Hastalığa ilişkin Özelliklerine Göre MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS Ölçekleri Puan Ortalamaları ($n = 150$)

Hastalığa İlişkin Özellikler	MSQOL-54 (Fiziksel)	MSQOL-54 (Bilişsel)	MSQOL-54 (Toplam)	MSISQ-19 (Primer)	MSISQ-19 (Sekonder)	MSISQ-19 (Tersiyer)	MSISQ-19 (Toplam)	EDSS
MS Tipi								
Relapsing Remittent MS (RRMS)	55.30±18.55 ^a	55.25±18.90 ^a	57.05±17.85 ^a	13.50±5.17 ^a	24.00±6.71 ^a	12.00±6.42 ^a	49.00±15.93 ^a	1.25±1.07 ^a
Primer Progresif MS (PP-MS)	33.30±17.89 ^b	38.00±17.19 ^b	35.75±17.79 ^b	16.00±4.61 ^b	30.50±6.34 ^b	15.50±5.11 ^b	60.00±13.52 ^b	4.00±1.35 ^b
Sekonder Progresif MS (SP-MS)	33.50±25.60 ^{ab}	50.40±21.26 ^{ab}	42.25±22.14 ^{ab}	16.50±1.72 ^b	29.00±0.75 ^b	14.50±6.21 ^b	63.00±6.61 ^b	3.50±1.74 ^b
KW	23.827	12.320	17.606	10.646	23.485	10.095	21.235	50.227
<i>p</i>	<0.001	0.002	<0.001	0.005	<0.001	0.006	<0.001	<0.001
Ortalama Atak Sayısı (yıl)								
Atak yok	48.40±19.84 ^a	55.40±17.94 ^a	56.10±17.77 ^a	15.00±5.09	24.00±8.19	11.00±5.44	51.00±18.90	1.50±1.75
1 kez	52.20±18.92 ^a	52.20±17.79 ^a	49.85±17.48 ^a	15.00±5.21	25.00±6.64	12.00±4.44	52.00±14.08	1.50±1.29
2 kez	46.05±23.11 ^{ab}	38.50±24.53 ^{ab}	42.15±23.85 ^{ab}	11.00±5.42	26.50±4.61	11.50±10.39	51.50±16.38	1.50±1.35
3 kez ve ↑	34.10±15.77 ^b	36.80±15.06 ^b	34.10±14.81 ^b	16.00±4.29	27.00±6.45	14.00±5.13	56.00±13.41	2.50±1.39
KW	11.139	10.176	11.348	2.149	4.050	4.844	3.144	5.036
<i>p</i>	0.011	0.017	0.010	0.542	0.256	0.184	0.370	0.169
Hastanede Yatış Sayısı								
Hastanede yatmamış	36.40±17.83	25.55±26.63	35.45±20.24	17.50±5.28	27.00±3.69	13.00±2.61	57.00±12.32	2.50±1.45
1 kez	64.85±20.43 ^a	62.00±20.43 ^a	64.30±19.67 ^a	11.00±4.85 ^a	24.00±6.69 ^a	10.00±4.42 ^a	45.00±13.86 ^a	1.00±0.96 ^a
2 kez	57.70±17.70 ^a	60.70±18.14 ^a	60.45±17.43 ^a	13.50±5.72 ^{ab}	25.00±7.24 ^{ab}	12.50±9.02 ^{ab}	50.50±19.28 ^{ab}	1.00±1.04 ^a
3 kez	38.25±17.54 ^b	39.90±17.79 ^b	38.45±17.21 ^b	15.00±4.59 ^{ab}	27.00±6.47 ^{ab}	12.50±5.30 ^{ab}	56.00±14.43 ^{ab}	1.50±1.56 ^{ab}
4 kez ve ↑	40.10±18.60 ^b	42.60±16.50 ^b	41.00±16.90 ^b	16.00±4.37 ^b	28.00±6.48 ^b	14.00±5.03 ^b	57.00±13.75 ^b	3.00±1.63 ^b
KW	24.093	12.760	20.591	12.613	13.858	8.563	13.179	30.431
<i>p</i>	<0.001	0.005	<0.001	0.006	0.003	0.036	0.004	<0.001
MS Dışında Kronik Hastalık Durumu								
Var	49.50±19.41	43.45±20.37	48.25±18.68	14.50±5.33	27.00±6.25	11.50±3.90	53.00±14.34	1.50±1.38
Yok	46.79±20.40	48.55±19.35	47.10±19.20	15.00±5.10	25.00±7.03	12.00±6.46	52.00±16.43	1.50±1.51
t	0.033	0.152	0.100	0.037	0.027	0.514	0.219	0.576
<i>p</i>	0.975	0.881	0.922	0.972	0.980	0.612	0.829	0.569
Bağımlılık Durumu								
Bağımlı	25.65±11.05 ^a	39.60±11.16 ^a	30.10±10.49 ^a	19.00±2.57 ^a	33.50±3.08 ^a	19.00±3.97 ^a	69.00±4.63 ^a	5.00±1.13 ^a
Yarı bağımlı	34.70±13.56 ^a	37.40±15.69 ^a	35.80±14.23 ^a	17.00±3.76 ^a	28.00±6.05 ^b	14.00±5.01 ^b	58.00±13.44 ^b	3.50±1.21 ^a
Bağımsız	61.10±17.68 ^b	61.60±18.90 ^b	60.40±17.38 ^b	11.00±4.93 ^b	24.00±6.55 ^c	11.00±6.37 ^c	47.00±14.90 ^c	1.00±0.77 ^c
KW	54.883	25.978	42.629	35.898	32.261	30.048	41.338	77.622
<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Cinsel Sorun Yaşama Durumu								
Yaşayan	35.70±15.68	38.50±16.32	39.35±15.37	17.00±3.73	28.00±5.79	14.00±3.39	58.50±13.50	2.00±1.46
Yaşamayan	59.80±19.44	61.80±19.14	60.25±18.49	11.00±4.85	23.50±7.10	10.00±7.16	45.50±15.96	1.50±1.46
t	5.450	4.284	4.931	6.226	3.738	5.097	5.233	3.198
<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.001

a, b, c üst simgeleri gruplararası farklılığı göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı gruplar benzerdir.

Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5.'te yer almaktadır. MS tipine göre incelendiğinde Relapsing Remittent grubu hastaların MSQOL-54 fiziksel, bilişsel, toplam ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak Primer Progresif grubu hastalarına göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Relapsing Remittent grubundaki hastaların MSISQ-19 primer, sekonder, tersiyer alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak Primer Progresif ve Sekonder Progresif tipteki hastaların puan ortalamalarından önemli düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Primer Progresif ve Sekonder Progresif tip MS'li hastaların EDSS puan ortalaması Relapsing Remittent grubu hastaların puanlarından istatistiksel olarak daha yüksektir ($p<0.001$).

Yılda üç ve üzeri atak geçiren hastaların MSQOL-54 fiziksel, bilişsel alt boyut ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak hiç atak geçirmeyenlere ve bir kez atak geçirenlere göre önemli düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmada hastaların yılda geçirdikleri ortalama atak sayısına göre MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder, MSISQ-19 tersiyer, MSISQ-19 toplam ölçek puanları ve EDSS skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Atak nedeni ile bir ve iki kez hastaneye yatan MS'li bireylerin MSQOL-54 fiziksel, bilişsel alt boyut ve toplam ölçek puanları benzer olup bu iki grubun puanları istatistiksel olarak üç kez ile dört ve üzeri kez yatan hastalardan yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Dört kez ve üzeri hastanede yatan hastaların MSISQ-19 primer, sekonder, tersiyer alt boyut, toplam ölçek puanları bir kez yatan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Ayrıca dört kez ve üzeri hastanede yatan hastaların EDSS skoru bir ve iki kez hastanede yatan hastaların skorundan istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir ($p<0.001$).

MS dışında kronik hastalığı bulunan ile bulunmayan hastaların MSQOL-54 fiziksel alt boyut, MSQOL-54 bilişsel alt boyut, MSQOL-54 toplam, MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder, MSISQ-19 tersiyer alt boyut, MSISQ-19 toplam puan ortalamaları ve EDSS skorları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Bağımlı ve yarı bağımlı olan MS'li hastaların MSQOL-54 fiziksel, bilişsel alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları benzer olup bağımsız hastaların puan ortalamaları bu iki gruptan istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

MSISQ-19 primer ölçek puan ortalamaları gruplara göre karşılaştırıldığında bağımlı ve yarı bağımlı hastaların puanları istatistiksel olarak bağımsız hastaların puanlarından önemli düzeyde yüksektir ($p<0.001$). MSISQ-19 sekonder, MSISQ-19 tersiyer alt boyut ve MSISQ-19 toplam puan ortalamaları gruplara göre karşılaştırıldığında her üç grubun puanları birbirinden istatistiksel olarak önemli düzeyde farklı bulunmuştur. Bağımlı grubun MSISQ-19 sekonder, tersiyer ve toplam ölçek puan ortalamaları en yüksek değerlere sahip iken bağımsız grubun puan ortalamaları en düşük değere sahiptir ($p<0.001$).

EDSS skoru, gruplara göre karşılaştırıldığında bağımlı ve yarı bağımlı grup değerleri benzer iken bu iki grubun değerleri istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Hastalığa bağlı cinsel sorun yaşayanların MSQOL-54 fiziksel, MSQOL-54 bilişsel alt boyut ve MSQOL-54 toplam ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak önemli düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$).

MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder, MSISQ-19 tersiyer alt boyut ve MSISQ-19 toplam ölçek puan ortalamaları ve EDSS skoru hastalığa bağlı cinsel sorun yaşayanlarda istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.6. MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS Ölçekleri Arasındaki Korelasyon

	MSQOL-54 (Fiziksel)	MSQOL-54 (Bilişsel)	MSQOL-54 (Toplam)	MSISQ-19 (Primer)	MSISQ-19 (Sekonder)	MSISQ-19 (Tersiyer)	MSISQ-19 (Toplam)	EDSS
MSQOL-54 (Fiziksel) <i>rho</i> <i>p</i>	-							
MSQOL-54 (Bilişsel) <i>rho</i> <i>p</i>	0.845 <0.001	-						
MSQOL-54 (Toplam) <i>rho</i> <i>p</i>	0.964 <0.001	0.947 <0.001	-					
MSISQ-19 (Primer) <i>rho</i> <i>p</i>	-0.602 <0.001	-0.511 <0.001	-0.572 <0.001	-				
MSISQ-19 (Sekonder) <i>rho</i> <i>p</i>	-0.608 <0.001	-0.546 <0.001	-0.598 <0.001	0.637 <0.001	-			
MSISQ-19 (Tersiyer) <i>rho</i> <i>p</i>	-0.565 <0.001	-0.450 <0.001	-0.524 <0.001	0.696 <0.001	0.610 <0.001	-		
MSISQ-19(Toplam) <i>rho</i> <i>p</i>	-0.656 <0.001	-0.557 <0.001	-0.628 <0.001	0.860 <0.001	0.873 <0.001	0.836 <0.001	-	
EDSS <i>rho</i> <i>p</i>	-0.559 <0.001	-0.378 <0.001	-0.488 <0.001	0.417 <0.001	0.476 <0.001	0.359 <0.001	0.472 <0.001	-

Tablo 4.6.'da MSQOL-54, MSISQ-19 ve EDSS ölçeklerinin korelasyonları verilmiştir.

Tabloya göre MSQOL-54 fiziksel, MSQOL-54 bilişsel alt boyutları ve MSQOL-54 toplam ölçek puanları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).

MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder ve MSISQ-19 tersiyer ölçek alt boyutları arasında pozitif yönde iyi bir ilişki olduğu ve bu üç alt boyutun MSISQ-19 toplam puanıyla ilişkisinin pozitif yönde kuvvetli düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Çalışmada MSQOL-54 fiziksel ölçek puanları ile MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder alt boyutları ve MSISQ-19 toplam ölçek puanları arasında negatif yönde iyi düzeyde bir ilişki bulunmuş iken, MSISQ-19 tersiyer ve EDSS ölçek puanları ile negatif yönde orta düzey bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Hastaların MSQOL-54 bilişsel alt boyut puanları ile MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder, MSISQ-19 tersiyer alt boyutları ve MSISQ-19 toplam ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzey bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

MSQOL-54 bilişsel ölçek puanları ile EDSS puanları arasında ise negatif yönde zayıf düzey bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).

MSQOL-54 toplam ölçek puanları ile MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder, MSISQ-19 tersiyer alt boyut ve EDSS ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzey bir ilişki bulunmuş iken MSQOL-54 toplam ölçek puanları ile MSISQ-19 toplam ölçek puanları arasında negatif yönde iyi düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

MS'li bireylerin EDSS ölçek puanları ile MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder alt boyut ve MSISQ-19 toplam ölçek puanları arasında orta düzeyde bir ilişki olup EDSS puanları ile MSISQ-19 tersiyer alt boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

MS yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen kronik bir hastalıktır. MS, hastaların duygusal iyilik halini bozarak, sosyal hayatını etkileyerek ve günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesine engel olarak yaşam kalitesini azaltmaktadır (Koçer ve ark., 2011). MS hastalarında nörolojik semptomlar arttıkça özürülük derecesi artmakta ve hastaların büyük bir çoğunluğunda zamanla fonksiyonel bir yetersizlik ve hareket kısıtlılığı gelişmektedir. Hastalar ayrıca kendi öz bakımlarında yetersizliğe ve yaşamlarında bağımlı hale gelmeye başlamaktadırlar.

Araştırma bulgularına göre, cinsiyet, medeni durum, MS dışı başka bir kronik hastalık varlığı, yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de bilişsel alanını etkilemediği bulunmuştur. Benzer şekilde İdman ve arkadaşlarının da MSQOL-54 ölçeğini kullandığı bir çalışmada, demografik veriler ile her iki yaşam kalitesi alt boyutunda bir ilişki olmadığı saptanmıştır (İdman E ve ark., 2004). Çalışmamızda genç hastalar, eğitim düzeyi yüksek olanlar, çocuk sahibi olmayanlar, hastane yatış sayısı az olanlar, gelir durumu iyi olanlar ve RRMS grubunda olanların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Yıldız ve arkadaşlarının çalışmasında ise; eğitim durumu ve MS tipi yaşam kalitesinin tıbbi sorunlar alt puanı ile anlamlı ilişki bulunmuştur (Yıldız H ve ark., 2006). Haliloğlu ve arkadaşlarını yapmış olduğu bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek olan grupta ve relapsing-remitting grubunda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu arttıkça bireylerin hastalıklarıyla ilgili farkındalıkları artmakta bu durum hastalığa uyumlarını etkileyerek yaşam kalitesini yükseltebilmektedir. Ayrıca çalışmamızda Relapsing Remittent grubunda olan, yılda üç ve üzeri atak geçiren ile yılda dört kez ve daha fazla hastanede yatmak zorunda kalan MS'li hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunun neden hastalık süresi ve buna bağlı geçirilen atak sayısının artmasıyla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerden ve uzun süre kronik bir

hastalığın varlığının neden olduğu biyopsikososyal sorunlardan kaynaklanmış olabilir. MS'te oluşan lezyonlar nöral yol boyunca elektriksel potansiyelin düzgün ve hızlı iletimine engel olmaktadır. Sinir iletisindeki yavaşlama yaşanan semptomlara bağlı olarak; fonksiyonel sınırlılık, disabilite ve yaşam kalitesinde azalmayla sonuçlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, MS'li bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik ve spiritual yönleriyle tüm yaşam alanlarının etkilendiği gösterilmiştir (Halper J. ve Holland N., 2010). Hastalık süresi ile atak sayısındaki artışın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren bir çok çalışma vardır (Merkelbach S ve ark., 2002; Yıldız H ve ark., 2006; Haliloğlu ve ark., 2009). McCullagh ve ark. (2008) çalışmasında hastalık süresinin artması ve hastaların evden çıkamama durumlarının uzamasının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yarattığını saptamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Vilcrey ve ark. ise, hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Vickrey BG ve ark. 1995).

Çalışmamızda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, özürülük durumunun ve cinsel disfonksiyonun daha yüksek olduğu belirlenmiştir. McAuley ve ark. (2007) çalışmasında MS hastalarında yürüme bozukluklarının hastaların günlük yaşamlarını kısıtladığını ve temel ihtiyaçlarını yerine getirmede bağımlı olmalarına yol açtığı için yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

Araştırma sonucuna göre hastalığa bağlı cinsel sorun yaşayan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde MS'li kadınlarda cinsel disfonksiyon, yorgunluk ve depresyonun yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, yaşam kalitesi ile cinsel disfonksiyon arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Akıncıoğlu, 2017).

MS'li kadın ve erkeklerde çoğu kez cinsel fonksiyon bozukluğu nedenini belirlemek güç olsa da cinsel sorunlar sık görülmektedir (Terzi ve ark., 2009; Erol, 2009). Yapılan çalışmalara göre cinsel işlev bozukluğu erkek hastalarda daha fazla görülmekte olup MS'de cinsel fonksiyon bozukluk sıklığı erkeklerde %50-90, kadınlarda %40-80 olarak bildirilmiştir (Kessler ve ark., 2009; Çelik ve ark. 2013; Calabro ve ark., 20146). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak erkek hastaların cinsel fonksiyon puan ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu yani cinsel fonksiyon bozukluğunun daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Araştırma bulgularına göre 50 yaş ve üzeri olan, emekli olan, gelir durumu kötü olan bireylerin MSISQ-19 primer, sekonder, tersiyer ve toplam puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesini azaltan ekonomik problemler, sosyal ilişkilerde azalma, fiziksel sağlık problemleri ve ileri yaşın getirdiği engeller, artmış bağımlılık, aile içindeki rollerin değişmesi, iş ve ekonomik güvencede bozulma bu grupta cinsel disfonksiyona yol açmış olabilir.

Sekonder Progresif Relapsing grubunda olan, MS nedeni ile 4 kez ve üzeri hastanede yatan, bağımlı olan ve cinsel sorun yaşayan hastaların MSISQ-19 primer, sekonder, tersiyer alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsel disfonksiyon ile MS tipi arasındaki ilişki birkaç çalışmada araştırılmış olup, Zivadinov ve ark.'ları cinsel işlev bozukluğu ve RRMS arasında negatif korelasyon, primer PMS ve sekonder PMS arasında ise pozitif korelasyon olduğunu göstermiştir (Zivadinov R ve ark., 1999). Demirkıran ve ark. (2006) primer PMS ve cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki saptamıştır. Bakke ve ark.'ları sekonder PMS'li hastalarda daha yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu olduğunu saptamıştır (Bakke A ve ark., 1996). Mattson ve ark.'ları ise hastalık tipleri ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olmadığını belirtmiştir (Mattson D ve ark., 1995). Literatürde MS'li hastalarda cinsel işlev bozukluğunun hastalık tipi ve süresi, depresyon, özürlülük düzeyi, mesane/barsak fonksiyonları, yaş, alt ekstremitte duyu ve motor fonksiyonları, manyetik rezonans (MR) lezyon yükü, bilişsel sorunlar ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Borello ve ark 2004; Tarhan ve ark., 2012).

Cinsel disfonksiyon MS'li hastalarda sık görülmesine ve hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemesine rağmen genellikle sorgulanmamaktadır. MS'in kronik ve ilerleyici bir hastalık olması, genç yaşlarda ortaya çıkması, ülkemizde görülme sıklığının yüksek olması, yaşam süresinin önemli bir bölümünü etkilemesi, bireyin, fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarında önemli sınırlılıklara neden olması, günlük yaşam aktivitelerini etkilemesinden dolayı daha çok nörolojik özürlülük üzerinde durulmaktadır.

Hem MS'de sık görülmesi hem de hastaların yaşam kalitesini önemli derecede etkilemesi nedeni ile araştırma grubundaki hastaların özürlülük durumu sorgulanmış ve EDSS için toplam puan ortalamasının 2.02 ± 1.49 olduğu saptanmıştır. Erkek, 50 yaş ve üzeri, ilköğretim mezunu, emekli, gelir durumu kötü, Primer Progresif MS tanılı, yılda

dört ve üzeri hastanede yatan ve bağımlılık durumu ile cinsel sorun yaşayan bireylerin EDSS skorunun yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalarda ileri derecede özürlülük olmasa da hastalığın her aşamasında görülebilmektedir. Bu kadar sık görülen bu durumun klinik pratikte iyi sorgulanması ve uygun şekilde tedavisinin planlanması, MS hastalarının yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir.

MS hastalarında yaşam kalitesi üzerine nörolojik özürlülüğün etkisi konusunda farklı ve zaman zaman birbiri ile çelişen sonuçlar elde edilmiş olmasına rağmen yapılan bir çok çalışmada özürlülük derecesi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir (Haliloğlu ve ark., 2009; Berrigan ve ark., 2016; Jones ve ark., 2016; Rezapoor ve ark., 2017). Bizim çalışmamızda, özürlülük durumu ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde negatif yönde, anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yüksek EDSS puanına sahip olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Haliloğlu ve ark.'nın çalışmasında da EDSS ile ölçülen özürlülüğün yaşam kalitesi arasında anlamlı biçimde ilişkili olduğu bulunmuştur (Haliloğlu ve ark., 2009). Yine yapılan başka bir çalışmada; fiziksel sağlık bileşenleri ile EDSS ilişkisi arasındaki güçlü bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (Ozakbaş S, ve ark., 2007). Bizim çalışmamızda benzer şekilde yaşam kalitesi ile özürlülük arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; MS hastalarında EDSS ile belirlenen artmış fiziksel özürlülük puanı ve uzun hastalık süresi, yaşam kalitesinin fiziksel sağlık bölümünü olumsuz yönde etkilerken mental sağlık bölümü daha az etkilenmiştir. Bunun nedeni EDSS' nin hastalığın yol açtığı fiziksel eksiklikleri tanımlaması olabilir.

Literatürde EDSS ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmaların yanında cinsel işlev bozukluğu ile EDSS arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalarda yer almaktadır (Tarhan ve ark., 2012; Salhofer-Polanyi ve ark, 2016). Tarhan ve ark. cinsel disfonksiyon nedeniyle azalmış yaşam kalitesinin EDSS ile ilişkili olmadığını göstermişlerdir (Tarhan ve ark., 2012). Salhofer-Polanyi ve ark. ise farklı olarak çalışmalarında EDSS puanları ile cinsel disfonksiyon arasında güçlü düzeyde pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir (Taofer-Polanyi ve ark, 2016). Çalışmamızda cinsel işlev bozukluğu özürlülük durumuna göre değişmekte olup, EDSS puanları ile MSISQ-19 primer, MSISQ-19 sekonder ve MSISQ-19 toplam ölçek puanları arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalarımızda özürlülük

düzeıı artıkça cinsel disfonksiyon düzeıı artmakta olup, özürlülük durumu cinsel yanıtı indirek olarak etkileyen bir faktördür.

Çalışmamızda hastaların cinsel disfonksiyon ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde iyi düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastalarda cinsel işlev bozukluğu arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür. Ülkemizden Görüş ve ark. 2010 yılında 60 MS'li kadında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Kısa Sağlık Durum Anketini (SF-36) kullandıkları bir çalışmada, cinsel fonksiyon bozukluğu olan hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir (Görüş ve ark. 2010).

Bu Araştırma Sonucunda;

- MS'li hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğu,
- Cinsel disfonksiyonu olan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu,
- Özürlülük durumu yüksek olan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu,
- Yaş, eğitim durumu, gelir durumu, MS tipi, hastanede yatış sayısının özürlülük durumu ve cinsel disfonksiyonu etkilediği
- Cinsel işlev bozukluğu arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü
- Özürlülük durumu arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir.

Öneriler

Multiple Sklerozlu hastalarda özürlülük durumu, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmada çıkan sonuçlar doğrultusunda MS'li bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için;

- Hastaların belirli aralıklarla düzenli olarak cinsel disfonksiyon ve özürlülük durumunun değerlendirilmesi, sorunu olan hastaların erken dönemde tespit edilerek uygun tedavinin planlanması,
- Hastalara cinsel disfonksiyonla ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi ve gerekirse uygun yerlere yönlendirilmesi,
- MS'li hastalarda yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik uygulamalı çalışmaların planlanması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

- Akıncıoğlu S. Multiple Sklerozlu Kadınlarda Seksüel Disfonksiyon, Yorgunluk ve Depresyonun Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa 2017.
- Akkuş, Y. Multiple Sklerozlu Hastalarda Ev Ziyareti Yoluyla Verilen Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2008.
- Akkuş Y, Kapucu S. Multipl Skleroz ve Hasta Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;13(2): 57-63.
- Albayrak A. Nörolojik Bilimler Hemşireliği. In: Egemen N. ve Arlantaş A. (eds), Alter Yayıncılık, Gözde Ofset, Ankara, 2006: ss 57-69.
- Bakke A, Myhr KM, Grønning M, Nyland H. Bladder, bowel and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis--a cohort study. Scand J Urol Nephrol Suppl 1996; 179: 61-66.
- Berrigan LI, Fisk JD, Patten SB, Tremlett H, et al. CIHR Team in the Epidemiology and Impact of Comorbidity on Multiple Sclerosis (ECoMS). Health-related quality of life in multiple sclerosis: Direct and indirect effects of comorbidity. Neurology 2016; 86(15): 1417-1424.
- Bulut S, Kılıç H, Demir CF. Yukarı Fırat Bölgesinde multipl skleroz tanısı ile izlenen hastaların klinik ve demografik özellikleri. Fırat Tıp Dergisi 2011;16(2): 84-90.
- Börü UT, Taşdemir M, Güler N, Ayık ED, et al. Prevalence of multiple sclerosis: door-to-door survey in three rural areas of coastal Black Sea regions of Turkey. Neuroepidemiology 2011; 37(3-4): 231-235.

- Calabro RS, De Luca R, Conti-Nibali V, et al. Sexual dysfunction in male patients with multiple sclerosis: a need for counseling! *Int J Neurosci* 2014; 124(8): 547–557.
- Canbolat S. Cinsel sađlđın değerlendirilmesi. *Acıbadem Hemşirelik*. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/84/makale2.asp.html> (05.06.2017).
- Celik DB, Poyraz EC, Bingol A, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: Gender differences. *J Neurol Sci* 2013; 324(1–2): 17–20.
- Çelik Y, Birgili Ö, Kiyat A, et al. Prevalence of multiple sclerosis in the metropolitan area of Edirne City, Turkey. *Balkan Med J* 2011; 28: 193-196.
- Demir GA. Multipl skleroz tedavisi. *Klinik Gelişim* 2010; 23: 65-70.
- Demirkıran M, Sarıca, Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K. Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences? *Mult Scler* 2006; 12(2): 209-214.
- Dişsiz M, Kızılkaya-Beji N, Yeşiltepe-Oskay Ü. Multiple sklerozun kadının cinsel yaşamı üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013; 15(1): 1-10.
- Doğan A, Oğuz S, Tireli H, Türkoğlu R. Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19'un Türk Toplumunda Geçerlik Ve Güvenirliğinin Belirlenmesi. 52. Ulusal Nöroloji Kongresi Bildiri Kitabı, 25 Kasım-1 Aralık, Antalya 2016.
- Duman A, Alp R, Yavuzer D, Türk-Börü Ü, ve ark. Multipl sklerozda barsak hareket bozuklukları ve amiloidoz ile ilişki. *Genel Tıp Derg* 2012; 22(1): 6-10.
- Efendi H. Multiple Skleroz: Semptomatik Tedaviler . In: Karabudak R (ed), *Temel ve Klinik Nöroimmünoloji*, ADA Basın Yayın Ltd. Şti, Ankara, 2013: ss 325-335.
- Erol C. Multiple Skleroz Hastalarında Seksüel Disfonksiyon ve İmmünomodülatör Tedavi İlişki. *Uzmanlık Tezi*, TC Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul 2009.
- Fletcher SG, Castro-Borrero W, Remington G, et al. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis: a multidisciplinary approach to evaluation and management. *Nat Clin Pract Urol* 2009 ;6(2): 96-107.

- Gelfand JM. Multiple sclerosis: diagnosis, differential diagnosis, and clinical presentation. *Handb Clin Neurol* 2014; 122: 269-290.
- Göriş S, Sungur G, Taşcı S, et al. The effect of urinary incontinence sexual dysfunction on the quality of life among women with multiple sclerosis. *Pak J Med SCI* 2010; 26(2): 277-281.
- Haliloğlu S, İçağasıoğlu A, Baklacioğlu Ş, ve ark. Multiple sklerozda yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ile ilişkisi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2009; 24(3): 129-133.
- Halper J, Holland, NJ. *Comprehensive Nursing Care in Multiple Sclerosis* (2nd ed), Demos Medical Publishing, New York, 2010.
- Hoeman SP. *Nursing Rehabilitation Process and Application*, 4th edition, Mosby Year Book, 2008.
- İdiman E, Ozakbaş S, Yozbatıran N, Uzunel F, ve ark. Expanded Disability Status Scale'in işlevsel sistemleri ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ilişkisi: 183 Multipl Skleroz hastasının analizi. *Türk Noroloji Dergisi* 2004;10(5):407-411.
- İdiman E, Uzunel F, Özakbaş S, et al. Cross-cultural adaptation and validation of multiple sclerosis quality of life questionnaire (MSQOL-54) in a Turkish multiple sclerosis sample. *J Neurol Sci* 2006; 240(1-2):77-80.
- İdiman E. Multiple Skleroz: İmmünopatogenetik Özellikler. In: Karabudak R (ed), *Temel ve Klinik Nöroimmünoloji*, ADA Basın Yayın Ltd. Şti, Ankara, 2013: ss 191-203.
- Jones E, Pike J, Marshall T, Ye X. Quantifying the relationship between increased disability and health care resource utilization, quality of life, work productivity, health care costs in patients with multiple sclerosis in the US. *BMC Health Serv Res* 2016; 16 : 294-303.
- Kahveci R, Eruyar E, Küçük EÖ, Yüksek YN, et al. Retrospective analysis of multiple sclerosis patient's records in a reference hospital center. *J Clin Exp Invest* 2017; 8(3): 96-100.

- Kantarıcı OH. Multiple Slerozda Epidemiyoloji: Genetik ve Çevre. In: Karabudak R (ed), Temel ve Klinik Nöroimmünoloji, ADA Basın Yayın Ltd. Şti, Ankara, 2013: ss 181-189.
- Karabudak R, Karampampa K, Çalışkan Z. Treatment experience, burden and unmet needs in MS study: Results from Turkey. *J Med Econom* 2015; 18: 69-75.
- Karakoyunlu FB, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(3): 82-92.
- Kessler TM, Fowler CJ, Panicker JN. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Expert Rev Neurother* 2009; 9(3): 341–350.
- Koçer E, Koçer A, Yaman M, ve ark. Multipl skleroz olgularında yaşam kalitesi: Fiziksel özürülük ve depresyonun etkisi? *Journal of Mood Disorders* 2011; 1(2): 63-67.
- Kurtzke JF. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: An Expanded Disability Status Scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33: 1444-1452.
- Lew-Starowicz M, Rola R. Sexual dysfunctions and sexual quality of life in men with multiple sclerosis. *J Sex Med* 2014; 11(5): 1294-1301.
- Lilius HG, Valtonen EJ, Wikström J. Sexual problems in patients suffering from multiple sclerosis. *Scand J Soc Med* 1976; 4(1): 41-44.
- Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA, et al. Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revisions. *Neurology* 2014; 83(3): 278-286.
- Marck CH, Jelinek PL, Weiland TJ, et al. Sexual function in multiple sclerosis and associations with demographic, disease and lifestyle characteristics: an international cross-sectional study. *BMC Neurol* 2016; 16(1): 210-218.
- Mattson D, Petrie M, Srivastava DK, McDermott M. Multiple sclerosis. Sexual dysfunction and its response to medications. *Arch Neurol* 1995; 52(9): 862-868.
- Mavioğlu H, Tülek Z, Bakar E, Tavşanlı NG. Multiple sklerozda yaşam kalitesi ve ölçümü. *Türk Nöröloji Dergisi* 2014; 20(Özel Sayı 1): 18-23.

- Merghati-Khoei E, Qaderi K, Amini L, Korte JE. Sexual problems among women with multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2013; 331(1-2): 81-85.
- Merkelbach S, Sittinger H, Koenig J. Is there a differential impact of fatigue and physical disability on quality of life in multiple sclerosis? *J Nerv Ment Dis* 2002; 190(6): 388-393.
- Mirza M. Multipl sklerozun etyoloji ve epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2002; 24(1): 40-47.
- Nazlıel B. Multiple skleroz ve gebelik. *Türkiye Klinikleri J Neur* 2004; 2(3): 216-219.
- Nortvedt MW, Riise T, Myhr KM, et al. Reduced quality of life among multiple sclerosis patients with sexual disturbance and bladder dysfunction. *Mult Scler* 2001; 7(4): 231-235.
- Nortvedt MW, Riise T, Frugård J, et al. Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. *Mult Scler* 2007; 13(1): 106-112.
- Onat ŞŞ, Ünsal Delialioğlu S, Özel, S. Multipl sklerozda uyku bozukluğunun fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal of Neurological Sciences* 2014; 31(3): 1-10.
- Polman CH, Reingold SC, Banwell B, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol* 2011; 69(2): 292-302.
- Rezapoor A, Almasian Kia A, Goodarzi S, et al. The assessment of disease characteristics on Multiple Sclerosis patients' quality of life in Iran. *Epidemiol Health* 2017; Feb 19. doi:10.4178/epih.e2017008.
- Salehi R, Shakhi K, Khiavi FF. Association between disability and quality of life in multiple sclerosis patients in Ahvaz, Iran. *Mater Sociomed* 2016; 28(3): 215-219.
- Salhofer-Polanyi S, Wöber C, Prohazka R, et al. Similar impact of multiple sclerosis and migraine on sexual function in women: Is the multiple sclerosis impact scale questionnaire useful? *Wien Klin Wochenschr* 2017; 129(3-4): 115-120.
- Sanders AS, Foley FW, LaRocca NG, Zemon V. The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19). *Sex Disabil* 2000; 18: 3-26.

- Schairer LC, Foley FW, Zemon V, et al. The impact of sexual dysfunction on health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2014; 20(5): 610-616.
- Sezgin S, Ekinci M. Multiple sklerozlu hastalarında cinselliğe dair derinlemesine duygu ve düşüncelerinin incelenmesi. *UHPPD* 2016; 6: 42-64.
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinckle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (12 nd ed), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2010.
- Tan M, Dayapoğlu N. Multiple Sklerozlu Hastalarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011; 19(2):105-108.
- Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. Multipl sklerozda depresyon, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ilişkisi: Bir rehabilitasyon merkezi deneyimi. *FTR Bil Der* 2015; 18: 139-145.
- Olek MF, Howard J. Clinical presentation, course, and prognosis of multiple sclerosis in adults. <https://www.uptodate.com/> (27.07.2019)
- Ozakbas S, Akdede BB, Kösehasanoğulları G, Aksan O, Idiman E. Difference between generic and multiple sclerosis-specific quality of life instruments regarding the assessment of treatment efficacy. *J Neurol Sci* 2007; 256(1-2): 30-34.
- Ozakbaş S. Multipl sklerozda özür lülüğ ün değ erlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 6-9.
- Öder G. Multipl Sklerozda Transkranyal Manyetik Stimülasyon Sonuçları ile Ekspanded Dizabilite Status Skalası Skorları Arasında İlişkinin Değ erlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul, 2006.*
- Tarhan F, Yücetaş U, Türk Ü, Faydacı G. The relationship between sexual dysfunction and disease-related parameters and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Turkish Journal of Urology* 2012; 38(4): 216-220.
- Terzi M, Kocamanoğlu B, Güz H, Onar M, Şahin AR. Multipl skleroz hastalarında cinsel fonksiyon bozukluğu. *DeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi* 2009; 26: 81-85.

- Tepavcevic DK, Kostic J, Basuroski ID, et al. The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MSQoL-54 in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2008; 14(8): 1131-1136.
- Tuncay FÖ. Multiple Sklerozlu Bireylere Uygulanan Soğutucu Giysi (Cooling Suit) Yönteminin Yorgunluk ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi. Doktora Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2013.
- Tuncay FÖ. Multipl sklerozda yorgunluk yönetiminde farklı bir girişim: Soğutucu giysi uygulaması. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2018; 32(1): 41-46.
- Turan ÖF. Clinically isolated syndromes. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2009; 2(2): 15-21.
- Turan ÖF. Multiple Skleroz: Klinik Özellikler ve Seyir. In: Karabudak R (ed), *Temel ve Klinik Nöroimmünoloji*, ADA Basın Yayın Ltd. Şti, Ankara, 2013: ss 223-228.
- Tutkan H. Multipl Sklerozda Otonom İşlev Bozuklukları. Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul 2006.
- Tülek Z. Düzenli Sağlık Kontrolüne Alınan Multipl Sklerozlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2006.
- Tülek Z. Multipl sklerozlu hastanın hemşirelik bakımı. *CÜ. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 11(2): 25-32.
- Tülek Z. Multipl skleroz ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics* 2016; 2(2): 26-36.
- Uitdehaag BM. Clinical outcome measures in multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol* 2014; 122: 393-404.
- Ünal A, Mavioğlu H, Emre U. Multiple Skleroz, In: *Multiple Skleroz Tanı ve Tedavi klavuzu* 2016. Galenos Yayınevi, İstanbul, 2016: ss 1-13.
- Vickrey BG, Hays RD, Harooni R, Myers LW, Ellison GW. A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Qual Life Res* 1995; 4: 187-206.

- Vitkova M, Rosenberger J, Krokavcova M et al. Health-related quality of life in multiple sclerosis patients with bladder, bowel and sexual dysfunction. *Disabil Rehabil* 2014; 36(12): 987-992.
- Vural A, Kurne AT, Karabudak R. İmmüpatholegenesis of Multiple Sclerosis Part 1: Are all the plaques the same? *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2016; 69(2): 76-80.
- Yıldız H, İçağasıoğlu A, Canik N, Ağaoğlu Y, ve ark. Multipl sklerozda yaşam kalitesi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2006; 20(1): 36-39.
- Yıldız N. Cinsel disfonksiyon ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2013; 6(2): 51-66.
- Yücetaş U. Multiple sklerozlu Hastalarda Üriner Semptom Sorgulamaları ve Ürodinamik Bulguların Hastalıkla İlgili Parametreler ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Üroloji Kliniği, İstanbul 2008.
- Zamani M, Tavoli A, Yazd Khasti B, Sedighimornani N, Zafar M. Sexual therapy for women with multiple sclerosis and its impact on quality of life. *Iran J Psychiatry* 2017; 12(1): 58-65.
- Zivadinov R, Zorzon M, Bosco A, Bragadin LM, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis. *Mult Scler* 1999; 5(6): 428-431.

EK-1. MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA ÖZÜRLÜLÜK DURUMUNUN CİNSEL FONKSİYON VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ ANKET FORMU

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyet
1.Kadın 2.Erkek
3. Eğitim Durumunuz nedir?
1. Okur-yazar
2. İlköğretim mezunu
3. Lise mezunu
4. Yüksekokul/Üniversite Mezunu
5. Diğer ise belirtiniz
4. Medeni Durumunuz nedir?
1. Bekâr 2. Evli.....yıldır
- 5.Çocuğunuz var mı?
1. Evet 2. Hayır
6. Mesleğiniz nedir?
1.Memur 2.Emekli 3.Ev Hanımı 4.Şerbest 5.Diğer(ise belirtiniz).....
7. Size göre gelir durumunuz nedir?
1.Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok Kötü
8. MS hastalık tipiniz nedir?
1.Relapsing Remittent MS (RR-MS)
2.Primer Progresif MS (PP-MS)
3.Sekonder progresif MS (SP-MS)
4.Progresif relapsing MS (PR-MS)
9. Yılda ortalama kaç kez atak geçirirsiniz ?.....
10. En son ne zaman atak geçirdiniz?
11. MS nedeniyle hiç hastanede yattınız mı?
1. Evet.....kez 2. Hayır
12. Tanı süreniz nedir?.....
13. Sigara kullanıyor musunuz?
1. Evet.....paket/gün.....yıl
2. Bırakmış.....paket/gün.....yıl
3. Hayır
14. Alkol kullanıyor musunuz?
1. Evet.....sıklık.....miktar
2. Bırakmış.....sıklık.....miktar
3. Hayır
15. Herhangi bir ek kronik hastalığınız var mı?
1. Evet..... 2. Hayır
16. Bağımlılık durumunuz nedir?
1. Bağımlı 2. Yarı Bağımlı 3.Bağımsız
17. Düzenli Kullandığınız ilaçlar nelerdir?
18. Cinsel sorun yaşadınız mı? Ne tür sorun yaşadınız?
19. Böyle bir sorun yaşadıysanız sağlık kuruluşlarına başvurduunuz mu?

EK-2. MULTİPLE SKLEROZ YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ-54 (MSQOL-54)

Bu çalışmada, sağlığınız ve günlük aktiviteleriniz değerlendirilecektir. Her soruyu, size uygun gelen numarayı (1,2,3,...) yuvarlak içine alarak yanıtlayınız. Herhangi bir soruda, nasıl yanıt vereceğiniz konusunda tereddüt ederseniz lütfen verebileceğiniz en iyi yanıtı veriniz ve yanına yorum veya açıklama yazınız.

Formu okuma veya işaretleme konusunda tereddütleriniz olursa, soru sormaktan çekinmeyiniz.

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

(Sadece bir seçeneği işaretleyiniz)

- Mükemmel.....1
Çok iyi.....2
İyi.....3
Fena değil (orta).....4
Kötü.....5

2. Bir yıl öncesi ile kıyasladığınızda, genel olarak sağlığınıza şu anda kaç puan verirsiniz?

(Sadece bir seçeneği işaretleyiniz)

- Şu anda geçen yıla göre çok daha iyi..... 1
Şu anda geçen yıla göre biraz daha iyi2
Neredeyse aynı 3
Şu anda geçen yıla göre biraz daha kötü 4
Şu anda geçen yıla göre çok daha kötü 5

3-12. Aşağıdaki sorular, olağan bir günde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgilidir. Sağlığınız bu aktivitelerde bulunmanızı engelliyor mu? Eğer öyleyse, ne kadar?

(Her satırda 1, 2 veya 3'ü yuvarlak içine alınız)

	Evet, oldukça engelliyor	Evet, biraz engelliyor	Hayır, hiç engellemiyor
3. Koşma, ağır kaldırma, ağır sporlara katılma gibi ağır aktiviteler	1	2	3
4. Bir masayı çekme, elektrik süpürmesini itme ve ağır olmayan sporları yapma gibi orta dereceli aktiviteler	1	2	3
5. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	1	2	3
6. Çok sayıda merdiven çıkma	1	2	3
7. Merdivenle bir kat çıkma	1	2	3
8. Eğilme veya diz çökme	1	2	3
9. Bir iki kilometreden fazla yürüme	1	2	3
10. Birkaç sokak öteye yürüme	1	2	3
11. Bir sokak öteye yürüme	1	2	3
12. Kendi kendine banyo yapma ve giyinme	1	2	3

13-16. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda 1 seçenek işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır
13. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
14. İstediginizden daha azını mı başardınız?	1	2
15. İş veya diğer etkinliklerinizin türünde kısıtlanma oldu mu?	1	2
16. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla zaman aldı mı?)	1	2

17-19. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük, keder –depresyon veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

(Her satırda 1 seçenek işaretleyiniz.)

	Evet	Hayır
17. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
18. İstediginizden daha azını mı başardınız?	1	2
19. İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamadınız mı?	1	2

20. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal aktivitelerinizi ne derecede etkiledi?
(Seçeneklerden 1'ini işaretleyiniz)

- Hiç etkilemedi1
Biraz etkiledi2
Orta derecede etkiledi3
Oldukça etkiledi4
Aşırı derecede etkiledi5

AĞRI

21. Son 4 hafta boyunca ne kadar bedensel ağrınız oldu? (Seçeneklerden 1'ini işaretleyiniz)

- Hiç1
Çok hafif2
Hafif3
Orta4
Şiddetli5
Çok şiddetli6

22. Son 4 hafta boyunca ağrı, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem evdışı işinizi) ne kadar etkiledi?
(Seçeneklerden 1'ini işaretleyiniz)

- Hiç etkilemedi1
Biraz etkiledi2
Orta derecede etkiledi3
Oldukça etkiledi4
Aşırı derecede etkiledi5

23-32. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz. (Her satırda 1 seçenek işaretleyiniz.)

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
23. Kendinizi yaşam/ canlılık dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
24. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
25. Kendinizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
26. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
27. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
28. Kendinizi kırgın ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
29. Kendinizi yıpranmış, çokyorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
30. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
31. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
32. Sabah uyanışınızda kendinizi dinlenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

33. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi? (Sadece 1 seçeneği işaretleyiniz)

- Her zaman1
Çoğu zaman...2
Bazen3
Nadiren4
Hiçbir zaman5

GENEL SAĞLIK

34-37. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU veya YANLIŞTIR? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
34. Bana, diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyormuşum gibi geliyor.	1	2	3	4	5
35. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
36. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
37. Sağlığım mükemmel.	1	2	3	4	5

SAĞLIKLA İLİŞKİN SIKINTILAR

Geçtiğimiz 4 hafta boyunca aşağıdaki sorunlarla hangi sıklıkta karşılaştınız?
(Her satırda 1 seçenek işaretleyiniz.)

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
38. Sağlık problemlerinizi cesaretinizi kırdı mı?	1	2	3	4	5	6
39. Sağlığınız konusunda hayal kırıklığına uğradınız mı?	1	2	3	4	5	6
40. Sağlığınız hayatınızda endişe kaynağı oldu mu?	1	2	3	4	5	6
41. Sağlık sorunlarınızın bir yük gibi omuzlarınıza çöktüğünü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

BİLİŞSEL İŞLEV

Geçtiğimiz 4 hafta boyunca aşağıdaki sorunlarla hangi sıklıkta karşılaştınız?
(Her satırda 1 seçenek işaretleyiniz.)

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
42. Konsantre olma (yoğunlaşma) ve düşünme konusunda güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4	5	6
43. Bir aktiviteye uzun süre dikkatinizi verme konusunda sorun yaşadınız mı?	1	2	3	4	5	6
44. Hafıza ile ilgili sorun (unutkanlık) yaşadınız mı?	1	2	3	4	5	6
45. Çevrenizdekiler (aile üyeleri veya akrabalar vb), hafıza veya konsantrasyonla ilgili sorunlarınız olduğunu farkettiler mi?	1	2	3	4	5	6

CİNSEL İŞLEV

46-50. Aşağıdaki sorular cinsel işlevleriniz ve bundan aldığınız doyum ile ilgilidir. Lütfen soruları sadece son 4 haftayı dikkate alarak, mümkün olduğunca doğru yanıtlayınız

ERKEK	Sorun olmadı	Çok az Sorun oldu	Sorun oldu	Büyük sorun oldu
46. Cinsel ilgi azlığı	1	2	3	4
47. Ereksiyonun (penisin sertleşmesinin) gerçekleşmesinde veya sürdürülmesinde güçlük	1	2	3	4
48. Orgazm olmada (boşalmada) güçlük	1	2	3	4
49. Cinsel partneri (eşi) tatmin edebilme becerisi	1	2	3	4

KADIN	Sorun olmadı	Çok az Sorun oldu	Sorun oldu	Büyük sorun oldu
46. Cinsel ilgi azlığı	1	2	3	4
47. Vajinada (döl yolunda) kuruluk (yetersiz ıslanma)	1	2	3	4
48. Orgazm olmada güçlük	1	2	3	4
49. Cinsel partneri (eşi) tatmin edebilme becerisi	1	2	3	4

50. Son 4 hafta boyunca genel olarak cinsel işlevleriniz /yeterliliğiniz sizi ne kadar tatmin etti? (Sadece 1 seçenek işaretleyiniz.)

- Çok tatmin etti 1
 Biraz tatmin etti 2
 Ne etti, ne etmedi 3
 Pek tatmin etmedi 4
 Hiç tatmin etmedi 5

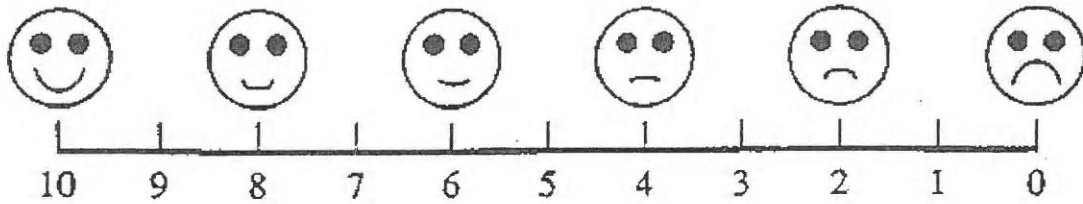
51. Son 4 hafta boyunca, barsak veya idrar sorunlarınız aileniz, arkadaşlarınız ve komşularınızla olan sosyal yaşamınızı ne derecede engelledi?

- Hiç engellemedi 1
 Hafif derecede engelledi 2
 Orta derecede engelledi 3
 Oldukça engelledi 4
 Aşırı derecede engelledi 5

52. Son 4 hafta boyunca ağrınız yaşamdan zevk almanızı ne derece engelledi?
 (Sadece 1 seçenek işaretleyiniz.)

- Hiç engellemedi 1
 Hafif derecede engelledi 2
 Orta derecede engelledi 3
 Oldukça engelledi 4
 Aşırı derecede engelledi 5

53. Genel olarak yaşam kalitenize kaç puan verirsiniz? (Aşağıdaki şekil üzerinde sadece 1 sayıyı işaretleyiniz)



Olabilecek en iyi yaşam kalitesi

Olabilecek en kötü yaşam kalitesi

54. Yaşamınızı tüm boyutlarıyla bir bütün olarak düşündüğünüzde, duygularınızı en iyi aşağıdakilerden hangisi tanımlar? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz)

- Berbat 1
 Mutsuz 2
 Çoğunlukla memnuniyetsiz 3
 Değişken- Bazen memnun, bazen memnuniyetsiz 4
 Çoğunlukla memnun 5
 Bir hayli memnun 6
 Çok memnun 7

EK-3. MULTİPLE SKLEROZ YAKINLIK VE CİNSELLİK ANKETİ (MSISQ-19)

Talimatlar: Multiple Sklerozun yakınlık ve cinsellik üzerindeki etkisini daha iyi anlamak üzere 19 maddeden oluşan bu ankette sizden çeşitli MS semptomlarının son altı ay boyunca cinsel aktivite ve doyumunuzu ne kadar engellediğini değerlendirmeniz istenmektedir. Sorular, yanlarında ve uygun rakamın altında bulunan kutuya bir onay işareti veya başka bir işaret konularak cevaplanabilir. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Bir soruyu nasıl cevaplayacağınızdan emin değilseniz lütfen sizin için olabilecek en uygun cevabı seçin.

Son altı ay boyunca aşağıdaki semptomlar cinsel aktivite doyumunu engelledi :	Hiç	Hemen hemen hiç	Zaman zaman	Hemen hemen her zaman	Her zaman
	1	2	3	4	5
1-Kollarım, bacaklarım ve bedenimde kas sertliği veya spazmlar					
2-Mesane veya idrar yolu semptomları					
3-Bağırsak semptomları					
4-MS' ye bağlı bağımlılık duygusu					
5-El veya vücutumda tremor veya titreme					
6-Vücutumda ağrı, yanma veya rahatsızlık hissi					
7- Vücutumun daha aza çekiçi olduğu düşüncesi					
8-Cinsel aktivite esnasında vücutumu istediğim şekilde hareket ettirirken zorlanma					
9-MS nedeniyle daha az erkeksi veya kadınsı hissetme					
10- Konsantrasyon, hafıza veya düşünme sorunları					
11-MS' de alevlenme veya ciddi kötüleşme					
12-Cinsel bölgede his azalması veya hissizlik					
13-MS nedeniyle reddedilme korkusu					
14-Partnerimi cinsel olarak tatmin etme konusunda duyduğum kaygı					
15-MS nedeniyle cinsellik konusunda güven eksikliği					
16-Cinsel ilgi veya isteğin olmaması					
17-Daha az şiddetli veya daha az zevk veren orgazmlar					
18-Orgazm veya doyuma ulaşana kadar geçen sürenin çok uzun olması					
19-Yetersiz vajinal ıslanma veya kayganlık (kadınlar)/tatmin edici bir sertleşme sağlanamaması veya bunun korunamaması (erkekler)					

Not: Birinci cinsel fonksiyon bozukluğu alt ölçeği maddeleri: 12,16,17,18,19

İkincil cinsel fonksiyon bozukluğu alt ölçeği maddeleri: 1,2,3,4,5,6,8,10,11

Üçüncül cinsel fonksiyon bozukluğu alt ölçeği maddeleri: 7,9,13,14,15

Genişletilmiş zrllk Durum leği

Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Bu lek temel olarak Multipl Skleroz (MS) hastalarının değerlendirilmesinde kullanılır. Sıfır normal sağlık durumunu gösterirken artan değerler hastalığın daha fazla zrlle yol açtığını ifade eder. FS (Fonksiyonel Sistem) aşağıda ikinci liste içinde yer alan durumları ifade eder.

Basamak	Açıklama
0	Normal nörolojik muayene (Bütün fonksiyonel Sistemlerde (FS) Seviye 0)
1	zrllk yok, bir FS' de minimal belirtiler (Seviye 1)
1,5	zrllk durumu olmaksızın birden fazla FS' de minimal bulgular (birden fazla FS Seviye 1)
2	Bir FS' de minimal zrllk (Bir FS Seviye 2, diğerleri 0 veya 1)
2,5	İki FS' de minimal zrllk (İki FS Seviye 2 diğerleri 0 veya 1)
3	Bir FS de orta derecede zrllk (bir FS Seviye 3 diğerleri 0 veya 1) ya da üç veya dört FS' de hafif zrllk (/ dört FS Seviye 2, diğerleri 0 veya 1) hasta tamamen ambulatuvar
3,5	Tam ambulatuvar hasta, bir FS de orta derecede zrllk (bir FS Seviye 3) ve bir veya iki FS Seviye 3 veya beş Seviye FS Seviye 2 (diğerleri 0 veya 1)
4	Tam ambulatuvar hasta. Bir FS' de Seviye 4 (diğerleri 0 veya 1)'den oluşan göreceli şiddetli zrllk. Hasta günün önemli bir bölümünde yardıma ihtiyaç duymaz. Geri kalan bölümünde hafif bir desteğe gereksinim duyar. Veya nceki basamakların limitlerini açan daha kk seviyelerin kombinasyonları. 500 metreden daha uzun mesafeyi yardım almadan ve dinlenmeden yürüyebilir.
4,5	Günün önemli bir bölümünde yardımsız olarak tam ambulatuvar, geri kısmında minimal düzeyde yardıma gereksinim duyar. Nispeten şiddetli zrllk söz konusudur. Genellikle bir FS Seviye 4 (diğerleri 0 veya 1) veya önceki basamakların limitlerini açan daha kk derecelerin kombinasyonları. Yardım almadan ve dinlenmeden 300 metre yürüyebilir.
5	Yardımsız 200 metre yürüyebilir; zrllk tam günlük aktivitesini bozacak kadar şiddetli (zel nlem olmaksızın tam gün çalışabilme gibi). Genel olarak FS eşdeğerleri tek başına bir FS' de Seviye 5, diğerleri 0 veya 1) ya da genellikle 4. basamağın özelliklerini açan daha kk seviyelerin kombinasyonları.
5,5	Yardımsız veya dinlenmeksizin 100 metre yürüyebilir. Özürlülük tüm günlük aktivitelere engel olabilecek kadar şiddetli. Genel olarak FS eşdeğerleri bir FS' de tek başına bir Seviye 5, diğerleri 0 veya 1 ya da daha önceki basamağın limitlerini açan daha kk derecelerin kombinasyonları.
6	Yaklaşık 100 metre dinlenerek veya dinlenmeden yürüyebilmek için aralıklı veya tek taraflı sürekli yardım (koltuk değneği, baston vb.) gerekir. Genel FS eşdeğerleri birden çok FS' de 3 veya daha fazla seviye kombinasyonu.
6,5	Dinlenmeden 200 metre yürüyebilmek için sabit iki taraflı destek (koltuk değneği, baston vb.) gerekir. Genel FS eşdeğerleri ikiden çok FS' de 3 veya daha fazla seviyede bozukluk kombinasyonları.
7	Yardımla bile 5 metrenin üzerinde yürüyemez, esasen tekerlekli sandalyeye muhtaç; Standart tekerlekli sandalyeyi sretilir ve tek başına yer değiştirebilir; günde 12 saatini tekerlekli sandalyede geçirir (genel FS eşdeğerleri birden fazla FS' de Seviye 4+ kombinasyonlarıdır; (ok nadiren, tek başına piramidal Seviye 5).
7,5	Bir kaç adımdan fazlasını atamaz, tekerlekli sandalyeye bağımlı; yer değiştirmek için yardıma ihtiyaç olabilir; sandalyeyi sretilir, fakat standart tekerlekli sandalyede tüm günü geçiremez, motorlu tekerlekli sandalyeye ihtiyaç duyabilir (genel FS eşdeğerleri birden fazla FS' de Seviye 4).
8	Esas olarak yatak veya sandalyeye bağımlı ya da tekerlekli sandalye ile hareket edebilir, fakat günün çoğunu yatak dışında geçirebilir; birçok işini kendisi görebilir; genellikle kollarını etkin kullanılabilir (genel FS eşdeğerleri birçok sistemde genellikle 4+ seviyelerin kombinasyonları).
8,5	Günün büyük kısmında yatağa bağımlıdır; kolların bir miktar etkili kullanılabilir. Bazı kendine bakma fonksiyonlarını devam ettirebilir. Genel FS eşdeğerleri birçok sistemde genellikle Seviye 4+ kombinasyonları.
9	ümitsizce yatağa bağımlı; iletişim kurabilir ve yemek yiyebilir. Genel FS eşdeğerlerinin çoğu Seviye 4+ kombinasyonları).
9,5	Tamamen çaresiz yatalak; etkin iletişim kurulamaz ya da yiyemez, yutamaz. Genel FS eşdeğerleri hemen hepsi Seviye 4+ kombinasyonları).
10	MS' e bağlı lm.

Fonksiyonel Sistemler

Seviye

Piramidal fonksiyonlar

- 0 Normal
- 1 Özürlülük olmaksızın anormal belirtiler
- 2 Minimal özürlülük
- 3 Hafif ya da orta derecede paraparezi ya da hemiparezi veya şiddetli monoparezi
- 4 Belirgin paraparezi ya da hemiparezi; orta derecede kuadriparezi veya monopleji
- 5 Parapleji, hemipleji veya belirgin kuadriparezi
- V Kuadriplejik

Seviye

Serebellar Fonksiyonlar

- 0 Normal
- 1 Özürlülük olmaksızın anormal belirtiler
- 2 Hafif ataksi
- 3 Orta derecede gövde ya da ekstremitte ataksisi
- 4 Tüm ekstremitelerde şiddetli ataksi
- 5 Ataksi nedeniyle koordine hareketleri yapmada yetersizlik
- V Bilinmeyen
- X Bu işaretleme kas güçsüzlüğü de testin içine karışmışsa her rakamın sonuna eklenir.

Seviye

Beyinsapı Fonksiyonları

- 0 Normal
- 1 Yalnızca bulgular
- 2 Orta derecede nistagmus ya da diğer hafif özürlülükler
- 3 şiddetli nistagmus, belirgin ekstraoküler güç kaybı ya da diğer kraniyal sinirlerde orta derecede yetersizliği
- 4 Belirgin dizartri ya da belirgin diğer özürlülükler
- 5 Yutma ya da konuşma yeteneğinin kaybı
- V Bilinmeyen

Seviye

Duyusal Fonksiyonlar

- 0 Normal
- 1 Bir ya da iki ekstremitte vibrasyon ya da şekil çizmede azalma
- 2 Bir ya da iki ekstremitte dokunma, ağrı ya da pozisyon duyusunda hafif azalma ve/veya bir veya iki ekstremitte vibrasyon duyusunda orta derecede azalma veya üç ya da dört ekstremitte tek başına vibrasyon kusuru.
- 3 Bir ya da iki ekstremitte dokunma veya ağrı ya da pozisyon duyusunda orta derecede azalma ve/veya temel olarak vibrasyon kaybı; ya da üç-dört ekstremitte hafif derecede dokunma ağrı ve/veya orta derecede tüm duyu testlerinde bozukluk.
- 4 Bir ya da iki ekstremitte, tek başına veya kombine, dokunma veya ağrı duyusunda belirgin azalma ve derin duyu kaybı veya ikiden fazla ekstremitte orta derecede dokunma ağrı ve/veya ağır derin duyu kaybı.
- 5 Bir ya da iki ekstremitte duyu kaybı veya baş altındaki vücutun hemen tamamında dokunma veya ağrı duyusunda orta derecede azalma ve/veya derin duyu kaybı.
- 6 Kafa altında kalan bölümlerde temel olarak duyu kaybı
- V Bilinmeyen

Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği Sayfa-3

Bağırsak ve Mesane Fonksiyonları (1982 revize)

Seviye

- 0 Normal
- 1 İdrara başlamada hafif derecede duraklama, idrara sıkışma hissi, idrar yapamama
- 2 Orta derecede idrar duraklaması idrara sıkışma, barsak ve mesanede retansiyon ya da nadir idrar kaçışma
- 3 Sık idrar kaçışma
- 4 Neredeyse devamlı olarak kateterizasyon gereği
- 5 Mesane işlevlerinin kaybı
- 6 Barsak ve mesane işlevlerinin kaybı
- V Bilinmeyen

Seviye

Görsel (veyaoptik) Fonksiyonlar

- 0 Normal
- 1 Düzeltilmiş görme keskinliğinin 20/30'dan daha iyi olduğu skotom
- 2 Daha kötü gözde en fazla düzeltilmiş görme keskinliği 20/30 ile 20/59 arasında
- 3 Daha kötü gözde geniş skotom ya da görme alanlarında orta derecede azalma, fakat en fazla düzeltilmiş görme keskinliği 20/60 ile 20/99 arası
- 4 Daha kötü gözde görme alanlarında belirgin azalma ve en fazla düzeltilmiş görme keskinliği 20/100 ile 20/200 arasında; üçüncü dereceye ek olarak daha iyi gözün en yüksek görme keskinliği 20/60 veya daha az
- 5 Daha kötü gözde en fazla düzeltilmiş görme keskinliği 20/200 den az: dördüncü dereceye ek olarak daha iyi gözde en fazla görme keskinliği 20/60 veya daha az
- 6 Beşinci dereceye ek olarak daha iyi gözün en yüksek görme keskinliği 20/60 veya daha az
- V Bilinmeyen
- X Optik sinirde 0-6 derece arası temporal solukluk varlığında diğer derecelerin sonuna eklenir.

Seviye

Serebral (veya mental) Fonksiyonlar

- 0 Normal
- 1 Sadece duygulanımda değişiklik (GÖDÖ skorunu etkilemez)
- 2 Zihinsel aktivitede hafif azalma
- 3 Zihinsel aktivitede orta derecede azalma
- 4 Zihinsel aktivitede belirgin azalma (orta derecede kronik beyin sendromu)
- 5 Demans ya da şiddetli veya yetersiz kronik beyin sendromu
- V Bilinmeyen

Seviye

Diğer:

- 0 Yok
- 1 Multipl Skleroza bağlanabilen diğer nörolojik bulgulardan herhangi biri
- V Bilinmeyen

John F. Kurtzke, MD Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). Neurology (Cleveland) 1983; 33:1444-52



www.ftronline.com

EK-5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRME

Sayın Gönüllü;

Bu çalışma, multiple sklerozlu bireylerde özürlülük durumunun cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılacaktır. Çalışmada kaynak taraması yapılarak oluşturulmuş 19 sorudan oluşan 'anket formunu', 54 sorudan oluşan 'Multiple Skleroz Yaşam Kalite Ölçeği-5', 19 sorudan oluşan 'Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19' ve Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği (EDSS)'inde yer alan sorulara cevap vermeniz beklenmektedir. Anket formunda sosyo-demografik özelliklere, sigara kullanma durumuna ve hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin sorular bulunmaktadır. Anket uygulaması yaklaşık 30 dakika sürecektir. Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katılmayı başlangıçta kabul edip hiçbir gerekçe göstermeksizin sonradan çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Böyle bir durumda size gösterilen tıbbi özende bir değişme olmayacaktır. Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacak; kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

Araştırma süresince 24 saat ulaşılabilecek kişi adı / soyadı / telefonu.

Adı-Soyadı: Safiye ULAŞ

Telefon numarası: 0 506 471 25 28

GÖNÜLLÜ OLURU

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum".

"Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum".

Bilgilendirmeyi yapan
Adı Soyadı/ İmza/ Tarih:

Gönüllü
Adı Soyadı/ İmza/Tarih:

Tanık Olan Kişinin
Adı Soyadı/İmza/Tarih:



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Personel İşleri Birimi

Sayı :14857630-044/

Konu :Tez Çalışma İzni Hk

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25/07/2017 tarih ve 66112 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Safiye ULAŞ'ın "Multipl Sklerozlu Hastalarda Özürlülük Durumunun Cinsel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi" isimli tez çalışmasını nöroloji polikliniğinde yapmasının uygun görüldüğü ile ilgili Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı'nın yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır

**Prof.Dr. Muammer Hakan
POYRAZOĞLU
Dekan**

EK :
1 adet



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Sayı :66418953-044/67695
Konu :Tez Çalışma İzni (Safiye ULAŞ)

31/07/2017

Sayın Yrd.Doç.Dr. Songül GÖRİŞ
Öğretim Üyesi

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Safiye ULAŞ'ın "Multipl Sklerozlu Hastalarda Özürlülük Durumunun Cinsel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi" isimli tez çalışmasını nöroloji polikliniğinde yapmasının uygun görüldüğü ile ilgili Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı'nın yazısı ekte gönderilmiştir. Bilgilerinize ve öğrenciye bilgi verilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Aykut ÖZDARENDELİ
Enstitü Müdürü

EK :
2 sayfa

DAĞITIM
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Yrd.Doç.Dr. Songül GÖRİŞ



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğü



Sayı :44008645-020/66816

Konu :Olurlar, Onaylar

27/07/2017

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Safiye ULAŞ'ın "Multipl Sklerozlu Hastalarda Özürlülük Durumunun Cinsel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi" isimli tez çalışmasını nöroloji polikliniğinde yapması uygundur.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr. Meral MİRZA
Anabilim Dalı Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Multiple sklerozlu hastalarda özürülük durumunun cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU							
DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarih	Versiyon Numarası	DİL			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama					
	SIGORTA						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ						
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU						
	İLAN						
	YILLIK BİLDİRİM						
	SONUÇ RAPORU	Fundu HASÇİZMECİ Etik Kurul Sekreteri					
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ						
DİĞER							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No :	2017/362	Tarih :	06.07.2017			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Klavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma ile İlişki		Katılım (*)		İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk, Sağ ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Halk Sağlığı.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.,Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast.i	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü.Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Kemal ÖZYURT	Dermatoloji	Kayseri Eğitim Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek.Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Cihangir BIÇER	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak..	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yard.Doç.Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyostatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Serhat ÜSTÜNEL	Avukat	Hukuk Müşaviri	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Sevtap Koçer	Sivil Üye	Serbest	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

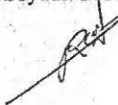
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2013-2014)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Multiple sklerozlu hastalarda özürülük durumunun cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
	TELEFON	0 352 437 49 10 - 11
	FAKS	0 352 437 52 85
	E-POSTA	byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Hemşire Safiye Ulas			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları			
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, Kayseri			
	VARSA İDARİ SORUMLU ÜNVANI/ ADI SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz	Yüksek Lisans Tezi				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
İmza:



Funda HASCIZMECİ
Etik Kurul Sekreteri

MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA ÖZÜRLÜLÜK DURUMU, CİNSEL DİSFONKSİYON VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

%**25**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**19**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**8**

YAYINLAR

%**14**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- 1** www.journalagent.com
İnternet Kaynağı %**2**
- 2** Submitted to Erciyes Üniversitesi
Öğrenci Ödevi %**2**
- 3** dergi.omu.edu.tr
İnternet Kaynağı %**1**
- 4** istanbulsaglik.gov.tr
İnternet Kaynağı %**1**
- 5** TARHAN, Fatih, YÜCETAŞ, Uğur, TÜRK, Ülkü and FAYDACI, Gökhan. "The relationship between sexual dysfunction and disease-related parameters and quality of life in patients with multiple sclerosis", Türk Üroloji Derneği, 2012.
Yayın %**1**
- 6** readgur.com
İnternet Kaynağı %**1**

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı:Safiye ULAŞ

Uyruğu: T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri: 1983-Kayseri

Medeni Durumu: Evli

Tel: 05064712528

Email: hemulas2005@gmail.com

Yazışma Adresi: Tınaztepe Mahallesi Hüseyin Özbek Sitesi kat.6 no.16
3049.Sokak.Kayseri

EĞİTİM

Derece

Kurum

Mezuniyet Tarihi

Lisans

Erciyes Üni. Hemşirelik Bölümü

2000-2005

Yüksek Lisans

Erciyes Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi.Hemşirelik Esasları 2016-2019

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl

Kurum

Görev

2005-2010

Erciyes Üni. Tıp Fak. Hastaneleri.Nöroloji Kliniği

Hemşire

2012-2014

Kayseri Eğitim Araştırma Hast.Kbb Servisi

Hemşire

2015-2019

Kayseri Şehir Hastanesi Hematoloji Servisi

Sorumlu Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce, orta, 2016 Eylül Yök Dil 67,5