



T.C  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SİNİR BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

**MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA İNTİHAR  
DÜŞÜNCESİNİN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE  
İLGİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Nargiz ALLAHGULUZADA**

**Samsun  
Ocak-2019**



T.C  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SİNİR BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

**MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA İNTİHAR  
DÜŞÜNCESİNİN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE  
İLGİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Nargiz ALLAHGULUZADA**

**Danışman  
Prof. Dr. Murat TERZİ**

**Samsun  
Ocak-2019**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana rehberlik eden, emek veren, bilgilerinden, klinik tecrübelerinden faydalandığım, tez çalışmamda yol gösteren kıymetli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Murat Terzi'ye, tezimde istatistik konusunda önemli önerileri ile çalışmama yol gösteren Prof. Dr. Yüksel Terzi'ye, ihtisasım süresince bana eğitim veren değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Uzun'a, Prof. Dr. Kemal Balcı'ya, Doç. Dr. Mehmet Emin Önger'e, Dr. Öğr. Gör. Faruk Tan'a, Prof. Dr. Aydın Him'e

Çalışmama katılarak tezimin verilerini sağlayan tüm değerli Multipl Skleroz hastalarına, yardımlarını esirgemeyen hemşire Özge Evin'e ve Murat Şener'e, sevgi ve anlayışlarını her koşulda sunan, desteklerini ve dualarını hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli aileme, başından beri fakülte yollarında beraber yürüdüğüm meslektaşlarım, canım arkadaşlarım Rana İmanova'ya, Pınar Erim'e ve sonsuz desteği ile beni güçlendiren Cevat Babazade'ye canı gönülden teşekkür ederim.

## ÖZET

### MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA İNTİHAR DÜŞÜNCESİNİN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLGİSİ

**Amaç:** Çalışma, Multipl Skleroz (MS) hastalarında intihar düşüncesinin klinik ve demografik özelliklerle ilgisine bakmak için planlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Çalışma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde 15 Ağustos-20 Kasım 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Nöroloji Polikliniği'nde kayıtlı olan MS hastaları oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından bu konuya ilişkin literatür incelenerek geliştirilmiş bilgi formu (Ek 1), İDÖ (Ek 2), BDE (Ek 3), SYÖ (Ek 4), YDÖ (Ek 5), YGBS (Ek 6) ve EDSS puanları kullanılmıştır. Veri toplama aracının kapsam geçerliliği için uzman görüşü alınmıştır. Bu çalışmadaki verilerin analizi IBM SPSS.22 paket programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, T testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. İntihar düşüncesi ölçeği üzerinde önemli etkiye sahip olan açıklayıcı değişkenler çoklu regresyon analizi (stepwise) ile yapıldı.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 41,3±11,44'tür. Hastalardan %68,2'i kadın, %31,8'i ise erkek cinsiyettedir. Hastaların %38'inin ilk öğretim, %33'ünün lise, %23,5'inin ise üniversite eğitim durumuna sahip olduğu, %5,6'sının eğitimsiz olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamına alınan hastaların depresyon, yorgunluk, strese yatkınlık ve yaşam doyumunun hastaların intihar düşüncesini anlamlı düzeyde etkilediği (p<0,05) bulunmuştur.

**Sonuç:** MS hastalarında depresyon ve yorgunluk intihar düşüncesinin gelişimine sebep olmaktadır. Aynı zamanda yaşam kalitesinin azalması, strese yatkınlığın artması da intihar düşüncesini etkilemektedir. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda bu etkinin daha iyi anlaşılması MS hastalarına yönelik daha stratejik tedavilerin geliştirilmesini sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon; İntihar düşüncesi; Yaşam kalitesi; Yorgunluk; Multipl Skleroz; Stres

**Nargiz ALLAHGULUZADA, Yüksek Lisans Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Ocak-2019**

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND SUICIDAL IDEATION IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

**Objective:** Study was planned to investigate the link between suicidal thinking and clinical and demographic characteristics in patients with multiple sclerosis (MS).

**Materials and Method:** The investigation was carried out in Samsun Ondokuz Mayıs University Research Hospital between August 15 and November 20, 2018. The participants of the study was composed of MS patients who were registered in Neurology Polyclinic.

The personal data form that developed by the researcher reviewing the literature on this subject (Appendix 1), SIS (Appendix 2), BDI (Appendix 3), STS (Appendix 4), LSS (Appendix 5), VSSF (Appendix 6) and EDSS scores. Expert opinion was obtained for the scope validity of the data collection tool. The analysis of the data in this study was evaluated with IBM SPSS.22 package program. In the evaluation of the data; Descriptive statistics, T-test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test were used. Explanatory variables which had significant effect on Suicidal Idea Scale were performed by multiple regression analysis (stepwise).

**Results:** The mean age of the patients was  $41.3 \pm 11.44$ . Of these, %68.2 were female and %31.8 were male. It is known that %38 of the patients have primary, %33 have high school education, %23.5 have undergraduate education and %5.6 do not have education. Suicidal ideation was significantly affected by depression, fatigue, stress predisposition and life satisfaction of participators ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Depression and fatigue contribute to suicidal thoughts in patients with MS. At the same time, decreasing quality of life and increasing susceptibility to stress influence suicidal ideation. In the light of the outcomes of the investigation, a better understanding of this effect will enable the improvement of more strategic treatments for MS patients.

**Keywords:** Depression; Fatigue; Life quality; Multiple Sclerosis; Stress; Suicide ideation

**Nargiz ALLAHGULUZADA, Master Thesis  
Ondokuz Mayıs University Samsun, January-2019**

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>BOS</b>	: Beyin Omurilik Sıvısı
<b>EDSS</b>	: Expanded Disability Status Scale
<b>EP</b>	: Evoked Potentials
<b>KİS</b>	: Klinik İzole Sendrom
<b>LP</b>	: Lomber ponksiyon
<b>MRG</b>	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>MS</b>	: Multipl Skleroz
<b>MSS</b>	: Merkezi Sinir Sistemi
<b>OKB</b>	: Oligoklonal Bant
<b>RRMS</b>	: Relapsing Remitting Multipl Skleroz
<b>PPMS</b>	: Primer Progresif Multipl Scleroz
<b>SSS</b>	: Santral Sinir Sistemi
<b>UP</b>	: Uyarılmış Potansiyel
<b>VEP</b>	: Visual Evoked Potansiyel
<b>%</b>	: Yüzde

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Araştırmanın Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	2
1.3. Araştırmanın Soruları.....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	3
2.1. Multipl Skleroz.....	3
2.1.1. Multipl Skleroz Tanımı ve Tarihçesi.....	3
2.1.2. Multipl Skleroz Epidemiyolojisi .....	4
2.1.3. Multipl Skleroz Etiyolojisi .....	5
2.1.4. Multipl Skleroz Patolojisi.....	6
2.1.5. Multipl Skleroz Belirti ve Bulguları.....	7
2.1.6. Multipl Skleroz Sınıflandırılması .....	9
2.1.7. Multipl Skleroz Tanısı .....	10
2.1.8. Multipl Skleroz Tedavisi .....	11
2.2. İntihar ve İntihar Düşüncesi .....	12
2.3. Multipl Skleroz ve İntihar Düşüncesi .....	13
2.3.1. Multipl Skleroz Hastalığı Olanlarda İntihar Düşüncesi .....	13
2.3.2. Multipl Skleroz Hastalarında İntihar Düşüncesi ile ilgili Risk Faktörleri.....	15
<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	17
3.1. Materyal .....	17
3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	17
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	17
3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	17
3.2. Metot .....	18
3.2.1. Veri Toplama Araçları .....	18

3.2.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	22
3.2.3. İstatistiksel Değerlendirme .....	22
3.2.4. Etik Konular .....	22
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>24</b>
4.1. MS Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi .....	24
4.2. MS Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri ile İntihar Düşüncesi Ölçeğinin Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	28
4.3. MS Hastalarının İntihar Düşüncesi, Yaşam Doyum, Yorgunluk, Strese Yatkınlık ve Depresyon Ölçeklerinin sonuçları .....	34
4.4. MS Hastalarının İntihar Düşüncesi Düzeyinin, Yaşam Doyum, Yorgunluk, Strese Yatkınlık ve Depresyon Ölçekleriyle karşılaştırılması.....	37
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>39</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>52</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>57</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>66</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>80</b>



# 1.GİRİŞ

## 1.1. Araştırmanın Tanımı ve Önemi

Multipl Skleroz (MS) kronik nörolojik bir hastalık olarak bilinir. Belirli bulguları ve çeşitleri vardır. Bunların bir bölümü fiziksel sorunlar ve psikiyatrik sorunlardır. Bu sorunlar rol işlevlerinin bozulmasına ve psikososyal sorunlara sebebiyet vermektedir ve fiziksel özürlükten bağımsız olarak yaşam kalitesini bozabilir (Hopman, 2000; Dilorenzo, 2009). Psikiyatrik bulgular MS'in yaygın ve tedavi edilebilir sorunlarından. Psikiyatrik bozukluklar, hastaların hastalıklarından dolayı yaşadıkları olumsuzluklarla baş edebilmeleri noktasında motivasyonlarını ve yaşam güçlerini düşüren durumlardır.

Multipl Skleroz olgularında intihar vakaları incelendiğinde bu riskin genel toplumdakinin iki katı olduğu gözükmiştir. Yani MS nadiren direkt ölüm nedeni olarak gözükse de MS hastalarında intihar girişimi yüksektir. Aslında genel olarak bakıldığında bir hastalığın varlığı tüm yaş gruplarında intihar için bir risk etmenidir. Fakat yapılan çalışmalara göre MS için erkek hastalarda hastalığın 30 yaşından önce başlaması ve hastanın yeni tanı alması bu riskin daha da artmakta olduğunu göstermektedir (Kaplan ve ark., 1995).

Bu çalışma, Multipl Skleroz hastalarında intihar düşüncesinin klinik ve demografik özelliklerle olan ilişkisine bakmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çalışmada güncel bir konu ele alınmıştır. Günümüzde psikiyatrik sorunların varlığı dikkat çekecek ölçüde artmıştır. Bu sadece hastaların değil normal fiziksel sağlıklı insanların da hem bireysel hem de toplumsal boyutta, önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Depresyon, en yaygın görülen psikiyatrik bozukluktur. MS'de en çok depresyon MS'in istenmeyen ama doğal olarak yaşanan tarafıdır. Hastalar, MS'in getirdiği pek çok zorlukla mücadele ederken, duygudurumlarında yaşadıkları bozukluklar, onların içinde buldukları durumu daha da zorlaştırmaktadır. Depresyonun genel popülasyona ve başka kronik hastalıklara göre, MS hastalarında daha fazla gözükdüğü ileri sürülmektedir (Feinstein, 2001). Genelde kronik hastalığın teşhisinin konulması kişide depresyona neden olarak psikiyatrik hastalıkları başlatmaktadır. Matson ve Brooks'un öne sürdükleri "kronik hastalığa uyum" modeline göre MS hastaları başlangıçtan itibaren bir kaç tane hastalıkla ilgili evrelerden geçmektedirler. Bu evreler belirsizlik, inkar, kabullenme ve uyum olup,

hastalığın seyrine etki etmektedir (Walsh ve Walsh, 1989). MS tanısının kesin olarak konulması bile bekleme süreci gerektirebilir ve bu yüzden hastalar belirsiz bir durum içerisine girerler. Bu da ilk evrenin başlaması demektir. Hasta başına gelecekleri hayal eder. Daha çok olumsuz şeyler düşündüğünden dolayı genelde hastalıkla birlikte depresyonla başlayan psikiyatrik bozuklukların temeli konular. Sonra inkar evresi gelir ki, bu evrenin daha çok 30 yaşından önce tanı alan erkek hastalar için zorlu bir süreç olduğu bilinmektedir. Ayrıca intihar girişiminde bulunan MS hastalarının 1/3'nün herhangi bir psikiyatrik yardım almadığı da gözükmektedir (Deniz, 2008). Psikiyatrik sorunların alevlenmesi sonucu bu sorunlarla baş edemeyen hastalar yardım almadıkları sürece suisidal davranışlara daha fazla meyil ederler.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı, MS tanısı almış olan hastaların intihar düşüncesini çeşitli psikolojik envanterler ile değerlendirmektir. Psikiyatrik konsültasyon, psikolog desteği ve bilişsel rehabilitasyonlar MS hastalarının yaşam kalitesini artırmak açısından oldukça önemlidir.

## **1.3 Araştırmanın Soruları**

1. Multiple Skleroz'da klinik ve demografik özelliklerle intihar düşüncesinin nasıl bir ilişkisi var?
2. Hastaların yaş, hastalık süresi, cinsiyet, yaşadığı yer, el tercihi, medeni durumu, evde beraber kimlerle yaşaması, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, MS dışında her hangi bir kronik hastalığının olması, EDSS puanı, hastalığın klinik seyir tipi, atak sayısı intihar düşüncesini etkiler mi?
3. Hastalardaki tükenmişlik, yürüme bozukluğu, son zamanlarda kilo kaybı, dikkat bozukluğu, cinsel konulara olan ilgideki değişiklik, umutsuzluk ve uyku bozuklukları intihar düşüncesini ne kadar etkiler?
4. Multipl Skleroz hastalarının yaşam doyumunun, depresyon, yorgunluk ve stres düzeyinin intihar düşüncesi üzerinde etkisi ne kadardır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Multipl Skleroz

#### 2.1.1 Multipl Skleroz Tanımı ve Tarihçesi

Multipl Skleroz genç erişkinleri etkileme eğilimi olan, optik sinirler, omurilik ve beyne ait fokal bozukluklardan oluşan ve değişik oranlarda düzeliyor yıllar içinde tekrarlayan epizotlarla karakterize edilen bir hastalıktır. Genetik olarak duyarlı kişilerde çevresel faktörlerin tetiklediği düşünülmektedir. Başlıca santral miyelini hedefleyen inflamatuvar-immün süreci kapsayan Santral Sinir Sisteminin (SSS) demiyelinizan ve dejeneratif kronik bir hastalıktır (Adam ve Victor, 2011).

Multipl Skleroz Merkezi Sinir Sisteminde (MSS) beyaz cevherinde ön planda olmak üzere, korteks ve derin gri maddeyi de etkileyebilen miyelin ve akson hasarı ile karakterize bir hastalıktır (Lassmann ve ark., 2007).

Bu hastalığın en önemli tanımlayıcı özelliklerinden biri lezyonların zamansal ve uzamsal dağılımıdır (O'Connor, 2002).

Geçmiş zamanlarda nedenleri ve tedavi yöntemleri bilinmeyen çok fazla hastalıkların olduğu bilinen bir gerçek. MS hastalığı da bu hastalıklardan biri idi. O dönemler uyuşma, baş dönmesi, dengesizlik, görmede bulanıklık, yetilerde çöküş epizotları ile görülen ve yavaş gelişen felç belirtilerine sahip insanlar vardı. Bu insanlar zaman içinde baston aracılığı ile yürümeye başlamışlar, yardımsız yürüyemez hale gelmiş ve hatta bazıları yürüme yetkisini kaybetmişlerdi. Yıkım süreci nedeni bilinmese de yıllar sürmekteydi. 18. yüzyılda fizikçiler hastalığın tanımını belirlemek amacıyla üç kategori oluşturdu; romatizma hastalıkları, yapısal zayıflık, parapleji. En sonunda ilerleyici tabloya sahip bu felç durumunun parapleji terimini üzerine karar kıldılar. Paris'ten, Viyana'dan, Berlin'den birçok klinisyen bu bozukluğun pek çok tanımını ortaya koymuşlardır. 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren olgu sayısı giderek artmış ve 20. yüzyıl başlarında sık görülen bir klinik nörolojik tablo haline gelmiştir. Bu tarifler sık olarak genç erişkinlerde rastlanılan, tekrarlayan, öngörülemez nörolojik belirtiler gösteren şeklindedir (Murray, 2005).

İlk histolojik çalışmalar 1863 yılında Eduard Rindfleisch tarafından yayınlanmış olsa da bu hastalık tam olarak bugünkü anlamda klinik ve patolojik özellikleriyle ilk kez Fransız nörolog Jean-Martin-Charcot tarafından 1868 yılında

tanımlanmıştır (Murray, 2006). Charcot, topladığı 33 vaka üzerinden, bu hastalık tablosunu ayrıntılı şekilde tarif etmiştir (Compston ve ark., 2005).

19. yüzyıl sonlarında sık görülmeye başlanan tablo için Avrupa'nın çeşitli ülkelerinde farklı isimler kullanılmıştır. Charcot'nun tablodan bahsederken kullandığı isim Fracsızca “la sclerose generalisee”dir. İngiltere de “ disseminated cerebrospinal sclerosis” olarak, Avustralya ve Amerika’da “diffuse sclerosis” olarak, Almanya’da, İtalya’da sinir sisteminin yaygın sklerozu anlamına gelen isimlerle hastalık tarif edilmiştir. Ortaya konan belirtiler için standart bir isimlendirme gereği hissedilmiş ve günümüzde dünyanın her yerinde kullanılan “Multipl Skleroz” terimini Douglas McAlpine, Nigel Compston ve Charles Lumsden tarafından 1955’de yayımlanan “Multiple Sclerosis” isimli kitapla gerçekleştirilmiştir (Mutlu ve Akman-Demir, 2008).

### **2.1.2. Multipl Skleroz Epidemiyolojisi**

MS hastalığı dünyanın her yerinde eşit sıklıkta görülmez, coğrafi çeşitlilik gösteren bir hastalıktır. MS için riski yüksek olan, orta derecede olan ve riski düşük olan bölgeler vardır (Ropper ve Brown, 2006). Yüksek riskin gözüktüğü bölgeler kuzey ve orta Avrupa, kuzey Amerika, Kanada, Avustralya'nın güneyi, Yeni Zelanda ve İsrail'dir. Prevalans 100/100.000'den fazladır (Eraksoy ve Akman, 2004). Riski orta derecede olduğu bölgeler; Avrupa'nın güneyi, güney Amerika, Avustralya'nın kuzeyi, güney Akdeniz bölgesi ve Güney Afrika (beyazlar)'dır. Bu bölgelerdeki prevalans 5-29/100.000'dir. Asya, Karayipler, Meksika, Güney Amerika'nın kuzeyi, Venezuela ve Kolombiya düşük prevalans bölgeleri olarak kategorize edilmiştir (Mirza, 2002; Lublin ve Miller, 2008). Prevalans 5/100.000'den daha düşüktür (Poser ve Brinar, 2002). Genellikle ekvatorдан uzaklaştıkça prevalans artar. Göç çalışmalarına bakıldığında ise MS prevalansının yüksek olduğu bölgelerden düşük olduğu bölgelere göç edenler; eğer göç yaşları 15'in altında ise hastalık görülme ihtimali göç edilen ülkenin prevalansına uymaktadır, 15'in üstünde ise göç edilen ülkedeki prevalansa uymakta olduğu görülmüştür ve bu durum MS gelişiminde puberte öncesi dönemde çevresel etmenlerin önemli rolü olduğunu göstermektedir (Mirza, 2002; Ropper ve ark. 2005; Eraksoy 2013).

MS genç erişkinlerdeki MSS hastalıklarının en sık nedenlerinden birisi olarak bilinir (Winkelmann ve ark., 2007). Hastaların çoğunluğunda belirtilerin 20-40 yaş arasında başladığı bilinmektedir. Semptomların 15 yaşından önce ve 50 yaşından sonra

görülmesi oldukça nadir olsa da gözükmemektedir (Eraksoy ve Akman-Demir, 2009). Kadın cinsiyet ağırlıklı olup, görülme olasılığı erkeklerden 2-3 kat fazladır. Bu durum genellikle immün ve inflamatuvar durumların kadınlarda daha sık görülmesi ile açıklanmaktadır (Ropper ve Brown, 2006).

MS'in Türkiye'deki prevalansını ve insidansını inceleyen araştırma sayısı literatürde azdır. Edirne ve İstanbul'da epidemiyolojik çalışmalarda MS prevalansı 30/100000 ve 100/100000 olarak bildirilmiştir (Eraksoy ve ark. 2013). Türkiye bu verilere göre orta riskli bölgeler arasında yer almıştır. MS'in soğuk iklimde daha fazla görülmesinden yola çıkılarak Türkiye'nin Kuzey Doğusu'nda, mevsimsel olarak uzun süren kış aylarının olduğu Kars'ta yapılan epidemiyolojik saha çalışmasının sonucuna göre MS prevalansı 68,97/1000,000 olarak, kadın erkek oranı 4/1 olarak, hastaların yaş ortalaması da 35,1±10,2 olarak bulunmuştur (Alp ve ark., 2012). MS'in Türkiye'deki en geniş coğrafi dağılım özelliğine sahip bir çalışmada ise Orta Karadeniz Bölgesini MS prevalansı açısından yüksek riskli coğrafi bir bölge olarak gösterilmiştir (Terzi ve Akdemir, 2011). Yapılan çalışmalara göre artık Türkiye MS için yüksek riskli bir coğrafi bölge olarak düşünülebilir. Bu durum Türkiye'de de diğer dünya ülkelerine paralel olarak MS prevalansının arttığını göstermektedir.

### **2.1.3. Multipl Skleroz Etiyolojisi**

MS'in etiolojisi tam olarak bilinmemektedir. Son yıllarda yapılan deneysel çalışmalar bir çok farklı sonuçlar ortaya koydu. Çok sayıda varsayım olmakla beraber en kuvvetlisi MS'in SSS antijenlerine (myelin proteinleri) yönlendirilmiş otoimmün yanıtla sonuçlanan inflamatuvar bir hastalık olduğudur (Mirza, 2002, Çömez-Yılmaz, 2006). Aynı zamanda sonuçlar MS plaklarının oluşumunda genetik ve çevresel faktörlerin de etkili olduğunu söylemektedir. MS etiolojisinde coğrafi özellik önemli bir yer tutduğundan çevresel etmenlere baktığımızda bu faktörlerin erken çocukluk döneminde etkisini gösterdiği düşünülmektedir. Çocukluğunu, özellikle de yaşamının ilk 15 yılını MS sıklığının düşük olduğu bir bölgede geçiren bireylerde, MS görülen bir bölgeye yerleşirse dahi bu kişinin MS riski düşük olarak izlenmektedir. Hastalık sıklığının ekvatoryal bölgelerde kuzey ve güney bölgelere göre daha az olduğu da bilinen bir gerçek (Kampman ve Brustad 2008). Aynı zamanda geçirilen enfeksiyonlar, beslenme alışkanlıkları, geçirilen kazalar, travmalar, gebelik, aşular, kimyasal ajanlar, iklim koşulları, sosyokültürel düzey ve mesleğin önemli olduğu görülmektedir. Genetik

faktörler ise mensup olunan ırk, aile öyküsü, sahip olunan farklı otoimmün hastalıkların önemi vurgulanmaktadır (Mirza, 2002).

MS hastalarının yakınlarında MS görülme riskinin arttığı düşünülmektedir, bu da MS etiolojisinde genetik faktörlerin rolunu ileri sürmüştür (İdman, 2002). MS hastalarının yaklaşık %20'sinde ailesel etkilenme bildirilmiştir ve hatta en yüksek risk hastanın kardeşlerinde görülmektedir. Buna rağmen tek yumurta ikizlerinin birinde MS varken, diğ erinin de MS olma riskinin yalnızca %30 olması, dizigotik ikizlerde ise bu oranın %3–5 olması MS etiolojisinin yalnızca genetik bakımdan açıklanamayacağını göstermektedir (Tienari ve ark., 2006).

#### **2.1.4. Multipl Skleroz Patolojisi**

MS'deki temel patolojik bulgu MSS beyaz cevherinde venüller etrafında oluşan demyelinizasyon alanları, diğ er adıyla plaklardır. Bu alanlar özellikle ventrikül çevresindedir. Fakat beyaz cevherin herhangi bir yerinde ortaya çıkabilir. Beyin sapı, serebellum, omurilik ve optik sinir demyelinizasyon alanların görüldüğü diğ er bölgelerdir (Lassmann ve ark., 20017). Optik sinirdeki oligodendrositler antijenik olarak omurilikteki oligodendrositlerle benzerlik gösterir. Tek bir plağın büyüklüğü genellikle 1-2 mm'dir. Fakat çoğunlukla birçok plak bir arada gözüker ve büyük bir plakmış gibi (birkaç cm) algılanabilir (Lublin ve Miller, 2008). Ataklar sırasında yeni plakların oluşması mümkündür. Bunlara yeni-aktif plak denir veya önceden oluşan plaklarda oto-immün süreç ve demyelinizasyon tekrar alevlenebilmektedir. Önceden oluşan plaklara eski veya nonaktif plaklar denir. Ataklarda eski plakların hepsi aktive olmayabilir, bunlara inaktif plak denir (Sospedra ve Martin, 2008). Ataktan sonra plak içinde bulunan oligodendrositler veya progenitör hücreler yeniden myelin oluşturmaktadır, bu olaya remyelinizasyon denir, yeni oluşan myelin ince ve düzensiz olmaktadır. Erken hastalık dönemlerinde çok belirgin olan remiyelinizasyon ileri evrelerde giderek azalmaktadır (D'Souza ve ark., 1996). Her yeni atakta plak içinde oligodendrositlerin sayısı azalır ve myelin hasarı ortaya çıkar. Böyle plaklara ise kronik plak denir (Altıntaş ve Esen, 2008). Kronik plaklarda genellikle akson hasarı ortaya çıkmaktadır. Kalıcı yeti yitiminin ileri sürülen en güçlü nedeni aksonal hasarlanmadır. Şiddetli MS formlarında aksonal hasar oranı %80 civarındadır (Pette ve ark., 1990). Hastalarda ortaya çıkan belirti ve bulgular plağın tuttuğu bölgeyle ilgili olarak gözükmektedir. Kimi plaklar klinik belirti vermez, bunlara sessiz plaklar denir. Sessiz

plaklar uyarılmış potansiyel (UP) çalışmaları ve görüntüleme yöntemleri (MR) ile anlaşılır yada otopsi de tespit edilir (Zipp ve ark., 1998). MS patogenezi ve patolojisi konusunda göz ardı edilemeyecek tek gerçek kalıcı doku hasarının erken dönemde ortaya çıkmasıdır. Bu nedenle de MS patogenezinin daha iyi anlaşılması, erken ve etkin yeni tedavilerin geliştirilmesi açısından önemlidir (Dowling ve ark., 1996).

### **2.1.5. Multipl Skleroz Belirti ve Bulguları**

MS inflamasyonu beyin ve omuriliğin her hangi bir yerinde ortaya çıkabilir. Dolayısıyla MS merkezi sinir sistemi ile ilişkili çok çeşitli nörolojik belirtilere yol açabilir. MS'de demiyelinizasyon "MS atağı" sırasında ortaya çıkıp daha sonra iyileşebileceği gibi bir kısmı uzun dönem kalıcı olabilmektedir (Schapiro, 2006). Hasarlanan bölgeler plak olarak adlandırılır. Plak bölgelerinde lenfosit ve astrosit infiltrasyonu kendini göstermektedir. Bununla birlikte aksiyon potansiyelinin iletimi bozulsa da aksonlar ve hücre gövdeleri göreceli olarak sağlam kalır. Bu da klinik olarak lezyonun yerine göre değişebilen pek çok nörolojik belirti ile kendini gösterir (Tihan, 2008).

Bu belirtiler ciddiyet ve süre açısından da çeşitlidir. MS hastalığı olan bir kişide belirtilerin hepsi görülme de genellikle bir veya birden fazla belirti yaşayabilir. Hastalığın seyrindeki yakınma ve belirtilerin olmadığı sessiz dönemler görülmektedir. Buna dönemlere remisyon dönemler denir. MS'in sık görülen belirti ve bulguları şunlardır;

**Motor bulgular:** MS hastalarında %32-41 de ilk belirti olarak görülür. Hastalarda %62 oranında görülen kortikospinal tutulum kollardan çok bacakları etkilemektedir. Değişen derecelerde monoparezi, hemiparezi, paraparezi, quadriparezi, kas zayıflığı, spastisite ve patolojik refleksler, tremor, dizartri ve spastisiteye yol açmaktadır. Spastik paraparezi de MS'de çok sık görülür (Miller ve ark., 2003).

**Somatosensoryel (duyusal) bulgular:** Multipl sklerozun başlangıç bulgularının büyük bir çoğunluğunu, %21-55 oranını oluşturur. Hastalık seyri boyunca ise %52-70 oranında görülür. Uyuşma, iğnelenme, yanma hissi, vibrasyon ve pozisyon duyusunda bozulma olur. Parestezi, ağrı, trigeminal nevralji tat almada bozukluk, duyma kaybı ve vertigo boyun fleksiyonu sırasında boyundan bacaklara yayılan bir elektriklenme hissine (Lhermitte bulgusu) yol açmaktadır (McDonald ve Compston, 2006).

**Görme ile ilgili bulgular:** MS'in başlangıç bulgularının %14-23'ünü oluşturur. Optik nörit en sık görülen bulgu olarak tanımlanmıştır. Hastalar genellikle tek taraflı görme kaybı şikayetiyle gelir. Ayrıca bulanık görme, çift görme, nistagmus, görmede azalma ve görme kaybı, göz küresinde ağrı gibi bozukluklarda görülebilmektedir (Tunalı, 2004).

**Mesane/barsak bulguları:** MS hastalarının %80'inde mesane fonksiyon bozukluğu sorunu vardır. Hastalarda yetiştirememe, acil idrar yapamama, gece sık idrar yapma gibi belirtiler görülebilir (McDonald ve Compston, 2006). Mesanenin depolama veya boşaltma işlevlerinde yetersizlik; yada her ikisi gözükabilir. Bağırsak fonksiyon bozukluğu, MS olgularında %60 oranında görülür (Piras ve ark., 2003). En yaygın yakınma kabızlıktır, diğer bağırsak fonksiyon bozuklukları ise, diyare, gaz sıkıntısı, kolon hareketlerinde yavaşlama ve ileustur gibi sorunlardır (McDonald ve Compston, 2006).

**Kognitif ve psişik bozukluklar:** hafıza problemleri, dikkat ve konsantrasyon kaybı, sorunlarla baş etmede güçlük, depresyon, öfori, karar vermede güçlük, değişken duygu durum gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir ( Üstün, 2006). Multipl sklerozlu olgularda %30-70 oranında görülmektedir (Wallin ve ark., 2006).

**Beyin sapı bulguları:** Hastaların %40-70'inde göz küresinin hareketinin bozulduğu gözlemlenilmiştir. Yatay planda en sık nistagmus ve diplopi görülür (Miller ve ark., 2003). Ancak görme bulanıklığı, görüntülerde sıçrama, içe veya dışa bakış kısıtlılığı, ayrıca dizartrik veya nazone konuşma, vertigo görülebilmektedir.

**Cinsel işlev bozuklukları:** MS'li erkeklerde ereksiyon ve ejakülasyon problemleri, genital uyarılmada azalma, kadınlarda vajinal lubrikasyonda azalma ve libido kaybı görülebilmektedir (Boz, 2009).

**Serebellar bozukluklar:** MS hastalarının %50'sinde bu bozukluklar görülebilir. Hastalarda en sık olarak gövde ataksisi, dismetri ve disdiakokinezi gibi koordinasyon sorunları ve intensiyonel tremor görülebilmektedir (McDonald ve Compston, 2006). MS için dizartri ile birlikte, yumuşak damak ve ağızdaki kasların koordinasyonsuzluğu sonucu ortaya çıkan konuşma problemleri iletişimi güçleştirmektedir (Ropper ve Brown, 2006).



**Yorgunluk:** En sık görülen üç semptomdan yorgunluktur. Aile ve sosyal yaşamı hatta genelleme yaparsak yaşam kalitesini etkileyecek boyutlarda olabilmektedir (Bradley ve ark., 2004).

**Paroksizmal belirtiler:** Hastalarda bazen epilektik nöbetler yaşanabilmektedir.

### 2.1.6. Multipl Skleroz Sınıflandırılması

1996 yılından Lublin ve ark. tarafından dört başlık altında tanımlanmaya başladı. Şu an literatürlerde Multipl Skleroz hastalığının sınıflandırılması Klinik İzole Sendrom (KİS), Relapsing Remitting Multipl Skleroz (RRMS), Primer Progresif Multipl Skleroz (PPMS), Relapsing Progresif Multipl Skleroz (RPMS) ve Sekonder Progresif Multipl Skleroz (SPMS) gibi başlıklar altında tanımlanıyor. Bu temel seyirler içerisinde hastalık aktivitesinin (atak gelişmesi, MR’da lezyon aktivitesi) ya da hastalık özürülüğün giderek artması sonucu hastalığın alt seyirlerinin belirlenmesi zorunlu olmuştur.

**Klinik izole sendrom (KIS):** Tek bir nörolojik semptom epizodu, beyin sapı sendromu, medulla spinalis tutulumu, daha az sıklıkla hemisferik tutulum şeklinde klinik bulgu vererek ortaya çıkan, MR’da MS’i düşündürten semptomatik ya da asemptomatik (sessiz) lezyonların gözleendiği, merkezi sinir sisteminin etkilendiği ilk nörolojik tablo KİS olarak adlandırılmaktadır.

#### **Ataklarla seyr**

**eden Multipl Skleroz (RRMS):** Akut atakları izlenir. Yaklaşık olguların %85’idir ve atakların nasıl başladığı ve neden bazı hastalarda daha sık atak görüldüğü hakkındaki bilgiler sınırlıdır (Polman et al., 2006). Tam ya da tama yakın düzelme dönemleri mevcuttur, ataklar arasında hastalıkta ilerleme gözlenmez. İki şekilde gözükabilir.

- Aktif RRMS

- Non Aktif RRMS

**Primer Progresif Multipl Skleroz (PPMS):** Hastalık seyri sırasında özürülük klinik başlangıçtan itibaren vardır. Kognitif yıkım daha azdır ve görülme yaşı kırk üzerindedir. Kadın-erkek oranı azalmıştır (Turan, 2002).

**Sekonder Progresif Multipl Skleroz (SPMS):** Başlangıçtaki Relapsing Remitting forumdan sonra hastaların büyük bir bölümünde akut atak olmaksızın adım

adım ilerleyici bir sakatlığa gidiş olur. Relapsing Remittingden Sekonder progresif sınıfa geçiş yaklaşık 10-15 yılı bulur (Rolak, 2009).

**Relapsing Progresif Multipl Skleroz (RPMS):** Multiple Skleroza ait progresif gidiş olup atakların yaşandığı, beraberinde tamamen düzelme izlenmeyen relapsların da olaya katıldığı bir paterndir (Gilroy, 2002). Hasar giderek ilerler. Hastalıklarında ilerleyici bir forma girerler (Weiner ve ark., 1999).

### **2.1.7. Multipl Skleroz Tanısı**

Tanıda temel prensip SSS'deki hastalığın klinik olarak zamanda ve mekanda disseminasyon ilkesine dayanmıştır. MS tanısının konulmasında 1983 yılında geliştirilen Poser tanı kriterlerinin yerini daha sonralar Schumacher kriterleri almış ve uzun yıllar kullanılmıştır. 2001 yılında McDonald öncülüğünde toplanan uluslararası panelde MS tanısının konulması için kriterler geliştirildi ve McDonald kriterleri yayımlandı (Mutlu ve AkmanDemir, 2008). Bu tanı kriterlerinde Manyetik Rezonans Görüntülemenin (MRG) katkısı arttırıldı. Görsel uyandırılmış potansiyeller (VEP) ön plana çıkarıldı ve aynı zamanda progresif MS tanı kriterleri eklendi. Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) bulguları eskisi gibi tanıya katkısını korudu. Ancak sadece OKB pozitifliği değil IgG indeks yüksekliği de kabul görüldü. Böylece artık ilk atakda MS tanısı koyma olasılığı ortaya çıktı. Son olarak 2005 yılında tanıda kullanım kolaylıkları geliştirmek amacıyla yeniden toplanan komite dört yıl süresince toplanan verileri değerlendirerek son kriterleri dünyaya duyurmuştur (Polman ve ark., 2005). Son olarak McDonald kriterleri 2010 yılında yeniden gözden geçirildi ve geliştirildi (Türk Nöroloji Derneği, 2006). McDonald tanı kriterleri zamanda ve mekanda yayılımının ilkesine dayanır. Bu ilkeye göre en az iki kez tekrarlanan ataklar ve MSS'de birden fazla bölgede görülen lezyonlar olmalıdır (Ünal ve ark., 2013, Mutlu ve Akman-Demir, 2008). Son yıllarda bilişsel bozuklukların tespiti ve en önemlisi takibi için bir çok nöropsikolojik testlerin de uygulanması gereği duyulmuştur (Çömez-Yılmaz, 2006). Yine de herşeyden önce MS tanısı için en başlıca ve vazgeçilmez unsurlar nörolojik hastalık öyküsünü almak ve muayene olarak bilinmektedir.

#### **Tanı Kriterleri:**

- ✓ Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): MS için tercih edilen en duyarlı incelemedir. MS'lu hastaların %85-95'inin beyin MRG'sinde patolojik bulgu

gözükmektedir. MS tanısını konarken sinir dokusu içerisindeki lezyonların dağılımı değerlendirilir (Terzi, 2005).

- ✓ Lomber ponksiyon (LP): MRG çekilemediği durumlarda ya da MRG bulguları tanı için yetersiz kaldığı durumlarda BOS değerlendirilir (Filippi M, Grossman et al. 2000, Bonhomme, Wattjes et al. 2009, Stankiewicz et al. 2011). BOS incelemesi zamanı Ig G de yükselme görülür. Ancak bu anormallikler sadece MS'a özel değildir. Başka hastalıklarda da görülebilir. O yüzden sadece bu değerlendirme MS tanısının konulmasında yetersizdir.
- ✓ Kan testi: Kan lenfositlerinde özellikle akut alevlenme döneminde T ve B hücrelerinin dağılımında değişiklikler tanımlanır. (Avcı, 2006).
- ✓ Uyandırılmış Potansiyeller (EP): Subklinik lezyonların tanımlanmasında kullanılmaktadır. Lezyonların varlığı duysal, görsel ve somatosensoriyel uyandırılmış potansiyellerle saptanabilir. Uygulanabilir, kolay ve ucuz bir yöntemdir.

### **2.1.8. Multipl Skleroz Tedavisi**

MS, tedavi ile bile olsa tamamen ortadan kaldırılabilen bir hastalık olmamaktadır. Sadece hastalık sürecini, atak sıklığını ve bir ölçüde hastalık seyrini iyiye değiştiren tedaviler bulunmaktadır (Murray, 2006).

MS tedavisi başlıca üçe ayrılır

- ✓ atak tedavisi
- ✓ semptomatik tedavi
- ✓ hastalık seyrini etkileyen tedaviler

Atak tedavisi hastalar için kortikosteroidler ile yapılmaktadır. Hekimler öncelikle hangi atağın tedavi edileceğine karar vermeliler. Geçirilen atak sonrası hastada; progresyon devam ediyorsa, işlev kaybı varsa, daha öncesinden sorun kaldıysa gibi durumlara bakılmalı ve öncelikli olarak atak tedavi edilmelidir. Kortikosteroid tedavisi sırasında hastanın önceden var olan enfeksiyonları mutlaka tedavi edilmelidir. Aynı zamanda enfeksiyon gelişimi önlenmelidir (Tanık, 2006). Hemşireler hastalara eğitim vermelidir. Bu eğitim içeriği yeni gelişebilecek enfeksiyonlardan korunma, diyet içeriği, ilaç kullanımına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar ve komplikasyonlara yönelik alınması gereken önlemler ve belirtiler şeklindedir (Akdemir ve Birol, 2003).

Semptomatik tedaviler de hastalık sürecinde önemli yer tutar. Spastisite, ağrı, ataksi, termor, yürüme bozuklukları, mesane-barsak fonksiyon bozuklukları, seksüel disfonksiyon, yorgunluk, afektif bozukluklar, optik nörit, depresyon, vertigo semptomatik tedavi seçenekleri ile tedavi edilir (Siva ve Kantarci, 2015, İdiman, 2002). Semptomların tedavisi için farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlara baş vurulur.

Hastalık seyrini etkileyen tedaviler ise immünmodulatör ve immünosupresif olarak tanımlanan ilaçlardır. Hastalığın seyrine göre uygun olan tercih edilir (Akman-Demir, 2010).

## **2.2. İntihar ve İntihar Düşüncesi**

İntihar davranışı, tüm davranışlar arasında en anlaşılmaz olanlardandır. Bütün canlılar doğduklarından bu yana hayatta kalmalarını gerektiren ve yardımcı olan davranışları geliştirmişler ve kullanmışlardır. İntiharda ise kişi tam aksi ölmek niyetiyle kendini yok etmeyi seçer. İntiharın tarihçesine bakıldığında oldukça eskiye dayandığı görülmektedir. Bilimsel olarak intihar konusunu inceleyen Emile Durkheim'in yaptığı araştırmanın üzerinden yüz yıldan fazla zaman geçtiği bilinmektedir. İntihar davranışını inceleyenlerden bir diğer kişi de Edwin Scheidman, intihar için şöyle bir tanımlamada bulunmuştur; "İntihar, bir diğer insana yöneltilmek istenen kızgınlığın kişinin kendi üzerine çevrilmesinin yanı sıra, sevgisini esirgeyen bir insanla bir tür barış yapma veya onu cezalandırma isteğinin ve aynı zamanda, baş edilemeyen güçlüklerden kaçışın anlatımıdır." (Taşçı ve Özsan, 2011). Scheidman' a göre intihar sadece ölmek için yapılmış bir hareket olmamaktadır, aynı zamanda bir şeyden kaçmak için yapılan bir eylemdir. Bu kendinden kaçılan şey genelde aynıdır; acı... Eğer kişi bu acının derecesini azaltmayı başarabilirse, muhakkak ölmeyi seçecektir (Pompili ve ark., 2004). İntiharın oluşumunda toplumsal eğilimlerin rolünün oldukça güçlü olduğunu iddia eden Durkheim bu konuda şöyle söylemiştir. "Her toplumsal grup kolektif, kendine özgü davranma eğilimindedir. Bundan yola çıkarak Durkheim intiharları egoistik, özgeci ve anomi olarak gruplara ayırmıştır. Tüm toplumsal bedenin bu eğilimleri, bireyleri etkiler ve onların intihar girişiminde bulunmalarına yol açar (Köknel, 1989)." Bu fikir göstermektedir ki, intihar olgusunun kapsadığı nedensellik kısmına daha geniş bir çerçeveden bakılmalıdır. İntiharı sadece birkaç konudan ele almak yanlış beklentilere ve daha fazla intihar vakalarına neden olacaktır.

İntihar düşüncesi iki şekilde, birden bire veya yavaş yavaş ortaya çıkabilir. Kişi intiharı bir çok kez düşünmüş ve planlamış olabilir. Bazen de bu düşüncüyü belli belirsiz aklına getiriyor olabilir. İntihar düşüncesi yoğun ya da hafif bile olsa her iki durumda gelecekteki intihar girişiminin habercisi olabilir. Bu nedenle intiharı önlemek için intihar düşüncesi olan bireylerin kişisel özelliklerini ve içinde buldukları durumları anlamak önem taşır. İntihar düşüncesi sadece bireysel faktörlerle değil, sosyal faktörlere bağlı olarak da ortaya çıkar. Günümüzde toplumlar her konuda hızlı değişimler yaşamaktadırlar. Bunlar kültürel, ekonomik, teknolojik ve diğer konular olabilir. Buna bağlı olarak da stres verici durumlar artmaktadır. Bunlara da baş etme becerilerinin yetersiz kalması sonucu ruhsal hastalıklar ve intihar girişimlerinde de artışlar gözlemlenmektedir (Goldsmith, 2002). Sonuç olarak kişi olumsuz bir yaşam olayıyla karşı karşıya kalır. Bu negatif yaşam olayıyla karşılaşan kişi üç tür nedensel çıkarımlar, sonuçsal yaklaşımlar ve kişinin kendisiyle ilgili yaklaşımda bulunur. Kişi eğer yaşadığı olumsuz yaşam olayını kalıcı, önemli ve yaşamının bir çok alanını etkileyebilecek şekilde değerlendiriyorsa ve kendisini de bu olayı çözmede kusurlu, yetersiz ve güçsüz hissediyorsa umutsuzluğa ve buna bağlı olarak intihar düşüncesine kapılabilir (Goldsmith, 2002). İntihar stres yaratan yaşam olaylarına karşı tepki veren normal kişilerden başka ağır ruhsal rahatsızlıkları aynı zamanda fiziksel, norolojik hastalıkları olan kişilerde de görülebilir (Durak, 2005).

Yapılan çalışmalara ve elde edilen bilgilere rağmen bugün intiharı önceden kesin olarak bilmek imkansızdır. Ama riski azaltmak için hekime yardımcı olabilecek birçok ipucu vardır ki, bu ipuçlarının yakalanması pek çok intihar kurbanının hayatta kalmasını sağlayabilir.

## **2.3. Multipl Skleroz ve İntihar Düşüncesi**

### **2.3.1. Multipl Skleroz Hastalığı Olanlarda İntihar Düşüncesi**

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biri olan intihar kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, pnömani, diabet ve sirozdan sonra sekizinci sırada yer almaktadır (Özsoy ve Eşel 2003). Yine Dünya Sağlık Örgütü (2009) verilerine göre her 40 saniyede bir kişi intihar etmektedir. Yılda ise bu rakam ortalama 1 milyon etmektedir. Sadece pek çok ülkede resmi olarak açıklanandan daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Bertolote ve Fleischmann 2002).

İntihar sonucu meydana gelen ölüm vakalarının sayısı ülkemizde de giderek artmaktadır (Sayıl 1992, Devrimci ve Sayıl 2003, Meder ve Gültekin 2012). TÜİK verilerine göre 2012 yılında her gün yaklaşık 9 kişi intihar ederek hayatını kaybetmiştir. Cinsiyet ayrımına göre incelendiğinde ise ülkemizde erkek intiharları daha çok gözükümüştür. İstatistiksel olarak erkek intiharları kadın intiharlarının yaklaşık olarak 3 katı olduğu bilinmiştir (Eskin 2000).

İntihar nedenleri incelendiğinde, en ön sırada hastalık, diğer intihar nedenleri ise aile geçimsizliği, geçim zorluğu, istediği kişi ile evlenememe, ticari başarısızlık ve öğrenim başarısızlığı olarak bildirilmiştir (TÜİK 2011). Psikososyalstresörler açısından bakıldığında, işten çıkarılma, eş kaybı, ciddi bir tıbbi hastalığa yakalanma intihar riskini arttırmaktadır (Moscicki 1995). Aile içi şiddet, aile içinde sorumlulukların tek bir bireye yüklenmesi ve stresli aile yaşantıları da intihar eğilimini arttırmaktadır (Van Orden ve ark 2010).

Multipl Skleroz olgularında intihar vakaları incelendiğinde bu riskin genel toplumdakinin iki katı olduğu bildirilmiştir. MS hastalarında intihar girişimi de yüksektir. Genel bakıldığında bir hastalığın varlığı tüm yaş gruplarında intihar için bir risk etmenidir. Yaşlı olsun olmasın erkek hastalarda ise bu riskin daha da artmakta olduğu gözükmektedir. Sonuçlara göre erkek olmak, MS'in 30 yaşından önce başlamış olması ve nispeten yeni tanı alması MS'deki intihar girişimi açısından risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Kaplan ve ark., 1995). Düşkünlük yapan MS gibi hastalıklar sıklıkla intihar davranışını tetikler.

Bazı çalışmalarda intiharların en az yarısında bir hastalığın bulunduğu ve birçok vakada intiharın temel nedenini oluşturduğu bildirilmiştir. Bu gibi hastalıklar depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmaktadır. Daha sonra psikiyatrik sorunların alevlendirilmesi, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, impulsivite ve suicidal davranışa yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini artırır (Ekici ve ark., 2001).

Kanada'da MS hastalarında intihar girişimi genel toplumdakinin 7,5 katıdır. İntihar erkeklerde ve hastalığı 30 yaşın altında başlayanlarda daha fazladır (Feinstein, 1997).

Multipl Skleroz nadiren direkt ölüm nedeni olarak gözükmektedir. Buna karşın, MS hastaları arasında intihar vakaları normal kişilere göre 2-7 kat daha fazladır (Deniz, 2008)

İntiharın önlenmesinde intihar riski taşıyan bireylerin belirlenmesi, bu bireylerin baş etme becerileri ve sosyal destekleri belirlenerek, bireylerin güçlendirilmesi önem taşımaktadır.

### **2.3.2. Multipl Skleroz Hastalarında İntihar Düşüncesi ile ilgili Risk**

#### **Faktörleri**

Multipl Skleroz hastalığı nadiren ölüm nedeni olarak bilinse de fakat MS hastalarında intihar olguları normal kişilere göre daha fazla gözükmektedir.

Bu hastalık direk yaşam kalitesini etkilediğinden MS hastalarındaki intihar risklerinin sosyodemografik özellikler ile ilişkili olduğu söylenebilir. Yaşam kalitesi (Quality of life), ister genel popülasyonda isterse de psikiyatrik veya kronik hasta popülasyonunda intihar düşüncesiyle ilişkisi bilinmektedir (De Abreu ve ark., 2012). Ayrıca, zorlu yaşam olayları MS hastalarında intihar davranışının gelişimi için önemli bir faktördür. Özellikle depresif dönemlerde hastaları psikolojik yönden tetiklediği için bu risk daha da ağır basar (Ruengorn ve ark., 2012). Düşük yaşam kalitesi, yetersiz sosyal destek ve büyük olasılıkla zayıf başetme becerilerinin göstergesi olabilir. Bunlar da sonuç olarak intihar riskini artırır (De Abreu ve ark., 2012). Erken yaşlarda intihara yatkınlık, belirgin şekilde aile bağlarının kötü olması ve yaşam kalitesinin düşüklüğüyle ilgilidir. Kötü işlevli aileye sahip olmak, erken yaşlarda yaşam kalitesinin düşüklüğü ve bunlarla ilgili karma durumların hepsi tek tek intihar düşüncesine katkıda bulunur.

Hastalar tedavi sırasında çok fazla ilaç almak zorunda kalırlar. Bu ilaçlarında hastalığın seyrine pozitif etkisiyle birlikte yan etkileri ve vücutta oluşturduğu olumsuz etkileri vardır. Fazla kilo alma, yorgunluk, susuzluk, iştahsızlık, baş dönmesi, iştahsızlık gibi etkiler hastaları psikolojik açıdan da tetikler. Bu hastalık grubu için madde ve ilaç kullanımı da intihar risk faktörleri sırasındadır. (Mcelroy ve ark., 2006).

MS'in gidişi sırasında psikiyatrik bozukluklar çok sık olarak ortaya çıkar (Garland ve Zis, 1991). MS hastalarında psikotik epizot görülebilir. Fakat nadir olmakla birlikte hastalığın başlangıç belirtisi de olabilir. Matson ve Brooks'un öne sürdükleri "kronik hastalığa uyum" modeline göre MS hastaları başlangıçtan itibaren belirsizlik,

inkar, kabullenme ve uyum gibi evrelerinden geçmektedirler (Walsh ve Walsh, 1989). MS teşhisinin konulması bile bekleme süreci gerektirir o yüzden hasta belirsiz bir durum içerisine girer. Bu süreçte hasta başına gelecekleri hayal eder. Daha çok kötü şeyler düşündüğünden dolayı genelde depresyonla başlayan psikiyatrik bozuklukların temeli konular. Depresyon gelişimi söylendiği gibi genelde hastalığın varlığına bir reaksiyon olarak ortaya çıkar. Bununla birlikte hastalığın kendisinin yapısal etkisinin de depresyonun ortaya çıkmasında rol oynadığı bilinmektedir. MS hastalarında depresyon normal insanlara oranla 2-3 kat daha fazladır. Bu yüzden intiharların psikolojik özelliklerle ilgisi olduğu bilinmektedir. Çeşitli güncel çalışmalarda, major depresyonu olan hastaların 2/3'nün antidepresan almadığı bilinmektedir. Ayrıca intihar girişiminde bulunan MS hastalarının 1/3'nün herhangi bir psikiyatrik yardım almadığı da vurgulanmaktadır (Deniz, 2008). Ayrıca hastanın alkol problemlerinin olması, sosyal olarak izole olması da intihar riskini artırmaktadır. Multipl sklerozlu kişilerde daha önce yapılan intihar riski çalışmalarının genel sonucu, riskin tanıdan hemen sonra en yüksek olduğu yönündedir (Stenager, 1992; **Fredrikson ve ark., 2003** ).



### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Materyal**

##### **3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu araştırma Multiple Skleroz hastalarında intihar düşüncesinin klinik ve demografik özelliklerle ilgisine bakmak amacıyla yapılmıştır. Araştırma deneklerin izlendiği, ileriye dönük planlanan, prospektif kohort tipinde çalışmadır.

##### **3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde 15 Ağustos 2018-20 Kasım 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

##### **3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde kayıtlı olan MS hastaları oluşturmuştur. Tez çalışmasında alınacak örneklem sayısı ise  $\alpha=0.05$  önem düzeyinde power analiz yapılarak 175 kişi olarak hesaplandı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- ✓ Kesin MS tanısı konmuş olmak
- ✓ 18-65 yaş aralığında olmak
- ✓ Kolay iletişim kurabilen hastalar
- ✓ Gönüllü olmak
- ✓ Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış olmak
- ✓ Soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel engeli olmamak
- ✓ Türkçe konuşma-anlama sorunu olmamak

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri;

- ✓ 18-65 yaş aralığında olmamak
- ✓ Gönüllü olmamak
- ✓ Tıbb öyküsünde psikiyatrik hastalık olmak
- ✓ Soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel engeli olmak
- ✓ Türkçe konuşma-anlama sorunu olmak

Polikliniğe gelen, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalarla yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından ankette yer alan sorular sorulmuştur.

### **3.2. Metot**

#### **3.2.1. Veri Toplama Araçları**

Hasta bireylere Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) ile birlikte İntihar Düşüncesi Ölçeği (Ek 2), Beck Depresyon Envanteri (Ek 3), Strese yatkınlık ölçeği (Ek 4), Yaşam Doyum Ölçeği (Ek 5) ve Yorgunluk için görsel benzerlik skalası (Ek 6) uygulandı. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 30 dakika zaman aldı.

#### **Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi formunda hastalardan demografik özellikleri sorulmuştur. Bura hastaların yaş, hastalık süresi, cinsiyet, yaşadığı yer, el tercihi, medeni durumu, evde beraber kimlerle yaşaması, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, MS dışında her hangi bir kronik hastalığının olması gibi sorular dahildir (Ek 1).

#### **İntihar Düşüncesi Ölçeği**

Araştırmada hastaların intihar düşüncesini ölçmek için İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) kullanılmıştır. Ölçek 1989'da Levine tarafından geliştirilmiştir. İntihar düşüncesinin şiddetini saptamaya yönelik olan ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği ise Dilbaz ve arkadaşları (1993) tarafından sınıanmıştır (Levine 1989; Dilbaz 1995). Ölçek cevap olarak "doğru " veya "yanlış" iki şıkı içeren 17 maddeden oluşur. Orjinal ölçeğin Türkçe formunun test-tekrar test güvenilirliği katsayısı Bayam ve arkadaşları tarafından  $r=0,88$  olarak bulunmuştur (1995). Ölçeğin araştırmamızdaki cronbach alfa katsayısı ise 0,88'dir. Ölçekten en az 0, en fazla ise 17 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, intihar düşüncesinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Ek 2).

#### **Genişletilmiş Yetiyitimi Durum Ölçeği (EDSS)**

Genişletilmiş Yetiyitimi Durum Ölçeği veya EDSS MS'te görülen değişiklikleri piramidal, duyuşal, serebellar, görsel, beyin sapı, barsak/mesane, serebral/mental ve diğer şekilde nörolojik işlevler açısından kategorize ederek değerlendirmektedir. Hastanın ambulasyon durumunun sorulması ve anılan işlevsel sistemlerin her birinin puanlanması ile total puan verilir. 0 puan zamanı hiçbir semptom

yok demektir, 10 en yüksek puan olub, MS'e bağlı ölüm olarak değerlendirilir. 4,5 hastanın tam ambulatuvar olduğunu gösterirken, 5 puan ve üstü üzerinde olan EDSS skoru, hastanın yürüyebilmek için destek cihazlara ihtiyacı olduğunu göstermektedir (Krutzke, 1995).

EDSS, MSS'nin işlevsel sistem olarak bilinen 8 bölgesinin ölçümüne dayanmaktadır. Önce yüz ve parmaklardaki geçici his kaybını ve işlevsel bozukluğu ölçer daha sonra yürüme mesafesini kullanarak hareket açısından hastanın özürlülüğu ölçer (Arslantaş, 2002).

Bu araştırma için EDSS ölçeğinin değerlendirilmesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Nöroloji MS Polikliniği'nde hekimler tarafından yapılmış olup nöroloji kayıtlarından alınmıştır (Ek 7).

### **Beck Depresyon Ölçeği**

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. BDÖ'i depresyonda görölen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. Ölçeğin maddeleri herhangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır. Likert tipinde olan ölçek 21 sorudan oluşmaktadır ve her belirti maddesi 0-3 arasında değişen puanlarla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçeğin toplam puanın yüksek olması depresyon düzeyinin yada şiddetinin yüksekliğini bildirmektedir. BDÖ'nin Türkçe'ye çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Teğin tarafından yapılmıştır. Teğin (1987), 40 üniversite öğrencisinde 15 gün ara ile test tekrar test yöntemi ile yaptığı çalışmada güvenilirlik katsayısını 0.65 elde etmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı (internal consistency), iki-yarım (split-half) korelasyon yöntemi ile depresif hastalar için 0.61 ve üniversite öğrencileri için 0.78 olarak bulunmuştur. Ölçek eş zamanlı geçerlik (concurrent validity) yöntemi ile değerlendirildiğinde depresyon tanısı konan hastaların tanıları ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının paralellik gösterdiği gözökmüştür. Yapılan güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları bu ölçeğin depresif belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilecek, kolay bir şekilde puanlanabilen uygun bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir (Ek 3).

### **Strese Yatkinlık Ölçeği**

Strese yatkinlik ölçeği Miller ve arkadaşları tarafından geliştirilen Stres Audit 4.2-OS Ölçeği'nin üç bölümünden birisidir (1988). Yatkinlik maddeleri Likert tipi olarak 1-Hemen her zaman, 5- Hiçbir zaman bir ölçekte derecelendirilmektedir. Maddeler; alkol, kafein ve tütün kullanımı; yeme, uyuma, eğlence alışkanlıkları ve fiziksel egzersizler, duyguları ifade etme yeteneği ile sosyal ve ruhsal kaynaklar ile ilgilidir . Güvenirlik çalışması Day (1992) tarafından yapılmıştır ve ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısının  $r = .73$  ( $p < 0.01$ ) olduğu görülmüştür. Ayrıca olarak bu ölçek, Şahin ve Durak-Batıgün (1997) ve Şahin ve arkadaşları (1994) tarafından iki ayrı çalışmada kullanılmış, bu çalışmalarda ise ölçeğin iç tutarlılık katsayıları  $\alpha = 0.74$  ve  $\alpha = .78$  olarak hesaplanmıştır. Puan aralığı; 20-100'dür. Ölçekten alınan puanlar arttıkça, strese yatkinlik derecesi artmaktadır. Ölçeğin stresle etkili başa çıkma yöntemleri ile korelasyonu  $r = -0.35$  ( $p < 0.001$ ) saptanmıştır. Etkisiz başa çıkma yöntemleri ile korelasyonu ise  $r = 0.24$  ( $p < 0.001$ ) olarak görülmüştür. İş stresi ve iş doyumunu ile ilgili olarak da bu ölçek Kahya (2006) tarafından, 503 jandarma mensubundan oluşan örneklem üzerinde yapılan çalışmada iç tutarlılığı için elde edilen Cronbach Alfa katsayısı .82' dir. Bu çalışmada, ayrıca ölçeğin yapı geçerliği ile ilgili hesaplamalar da yapılmıştır. Sonuçta, ölçeğin iş yeri stres faktörleri toplam puanı ile korelasyonunun  $r = 0.39$  ( $p < 0.01$ ) olarak, stres belirtileri toplam puanı ile korelasyonunun ise  $r = 0.48$  ( $p < 0.01$ ) görülmüştür (Kahya, 2006) (Ek 4).

### **Yaşam Doyum Ölçeği**

Orjinal ismi The Satisfaction with Life Scale (SWLS) olan Yaşam Doyum Ölçeği 5 maddeden oluşan 7'li likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir (10). Ölçek, 1 puanla " Hiç Katılmıyorum" seçeneğinden 7 puanla "Tamamen Katılıyorum" seçeneğine giden metrik bir ölçümü içerir.

Ölçeğin Türkçe'sinin Tanımlayıcı Özellikleri ve Güvenirliği:

Türk üniversite öğrencilerinde ( $n = 547$ ); ölçekten alınan puanın ortalaması 21.91, standart sapması 6.18, ölçeğin iç tutarlılığı 0.81 olmuştur. Maddelere ait madde - toplam ölçek korelasyonunun ise 0.55 ile 0.63 arasında değiştiği bulunmuştur.

Türk cezaevi çalışanlarında ( $n = 166$ ); ölçekten alınan puanın ortalaması 15.68, standart sapması 6.97, ölçeğin iç tutarlılığı 0.82 olmuştur ve maddelere ait madde - toplam ölçek korelasyonunun ise 0.55 ile 0.69 arasında değiştiği bulunmuştur.

Başka bir araştırmada türk yaşlılarda (n = 123); ölçekten alınan puanın ortalaması 23.82, standart sapması 7.44, ölçeğin iç tutarlılığı 0.89 olmuş ve maddelere ait madde - toplam ölçek korelasyonunun 0.68 ile 0.78 arasında değiştiği bulunmuştur.

Geçerlik:

Doğrulayıcı Faktör Analizi, her üç örnekleme de aynı olup, ölçeğin tek faktörden oluştuğunu ortaya koymuştur, uyum indeksleri yeterli düzeydedir.

Çoklu Grup Karşılaştırmasını içeren Doğrulayıcı Faktör Analizi ölçeğin kuramsal yapısının her bir örnekleme için sabit olduğunu göstermiştir.

Ölçeğin ayırt edici geçerliğinin ve eş zamanlı geçerliğinin yeterli düzeyde olduğu gözlenmiştir. Eş geçerlik açısından ölçekten alınan toplam puan ve yaşam doyumu ile benzer yapılara ait değişkenler arasında örneğin, olumlu duygudurum, benlik saygısı vb, anlamlı düzeyde ilişki gözlenmiştir. Ayırt edici geçerlik açısından yaşam doyumu ile yaşam doyumundan farklı yapıya sahip kendini sansürleme isteği arasındaki ilişki ise anlamsız bulunmuştur (Durak ve ark., 2010) (Ek 5).

### **Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası**

Yorgunluk durumunun belirlenmesi için kullanılan "Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası" 1990 yılında Lee ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği ise Yurtsever tarafından yapılmıştır. Bu skala, 18 maddeden oluşmaktadır. Enerji ve yorgunluk olarak iki alt skalası bilinmektedir. Skaladaki maddelerin 1., 2., 3., 4., 5., 11., 12., 13., 14., 15., 16., 17., 18. maddeleri yorgunluk skalalarına ve 6., 7., 8., 9., 10. maddeler ise enerji alt skalalarına ilişkindir. Yurtsever'in geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach's alfa yorgunluk için 0.90, enerji için 0.74 olarak bulunmuştur (Yurtsever, 1999). "Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası" nın bir ucunda en olumlu, diğer ucunda ise olumsuz ifadenin yer oluşmaktadır. İki ifade arasında 10 cm'lik çizgilerin bulunduğu satırlar vardır. Kişiden kendisi için uygun olan kısmı işaretlemesi istenmektedir. Daha sonra işaretlediği kısım cetvel ile ölçülerek değer tespit edilecektir. Yorgunluk alt skalasının maddeleri, en olumludan en olumsuza giderken, enerji alt skalasının maddeleri ise en olumsuzdan en olumluya doğru gitmektedir. Yorgunluk alt skalasının yüksek puanı, enerji alt skalasının düşük puanı, yorgunluğun şiddetinin fazla olduğunu bildirmektedir. Yorgunluk için min=0, max=13, enerji için min=0, max=5' puan vardır (Yurtsever, 1999) (Ek 6).

### **3.2.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırma Ondokuz Mayıs Üniversite Hastanesi Nöroloji Polikliniği'nde MS hastaları ile planlanan tarihlerde yapılmıştır. Ölçeklerin ve anketlerin hastalara uygulanmasından önce araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmanın amacı hastaya tam aydın olduktan sonra hastalar tarafından ölçekler ve anketler cevaplanmıştır. MS hastalarına bu sorular hastane ortamında ve kendileri için en uygun zamanlarda uygulanmıştır. Hastaların soruları cevaplayabilecek düzeyde olmasına, fiziksel ve psikolojik yönden iyi hissetmesine son derece önem gösterilmiştir. Ölçekler ve anketler yardımcı araştırmacı tarafından hastalarla yüzyüze görüşülerek uygulanmıştır. Görüşmelerin her biri 20-30 dakika sürmüştür. EDSS puanları ise kayıtlardaki bilgilerden elde edilmiş olup, hastaların nöroloji uzmanları tarafından değerlendirilmiştir.

### **3.2.3. İstatistiksel Değerlendirme**

Tez çalışmasında tanımlayıcı özellikler için sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, değişim aralığı, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Hastalık grubun; iki bağımsız grup karşılaştırmalarında normal dağılış gösteren gruplar iki bağımsız t-testi, normal dağılış göstermeyen gruplar Mann-Whitney U testi ile analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. İki'den çok bağımsız grup karşılaştırmalarında normal dağılış gösteren ve varyansları homojen olan gruplar için Anova testi, çoklu karşılaştırma için ise Tukey testi kullanıldı. Normal dağılış göstermeyen gruplar ise Kruskal-Wallis H testi ile test edildi. Çoklu karşılaştırma için ise Dunn testi kullanıldı.

İki değişken arasındaki ilişki ise Spearman sıra korelasyonu ile analiz edildi. İDÖ üzerinde önemli etkiye sahip olan açıklayıcı değişkenler çoklu regresyon analizi (stepwise) ile analiz edildi.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Bu çalışmadaki verilerin analizi IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) versiyon 22 paket programıyla değerlendirilmiştir.

### **3.2.4. Etik Konular**

Çalışmanın etik ilkelere uygunluğu *Ondokuz Mayıs Üniversitesi* Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildi ve etik onam alındı (Ek 8). Araştırmada örnekleme alınan hastalara açıklama yapılarak gönüllü olur formları

verilmiştir, araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatıldıktan sonra araştırmaya katılmak için onamları alınmış ve hastalara bireysel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda güvence verilmiştir.



## 4. BULGULAR

### 4.1. MS Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

MS hastalarının tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de gösterildi. Araştırmaya 179 hasta katılmıştır. Sosyodemografik analizler sonucu hastaların yaş ortalaması  $41,3 \pm 11,44$  bulunmuştur. Hastaların %68,2’sinin kadın, %31,8’inin ise erkek olduğu gözükmektedir. Hastaların %38’inin ilk öğretim, %33’ünün lise, %23,5’inin ise üniversite eğitim durumuna sahip olduğu, %5,6’sının eğitim durumuna sahip olmadığı saptanmıştır. Medeni duruma göre ise %76,5’le hastaların çoğunluğunun evli olduğu saptanmıştır. Geri kalan %17,3’ünün bekar, %6,1’inin ise boşanmış olduğu belirlenmiştir. Hastaların %40,8’i orta gelir düzeyinde olurken %39,7’sinin kötü ve %19,6’sını iyi gelir düzeyinde olduğu görülmüştür. Meslek açısından değerlendirilcek olursa, hastaların %51,4’ünün çalışmadığı, %24,6’sının memur olduğu, %15,1’inin serbest meslekle uğraştığı, %8,9’unu emekli olduğu saptanmıştır. İilde yaşayan hastalar araştırmanın %58,7’ini, ilçede yaşayan hastalar %32,4’ünü, köyde yaşayanlar ise %8,94’ünü oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun %91,1’inin aile ile yaşadığı belirlenirken çeşitli sebeplerden dolayı %5’inin çocuklarla %3,9’unun ise yalnız yaşadığı saptanmıştır. Sağlık hizmetine kolay ulaşım sorusuna %76,5 hasta evet cevabı verirken %23,5’si hayır cevabını vermiştir. Hastaların %86,6’ı sağ elini, %13,4’ü ise sol elini kullanmaktadır.



**Tablo 1.** MS hastalarının sosyodemografik tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	122	68,2
	Erkek	57	31,8
<b>Eğitim Durumu</b>	Yok	10	5,6
	İlk öğretim	68	38
	Lise	59	33
	Universite	62	23,5
<b>Medeni Durum</b>	Evli	137	76,5
	Bekar	31	17,3
	Boşanmış	11	6,1
<b>Gelir Düzeyi</b>	Kötü	71	39,7
	Orta	73	40,8
	İyi	35	19,6
<b>Meslek</b>	Çalışmıyor	92	51,4
	Memur	44	24,6
	Serbest	27	15,1
	Emekli	16	8,9
<b>Yaşadığı Yer</b>	İl	105	58,7
	İlçe	58	32,4
	Köy	16	8,94
<b>Evde yaşadığı kişiler</b>	Yalnız	7	3,9
	Aile	163	91,1
	Çocuklar	9	5
<b>Sağlık hizmetine kolay ulaşım</b>	Evet	137	76,5
	Hayır	42	23,5
<b>El tercihi</b>	Sağ	155	86,6
	Sol	24	23,5
<b>Toplam</b>		179	100,0

Araştırma kapsamına alınan hastaların %55,9'unun 1-10 yıldır, %31,8'si 11-20 yıldır, %12,3'ünün ise 20 yıldan fazladır MS hastası olduğu saptanmıştır. Hastaların %23,5'de MS dışında bir hastalık mevcutken %76,5'inde başka bir hastalığın olmadığı saptanmıştır. MS klinik tiplerine bakıldığında çalışmadaki hastaların çoğunluğunun RRMS olduğu (%73,7) belirlenmiştir. Hastaların %14'ü SPMS, %7,8'i ise KİS'tir.

PPMS klinik tip hastalar ise araştırmanın daha az kısmını %4,5'ini oluşturmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2.** MS hastalarının hastalıkla ilgili klinik özelliklerinin değerlendirilmesi

Hastalarla İlgili Diğer Özellikler	Sayı	%
MS hastalık süresi	0-10 yıl	100
	11-20 yıl	57
	21 yıl ve üzeri	22
MS dışında diğer hastalık	Var	42
	Yok	137
MS klinik tipi	SPMS	25
	RRMS	132
	PPMS	8
	KIS	14
<b>Toplam</b>	<b>179</b>	<b>100,0</b>

Araştırma kapsamına alınan hastalara hastalıktan veya diğer sebeplerden dolayı varolabilecek psikolojik sorunları belirlemek amacıyla Beck Depresyon Ölçeğinden bazı sorularla ayrıca değerlendirilmiştir. Hastalara tükenmişlikle ilgili sorular sorulmuştur. %43,6 hasta hayır, %30,2 hasta kısmen ve %26,3 hasta ise evet cevabı vermiştir. %41,3 hastanın yürüme bozukluğunun olmadığını belirtirken, %14 hasta kısmen zorluk çektiğini, %44,7 hasta ise hareket durumunun kötü olduğunu ifade etmiştir. Son zamanlarda hastaların kilo kaybetme durumuna bakılacak olursa %65,9 hastanın kilo kaybetmediği, %25,1 hastanın 2-4 kilo kaybetmediği, %8,9 hastanın ise daha fazla kilo kaybı gözlenmiştir. Hastaların %36,3'ünün dikkat toplamada sorun yaşamadığı, %24'ünün kısmen sorun yaşadığı, %39,7 hastanın ise çok zorlandığı saptanmıştır. Hastaların %45,3'ünün cinsel konulara ilgisinin iyi olduğu belirlenirken, %38,5 hastanın orta olduğu bu konularda değişim hissetmediği, %16,2 hastanın ise cinsel konulara ilgisini tamamen kaybettiği gözlenmiştir. Gelecekle ilgili umutsuzluk durumunda hastaların %44,7'inin umutsuz hissetmediği, %34,1'inin kısmen umutsuz hissettiği, %21,2'sinin ise çok fazla umutsuz hissettiği saptanmıştır. Son olarak hastalara uyku düzeniniz nasıl diye sorulmuştur ve hastaların %70,4'ü uyku düzenlerinin iyi olduğunu belirtmiştir. Hastaların %15,1'i uyku düzeninden rahatsızken, %14,5'i orta uyku düzeyindedir (Tablo 3).

**Tablo 3.** MS hastalarının hastalıkla ilgili diğer özelliklerinin değerlendirilmesi

<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Tükenmişlik</b>	Yok	78	43,6
	Kısmen	54	30,2
	Var	47	26,3
<b>Yürüme Bozukluğu</b>	Yok	74	41,3
	Kısmen	25	14,0
	Var	80	44,7
<b>Son Zamanlarda Kilo Kaybı</b>	Yok	118	65,9
	2-4 kilo	45	25,1
	Fazla	16	8,9
<b>Dikkat Toplama</b>	İyi	65	36,3
	Orta	43	24,0
	Kötü	71	39,7
<b>Cinsel Konulara İlgi</b>	İyi	81	45,3
	Orta	69	38,5
	Yok	29	16,2
<b>Umutsuzluk</b>	Yok	80	44,7
	Kısmen	61	34,1
	Fazla	38	21,2
<b>Uyku Düzeni</b>	Kötü	27	15,1
	İyi	26	14,5
	Orta	126	70,4
<b>Toplam</b>		<b>179</b>	<b>100,0</b>

Hastaların EDSS puanları ve geçirdikleri atak sayılarıyla ilgili bilgiler ise Tablo 4’de gösterildi. Hastaların %26,3’ü 0 EDSS puanına sahipken %1,7’inin ise 6,5 puanla araştırmadaki en yüksek EDSS puanlı hastalar olduğu saptanmıştır. Atak sayısı en az 1 en çok ise 16 dır.

**Tablo 4.** MS hastalarının EDSS puanları ve geçirdikleri atak sayılarıyla ilgili dağılım

	EDSS	Atak Sayı
<b>X±S</b>	2,2933±1,93773	3,8771±2,50762
<b>Medyan</b>	2	3
<b>Min</b>	0	1
<b>Max</b>	6,50	16

Tablo 5’deki EDSS puanı ile hastaların atak sayısı, hastalık süresi ve hastaların yaşları arasında ilişkiler verilmiştir. Hastalık süresi ile EDSS puanı arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde kuvvetli seviyede anlamlı ilişki olduğu gözükmemektedir ( $r=0,436$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların yaşları ile EDSS puanları arasında da ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,476$ ;  $p<0,05$ ). Yani hastanın yaşı arttıkça EDSS puanı artmaktadır. Aynı şekilde hastaların geçirdikleri atak sayıları ile EDSS puanı arasında da ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde güçlü seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,335$ ;  $p<0,05$ ). Atak sayısı arttıkça hastaların EDSS puanı da artmaktadır.

**Tablo 5.** EDSS puanı ile hastaların atak sayısı, hastalık süresi ve hastaların yaşları arasında ilişkiler

		EDSS
<b>Hastanın Yaşı</b>	r	0,476
	p	0,000*
	n	179
<b>Hastalık Süresi</b>	r	0,436
	p	0,000*
	n	179
<b>Hastanın Atak Sayısı</b>	r	0,335
	p	0,000*
	n	179

#### 4.2. MS Hastalarının Tanıtıcı Özellikleriyle İntihar Düşüncesi Ölçeğinin Sonuçlarının Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan hastaların intihar düşüncesi ölçeğine göre puan ortalaması  $6,66\pm 4,39$  olarak elde edilmiştir (Tablo 6).

**Tablo 6.** İntihar Düşüncesi Ölçeğinin toplam puan dağılımı

	N	X±S	Değişim Aralığı	Cronbach Alfa
<b>İntihar Düşüncesi Ölçeği Toplam Puanı</b>	179	6,66±4,39	16	0.860

Hastaların cinsiyetinin intihar düşüncesini etkilemediği görülmüştür ve Mann-Whitney U testinin sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların eğitim durumu açısından ise intihar düşüncesi puanını etkilediği görülmüştür, Kruskal-Wallis H testi sonucu ile aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Farklılığın lise ve lisans eğitimi olan hastalarla eğitimi olmayan ve ilköğretim eğitim durumuna sahip hastalar arasında olduğu bulunmuştur. Korelasyon testinin sonuçlarına göre hastaların eğitim durumuyla intihar düşüncesi arasında ters yönde önemli bir ilişki vardır ( $r=-0,339$ ). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça intihar düşüncesi puanları azalmıştır. Tablo 6’da eğitim durumuna sahip olmayan hastaların eğitim durumuna sahip hastalardan intihar düşüncesi puanının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Eğitim durumu üniversite olan hastaların intihar düşüncesi puanlarının ise diğer hastalardan çok daha düşük olduğu saptanmıştır. Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre hastaların medeni durumunun intihar düşüncesi puanlarını etkilediği bulunmuştur. Sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). İntihar düşüncesi puanının boşanmış hastalarda bekar ve evli hastalara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Evli hastalarda ise intihar düşüncesi puanı bekar hastalara göre daha fazla bulunmuştur. Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre hastaların gelir düzeyi ile intihar düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların mesleklerinin intihar düşüncesi puanını etkilediği görülmüştür, Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre aradaki farkın istatistiksel olarak zayıf derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışmayan hastaların intihar düşüncesi puanlarının en yüksek olduğu görülmüştür. İkinci olarak serbest meslekle uğraşan hastaların intihar düşüncesi puanlarının emekli ve memur hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Listenin sonunda memurlar yer almaktadır. Memurlar en düşük intihar düşüncesi puanına sahip olan hastalardır. Hastaların yaşadığı yerin intihar düşüncesi puanlarını etkilemediği bulunmuştur. Kruskal-Wallis H testi sonucunun

istatistiksel olarak anlamsız olduğunu saptamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların evde kimlerle yaşadığı da yani ailesi, çocukları yada yalnız yaşaması gibi durumlar da Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre intihar düşüncesi puanını etkilememektedir ( $p>0,05$ ). Hastaların sağlık hizmetine kolay ulaşabilmesinin onların intihar düşüncesi puanı üzerinde Mann-Whitney testinin sonuçlarına göre etkili olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hayır cevabı veren hastaların intihar düşüncesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Mann-Whitney U testinin sonuçlarına göre hastaların el tercihi ile intihar düşüncesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre MS hastalık süresi ile intihar düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 11-20 yıldır MS hastası olanların intihar düşüncesi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. 20 yıldan uzun süredir MS hastası olanların intihar düşüncesi puanı ise 0-10 yıldır hasta olanlardan yüksek olmuştur. Mann-Whitney U testinin sonuçlarına göre MS dışında diğer hastalığın olmasının intihar düşüncesi puanını etkilemediği görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre MS klinik tipiyle intihar düşüncesi puanı arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7.** MS Hastalarının Tanıtıcı Özellikleriyle İntihar Düşüncesi Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

İntihar Düşüncesi Ölçeği		Min	Max	Değişim Aralığı	Ortalama	Standart Sapma	İstatistik Sonuç
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	1,00	17,00	16,00	6,93	4,46	p=0,231
	Erkek	1,00	17,00	16,00	6,09	4,24	
<b>Eğitim Durumu</b>	Yok	3,00	13,00	10,00	10,00	3,30 <sup>a</sup>	p=0,000*
	ilk öğretim	1,00	17,00	16,00	8,07	4,49 <sup>a</sup>	
	Lise	1,00	17,00	16,00	5,68	4,17 <sup>b</sup>	
	Universite	4,00	17,00	13,00	4,98	3,71 <sup>b</sup>	
<b>Medeni Durum</b>	Evli	1,00	17,00	16,00	6,90	4,32 <sup>b</sup>	p=0,000*
	Bekar	1,00	17,00	16,00	4,32	3,86 <sup>c</sup>	
	Boşanmış	1,00	11,00	10,00	10,36	3,64 <sup>a</sup>	
<b>Gelir Düzeyi</b>	Kötü	1,00	17,00	16,00	7,11	4,40	p=0,457
	Orta	1,00	17,00	16,00	6,59	4,65	
	İyi	3,00	17,00	14,00	5,91	3,82	
<b>Meslek</b>	Çalışmıyor	1,00	17,00	16,00	7,30	4,49 <sup>a</sup>	p=0,04*
	Memur	2,00	17,00	15,00	5,07	3,64 <sup>b</sup>	
	Serbest	1,00	16,00	15,00	7,22	4,53 <sup>ab</sup>	
	Emekli	1,00	16,00	15,00	6,44	4,83 <sup>ab</sup>	
<b>Yaşadığı Yer</b>	İl	1,00	17,00	16,00	6,18	4,17	p=0,284
	İlçe	1,00	17,00	16,00	7,38	4,72	
	Köy	4,00	16,00	12,00	7,25	4,49	
<b>Evde yaşadığı kişiler</b>	Yalnız	2,00	16,00	14,00	7,00	5,48	p=0,183
	Aile	1,00	17,00	16,00	6,50	4,30	
	Çocuklar	1,00	17,00	16,00	9,44	4,90	
<b>Sağlık hizmetine kolay ulaşım</b>	Evet	1,00	17,00	16,00	6,22	4,34	p=0,014*
	Hayır	1,00	16,00	15,00	8,12	4,32	
<b>El tercihi</b>	Sağ	1,00	17,00	16,00	6,41	4,27	p=0,051
	Sol	1,00	17,00	16,00	8,29	4,96	
<b>MS hastalık süresi</b>	0-10 yıl	1,00	17,00	16,00	6,15	4,38 <sup>b</sup>	p=0,000*
	11-20 yıl	1,00	17,00	16,00	7,37	4,28 <sup>a</sup>	
	20+	1,00	17,00	16,00	7,18	4,69 <sup>a</sup>	
<b>MS dışında diğer hastalık</b>	Var	3,00	17,00	14,00	7,67	4,21	p=0,092
	Yok	1,00	17,00	16,00	6,36	4,43	
<b>MS klinik tipi</b>	SPMS	0,00	13,00	13,00	6,04	3,89	p=0,752
	RRMS	0,00	16,00	16,00	6,82	4,48	
	PPMS	1,00	10,00	14,00	5,25	3,20	
	KIS	2,00	14,00	9,00	7,14	5,14	

Hastaların yaşları ile intihar düşüncesi puanı arasında ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,206$ ;  $p<0,05$ ). Hastanın yaşı arttıkça intihar düşüncesi puanı da artmaktadır. Hastaların EDSS puanı ile intihar düşüncesi arasında ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,244$ ;  $p<0,05$ ). İstatiksel olarak hastanın EDSS puanı arttıkça intihar düşüncesi artmaktadır. Hastaların geçirdikleri atak sayısı ile intihar düşüncesi arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 8).

**Tablo 8.** MS hastalarının diğer tanıtıcı özellikleriyle İntihar Düşüncesi Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması

<b>İntihar Düşüncesi Ölçeği</b>		
<b>Hastanın Yaşı</b>	r	0,206
	p	0,006*
	n	179
<b>Hastalık Süresi</b>	r	0,244
	p	0,001*
	n	179
<b>Hastanın Atak Sayısı</b>	r	-0,09
	p	0,902
	n	179

Tablo 9’da MS hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden alınan hastalıkla ilgili diğer tanıtıcı özellikleriyle İntihar Düşüncesi Ölçeğinin ilişki korelasyon testi sonuçları karşılaştırılmıştır. Hastaların uyku düzenleri ile intihar düşüncesi puanı arasında da ilişkiye bakılmıştır. İlişki korelasyon testi sonucuna göre ters yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,190$ ;  $p<0,05$ ). İstatiksel olarak yani hastaların uyku düzeni iyi oldukça intihar düşüncesi puanları azalmaktadır. Korelasyon testinin sonuçlarına göre hastalarda tükenmişlik durumuyla intihar düşüncesi arasında pozitif yönde önemli bir ilişki vardır ( $r=0,434$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların tükenmişlik düzeyi arttıkça intihar düşüncesi puanları da artmaktadır. Yürüme bozukluğu ve intihar düşüncesi puanları arasında ilişkiye bakıldığında ilişki korelasyon testi sonuçlarına göre pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $r=0,328$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların hareket durumu zorlaştıkça intihar düşüncesi puanları istatiksel olarak artmaktadır. Hastaların dikkat toplama durumlarıyla intihar düşüncesi arasında ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,356$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların



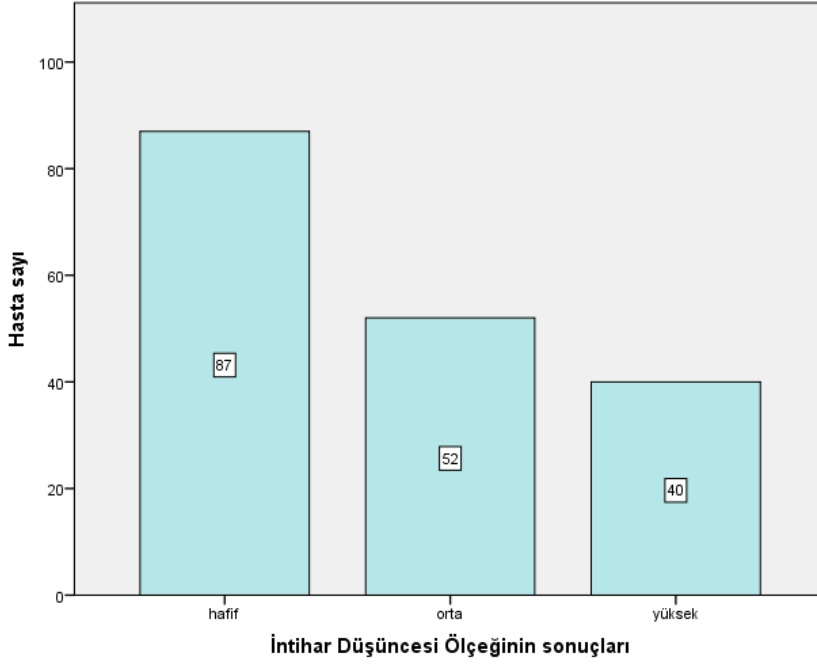
dikkat toplama durumları zorlaştıkça intihar düşüncesi puanları artmaktadır. Hastaların gelecekle ilgili umutsuzluk durumları ile intihar düşüncesi puanı arasında ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde yüksek anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,594$ ;  $p<0,05$ ). Yani istatiksel olarak hastaların gelecekle ilgili umutsuz ve olumsuz düşünceleri arttıkça intihar düşüncesi puanları artmaktadır. Hastaların kilo kaybı ile intihar düşüncesi arasında ilişkiye de bakılmıştır. İstatiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Aradaki farkın pozitif olduğu saptanmıştır ( $r=0,207$ ). Yani istatiksel olarak hastalar kilo kaybettikçe intihar düşüncesi puanları da artmaktadır. Korelasyon testinin sonuçlarına göre hastalarda cinsel konularla intihar düşüncesi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde önemli bir ilişki vardır ( $r=0,437$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların cinsel konulara ilgisini kaybettikçe intihar düşüncesi puanlarının da arttığı belirtilmiştir.

**Tablo 9.** MS hastalarının hastalıkla ilgili diğer tanıtıcı özellikleriyle İntihar Düşüncesi Ölçeğinin sonuçlarının karşılaştırılması

Beck Depresyon Ölçeği		İntihar Düşüncesi Ölçeği
Uyku Düzeni	r	-0,190
	p	0,011*
	n	179
Tükenmişlik	r	0,434
	p	0,000*
	n	179
Yürüme Bozukluğu	r	0,328
	p	0,000*
	n	179
Dikkat Toplama	r	0,356
	p	0,000*
	n	179
Umutsuzluk	r	0,594
	p	0,000*
	n	179
Kilo Kaybı	r	0,207
	p	0,005*
	n	179
Cinsel Konulara İlgi	r	0,437
	p	0,000*
	n	179

#### 4.3. MS Hastalarının İntihar Düşüncesi, Yaşam Doyum, Yorgunluk, Strese Yatkinlik ve Depresyon Ölçeklerinin sonuçları

Araştırma kapsamına alınan hastaların %48,6'sında intihar düşüncesi puanı daha az iken %29,1'inde bu puanın orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Hastaların %22,3'ünde ise bu düşüncenin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Şekil 1).



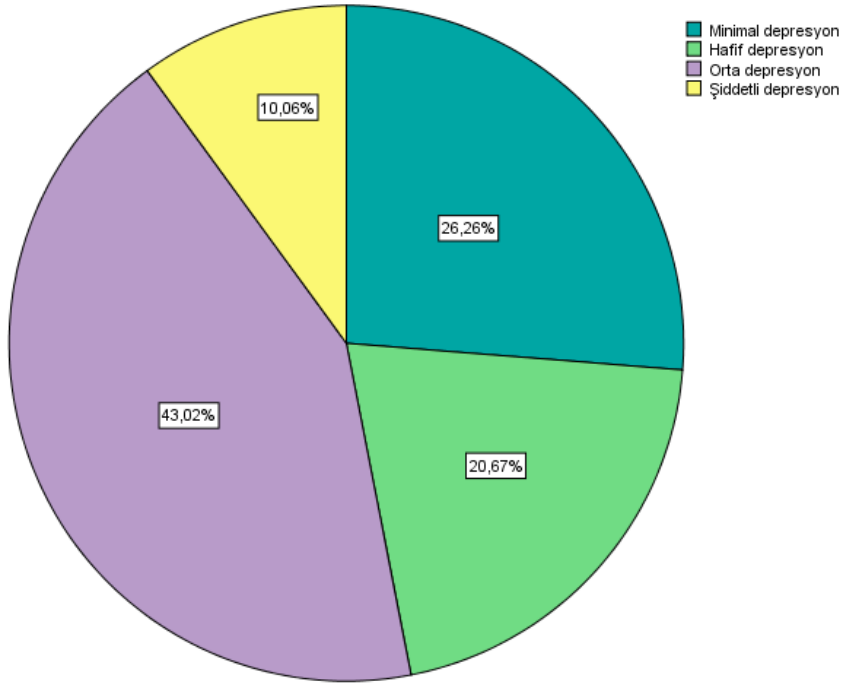
**Şekil 1.** MS Hastalarının İntihar Düşüncesi Ölçeğinin sonuçları

Yaşam Doyum Ölçeğinin sonuçlarına göre ise hastaların %20,1'inin öz yaşamlarından daha az memnun, %45,8'inin orta derecede memnun, %34,1'inin ise daha çok memnun olduğu gözlenmiştir. Strese Yatkınlık Ölçeğinin sonuçlarına göre ise hastaların %15,7'inin daha az, %54,7'inin daha orta, %29,6'inin ise daha çok strese yatkın olduğu bulunmuştur. Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası iki alt skaladan oluşmaktadır. Bu alt skalalar yorgunluk ve enerji alt skalaları olup ve birbirinden ayrı değerlendirilmiştir. Hastaların %35,8'i hafif, %42,5'i orta, %21,8'i ise şiddetli yorgunluktan şikayet etmiştir. Hastaların %43'ünün düşük, %26,8'inin orta, %30,2'sinin ise yüksek enerjide olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

**Tablo 10.** MS Hastalarının Yaşam Doyum, Yorgunluk ve Strese Yatkınlık Ölçeklerinin sonuçları

Ölçekler		Sayı	%
Yaşam Doyum Ölçeği	Az memnun	36	20,1
	Orta memnun	82	45,8
	Yüksek memnun	61	34,1
Strese Yatkınlık Ölçeği	Az	28	15,7
	Orta	98	54,7
	Çok	53	29,6
Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası	Yorgunluk		
	Hafif	64	35,8
	Orta	76	42,5
Enerji	Şiddetli	39	21,8
	Düşük	77	43,0
	Orta	48	26,8
	Yüksek	54	30,2
Toplam		179	100,0

Beck Depresyon Ölçeğinin sonuçlarına göre araştırma kapsamına alınan hastaların %26,26'sında minimal depresyon, %20,67'sinde hafif, %43,02'sinde orta, %10,06'sında ise şiddetli depresyon olduğu bulunmuştur (Şekil 2).



Şekil 2. MS Hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinin sonuçları

#### 4.4. MS Hastalarının İntihar Düşüncesi Düzeyinin Yaşam Doyum, Yorgunluk, Strese Yatkinlık ve Depresyon ölçekleriyle karşılaştırılması

Tablo 11’da ölçeklerin araştırmamızdaki cronbach alfa güvenilirlik katsayısı verilmiştir.

**Tablo 11.** Strese Yatkinlık, Beck Depresyon, Yaşam Doyum Ölçeklerinin ve Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalasının alfa güvenilirlik katsayısı

	Cronbach’s Alpha	Soru Sayı (N)
Strese Yatkinlık Ölçeği	0,703	20
Beck Depresyon Ölçeği	0,854	21
Yaşam Doyum Ölçeği	0,852	5
Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası	0,841	13
Yorgunluk Enerji	0,777	5

Tablo 12’de ilişki korelasyon testi sonucuna göre araştırma kapsamına alınan hastaların intihar düşüncesi puanları depresyon, yorgunluk, strese yatkınlık ve yaşam doyum ölçeği ile karşılaştırılmıştır.

Hastaların intihar düşüncesi ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların depresyon puanları arttıkça intihar düşüncesi puanları da artmaktadır.

Hastaların intihar düşüncesi ile yorgunluk puanları arasında da istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Yani hastaların yorgunluğu arttıkça intihar düşünce puanları da yükselmektedir.

Hastaların intihar düşüncesi ile strese yatkınlık ölçeği arasında da istatistiksel olarak farklılık olduğu ortaya çıkmıştır. Bu farklılığın pozitif yönde önemli düzeyde olduğu bulunmuştur. Hastaların strese yatkınlık puanları arttıkça intihar düşüncesi puanları da artmaktadır.

Hastaların intihar düşüncesi ile yaşam doyum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde önemli düzeyde ilişki olduğu gözükmemektedir. Hastaların yaşam doyum ölçeği puanları arttıkça intihar düşüncesi puanları da azalmaktadır.

**Tablo 12.** MS Hastalarının İntihar Düşüncesi Düzeyinin Yaşam Doyum, Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik, Strese Yatkınlık ve Beck Depresyon ölçekleriyle karşılaştırılması

		<b>Beck Depresyon Ölçeği</b>	<b>Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası</b>	<b>Strese Yatkınlık Ölçeği</b>	<b>Yaşam Doyum Ölçeği</b>
<b>İntihar</b>	r	0,772	0,377	0,421	-0,607
<b>Düşüncesi</b>	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
<b>Ölçeği</b>	n	179	179	179	179

## 5. TARTIŞMA

### **Multipl Skleroz Hastalarının Tanıtıcı ve Diğer Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

Araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde 179 MS hastasının katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması  $41,3 \pm 11,44$  bulunmuştur. Bu durum çalışmaya 18-65 yaş arasındaki MS hastalarının dahil edilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmadaki hastaların %68,2'sini kadınlar, %31,8'ini ise erkekler oluşturmaktadır. Literatürde de benzer çalışmalara rastlanmış, MS hastalığının genel prevalans oranı erkeklerle karşılaştırıldığında kadın cinsiyet ağırlıklı olup, görülme olasılığının erkeklerden 2-3 kat fazla olduğu bilinmektedir (Mirza, 2002). Bu durum genellikle immün ve inflamatuvar durumların kadınlarda daha sık görülmesi ile açıklanmaktadır (Ropper ve Brown, 2006). Buna göre bu araştırmaya katılan MS hastalarında çoğunluğu kadınların oluşturması literatürle uyumludur.

İlde yaşayan hastalar araştırmanın %58,7'sini, ilçede yaşayan hastalar %32,4'ünü, köyde yaşayanlar ise %8,94'ünü oluşturmaktadır. Bu, ilde yaşayan hastaların sağlık hizmetine ulaşımının kolay olması ile ilişkili olabilir. Maalesef köyde yaşayan hastaların hastaneye kolayca ulaşabilmesindeki zorluklar nedeniyle zamanında hastaneye gelmekte zorluk çekiyor olabilirler. Başka bir açıdan bakılırsa hastaların daha çok ilden daha az ise köyden olmasının bir başka nedeni coğrafi özellik ve çevresel etmenler olabilir. Coğrafi özelliğin önemli bir yer tuttuğunu varsayarak etkisini gösterdiği düşünülebilir.

Meslek açısından hastaların %51,4'ünün çalışmadığı, %24,6'sının memur olduğu, %15,1'inin serbest meslekle uğraştığı, %8,9'unun emekli olduğu saptanmıştır. Bu hastalık birden fazla klinik ve psikolojik rahatsızlıkları kendisiyle birlikte getirdiğinden hastalar için çalışma imkanları kısıtlanmaktadır. Bu yüzden çoğunluk hastalığın ilerleyen zamanlarında işi bırakmak zorunda kalabilir. Aynı zamanda araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun kadın olması ve ev hanımı olması durumundan kaynaklandığını varsayarak çalışmayan hasta grubunun diğerlerine oranla daha çok olmasına sebep olabilir.

Hastaların %38'inin ilköğretim, %33'ünün lise, %23,5'inin ise üniversite eğitim durumuna sahip olduğu, %5,6'sının eğitim durumuna sahip olmadığı

saptanmıştır. Literatürde MS'in genellikle sosyokültürel düzeyi yüksek olan kişilerde görüldüğüne dair genel bir düşünce vardır (Kayhan ve ark. 2003). Bu çalışmada hastaların eğitim durumları incelendiğinde hastaların %56,5'inin yani çoğunluğunun lise ve üniversite üstü düzeyde olduğu bulunmuştur. Literatürde rastlanan Türkbay ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmış bir çalışmada da hastaların %67,5'inin lise ve üniversite mezunu eğitim düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu durum hastaların belirli bir eğitim yaşantılarının olduğunu ve hayatlarının belirli bir döneminde zihinsel çalışmaya dayalı bir süreçten geçtiklerini göstermektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin öğrenim ve sosyokültürel düzeyi de yüksek olduğundan yaşantıları boyunca gerekse eğitimlerinden veya başka sebeplerden dolayı daha fazla stres, yorgunluk, tükenmişlik, emosyonel baskı yaşayabilirler. Bu faktörler göz önünde bulundurulacak olursa MS hastalığının ortaya çıkmasında kısmen hazırlayıcı etkenler olarak rol alabiliyor olması çalışmaya dahil edilen MS hastalarının eğitim düzeyinin %56,5'inin lise ve üniversite üstü düzeyde olmasını da açıklayabilir.

Medeni duruma göre hastaların %76,5'inin evli olduğu saptanmıştır. Geri kalan %17,3'ünün bekar, %6,1'inin ise boşanmış olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada hastalarının %61,2'sinin evli, %27,7'sinin bekar ve %11,1'inin de boşanmış olduğu görülmektedir (Kayhan ve ark., 2003). MS'in kesin ve belirli bir tedavisi bilinmemektedir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde MS hastasının aile ilgisine ve bakımına ihtiyaç duyması ve eşlerin birbirlerine sadıqlığı ve sevgisi sonucu hastalığın getirmiş olduğu çeşitli zorluklara rağmen evliliklerini devam ettirmelerini açıklayabilir. Bazı ailelerde ise hastalığın yaratmış olduğu fizyolojik, emosyonel ve sosyal değişiklikler ve onların getirmiş olduğu problemler boşanmaların yaşanmasına neden oluyor olabilir. Diğer yandan hastaların bekar olma durumları da şöyle açıklanabilir, genç yaşlarda MS tanısının konulması hastaların gelecekle ilgili belirsizlik ve umutsuzluk içine girmesine sebep olabilir. Bunun sonucunda da hastaların evlilik planları yapmaktan çekindikleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun %91,1'inin aile ile yaşadığı gözükürken çeşitli sebeplerden dolayı %5'inin çocuklarla %3,9'unun ise yalnız yaşadığı saptanmıştır. Çoğu hastanın ailesi ile birlikte yaşamasına rağmen bazı hastaların boşanma, eşlerden birinin kaybı ve ya diğer sebeplerden dolayı çocukları ile veya yalnız yaşaması durumu olabilir.



Hastaların %86,6'sı sağ elini, %13,4'ü ise sol elini kullanmaktadır. Otoimmün hastalıklar ve sol el tercihi arasındaki ilişki bu gibi çalışmaların bir kısmında gösterilmiştir. 1994'de bu çalışmaların meta analizinde sol el tercihi olan kişilerde herhangi bir immün hastalıkta %13 oranında artmış risk bildirilmiştir. Literatürde MS ile sol el tercihi arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Olgu içeren ilk çalışmada bir ilişki bulunmasa da 121701 bayan hemşirenin araştırıldığı prospektif cohort çalışmasında sol elini kullananlarda sağa göre MS'de %62 artmış risk (%95 CI: 1.04- 2.53) bildirilmiştir (Gardener ve ark., 2009). Bizim çalışmamızda böyle bir ilişki görülmemiştir.

Sağlık hizmetine kolay ulaşım sorusuna %76,5 hasta evet cevabı verirken %23,5 hasta ise hayır cevabını vermiştir. Şu durum çoğunlukla hastaların nerde yaşamasına bağlı olarak değişebilir. Hastaların çoğunluğunun il ve ilçede yaşaması sonucu sağlık hizmetine kolay ulaşabilmesi varsayılabilir.

%41,3 hastanın yürüme bozukluğunun olmadığını belirtirken, %14 hasta kısmen zorluk çektiğini, %44,7 hasta ise hareket durumunun kötü olduğunu dile getirmiştir. MS hastalarında görünen yürüme bozukluğu ile ilgili literatürde fazla sayıda araştırma vardır. Bir çalışmada MS hastalarında en sık etkilenen fiziksel aktivitenin yürüme gücü olduğu belirtilmiştir. MS hastalarında yürüme gücü fonksiyonel kayıplardan biridir (Kelleher ve ark., 2009). Diğer bir çalışmada MS hastalarının büyük oranının yürüme bozukluğu çektiği bulunmuş ve bu durumun günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtilmiştir (Motl ve ark., 2009). Soyuer ve Mirza (2007) tarafından yürütülen benzer bir çalışmada da MS hastalarında en sık görülen fiziksel kaybın yürüme bozukluğu olduğu sonucuna varılmıştır. Bu faktörler göz önünde bulundurulacak olursa araştırmaya dahil edilen MS hastalarının da %44,7 düzeyde hareket durumunun kötü olmasını da açıklayabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun %39,7'sinin fazla dikkat sorunu yaşadığı saptanmıştır. %36,3'ünün dikkat sorunu yaşamadığı, %24'ünün ise kısmen sorun yaşadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bununla ilgili yapılan bir çalışmada MS hastalarında sık etkilenen diğer bir bilişsel alan dikkat ve bilgi işleme süreçleridir sonucuna varılmıştır. Dikkatte bozulma ve bilgi işlemedeki yavaşlama subkortikal demansın temel noktalarıdır (Balzano ve ark., 2006). De Sonneville ve ark. (2002) tarafından yapılan kontrollü bir çalışmada MS hastaları ve kontrol katılımcıları;

odaklanmış, bölünmüş, sürdürülen dikkat ve yönetici işlevleri değerlendirmek üzere tasarlanmış bir batarya kullanılmış ve MS hastalarında değerlendirilen tüm alanlarda anlamlı bozukluklar olduğu gösterilmiştir (De Sonneville ve ark., 2002).

Hastaların %45,3'ünün cinsel konulara ilgisinin iyi olduğu belirlenirken, %38,5 hastanın orta olduğu bu konularda değişim hissetmediği, %16,2 hastanın ise cinsel konulara ilgisini tamamen kaybetmediği belirtilmiştir. Genellikle literatürlerde hastalıktan kaynaklı olarak hastalarda cinsel konulara ilginin azaldığı rastlanmıştır. Yapılan çalışmalarda MS'li erkeklerde ejakülasyon ve ereksiyon problemleri, genital uyarımda azalma, kadınlarda libido kaybı ve vajinal lubrikasyonda azalma görülebilmektedir (Tülek ve Kurtuluş, 2004).

Gelecekle ilgili umutsuzluk durumuna bakılacak olursa hastaların %44,7'sinin umutsuz hissetmedikleri, %34,1'inin kısmen umutsuz hissettiği, %21,2'sinin ise çok fazla umutsuz hissettiği saptanmıştır. MS tanısının konulması hastalığın nasıl ilerleyeceği, atakların ne zaman ve ne sıklıkla olacağını bilmemesi gibi durumlar hastanın gelecekle ilgili belirsizlik içine girmesine sebep olur. Bu da dolayısıyla hastanın gelecekle ilgili umutsuz düşünceler beslemesine sebep olur.

Araştırma kapsamına alınan hastalara uyku düzeniniz nasıl diye de sorulmuştur ve hastaların çoğunluğu %70,4'ü uyku düzenlerinin iyi olduklarını belirtmiştir. Fakat %15,1 hasta uyku düzeninden rahatsızken, %14,5'i orta cevabını vermiştir. MS hastalarında uyku bozukluklarının normal popülasyona göre daha sık gözlemlendiği bilinmektedir. Hastaların yaklaşık %24 -54'ünü etkilediği bildirilmektedir. İnsomnia, solunum ile ilişkili uyku bozuklukları, Huzursuz Bacak Sendromu, narkolepsi ve REM uyku bozuklukları hastalarda sık gözlenen uyku bozukluklarıdır (Brass ve ark., 2010).

Hasta ve doktorlar tarafından dikkate alınmamasına rağmen MS hastalarında uyku bozuklukları sık görülen bir durumdur. MS ve uyku bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar sınırlı sayıdadır. Genelde küçük hasta gruplarında çalışmalar yapılmıştır.

### **Multipl Skleroz Hastalarının Tanıtıcı ve Diğer Özelliklerinin İntihar Düşüncesi Düzeylerine Olan Etkisi**

Araştırma kapsamına alınan hastaların intihar düşüncesi ölçeğine göre puan ortalaması  $6,66 \pm 4,39$  olarak bulunmuştur.

Hastaların cinsiyetinin, gelir düzeyinin, yaşadığı yerin, atak sayısı, el tercihinin ve ilave hastalığın olmasının intihar düşüncesini etkilemediği görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat yapılan çalışmalar sonucu genel olarak yaş farkı olmaksızın erkek hastalarda intihar riskinin daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürlerde MS'un 30 yaşından önce başlamış olması ve nispeten yeni tanı alması MS'deki intihar girişimi açısından risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Kaplan ve ark., 1995). Danimarkada yürütülmüş benzer bir çalışmada da danimarkalılar arasında genel olarak intihar riskinin erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ve bu Danimarkalı MS hastaları için de geçerlidir (**Helweg-Larsen** ve Juel, 2000).

Hastaların eğitim durumunun intihar düşüncesi puanını etkilediği görülmüştür. Farklılığın lise ve üniversite eğitimi olan hastalarla eğitimi olmayan ve ilk öğretim eğitim durumuna sahip hastalar arasında olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki sonuçlara göre hastaların eğitim durumuyla intihar düşüncesi arasında ters yönde önemli bir ilişki vardır ( $r=-0,339$ ). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça intihar düşüncesi puanları azalıyor. Sonuç olarak eğitim durumuna sahip olmayan hastaların intihar düşüncesi puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu üniversite olan hastaların intihar düşüncesi puanları ise diğer hastalardan çok daha düşük olduğu gözükmektedir. Bu sonuç literatürle uyumludur. Literatürde MS'li bireylerin yüksek eğitim seviyesi ya da verilen eğitim desteği ile sorunlarının daha fazla farkında oldukları ve baş etme yöntemlerini bilinçli kullandıkları düşünüldüğünden eğitimin psikiyatrik belirtileri de etkilemesi doğaldır. Hastalıkla etkin baş etmeye yardımcı eğitim programlarının değerlendirildiği bir çalışmada da eğitim programlarının sosyal destek kullanımını geliştirdiği ve hastalık yükünü azalttığı saptanmıştır (Kouzoupis ve ark., 2010). Hastaların öğrenim ve sosyokültürel düzeyi yüksek olduğunda tedavi olanaklarından yararlanma ve farklı kaynaklara ulaşma imkanı da artmış olur. Dolayısıyla eğitilmiş hastalar hastalığının yol açtığı psikiyatrik belirtiler sonucu intihar düşüncesi ile baş etmede daha başarılı olurlar. Bu da hastaların hastalıkla daha uyumlu yaşayabilmesine sebep olabilir. Yapılan diğer bir çalışmada eğitimin baş etmeyi olumlu etkilediği ve hastaların eğitim düzeyi arttıkça somatizasyon şikayetlerinin azaldığı saptanmıştır (McCabe ve ark., 2004). Ayrıca eğitim düzeyinin bir çok şeyi etkilediği bellidir. Eğitimin meslek seçimi, kendini ve isteklerini ifade etme, gelir durumu, sosyal destek kullanma gibi birçok alanda değişim yaratabileceği düşünüldüğünde hem hastalıkla baş

etmede, hem psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında, hem de intihar düşüncesini kendinden uzak tutmada önemli rol oynadığı açıktır. Brenner ve ark. (2016) tarafından yapılmış olduğu benzer bir çalışmada da eğitimin intihar ile ters bir ilişki içerisinde olduğu saptanmıştır.

Hastaların medeni durumunun intihar düşüncesi puanlarını etkilediği bulunmuştur. Sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). İntihar düşüncesi puanının boşanmış hastalarda bekar ve evli hastalara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Gerek hastalıktan dolayı gerekse de diğer sebeplerden dolayı olumsuz bir evlilik intihar düşüncesini etkileyebilir. Evli hastalarda ise intihar düşüncesi puanı bekar hastalara göre daha fazla bulunmuştur. Sağlıklı bireylerle yapılmış çalışmada belirgin şekilde aile bağlarının kötü olması, aile geçimsizliği ve gerginliği, aile içi şiddet ve ailedeki sorumlulukların bir kişiye yüklenmesi durumu intihar eğilimini arttırmaktadır (Van Orden ve ark 2010). Dolayısıyla hastalığın getirdiği sorunlarla daha uzun süredir karşı karşıya kalma durumu, evdeki iş yükü, rol beklentilerinin artması ve haliyle hastalıktan kaynaklı ailedeki sorumlulukların üstesinden gelememe gibi durumlar aile bağlarını kötü yönde etkilemekte ve intihar düşüncesini artırabilmektedir.

Hastaların mesleklerinin intihar düşüncesi puanını etkilediği görülmüştür, aradaki farkın istatistiksel olarak zayıf derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışmayan hastaların intihar düşüncesi puanlarının en yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun hastaların sürekli ev ortamında bulunmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Şöyle ki çalışmayan hastaların eve bağımlı olmaya bağlı stres ve depresyona neden olan tetikleyici faktörlere daha fazla maruz kalmaları düşünülmektedir. Listenin sonunda en düşük intihar düşüncesi puanına sahip olan memurlar yer alıyor. Bu daha çok hastaların gün içinde aktivitelerini sürdürebilmelerinden kaynaklanarak psikolojik olarak da kendilerini daha iyi hissetmelerine sebep olabilir. Bir çalışmada çalışma durumu açısından fiziksel sağlık, fiziksel sorunlara bağlı rol sınırlılığı, sosyal işlev ve bileşik fiziksel sağlık puanlarının hastalık nedeniyle çalışmayanlarda çalışanlara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tülek, 2004). Bu sonuç çalışmamızı destekleyici niteliktedir.

Hastaların sağlık hizmetine kolay ulaşabilmesi ile intihar düşüncesi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hayır cevabı veren hastaların intihar

düşüncesi puanları daha yüksek olması zamanında doktor kontrolüne gidememelerinden ve tedavilerinin aksamalarından kaynaklanabilir.

MS hastalık süresi ile intihar düşüncesi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 20 yıldan uzun süredir MS hastası olanların intihar düşüncesi puanı, 0-10 yıldır hasta olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Hastaların hastalık yılı arttıkça yaşam kalitesinde düşme, sosyal yaşamda ve işde problemler oluşması gibi sorunlar nedeniyle olumsuz benlik algısının oluştuğu düşünülmektedir. Bu durumun çalışmamızda da ortaya çıkan EDSS puanının artmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların EDSS puanı ile intihar düşüncesi arasında pozitif yönde güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). İstatistiksel olarak hastanın EDSS puanı arttıkça intihar düşüncesi artmaktadır. Literatürde bu sonuçla uyumlu olan Cerqueira ve ark. (2015), tarafından yapılan 60 MS hastasının katıldığı bir çalışma vardır. Araştırma sonuçlarına göre intihar düşüncesi ve EDSS arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmada hastaların tanıdan sonra 10 yıl ve daha sonrasında daha çok kognitif kayıplar, stres, umutsuzluk, yorgunluk ve depresyon şikayetleri yaşadıkları belirlenmiştir (Ytterberg, 2008). Hastaların yaşları ile intihar düşüncesi puanı arasında ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). İstatistiksel olarak yani hastanın yaşı arttıkça intihar düşüncesi puanı da artmaktadır.

Araştırmanın sonuçlarına göre EDSS puanı ile hastaların hastalık süresi ve yaşları arasında pozitif yönde kuvvetli seviyede anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Bu demektir ki hastalık süresi arttıkça EDSS puanı da yükselir. Aynı şekilde hastanın yaşı arttıkça EDSS puanı artmaktadır. EDSS puanı arttıkça intihar düşüncesi puanı yükselir ve bu yüzden hastalık süresi arttıkça intihar düşüncesinin artması da görülebilir.

Hastaların uyku düzenleri ile intihar düşüncesi puanı arasında ters yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastaların uyku düzeni iyi oldukça intihar düşüncesi puanları azalmaktadır. Literatürde MS hastaları için sırf uyku bozuklukları ve intiharla ilgili araştırmaya rastlanmasa bile MS hastalarında uyku bozukluğu başlığı altında bir kaç benzer çalışmaya rastlanmıştır. 86 hastanın katılmış olduğu bir çalışmada MS hastalarında nöropsikiyatrik semptomların araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre bu hastalarda depresyondan sonra en sık olarak uyku bozukluğuna %48 oranında

rastlanmıştır (Figved ve ark., 2008). Merlino ve ark. (2009) tarafından yürütülen benzer bir çalışmada ise 120 kesin MS tanısı almış hastaların %47.5'i (n=57) Pittsburgh Uyku Kalite İndeksine göre 5 ve üzeri puan alarak uyku problemi olan hastalar olarak sınıflandırılmıştır. Bu çalışmada vücut ağrıları, depresyon, anksiyete bozukluğu ile uyku problemi arasında ilişki bulunmuştur. Diğer bir çalışmada 28 MS hastası değerlendirilip uyku problemleri ortaya konmuştur. Bu hastaların %54'ünde (n=15) uyku problemi tespit edilmiş olup; sekizinde bacaklarda spazmlara bağlı uyanma veya uykuya başlama, üçünde erken uyanma sorunları tespit edilmiştir. Erken uyanma sorunları yaşayan hastaların ikisinde ilaç ilişkili, birinde nokturi ilişkili olduğu saptanmıştır. Diğer hastaların beşinde horlama uyku problemine neden olarak gösterilmiştir. Geri kalan üç hastada uyku ile ilişkili oksijen desatürasyonu tespit edilmiştir ve bu hastalarda MRG'da beyin sapı lezyonları farklı bölgelerde gösterilmiştir (Tachibana ve ark., 1994). Uyku problemi sıklığının araştırıldığı başka bir çalışmada çalışmaya 53 hasta alınmıştır. Hastalardan %18.9'u yeterince uykusunu alamamaktan, %37.7'si uykuya dalma güçlüğünden, %34'ü uyku kalitesi düşüklüğünden, %71.7'si gece boyunca defalarca uyanma ve %35.8'i ise çok erken uyanma probleminden yakınmaktaydı (Klewer ve ark., 2001). Alarcia ve ark. (2009) tarafından yürütülmüş bir çalışmada ise depresyon ve uyku problemleri arasında anlamlı bir ilişki gösterilebilmiştir. Araştırma kapsamına 100 MS hastası değerlendirilmiştir. Ghaem ve Borhani (2008) tarafında yürütülmüş uyku kalitesinin sınıflandırılarak araştırıldığı bir çalışmaya ise 141 MS tanısı konulmuş hasta alınmıştır. Sonuçlar Pittsburgh Uyku Kalite İndeksine üzerinden değerlendirilmiş ve hastaların %87.2'sinin uyku kalitesi kötü (n=123), %11.3'ünün (n=16) uyku kalitesi orta, %1.4'nün (n=2) uyku kalitesi ise iyi olarak belirtilmiştir. Sonuç olarak hastalardaki uyku bozukluklarının depresyon, anksiyete, yorgunluk gibi durumlara sebep olduğu söylenebilir. Bu gibi durumların da yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir. Yaşam kalitesinin, gerek genel popülasyonda gerek kronik veya psikiyatrik hasta popülasyonunda intihar düşüncesiyle ilişkisi bilinmektedir (De Abreu ve ark., 2012). Bu durum çalışmamızın sonucunu destekleyici niteliktedir.

Korelasyon testinin sonuçlarına göre hastalarda tükenmişlik durumuyla intihar düşüncesi arasında pozitif yönde önemli bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Hastaların tükenmişlik düzeyi arttıkça intihar düşüncesi puanları da artmaktadır. Hastalığın getirdiği değişik sorunlar, problemler tükenmişlikle sonuçlanabilir. Literatürde MS

hastalarında tükenmişlik ve intihar düşüncesi arasında çalışmaya rastlanmasa da tükenmişlikle ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Weiskopt (1980) depresyonu tükenmenin son hali olarak tanımlayarak tükenmenin daha zor bir durum olduğunu bildirmiştir. Ayrıca uykusuzluk, yorgunluk, kendini soyutlama, sürekli iş yükü, hastalık ve stres gibi tükenme belirtilerinin depresyon belirtilerine çok benzediğini ifade etmiştir. S. T. Meier (1984) tarafından yürütülen 320 sağlıklı akademisyen bireyin katıldığı çalışmada tükenmişlik depresyon ve iş tatmininin birbiri ile olan ilişkisini ortaya konulmuştur.

Yürüme bozukluğu ve intihar düşüncesi puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Hastaların hareket durumu zorlaştıkça intihar düşüncesi puanları artmaktadır. Literatürde MS hastalarında yürüme bozukluğu ve intihar düşüncesi arasında çalışmaya rastlanmasa da MS hastalarında yürüme bozukluğu ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. MS hastalarında yürüme bozuklukları hastalığın evresine göre farklılık gösterebilmektedir. Yani bazen hastalığın başında olan hastalarda yürüme bozukluğu yokken veya hareket durumu yeni sorun yaratmaya başlamışken, hastalık evresi ileri düzeyde olan kişilerde yürüme bozukluğu hastanın tüm yaşantısını etkileyecek ölçüde ilerlemiş olabilir. Kelleher ve ark. (2009), tarafından yapılmış çalışmada MS hastalarında en sık etkilenen fiziksel aktivitenin yürüme güçlüğü olduğu saptanmıştır. Benzer bir çalışma da Soyuer ve Mirza (2007) tarafından yapılmıştır. Çalışmasında MS hastalarında en sık görülen fiziksel kaybın yürüme bozukluğu olduğu bulunmuştur. Motl ve ark. (2009), çalışmasında MS hastalarının büyük çoğunluğunda yürüme bozukluğu olduğu belirtmiştir ve bu durumun günlük yaşamlarını dolayısıyla yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Dolayısıyla bu intihar düşüncesini tetikleyebilir. Bu durum çalışmamızın sonucunu destekleyebilir.

Hastaların dikkat toplama durumlarıyla intihar düşüncesi arasında pozitif yönde güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Hastaların dikkat toplama durumları zorlaştıkça intihar düşüncesi puanları artmaktadır. Multipl Skleroz hastalarında %30-70 oranında kognitif sorunlar görülmektedir (Wallin ve ark., 2006). Hastalar dikkat, hafıza problemleri, sorunlarla baş etmedeki yetersizlik, karar vermede güçlük gibi çeşitli sorunlarla karşılaşabilmektedir (Üstün, 2006). Literatürde MS hastalarında dikkat ve intihar düşüncesiyle ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Feinstein

(2002) tarafından yürütülen bir çalışmada multipl skleroz hastalarında dikkat dağınıklığı ve depresyonun rolü incelenmiştir. Dikkat dağınıklığı olan ve olmayan MS hastalarının katıldığı bu çalışmada depresyon ve anksiyete olarak iki grup değerlendirilmiştir. Depresyon olan grupta dikkat dağınıklığı, anksiyetesi olan gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu da demek oluyor ki, dikkat sorunları depresyona neden olabilir. Depresyon ise MS hastalarında çok fazla rastlanan psikolojik problem olup intihar düşüncesini tetiklemektedir.

Hastaların gelecekle ilgili umutsuzluk durumları ile intihar düşüncesi puanı arasında pozitif yönde yüksek anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Araştırmamızın sonuçlarına uyumlu olan literatürde Gaskill ve ark. (2011), tarafından yapılan 16 MS hastasının alındığı bir çalışmaya rastlanmıştır. Hastaların görüştüğü bu küçük çalışmada tüm katılımcılar kontrol kaybının intihar düşüncelerine yol açtığını belirtmişlerdir. Diğer tetikleyiciler, aile gerginliği, yalnızlık, umutsuzluk ve hayal kırıklığı, MS'in fiziksel ve psikolojik etkisinde rolü olduğu bulunmuştur. Diğer bir çalışmanın sonuçlarına göre ise kişi eğer yaşadığı olumsuz yaşam olayını önemli, kalıcı ve yaşamının birçok alanını etkileyebilecek şekilde değerlendiriyorsa ve bu olayı çözmede kendisini kusurlu, yetersiz ve güçsüz hissediyorsa umutsuzluğa ve buna bağlı olarak intihar düşüncesine kapılabilir (Goldsmith, 2002).

Hastaların kilo kaybı ile intihar düşüncesi arasında pozitif anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastalar kilo kayb ettikçe intihar düşüncesi puanları da artmaktadır. Literatürlerde kilo kayb etmenin depresyon belirtilerinden biri olduğu bilinmektedir. Depresyonun da intiharın en önemli risk faktörü olduğu göz önünde bulundurulacak olursa kilo kayb etmenin intihar düşüncesi puanını etkilemesi beklenen bir durumdur. Literatürde uygun çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre hastalarda cinsel konularla intihar düşüncesi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde önemli bir ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Yani hastalar cinsel konulara ilgisini kaybettikçe intihar düşüncesi puanları artmaktadır. Literatürde uygun çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat MS hastalarında cinsel fonksiyonların bozulması gibi durumlarla ilgili çalışmalar vardır. Terzi ve ark. (2008), yapmış oldukları çalışmaya 34'ü (%60.7) kadın, 22'si (%39.3) erkek olmakla 56 hasta katılmıştır. Sonuç olarak kadın hastaların 31'inde (%91.2), erkek hastaların 19'unda (%86.4) cinsel işlev bozukluğu bulunmuştur.



## **Multipl Skleroz Hastalarının Yaşam Doyum, Strese Yatkınlık, Beck Depresyon Ölçeklerinin ve Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalasının İntihar Düşüncesi Düzeylerine Olan Etkisi**

Hastaların intihar düşüncesi ile depresyon puanları arasında pozitif yönde önemli düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların depresyon puanları arttıkça intihar düşüncesi puanları da artmaktadır. MS 'de en yaygın görülen psikiyatrik sorun depresyondur (Gordon ve ark., 1996). Depresyon genelde hastalığın varlığına bir reaksiyon olarak ortaya çıkar. MS hastalarında depresyon normal insanlardan hatta diğer farklı medikal ve nörolojik hastalıklardan, santral sinir sistemini tutmayan dizabiliteye neden olan hastalıklara oranla 2-3 kat daha daha yüksektir ve yaşam boyu görülme sıklığı %27 -54 arasında değişmektedir (Minden ve Schiffer, 1990; Zorzon ve ark., 2001). Atak sırasında hastalarda depresyon remisyon dönemine göre daha fazla görülmektedir. Literatürde araştırmanın sonuçlarını onaylayan Conwell (2002) tarafından yürütülen bir çalışmada tespit edilen birçok hastalık, sakatlık ve psikososyal değişkenlerin depresyon ile ortak bağlantısı olduğu ve intihar düşüncesi ile ilişkili olması belirtilmiştir. MS'de intihar düşüncesi ile depresyon arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Literatürlerdeki güncel çalışmalarda major depresyonu olan hastaların 2/3'ünün antidepressan almadığı görülmektedir. Ayrıca intihar girişiminde bulunan MS hastalarının 1/3'ünün herhangi bir psikiyatrik veya depresyon tedavisi almadığı da bilinmektedir (Deniz, 2008).

Hastaların intihar düşüncesi ile yorgunluk puanları arasında da pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Yani hastaların yorgunluğu arttıkça intihar düşünce puanları da yükselmektedir. Yorgunluk da MS olgularında görülen en sık semptomlardandır ve hastaların %75-95'i tarafından dile getirilmektedir. Literatürlerde MS hastalarında yorgunluk ve intiharla ilgili çalışmaya rastlanmasa da MS hastalarında yorgunluk başlığı altında bir kaç yerli ve yabancı çalışmalara rastlanmıştır. Yapılan araştırmaların sonuçları da bu araştırmanın sonuçlarını kısmen onaylayacak niteliktedir. Yaklaşık %50-60 MS hastası hastalık derecesinden bağımsız olarak yorgunluğu en önemli sorun olarak tanımlamaktadır (Ertürk ve Yanıkoğlu, 2004). Buna benzer diğer bir çalışmada MS hastalarının %78'inde yorgunluk yakınmasının olduğu bulunmuş, yorgunluktan yakınan hastaların %69'u tarafından yorgunluk yaşadıkları en büyük ilk

üç yakınmadan biri olarak ifade edilmiştir (Türkbay ve ark., 2004). MS hastalarının aile yaşamları, sosyal ve profesyonel aktiviteleri bu yorgunluktan ileri derecede etkilenmektedir (Kurne, 2004; Karabudak, 2006). Bradley ve ark. (2004), tarafından yapılan başka bir çalışma da aynı sonuç bulunmuş ve en sık görülen üç semptomdan biri de yorgunluk olmuştur. Yorgunluk aile ve sosyal yaşamı daha da geniş bakılırsa yaşam kalitesini etkileyecek boyutlarda olabilmektedir. Yaşam kalitesinin negatif yönde etkilenmesi de dolayı yolla intihar düşüncesini tetikleyebilir.

Araştırmanın sonuçlarına göre intihar düşüncesi ile strese yatkınlık ölçeği arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu ilişkinin pozitif yönde olduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların strese yatkınlık puanları arttıkça intihar düşüncesi puanları da artmaktadır. Günümüzde intihar düşüncesi sadece bireysel faktörlere bağlı değil, sosyal faktörlerle bağlı da ortaya çıkar. Günümüzde toplumlar hemen hemen her konuda kültürel, ekonomik, teknolojik ve diğer konularda hızlı değişimler yaşamaktadırlar. Bu yüzden de stres verici durumlar artmaktadır ve bu durumlarla baş etme becerilerinin yetersiz kalması sonucunda ruhsal hastalıklar ve intihar girişimleri artış göstermektedir (Goldsmith, 2002). İntihar stres yaratan yaşam olaylarına karşı tepki veren normal, ruhsal bozuklukları aynı zamanda fiziksel, norolojik hastalıkları olan kişilerde de görülebilmektedir (Durak, 2005). MS hastalığı yaşam kalitesini etkilediğinden hastalardaki intihar risklerinin sosyodemografik özellikler ve onların getirdiği stresli durumlarla ilişkisi olduğu söylenebilir. Bu da araştırmanın sonucunu onaylayıcı niteliktedir. Literatürde MS hastalarında stres ve intiharla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat MS hastalarında stres konulu çalışmalar vardır. Hastalık bazen bir ceza gibi algılanır. Bir hastalığa sahip olurken hastalıktan birey etkilenmese dahi zorluklar, düşük benlik saygısı ve değersizlik duyguları ortaya çıkarmaktadır (Tuncay, 2007).

Araştırmanın sonuçlarına göre hastaların intihar düşüncesi ile yaşam doyum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde önemli düzeyde ilişki olduğu görülmektedir. Hastaların yaşam doyum ölçeğinin yani yaşamından memnuniyetin veya yaşam kalitesinin puanları arttıkça intihar düşüncesi puanları da azalmaktadır. Önemli bir hastalıkta en çok etkilenen ilk şey yaşam kalitesi olur. Literatürde yaşam kalitesi ve intiharla ilgili yeterli sayıda çalışmaya rastlanmasa da bakılan çalışmalar araştırmamızın sonucu ile uyumlu olmuştur. Yaşam kalitesinin intihar düşüncesiyle ilişkisi

bilinmektedir (De Abreu ve ark., 2012). Ayrıca, baş edilmez yaşam olayları MS hastalarının intihar davranışına başvurması için önemli bir faktördür. Özellikle depresif dönemlerde hastalar psikolojik yönden etkilendiği için bu risk daha da ağır basar (Ruengorn ve ark., 2012). Yaşam kalitesinin önemli derecede birçok psikolojik durumlarla ilgisi olduğu düşünülmektedir. Khan ve ark. (2008), tarafından yapılmış çalışmada MS hastalarının yaşam kalitelerinin düşük olduğunu sonucuna varılmıştır. Pozzilli ve ark. (2012), yaptığı çalışmada ise MS hastalarında çeşitli semptomların psikolojik, demografik ve bazı özelliklerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Düşük yaşam kalitesi, zayıf sosyal destek ve büyük olasılıkla başatma becerilerinin yetersiz kalması gibi durumlar intihar riskini artırdığı belirtilmektedir (De Abreu ve ark., 2012).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

MS hastalarında intihar düşüncesinin klinik ve demografik özelliklerle olan ilişkisine bakmak için yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar:

Araştırma kapsamına 179 hasta alınmış ve hastaların yaş ortalaması  $41,3 \pm 11,44$  bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların %68,2'sini kadınlar, %31,8'ini ise erkekler oluşturmaktadır. Hastaların %51,4'ünün çalışmadığı, %24,6'sının memur olduğu, %15,1'inin serbest meslekle uğraştığı ve %8,9'unun emekli olduğu saptanmıştır. Hastaların %38'inin ilköğretim, %33'ünün lise, %23,5'inin ise üniversite eğitim durumuna sahip olduğu, %5,6'sının eğitim durumuna sahip olmadığı gözükümüştür. Medeni duruma bakılıcak olursa %76,5'le hastaların çoğunluğunun evli olduğu saptanmıştır. Geri kalan %17,3'ünün bekar, %6,1'inin ise boşanmış olduğu belirlenmiştir.

Hastaların %45,3'ünün cinsel konulara ilgisinin iyi olduğunu, %38,5'inin orta olduğu bu konularda değişim hissetmediğini, %16,2 hastanın ise cinsel konulara ilgisini tamamen kaybettiğini belirtmiştir. %41,3 hastanın yürüme bozukluğunun olmadığını, %14 hasta kısmen zorluk çektiğini, %44,7 hasta ise hareket durumunun kötü olduğunu dile getirmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun %39,7'inin fazla dikkat sorunu yaşadığı, %36,3'ünün dikkat sorunu yaşamadığı, %24'inin ise kısmen sorun yaşadığı bulunmuştur. Gelecekle ilgili umutsuzluk durumunda ise hastaların %44,7'inin umutsuz hissetmedikleri, %34,1'inin kısmen umutsuz hissettiği, %21,2'inin ise çok fazla umutsuz hissettiği saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların uyku düzeni incelenmiştir ve hastaların %70,4'ü uyku düzenlerinin iyi olduklarını belirtmiştir. Fakat %15,1 hasta uyku düzeninden rahatsızken, %14,5'i orta derecede etkilenme cevabını vermiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların intihar düşüncesi ölçeğine göre puan ortalaması  $6,66 \pm 4,39$  olarak bulunmuştur. Hastaların cinsiyetinin, gelir düzeyinin, yaşadığı yerin, atak sayı, klinik tiplerinin, el tercihinin ve ilave hastalığın olmasının intihar düşüncesini etkilemediği görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastaların eğitim durumunun intihar düşüncesi puanını etkilediği görülmüştür. İntihar düşüncesi puanlarının lise ve üniversite eğitimi olan hastalarda eğitimi olmayan ve ilköğretim eğitim durumuna sahip olan hastalardan daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hastaların medeni durumunun intihar düşüncesi arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur. İntihar düşüncesi puanının boşanmış hastalarda bekar ve evli hastalara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Hastaların mesleklerinin intihar düşüncesi arasındaki farkın istatistiksel olarak zayıf derecede anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmayan hastaların intihar düşüncesi puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu görülmüştür. Listenin sonunda en düşük intihar düşüncesi puanına sahip olan memurlar yer alıyor.

Hastaların sağlık hizmetine kolay ulaşabilmesi ile intihar düşüncesi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hayır cevabı veren hastaların intihar düşüncesi puanları daha yüksek bulunmuştur.

MS hastalık süresi ile intihar düşüncesi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki gözükümüştür. 20 yıldan uzun süren MS hastalarının intihar düşüncesi puanı 0-10 yıldır hasta olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların EDSS puanı ile intihar düşüncesi arasında pozitif yönde güçlü seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların EDSS puanı arttıkça intihar düşüncesi artmaktadır. Hastaların yaşları ile intihar düşüncesi puanı arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Hastanın yaşı arttıkça intihar düşüncesi puanı da artmaktadır. Bu yüzden hastalık süresi arttıkça intihar düşüncesinin artması da görülebilir.

Hastaların uyku düzenleri ile intihar düşüncesi puanı arasında ters yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur. Hastaların uyku düzeni iyi oldukça intihar düşüncesi puanları azalmaktadır

Hastalarda tükenmişlik durumuyla intihar düşüncesi arasında pozitif yönde önemli bir ilişki vardır. Tükenmişlik düzeyi arttıkça intihar düşüncesi puanları da artıyor. Gelecekle ilgili umutsuzluk durumları ile intihar düşüncesi puanı arasında pozitif yönde yüksek anlamlı bir ilişki vardır. Umutsuzluk arttıkça intihar düşüncesi puanı da artmaktadır.

Yürüme bozukluğu ve intihar düşüncesi puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hastaların hareket durumu zorlaştıkça intihar düşüncesi puanları artmaktadır.

Hastaların dikkat toplama durumlarıyla ile intihar düşüncesi arasında pozitif yönde güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların dikkat bozukluğu arttıkça intihar düşüncesi puanları artmaktadır.

Hastaların kilo kaybı ile intihar düşüncesi arasında da ilişki bulunmuştur. Hastalar kilo kaybettikçe intihar düşüncesi puanları da artmaktadır.

Araştırmanın sonuçlarına göre hastalarda cinsel konularla intihar düşüncesi arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Yani hastalar cinsel konulara ilgisini kaybettikçe intihar düşüncesi de artmaktadır.

Hastaların intihar düşüncesi ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde önemli düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların depresyon puanları arttıkça intihar düşüncesi puanları da artmaktadır.

Hastaların intihar düşüncesi ile yorgunluk puanları arasında da pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Yani hastaların yorgunluğu arttıkça intihar düşünce puanları da yükselmektedir.

Araştırmanın sonuçlarına göre intihar düşüncesi ile strese yatkınlık ölçeği arasında da ilişki bulunmuştur. Bu ilişkinin pozitif yönde olduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların strese yatkınlık puanları arttıkça intihar düşüncesi puanları da artmaktadır.

Araştırmanın sonuçlarına göre hastaların intihar düşüncesi ile yaşam doyum ölçeği puanları negatif yönde önemli düzeyde ilişki olduğu görülmektedir. Hastaların yaşam doyum ölçeğinin puanları arttıkça intihar düşüncesi puanları da azalmaktadır.

Bu sonuçlar çerçevesinde aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

Araştırmanın sonuçlarında intihar düşüncesi ile sosyodemografik özellikler, depresyon, yorgunluk, yaşam kalitesi, stres gibi psikolojik durumlar arasında ilişki bulundu.

İlk önce MS hastalarında bilişsel fonksiyonun ve psikiyatrik değerlendirmenin yapılması intihar düşüncesini ve davranışını öğrenmek ve önlemek için etkili olabilir. Bu konuyla ilgili çalışma planlayan araştırmacılar MS hastalarını diğer psikiyatrik semptomlar açısından ve aileleri ile yaşadıkları olası problemler açısından değerlendirmelidirler. Hastalara aile ve uzmanlar tarafından olumsuz vakalar karşısında başetme yöntemleri aşılanmalı, hastalıklarını ve yetiyetimlerini daha iyi algılamalarına yardım edilmeli, sürekli psikososyal destek sağlanmalıdır.

Depresyon MS hastalarında göz ardı edilmemesi ve önlem alınması gereken psikiyatrik bozukluktur. Hastalara yüzyüze görüşme yöntemi uygulanmalıdır. Nelerden hoşlandığı ve hoşlanmadığı, gelecekle ilgili kaygılarının olup olmadığı, hangi aktivitelerden zevk aldığı, umutsuzluk, tükenmişlik gibi durumlar uzman tarafından sorgulanmalı ve bununla ilgili gerekirse terapiye yönlendirilmelidir.

Yorgunluk yaşam kalitesini etkileyen en önemli sorunlardan biridir. Yorgunluğu yaradan semptomlar önceden tanınabilir ve yaşam kalitesini artırmak için girişimler uygulanabilir. Hastaya yorgunluğu giderebilecek uygulamalar önerilebilir. Örneğin; günlük işlerine yönelik plan yapmaları konusunda danışmanlık yapılabilir, gün içinde dinlenmek için uyku alması, imkanı yoksa akşam işten döndüğünde bir iki saat dinlenmesi veya onun dinlenmesine yardımcı olabilecek başka aktiviteler bulunup söylenebilir. Hasta yakınıyla da işbirliği yapılması önemli sayılabilir. Hastanın gün içinde yoğun tempoda çalışmaması önerilebilir.

Genel olarak veya hastalıkla ilgili aile ve iş ortamında stresli durumlar yaşanabilir. Bunun için hastaların stresli durumlara karşı direnci artırılmalıdır. Bunun için hastalara bir kaç tavsiye önerilebilir. Örneğin; dengeli beslenme, alkol ve sigaradan uzak durma, yürüyüş, nefes ve gevşeme egzersizleri, gürültüsüz sakin ortamlar, hobiler, dinlenme, arkadaşlar ve aileyle zaman geçirme gibi tavsiyeler hastalarda stresi azaltabilir ve hastalıklarını unutturmakta yardımcı olabilir.

Hastalığın etkilediği en önemli şey yaşam kalitesi olabilir. Yaşam kalitesinin önemli derecede birçok psikolojik durum ve sosyodemografik özellikle ilgisi vardır. Genel olarak hastalığın yarattığı sorunlar, psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar, işde ve ailedeki problemler yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam kalitesinin artırılması için psikolojik ve sosyodemografik durumun iyi olması şarttır. Bunun için hastaya psikolojisini negatif etkileyecek şeylerden uzak durması, doğru beslenmesi, dinlenmesine önem vermesi, kendine zaman ayırması, onu hasta rolünden uzaklaştıracak şeyler yapması önerilebilir.

Ruhsal sorunların erken fark edilebilmesi için hemşirelere eğitim programları oluşturulabilir. Hemşirelere hasta eğitimi verirken bilişsel fonksiyonu bozulmuş (özellikle bellek bozukluğu olan) ve psikolojik sorunları olan hastalar için ilaç-tedavi uyumunda sıkıntı olabilecek konular hakkında bilgi verilmelidir. Hasta yakınları da bu konuda uyarılmalıdır.

EDDS puanı yüksek olan, çok fazla atak geçiren, imkanları kısıtlı olan, yatağa bağlı olan, konuşamayan veya görmede sorun yaşıyan MS hastaları için intihar düşüncesi ve davranışı açısından risk grubunda olduğu bilinmeli ve daima doktor, hemşire, hasta yakını tarafından gözetim altında bulunmalıdır.

MS'li bireylere yönelik düzenli grup toplantılarının planlanmalıdır. Hastalara danışmanlık ve bilgi verilmesi için danışma hattının yaratılması ve hemşireler tarafından ev ziyaretlerinin yapılması öne çıkarılmalıdır.





## KAYNAKLAR

- Adam F, Victor S. Multipl Skleroz Principles of Neurology. 9. Baskı, Ankara, Günes Kitapevi. 2011; 874-903.
- Alarcia R, Ara JR, Martín J, López A, Bestué M, Bertol V, Vergara JM. Sleep disorders in multiple sclerosis Neurologia. 2004 Dec; 19(10):704-9.
- Alp R., İlhan-Alp, S., Plancı, Y., Yapıcı, Z., Türk-Börü, Ü. The Prevalence Of Multiple Sclerosis In The North Caucasus Region Of Turkey: Door-To-Door Epidemiological Field Study. Archives of Neuropsychiatry 2012; 49: 272-275.
- Altıntaş A, Esen F. Multipl Skleroz immunopatogenezi. Nöropsikiyatri Arşivi Özel Sayı 2008; 45:10-4.
- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı, SANERC, Yayın No:2, İstanbul, 2003;78:704-705.
- Akman-Demir G. Multipl Skleroz Tedavisi. Klinik Gelişim, 2012; 1: 65-70.
- Avcı FD. Multiple skleroz hastalarında alt ekstremitte duyu değişikliklerinin denge üzerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 22-24
- Balzano J, Chiaravalloti N, Lengenfelder J. ve ark. Does the scoring of late responses affect the outcome of the paced auditory serial addition task ( PASAT)? Arch Clin Neuropsychol 2006;21: 819-825.
- Bayam G, Dilbaz N, Halat H ve ark. İntihar Düşüncesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 1995; 40-41.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. Crisis 2004; 25: 147-155.
- Bonhomme GR, Waldman AT, Balcer LJ, et al. Pediatric optic neuritis: brain MRI abnormalities and risk of multiple sclerosis. Neurology 2009; 72(10): 55-58.
- Boz C. Multipl Skleroz'da klinik bulgular ve semptomlar. Türkiye Klinikleri J. Neur 2009; 2:9-14.
- Bradley W, Daroff R, Fenichel G, Jankovic J. Neurology in Clinical Practice Principles of Diagnosis and Management. Fourth Edition. 2004; 60:1631- 1664.
- Brass SD, Duquette B, Proulx-Therrien J, Auerbach S. Sleep disorders in patients with multiple sclerosis. Sleep Medicine Reviews. 2010;14:121-129.

- Brenner P, Burkill S, Jokinen J, Hillert J, Bahmanyar S, Montgomery S. Multiple sclerosis and risk of attempted and completed suicide - a cohort study. *Eur J Neurol* 2016; 21(6):47-48.
- Cerqueira AC, Andrade PS, Godoy-Barreiros JM, Silva ACO, Nardi AE. Multipl sklerozda intihar için risk faktörleri: bir vaka kontrol çalışması. *J Bras Psiquiatr* 2015;64(4):303-6.
- Compston A, McDonald I, Noseworthy J, Lassmann H, Miller DH, Smith KJ, Wekerle H, Confavreux. *McAlpine's Multiple Sclerosis*. 4th Ed., Churchill Livingstone, 2005; 204-2011.
- Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 2002;52:193-204.
- Çelik Y, Birgili O, Kiyat A. Prevalence of multiple sclerosis in the metropolitan area of Edirne city. *Mult Scler* 2003;9(1):47-48.
- Çömez-Yılmaz N. MS ve Otoimmünite. Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2006; 23-25.
- Day A, Üniversite öğrencilerinde stres algısı ve Stres Audit Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1992.
- De Abreu LN, Nery FG, Harkavy-Friedman JM, De Almeida KM, Gomes BC, Oquendo MA, Lafer B. Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type. *Compr Psychiatry* 2012; 53:125-129.
- De Sonneville LM, Boringa JB, Reuling IEW ve ark. Information processing characteristics in subtypes of multiple sclerosis. *Neuropsychologia* 2002; 40: 1751-1765.
- Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, Bitlis V. İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. XXXI. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi, İstanbul, Bilimsel Çalışmalar Kitabı, 1995; 40-41.
- Deniz BE. Multiple Skleroz'lu hastalara ait MRI bulgularının morfometrik olarak değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı, Eskişehir, Uzmanlık tezi, 2008.
- Diagnostic Criteria For Multiple Sclerosis: Revisions To The "McDonald Criteria". *Annals of Neurology* 2005; 58: 840-846.
- Dilorenzo TA, Halper J, Picone MA. Quality of life in MS: does aging enhance perceptions of mental health Disability Rehabilitation. 2009; 31(17):1424-31.

- Durak A. İntihar Olasılığı: Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Umutsuzluk ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(1): 29-39.
- Durak A, Mithat, Senol-Durak, Emre B, Gencoz A, Tulin S. Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale among Turkish university students, correctional officers, and elderly adults. *Social Indicators Research* 2010; 99(3): 413-429.
- Dowling P, Shang G, Raval S, Menonna J, Cook S, Husar W. Involvement of the CD95 (APO-1/Fas) receptor/ligand system in multiple sclerosis brain. *J Exp Med* 1996;184(4):1513-1518.
- D'Souza SD, Bonetti B, Balasingam V, Cashman NR, Barker PA, Troutt AB et al. Multiple sclerosis: Fas signaling in oligodendrocyte cell death. *J Exp Med* 1996;184(6):2361-2370.
- Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi. *Klinik psikofarmakoloji bülteni* 2001;11(3):168-173.
- Eraksoy M, Akman Demir G. Merkez sinir sisteminin miyelin hastalıkları. Emre A. ÖGE (editör). *Nöroloji, İstanbul, Nobel Kitabevi. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları.* 2004; 505-535.
- Eraksoy M, Akman-Demir G. Merkezi Sinir Sisteminin Miyelin Hastalıkları. <http://www.itfnoroloji.org/MS/MS.htm/> , 2009. Erişim tarihi : 02.12.2018
- Eraksoy M, Bulut S, Alp R. Multipl Skleroz. Emre M. Editör, *Nöroloji Temel Kitabı . 1. Baskı, İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri.* 2013; 1112-1135.
- Eskin M. Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3:228-234.
- Feinstein A. Multiple sclerosis, depression and suicide. *BMJ* 1997;15(7110):691-692.
- Feinstein A. Depression associated with multiple sclerosis looking beyond diagnosis to symptom expression. *J Affect Disord* 2001;66:193-198.
- Figved N, Benedict R, Klevan G, Myhr KM, Nyland HI, Landrø NI, Larsen JP, Aarsland D. Relationship of cognitive impairment to psychiatric symptoms in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2008;14(8):1084-90.
- Filippi M. Enhanced magnetic resonance imaging in multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2000; 6(5):320-6.
- Fredrikson S**, Cheng Q, Jiang GX. Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. *Neuroepidemiology* 2003;22:146-52.

- Gardener H, Munger KL, Chitnis T. ve ark. The relationship between handedness and risk of multiple sclerosis. *Mult Scler* 2009; 15(5): 587–592.
- Garland EJ, Zis AP. Multiple sclerosis and affective disorders. *Can J Psychiatry* 1991;36. 112-117.
- Gaskill A, Foley FW, Kolzet J, Picone MA. Suicidal thinking in multiple sclerosis. *Disabil Rehabil.* 2011;33(17-18):1528-36.
- Ghaem H, Borhani Haghghi A. The impact of disability, fatigue and sleep quality on the quality of life in multiple sclerosis. *Ann Indian Acad Neurol.* 2008;11(4):236-41.
- Gilroy J. Basic neurology. Çev. Karabudak R. Ankara, Güneş Kitapevi. 2002; 31-33.
- Goldsmith SK. Reducing Suicide: A National Imperative. Washington DC. USA: National Academies Press. 2002; 76-77
- Gordon SF, Duquette P, Antel JP: Inflammatory demyelinating diseases of the central nervous system. In: *Neurology in clinical practise*. 2nd Ed., Bradley WG, Daroff DB, Fenichel GM, Marsden CD editors. USA, Sutter Wart-Heinemann 1996; 97.1307-1343,
- Grossman RI, Barkhof F, Filippi M. Assessment of spinal cord damage in MS using MRI. *J Neurol Sci.* 2000; 3-9.
- Helweg-Larsen K**, Juel K. Sex differences in mortality in Denmark during half a century, 1943–92. *Scand J Public Health* 2000;28:214–21
- İdiman E. Demyelinizan hastalıklar. Oğul E. Editör, Klinik Nöroloji, Bursa, Nobel-Güneş Yayınevi. 2002;159-185.
- Kahya M. Jandarma genel komutanlığında iş stresi ve iş doyumu. Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Güvenlik Bilimleri Ana Bilim Dalı, Ankara, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006;
- Kampman MT, Brustad M. Vitamin D: a candidate for the environmental effect in multiple sclerosis - observations from Norway. *Neuroepidemiology* 2008; 30(3):140-6.
- Kaplan HMD, Sadock BJ MD, Grebb JA MD. *Synopsis of Psychiatry*. Williams and Wilkins Seventh Ed.,1995;370.
- Kayhan H, Soyuer F, Armutlu K, Uyanık M, Bumin G, Düger T. Multipl Sklerozlu hastalarda fonksiyonel değerlendirme. *Erciyes Tıp Dergisi* 2003;25(1):28-37.
- Kelleher KJ, Spence W, Solomonidis S, Apatsidis D. Ambulatory rehabilitation in multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2009; 31:1625-1632.

- Khan F, Pallant JF, Brand C, Kilpatrick TJ. Effectiveness of rehabilitation intervention in persons with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2008; 79(11), 1230-1235.
- Klewer J, Pöhlau D, Nippert I, Haas J, Kugler J. Problems reported by elderly patients with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2001;33(3):167-71.
- Kouzoupis AB, Paparrigopoulos T, Soldatos M, Papadimitriou GN. The family of the multiple sclerosis patient: a psychosocial perspective. *International Journal of MS Care* 2000; 2:4.
- Köknel Ö. Depresyon, İstanbul 1989; 14: 118.
- Krutzke JF. Natural history and clinical outcome measures for multiple sclerosis studies. Why at the present time does EDSS scale remain a preferred outcome measure to evaluate disease evolution *Neurol Sci* 2000;21:339–341.
- Kurtzke JK. MS epidemiology world wide. One view curren status. *Acta Neurol Scand Suppl.* 1995;161:23-33.
- Lassmann H, Brück W, Lucchinetti CF. The Immunopathology of Multiple Sclerosis: An Overview. *Brain Pathol* 2007; 17: 210–218.
- Levine S, Ancill RJ, Roberts AP. Assessment of suicide risk by computer.delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:216-220.
- Lublin FD, Miller AE., Multipl Skleroz ve Santral Sinir Sisteminin Diğer Demiyelinizan Hastalıkları. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J (editors). *Neurology in Clinical Practise.* Kurne A. (çeviri editörü), 5. Baskı. İstanbul, Veri Medikal Yayıncılık 2008; 1583-1605
- Miller L.H, Smit, A.D, Mehler B.L. *The Stres Audit Manuel.* Brookline. 1988; 39-41
- Minden SL, Schiffer RB: Affective disorders in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1990; 47:98-104.
- Moscicki EK. North American perspectives epidemiology of suicide. *International Psychogeriatrics* 1995; 7(2): 137-148.
- McCabe M.P, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 56:355-361
- McDonald I, Compston A. The symptoms and sign of multiple sclerosis. In: Compston A Ed., *McAlpine’s multiple sclerosis.* 4th ed., Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier 2006; 287-346.

- Mcelroy SL, Kotwal R, Kaneria R, Keck PE. Antidepressants and suicidal behavior in bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2006; 596–617.
- Merlino G, Fratticci L, Lenchig C, Valente M, Cargneluttid, Picellom, Serafini A, Dolso P, Gigli GL. Prevalence of 'poor sleep' among patients with multiple sclerosis: an independent predictor of mental and physical status. *Sleep Med Jan* 2009;10(1):26–34.
- Miller AE, Lublin FD, Coyle PK. *Multiple sclerosis in clinical practice*. 1st ed., London and New York. Martin Dunitz 2003;1-217.
- Mirza M. *Multipl Sklerozun Etyolojisi ve Epidemiyolojisi*. Erciyes, Medical Journal 2002;24(1):40- 47.
- Motl RW, McAuley E, Snook EM, Gliottoni RC. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med* 2009; 14:111-124.
- Murray TJ. *Multiple sclerosis: the history of a disease*. Demos: New York Press 2005; 489-501.
- Murray TJ. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *J Epidemiol* 2006;162(8):774-8.
- Murray TJ. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *BMJ* 2006;332:525-527.
- Mutlu M. ve Akman-Demir G. *Multipl Skleroz Tanısında Tarihsel Gelişim ve Son Durum*. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008;45;1-5.
- O'Connor P. Key Issues In The Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis:An Overview. *Neurology* 2002;(3):1-32.
- Özsoy SD , Eşel E. İntihar (özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:175-185.
- Pette M, Fujita K, Kitze B. ve ark. Myelin basic protein-specific Tlymphocyte lines from MS patients and healthy individuals. *Neurology* 1990;40:6-1770.
- Piras MR, Magnano I, Canu ED, Paulus KS, Satta WM, Soddu A. et al. Longitudinal study of cognitive dysfunction in multiple sclerosis: Neuropsychological, neuroradiological, and neurophysiological findings. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74(7):878-85.
- Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Suicide In Schizophrenia: What We Are Going To Do About It?. *Ann Ist Super Sanita* 2004;40(4):463-473.

- Polman CH, Reingold, S, Edan G, Filippi M, Hartung H, Kappos L, Lublin F, Metz L, McFarland H, O'Conner P, Wolheim M, Thompson AJ, Weinshenker B, Wolinsky J. Multiple sclerosis. *Psychol Res Behav* 2005; 31-39.
- Polman CH, Thompson AJ, Murrat JT et al. *Multiple Sclerosis: The guide to treatment and management*. New York, Demos Medical Publishing 2006
- Poser CM, Brinar VV. Multiple sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg* 2002; 104: 165167.
- Pozzilli C, Brunetti M, Amicosante AM, Gasperini C, Ristori G, Palmisano L, Battaglia M. Home based management in multiple sclerosis: result of a randomised controlled trial. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry* 2012;73,250-255.
- Rolak RA. *Demiyelinizan hastalıklar*. Keçeci,H.(Çeviri Editörü), *Nörolojinin Sırları*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2009;213-220.
- Ropper AH, Brown RH. *Adams and Victor's principles of neurology*. McGraw Hill, 8th Edition. 2005.
- Ropper AH, Brown RH. *Multiple Skleroz ve İlişkili Demiyelinizan Hastalıklar*. Adams and Victor's *Principles of Neurology*. Demir GA. (çeviri editörü) 8. Baskı. Ankara Güneş Kitabevi. 2006; 771- 790.
- Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Suwat M, Wanida P, Patumanond J. A risk-scoring scheme for suicide attempts among patients with bipolar disorder in a Thai patient cohort. *Psychol Res Behav Manag* 2012;5:37– 45.
- Schapiro R, *Managing the symptom of multiple sclerosis*. 4th ed. Newyork. Demos Medical Publishing Inc 2006;25-33.
- Siva A, Kantarcı O. Symptomatic therapy in multiple sclerosis: Big pharma should do more-YES. *Multiple Sclerosis*. 2015;17-33
- Sospedra M, Martin R. Immunology of multiple sclerosis. *Annu Rev Immunol* 2005; 23: 683-747.
- Soyuer F, Mirza M. *Multipl Skleroz'lu Olgularda Düşmelerin Risk Faktörleri*. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2007;14(4):1-10.
- Stankiewicz JM, Glanz BI, Healy BC et al. Brain MRI lesion load at 1.5T and 3T versus clinical status in multiple sclerosis. *J Neuroimaging* 2011;21(2):50-6.
- Stenager E, Koch-Henriksen N. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992;55:542–5.
- Şahin NH, Batıgün AD. Bir özel hastane sağlık personelinde iş doyumu ve stres. *Türk Psikoloji Dergisi* 1997;12(39):57 – 73.

- Şahin NH, Durak A, Yasak Y. “İnterpersonal Style, Loneliness and Depression”. 23 rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, Book of Abstracts, 1994;17-22:209.
- Tachibana N, Howard RS, Hirsch NP, Miller DH, Moseley IF, Fish D. Sleep problems in multiple sclerosis. *Eur Neurol.* 1994;34(6):320-3.
- Tanık N. Multiple Skleroz’da Depresyon ve hastalık parametreleri ile ilişkisi. Yüzüncü yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Van, Uzmanlık Tezi, 2006.37-39.
- Taşçı K, Özsan M.E, “Bölgesel Hoşnutsuzluk Endeksi”, 12. Uluslararası Ekonometri, Yöneylem Araştırması ve İstatistik Sempozyumu, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2011;5.
- Terzi M. ve ark. Multiple skleroz hastalarında cinsel fonksiyon bozukluğu. [edergi.omu.edu.tr/index.php/JECM/article/download/1335/1217](http://edergi.omu.edu.tr/index.php/JECM/article/download/1335/1217). Erişim tarihi 2.12.2018
- Terzi M. Multiple Skleroz hastalarında beyin omurilik sıvısı total tau protein düzeyi ve difüzyon ağırlıklı beyin magnetik rezonans görüntüleme ile olan ilişkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Samsun, 2005.
- Terzi M, Ünal Akdemir M. Multipl Skleroz’un Orta Karadeniz bölgesindeki prevalansı ve hastaların demografik özellikleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Samsun, Uzmanlık Tezi, 2011.
- Tegin B. Depresyonda bilişsel süreçler, Beck modeline göre bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi* 1987;6(21):116-124.
- Tienari P, Bonetti A, Pihlaja H, Saastamoinen KP, Rantamaki T. Multiple Sclerosis in Genes And Geography. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2006;108:223–226.
- Tihan AK. Multiple Skleroz ve Tedavisindeki Gelişmelerin Psikiyatrik Yönü. *Nöropsikiyatri Arşivi Özel sayı* 2008.
- TND. Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Klavuzu. İstanbul, 2016;116s.
- Tunalı G. Epidemiyoloji. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Multipl Skleroz Özel Sayısı.* 2004;3(2):161-164.
- Tuncay T. Kronik Hastalıklarla Baş etmede Tinsellik. *Sağlık ve Toplum* 2007; 17(2):13-20
- Turan ÖF. Multipl Skleroz. Oğul E.(Editör), *Klinik Nöroloji*, 1.Baskı, Bursa; Nobel ve Güneş Tıp Kitabevleri. 2002;171-185.



- TÜİK, İntihar İstatistikleri. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası 2011.
- Türkbay TG, Yıldırım Y, Özakbaş S, Uzunel F, İdman E. Multipl sklerozlu hastalarda yorgunluk ve yorgunluğun etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Nöroloji Dergisi* 2004;10(6):515-520.11
- Ünal A, Mavioğlu H, ve Emre U. Multipl Skleroz Tanı Tedavi Klavuzu. İstanbul, Galenos Yayınevi. 2013.
- Üstün E. Multiple Sklerozlu hastalarda yorgunluk ve yorgunluğu etkileyen faktörlerin incelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Edward AS, Thomas EJ. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review* 2010;117(2):575–600.
- Ytterberg C. A two-year study of people with multiple sclerosis. Karolinska İnstitutet. Doktora tezi, 2008.
- Yurtsever S, Kronik Böbrek Yetmezliği Nedeniyle Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerde Yorgunluğun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yayınlanmış Doktora Tezi, 1999
- Zipp K, Dichgans J, Martin R, Weller M. Serum CD95 of relapsing remitting multiple sclerosis patients protects from CD95-mediated apoptosis. *J Neuroimmunol* 1998;86(2):151-154.
- Zorzon M, de Masi R, Nasuelli D. Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. *J Neurol* 248(5):416-21, 2001.
- Wallin MT, Wilken JA, Kane R. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: Assessment, imaging, and risk factors. *J Rehabil Res Dev* 2006;43(1):63-72.
- Walsh A, Walsh PA. Love, self-esteem and multiple sclerosis. *Soc.Sci. Med.* 1989;29: 793-798.
- Wattjes MP, Barkhof F. High field MRI in the diagnosis of multiple sclerosis: high field-high yield?.*Neuroradiology* 2009;51(5):279-92.
- Weiskopf P.E. Burnout Among Teachers of Exceptional Children. *Exceptional Children*1980;47: 18-23.
- Weiner HL, Levitt KP, Rae-Grant A. *Neurology*. 6.Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 1999;158-167.
- Winkelmann A.E.C, Apel C, Zettl U.K. Cognitive impairment in Multiple Sclerosis. *J Neurol* 2007; 254 (2): 35-42.

## EKLER

Ek: 1



### Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Multipl Skleroz Polikliniği

#### Nöropsikolojik Değerlendirme Formu

<b>Adı Soyadı:</b>	<b>Tarih:</b>
<b>Yaşı:</b>	<b>Doğum Tarihi:</b>
<b>Eğitim Durumu:</b>	<b>Mesleği:</b>
<b>Aylık Gelir Düzeyi:</b> <input type="checkbox"/> 1500 TL altı <input type="checkbox"/> 1500-3000 TL arası <input type="checkbox"/> 3000 TL üstü	<b>Yaşadığı Yer (İl, İlçe):</b>
<b>Medeni Durumu:</b>	<b>Evlilik Süresi:</b>
<b>Evde beraber yaşadığı kişiler kimler? / Yalnız?</b>	<b>Sürekli yaşadığı yerde sağlık hizmetine kolayca ulaşabiliyor mu?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>Ne zamandır MS hastası?</b>	<b>El Tercihi:</b>
<b>Cinsiyeti:</b>	<b>MS dışında herhangi bir kronik hastalığı?</b>

**Ek: 2**

**İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ (İDÖ)**

Son 1 hafta içinde aşağıdaki cümlelerde belirtilen düşüncelerden size uyanlar için evet uymayanlar için hayır yanıtını işaretleyiniz.

1. Kontrol edemeyeceğim kadar öfkelenirim.

Evet Hayır

2. Bazen başkalarını incitme isteği duyuyorum.

Evet Hayır

3. İncinmem veya yaralanmam umurumda değil.

Evet Hayır

4. Kendim için birşeyleri daha iyi yapacağım konusunda umudumu kesebilirim.

Evet Hayır

5. Geleceğim bana karanlık görünüyor.

Evet Hayır

6. İlerisi için yalnızca hoş olmayan şeyler düşünüyorum.

Evet Hayır

7. İstedğim hiçbir şeyi elde edemiyorum.

Evet Hayır

8. Hiçbir şey istediğim gibi değil.

Evet Hayır

9. Ölümü hak etmiş olduğumu düşünüyorum.

Evet Hayır

10. İntihar girişiminde bulunacak olsam, öncesinde en az üç saat bunu düşünürdüm.

Evet Hayır

11. Geçen yıl içinde başkalarına hayatıma son verebileceğimden bahsettim.

Evet Hayır

12. Zaman zaman kendimi öldürme konusunda karşı konulmaz bir istek duyarım.

Evet Hayır

13. Sık sık hayatıma son verme fikri aklıma geliyor.

Evet Hayır

14. İşlerin kötü gitmesi konusunda kendimi suçluyorum.

Evet Hayır

15. Kötü birşeyler yapmışım gibi geliyor.

Evet Hayır

16. Her zamankinden daha yavaş düşünüyorum.

Evet Hayır

17. Her zamankinden daha yavaş konuşuyorum.

Evet Hayır



Ek: 3

## BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

### AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

#### **1 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

#### **2 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

#### **3 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

#### **4 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

**5 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**6 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

**7 0. Kendimden memnunum.**

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

**8 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

**9 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

**10 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**11 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

**12 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

**13 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

**14 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

**15 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

**16 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

**17 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**18 0. İştahım her zamanki gibi.**

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

**19 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

**20 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**21 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.



#### Ek 4 – Strese Yatkınlık Ölçeği

Aşağıda, insanların strese yatkınlığını etkileyen bazı faktörlerden söz edilmektedir. Her maddeyi okuyun ve sizin için ne kadar geçerli olduğunu 1 (hemen her zaman) ve 5 (hiç bir zaman) arası dereceli ölçek üzerinden değerlendirin.

##### Lütfen Bu Sayfadaki Her Maddeyi Yanıtlayın

Hiçbir zaman	Hemen Her zaman				
1. Hergün en azından 1 kez dengeli ve sıcak bir öğün yemek yerim.	1	2	3	4	5
2. Haftada en az 4 gece 7 ya da 8 saat uyku uyurum.	1	2	3	4	5
3. Düzenli olarak ban ilgi ve şefkat gösterilir, ben de karşımdakilere gösteririm.	1	2	3	4	5
4. Bulduğum yerden istersem kolaylıkla ulaşabileceğim, en azından 1 tane güvendiğim ve dayanabileceğim bir akrabam vardır.	1	2	3	4	5
5. Haftada en az iki kez, terleyinceye kadar egzersiz yaparım	1	2	3	4	5
6. Hergün en fazla yarım paket sigara içerim. (sigara içmiyorsanız 1'i işaretleyin)	1	2	3	4	5
7. Haftada en fazla 5 kadeh alkol alırım. (Eğer ki içki içmiyorsanız 1' i işaretleyin)	1	2	3	4	5
8. Boyuma göre kiom uygundur.	1	2	3	4	5
9. Kazancım temel ihtiyaçlarımı karşılamaya yeterlidir.	1	2	3	4	5
10. Dini yada diğer manevi inançlarımdan güç alırım.	1	2	3	4	5
11. Sosyal aktivitelere ya da kulüp / dernek etkinliklerine düzenli olarak katılırım.	1	2	3	4	5
12. Kendime yakın bulduğum arkadaşlarımdan ve hoşlandığım tanıdıklarımdan olmuş bir grubum var.	1	2	3	4	5
13. Özel konularımı açabileceğim bir ya da iki arkadaşım var.	1	2	3	4	5
14. Sağlığım iyidir (görme, işitme ve diş sağlığı dahil).	1	2	3	4	5
15. Kızgın ya da kaygılı olduğuma duygularımı açıkça söyleyebilirim.	1	2	3	4	5
16. Birlikte yaşadığım insanlarla ev işleri, para, günlük yaşamla ilgili konularda düzenli olarak konuşabilirim.	1	2	3	4	5
17. Haftada en az bir kez eğlence için birşeyler yaparım.	1	2	3	4	5
18. Zamanımı etkili bir biçimde düzenleyebilirim.	1	2	3	4	5
19. Hergün en fazla 3 badak kahve (çay ya da kolalı içecekler) içerim	1	2	3	4	5
20. Gün içinde kendime sakin ve sessiz kalabileceğim bir süre ayırırım	1	2	3	4	5

**Ek: 5**

**YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ**

Aşağıda 5 ifade vardır. Bu ifadelerin size uygunluk derecesini belirlemek amacı ile 1'den 7'ye kadar seçenekler sunulmuştur. Bu derecelendirilmiş seçeneklerden sizin için uygun olan derecelendirme numarasını ifadelerin karşısında yerleştiriniz

Cevaplandırmalarda lütfen açık ve dürüst olunuz. Teşekkürler.

1-Hiç uygun değil

2-Uygun değil

3-Biraz uygun değil

4-Ne uygun, ne uygun değil

5-Biraz uygun

6-Uygun

7-Çok uygun

Yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın

Yaşam koşullarım çok iyi

Yaşamımdan hoşnutum

Şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim

Yeniden dünyaya gelseydim yaşamımda hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim

**Ek: 6**

**YORGUNLUK İÇİN GÖRSEL BENZERLİK SKALASI**

Tarih:

Saat:

YÖNERGE: Sizden şu anda ne hissettiğinizi belirtmeniz için çizgilerin uygun yerine 10 ballık sistemle bir puan vermeniz istenmektedir. Örneğin, dünden beri hiç yemek yemediğinizi düşünün. Kaç puan verirsiniz?

1. Hiç aç değilim 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 Aşırı derecede açım

Lütfen, şimdi aşağıdaki maddeler için bu değerlendirmeyi yapınız.

1. Hiç yorulmuş değilim ..... Aşırı derecede yorulmuş hissediyorum
2. Hiç uykum yok ..... Aşırı derecede uykum var
3. Hiç uyuşuk değilim ..... Aşırı derecede uyuşuk hissediyorum
4. Hiç halsizliğim yok ..... Aşırı derecede halsizliğim var
5. Hiç bitkin değilim ..... Aşırı derecede bitkin hissediyorum
6. Hiç enerjim yok ..... Aşırı derecede hissediyorum
7. Hiç hareket etmek istemiyorum ..... Aşırı derecede aktif hissediyorum
8. Hiç kuvvetim yok ..... Aşırı derecede dinç hissediyorum
9. Hiçbir iş çıkaramıyorum ..... Kendimi son derece işe yarar hissediyorum
10. Hiç yaşam dolu değilim ..... Son derece yaşam doluyum
11. İşlerimi düzenli yapabiliyorum ..... Ne yapacağımı şaşırmış durumdayım
12. Hiç tükenmiş değilim ..... Aşırı derecede tükenmiş hissediyorum
13. Gözlerimi açık tutmak için hiç bir güç gerekmiyor ..... Gözlerimi açık tutmak aşırı güç gerektiriyor
14. Kolayca hareket edebiliyorum ..... Hareket etmek benim için büyük bir iş
15. Dikkatimi toplamada güçlük çekmiyorum ..... Dikkatimi toplamak büyük bir iş
16. Yorulmadan sohbet edebiliyorum ..... Sohbet etmek benim için büyük bir iş
17. Gözlerimi açık tutmak için büyük bir isteğim var ..... Gözlerimi açık tutmak için kesinlikle isteksizim
18. Bir yere uzanmak için kesinlikle isteksizim ..... Bir yere uzanmak için büyük bir isteğim var

**Ek: 7**

**EDSS (EXPANDED DISABILITY STATUS SCALE)  
GENİŞLETİLMİŞ ÖZÜRLÜLÜK DURUMU DERECESİ**

0 : Normal Nörolojik inceleme (fonksiyonel sistemlerin [FS] tümünde 0 derece; serebral derece 1 ise kabul edilebilir)

0.5 : Özürlülük yok, bir FS' de minimal bulgu (örn. 1. derece – serebral 1.derece hariç)

1.0 : Özürlülük yok, birden fazla FS' de minimal bulgu (1. dereceden fazla – serebral 1.derece hariç)

2.0 : Bir FS' de minimal özürlülük (bir FS 2. Basamak; diğerleri 0 ya da 1).

2.5 : iki FS' de minimal özürlülük (iki FS 2. Derece, diğerleri 0 ya da 1).

3.0 : Bir FS' de orta derecede özürlülük (bir FS 3. derece, diğerleri 0 ya da 1); ya da 3 veya 4 FS' de hafif özürlülük (3/4 FS 2. Derece, diğerleri 0 ya da 1), tam ambulatuvar hasta.

3.5 : Tam ambulatuvar hasta, ancak bir FS'de orta derecede özürlülük (bir adet 3. derece) ve bir ya da iki FS 2. derece; veya beş FS 2. derecede (diğerleri 0 ya da 1)

4.0 : Yardımsız tam ambulatuvar hasta, bir FS' de 4. derece ağır özürlülük (diğerleri 0 veya 1) olmasına karşın günde 12 saat ve üzerinde kendine yetebilen hasta, ya da önceki basamakların sınırlarını aşacak şekilde, düşük derecelerin kombinasyonu. Yardımsız ve dinlenmeden 500 metre civarında yürüyebilir.

4.5 : Günün çoğuna yakın bir bölümünde yardımsız tam ambulatuvar hasta, tam gün çalışabilir, bunun dışında aktivitesinin tam olmasında bazı kısıtlıklar olabilir veya minimal yardıma ihtiyaç duyabilir, göreceli olarak bir FS' de 4. derece görece olarak ağır özürlülük (diğerleri 0 veya 1), ya da önceki basamakların sınırlarını aşacak şekilde, düşük derecelerin kombinasyonu. Yardımsız ya da dinlenmeden 300 metre yürüyebilir.

5.0 : Yardımsız ya da dinlenmeden yaklaşık 200 metre yürüyebilir; özürlülüğü günlük aktivitelerini tam olarak yürütmesine engel olacak kadar ağırdır (özel koşul olmaksızın tam gün çalışmak gibi). (Genel olarak FS eşdeğeri tek başına bir FS' de derece 5, diğerleri 0 veya 1; ya da daha düşük derecelerin 4. basamaktakini aşan kombinasyonları)

5.5 : Yardımsız ya da dinlenmeksizin yaklaşık 100 metre yürüyebilir; özürlülük 23 günlük aktiviteleri engelleyecek kadar ağırdır. (Genel olarak FS eşdeğerleri bir FS' de

tek başına 5. derece, diğerleri 0veya 1; ya da daha düşük derecelerin 4. basamaktakini aşan kombinasyonları)

6.0 :Yaklaşık 100 metre dinlenerek veya dinlenmeden yürüyebilmek için aralıklı ya da tek taraflı sabit destek (koltuk değneği, baston vb.) gerekir. (FS eşdeğerleri ikiden çok FS'de 3 ve daha fazla dereceden bozukluk kombinasyonları)

6.5 : Dinlenmeden 20 metre yürüyebilmek için sabit iki taraflı destek (koltuk değneği, baston v.b.) gerekir. (FS eşdeğerleri ikiden çok FS'de 3 ve daha fazla dereceden bozukluk kombinasyonları)

7.0 : Yardımla bile 5 metrenin ötesinde yürüyemez, esas olarak tekerlekli sandalyeye bağımlıdır; tekerlekleri kendisi çevirir ve kendisi tekerlekli sandalyeye geçebilir; yaklaşık günde 12 saat ya da daha fazla tekerlekli sandalyede geçirebilir. (Genel olarak FS eşdeğerleri bir FS'de 4. derece ya da daha fazla; nadiren piramidal 5. derece)

7.5 : Birkaç adımdan fazlasını atamaz; tekerlekli sandalyeye bağımlıdır; tekerlekli sandalyeye geçişte yardım gerekebilir; tekerlekli sandalyeyi kendisi çevirir ancak standart tekerlekli sandalyede tüm günü geçiremez, motorlu tekerlekli sandalye gerekebilir. (Genel olarak FS eşdeğerleri 4. derece bozukluk içeren birden fazla FS)

8.0 : Esas olarak yatağa ya da sandalyeye bağımlı, ya da tekerlekli sandalyede ambule olabilir, günün çoğunu yatak dışında geçirebilir; birçok işini kendisi görebilir. (FS eşdeğerleri genellikle çeşitli sistemlerde 4 ve üstü dereceleri içerir)

8,5 : Günün çoğunda yatağa bağımlıdır; kolunu/kollarını bir dereceye kadar etkili olarak kullanabilir; bazı işlerini kendisi görebilir. (FS eşdeğerleri genellikle çeşitli sistemlerde 4 ve üstü dereceleri içerir)

9.0 : Ümitsizce yatağa bağlı hasta; iletişim kurabilir ve yiyebilir. (FS eşdeğerleri çoğu 4. derece ve üstünde olan kombinasyonlar)

9.5 : Tümüyle ümitsiz, yatağa bağlı hasta; etkin iletişim kuramaz ya da yutmayeme bozulmuştur. (FS eşdeğerleri neredeyse tümü 4. derece üstünde olan kombinasyonlardır)

10.0 : MS'e bağlı ölüm

## Ek 9

### HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**ARAŞTIRMANIN ADI :** Multipl Skleroz hastalarında intihar düşüncesinin klinik ve demografik özelliklerle ilgisi

**Gönüllünün Baş Harfleri** << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun.

#### **BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?**

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığımız tedavinin standardını etkilemeyecektir.

#### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?**

Multipl Skleroz hastalarında intihar düşüncesinin klinik ve demografik özelliklerle nasıl bir ilişkisi olduğuna bakılacaktır. Hastaların yaş, hastalık süresi, cinsiyet, yaşadığı yer, el tercihi, medeni durumu, evde beraber kimlerle yaşaması, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, MS dışında her hangi bir kronik hastalığının olması intihar düşüncesini etkiler mi? Multipl Skleroz hastalarının yaşam doyumunun, depresyon, yorgunluk ve stress düzeyinin intihar düşüncesi üzerinde etkisi ne kadardır?

#### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ VE ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI?**

Çalışma süresince size bir kez 30 dakika kadar süren bazı anketler uygulanacaktır. Nöropsikolojik değerlendirme yapılacaktır. Daha sonra anketler zamanı size yaşam doyumu, yorgunluk, intihar düşüncesi, depresyon ve stres gibi ölçekler uygulanacaktır. Çalışma sürecinde size herhangi bir işlem veya müdahale yapılmayacaktır. Çalışmaya katıldığımız takdirde yaşam kaliteniz ölçeklerle değerlendirilecek. Size yaşam doyumu, yorgunluk, intihar düşüncesi, depresyon ve stres gibi ölçekler uygulanacak ve hastalığın seyrine yönelik bilgi sahibi olunacaktır.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

**Ek: 10**

## **ÖZGEÇMİŞ**

Adı Soyadı: Nargiz Allahguluzada

Doğum Yeri: Azerbaycan, Bilasuvar

Doğum Tarihi: 17.03.1995

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce, Rusça, Azerice

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

*Bakü Devlet Universitesi (2012-2016)*

*Ondokuz Mayıs Universitesi (2017)*

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl:

*Medina Psikoloji Danışmanlık (2012-2013)*

*Profesyonel Psikoloji Danışmanlık (2014)*

*Genç Psikologlar Derneği (2015-2017)*

E-posta: nargizayaz@gmail.com

Telefon: +90 553 709 6202; +994 51 705 1960

