

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI

# MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜĞÜN İNTİHAR DÜŞÜNCESİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra GÜMÜŞ

Samsun  
Temmuz-2012

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI

# **MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜĞÜN İNTIHAR DÜŞÜNCESİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Kübra GÜMÜŞ**

**Danışman: Yrd. Doç.Dr. Serap SEZGİN**

**Samsun  
Temmuz-2012**

**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışma jürimiz tarafından **Ruh Sağlığı Hemşireliği** Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Doç Dr. Murat TERZİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye: Yrd. Doç Dr. Gökhan SARISOY

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye: Yrd. Doç. Dr. Serap SEZGİN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Tezin Adı: Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün İntihar

Düşüncesine Etkisi

Tezi Teslim Eden: Kübra GÜMÜŞ

Tez Savunma Sınav Tarihi: 31/07/2012

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Serap SEZGİN

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurul'unca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Süleyman KAPLAN  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, emek veren, destekleyen ve tez çalışmamda yol gösteren sayın hocam ve danışmanım Yrd. Doç. Dr. Serap Sezgin'e, tezimde istatistik konusunda önemli önerileri ile çalışmama yol gösteren ve yardımlarını esirgemeyen Araş. Gör. Haydar Koç ve Öğr. Gör. Naci Murat'a, her zaman bana destek olan ve yardımlarını esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. İlknur Aydın Avcı, Doç. Dr. Murat Terzi, Yrd. Doç. Dr. Gökhan Sarısoy ve Yrd. Doç. Dr. Ozan Pazvantoğlu'na, çalıştığım kurumda bana her zaman destek olan değerli mesai arkadaşlarıma,

Çalışmama katılarak tezimin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm Multiple Skleroz hastalarına,

Bana her zaman güç veren, her konuda destek olan arkadaşım Pınar Özkökçü'ye, her zaman yanımda olup bana her konuda destek olan, sevgi ve anlayışlarını her koşulda sunan değerli arkadaşlarım Övgü Erkol, Nimet Yıldız ve Şule Doğan'a, tezimin başlangıç aşamasından beri bilgisini ve görüşlerini benimle paylaşarak yardımını esirgemeyen arkadaşım ve meslektaşım Araş. Gör. Ayşe Çaloğlu ve Öğr. Gör. Oya Sevcan Orak' a,

Her türlü sorumluluğumu üstlenerek hayatımı kolaylaştıran anne, babama ve varlıklarından her zaman mutluluk duyduğum ablalarım Esra Yıldırım ve Tuba Acun'a çok teşekkür ediyorum.

Kübra Gümüş

Samsun, 2012

## ÖZET

### **MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜĞÜN İNTİHAR DÜŞÜNÇESİNE ETKİSİ**

Bu çalışma, Multiple Skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesine etkisini amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde 01 Mart 2012-11 Eylül 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde kayıtlı olan 560 MS hastası oluşturmuştur. Win Episcopo 2,0 programıyla örneklem büyüklüğü minimum 125 olarak belirlenmiş, belirtilen tarihler arasında nöroloji polikliniğine ayaktan tedavi için başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm Multiple Skleroz hastaları (209 kişi) çalışmaya alınmıştır. Örneklem seçme yöntemine gidilmemiştir. Ancak hastaların 17'sinin okuma yazması olmaması, 7'sinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, 5'inin 65 yaş üzeri olması, 3'ünün depresyon ve 2'sinin diğer bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olması nedeniyle araştırma kapsamına alınamamıştır ve araştırma 175 Multiple Skleroz hastası ile tamamlanmıştır.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından bu konuya ilkin literatür incelenerek geliştirilmiş kişisel bilgi formu (Ek 1), 'Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (Ek 2)', 'İntihar Düşüncesi Ölçeği (Ek 3)' ve nöroloji kayıtlarından hekimlerin değerlendirerek puanlama yaptıkları EDSS puanları kullanılmıştır.

Veri toplama aracının kapsam geçerliliği için uzman görüşü alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS16,0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi, Kruskal-Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilere göre; araştırmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması  $35,82\pm 9,83$  olup, %67,4'ünün kadın olduğu ve %70,3'ünün evli olduğu, %52,6'sının yaşadığı yerin il olduğu, %56,6'sının çalışmadığı, %10,9'unun emekli olduğu, %79,4'ünün orta gelirde olduğu ve %76,6'sının RR MS klinik tipte olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların belirsizliğe tahammlszliğinin intihar düşüncesini etkilediği ( $p<0,05$ ) bulunmuştur.

Sonuç olarak MS hastalarında hastalığın sebep olduğu belirsizliğe tahammül edememe, hastalarda intihar düşüncesine sebep olmaktadır. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda MS hastalarında belirsizliği ve intihar düşüncesini azaltmak amacıyla, sağlık çalışanlarının sağlık eğitimleri ve danışmanlık hizmetlerini kullanarak multidisipliner alışmalar yrtmeleri nerilmektedir.

**Kübra GMş, Yüksek Lisans Tezi**  
**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Temmuz-2012**

## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF INTOLERANCE OF UNCERTAINTY IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS ON SUICIDAL IDEATION**

This descriptive study aimed to determine the effect of intolerance of uncertainty in multiple sclerosis patients on suicidal ideation.

The study was conducted at Samsun Ondokuz Mayıs University, Medical Faculty Neurology Outpatient Department between 01 March 2011 and 11 September 2012. Target population of the study consisted of 560 MS patients from Samsun, Ondokuz Mayıs University, Medical Faculty Neurology Outpatient Department. Minimum sample size was determined as 125 via Episcopo Win 2.0 program and all Multiple Sclerosis patients (N=209) who were admitted to the neurology outpatient department between the dates specified and met inclusion criteria participated in the study. No sample selection method was used. Because of 17 patients were illiterate, 7 did not want to participate in the study, 5 were over 65 years old, 3 had a history of depression and 2 had a history of psychiatric disorder, a total of 34 patients were excluded from the study and the study was conducted with 175 Multiple Sclerosis patients.

Personal information form (Appendix 1) developed by the researcher by examining the literature regarding this issue and containing the personal information about the patients, Intolerance of Uncertainty Scale (Appendix 2), Suicidal Ideation Scale (Appendix 3) and Expanded Disability Status Scale (EDSS) scores rated by neurology physicians by evaluating the neurology records were used to collect the data.

Expert opinion was applied for the content validity of the data collection instrument. SPSS16.0 package program was used for statistical analysis of the data. Descriptive statistics, correlation analysis, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U test were used in the statistical evaluation of the data.

According to the data obtained from the study, it was understood that the mean age of patients in the study was  $35.82 \pm 9.83$ , of the patients 67.4% were female and 70.3% were married, 52.6% were living in cities, 56.6% were unemployed, 10.9% were retired and 79.4% were coming from middle income families and 76.6% were in the RR MS clinical type. The mean intolerance of uncertainty score of the participants was  $64.06 \pm 30.61$  (0-125) whereas the mean suicidal ideation score was  $6.45 \pm 4.53$  (0-17). It was observed that intolerance of uncertainty of the patients participating in the study influenced the suicidal ideation ( $p < 0.05$ ).

In conclusion, intolerance of uncertainty caused by the disease in MS patients leads to suicidal ideation. In accordance with the results obtained in the study, it is recommended that healthcare professionals should conduct multidisciplinary studies by using health education and counseling services to reduce uncertainty and suicidal ideation in MS patients.

**Kübra GÜMÜŞ, Master Thesis**  
**Ondokuz Mayıs University, July-2012**



## SİMGELER VE KISALTMALAR

MS: Multiple Skleroz

n: Sayı

%: Yüzde

p: İstatistiksel Yanılma Düzeyi (0 ile 1 arasındadır)

r: Korelasyon katsayısı

>: Büyüktür

<: Küçüktür

U: Manny-Whitney U Testi

KW: Kruskal Wallis Testi

RRMS: Relapsing Remitting Multiple Sclerosis (Yineleyici MS)

PPMS: Primer Progresif Multiple Sclerosis (Birincil ilerleyici MS)

SPMS: Sekonder Progresif Multiple Sclerosis (İkincil ilerleyici MS)

PRMS: Progresif Relapsing Multiple Sclerosis (İlerleyici yineleyici MS)

CIS: Klinik İzole Sendrom

BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

İDÖ: İntihar Düşüncesi Ölçeği

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>1</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	4
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	
2.1 Multiple Skleroz	5
2.1.1. Multiple Sklerozun Tanımı	5
2.1.2. Multiple Skleroz Epidemiyolojisi	6
2.1.3. Multiple Sklerozun Nedenleri	9
2.1.4. Multiple Skleroz Genetiği	10
2.1.5. Multiple Skleroz Patogenezi	11
2.1.6. Multiple Skleroz Klinik Belirti ve Bulguları	12
2.1.7. Multiple Skleroz Prognozu	14
2.1.8. Multiple Skleroz Tanısı	17
2.1.9. Multiple Skleroz Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı	20
2.2 Multiple Skleroz ve Psikiyatrik Sorunlar	22
2.2.1. Multiple Skleroz ve Belirsizlik	24
2.2.2. Multiple Skleroz ve İntihar Düşüncesi	27
2.2.3. Psikiyatrik sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri	30
<b>3. MATERYAL VE METOT</b>	<b>33</b>
3.1. Araştırmanın Türü	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4. Veri Toplama Araçları	34
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	35
3.4.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	35

3.4.3. İntihar Düşüncesi Ölçeği	36
3.4.4. Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği	36
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	38
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
<b>4. BULGULAR</b>	<b>40</b>
4.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	40
4.2 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Üzerine Etkisi	43
4.3 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) Üzerine Etkisi	47
4.4 Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Düşüncesi Arasındaki İlişki	50
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>51</b>
5.1. MS Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyinin ve Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeylerine Olan Etkisi	51
5.2. MS Hastalarında İntihar Düşüncesi Düzeyinin ve Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İntihar Düşüncesi Düzeylerine Olan Etkisi	53
5.3. MS Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Düşüncesi Arasındaki İlişki	56
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>58</b>
6.1 Sonuçlar	58
6.2 Öneriler	60
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>62</b>

<b>8. EKLER</b>	<b>76</b>
8.1 Ek-1. Kişisel Bilgi Formu	76
8.2 Ek-2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	77
8.3 Ek-3. İntihar Düşüncesi Ölçeği	79
8.4 Ek-4. Multiple Skleroz Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	80
8.5 Ek-5. Etik Kurul Onayı	82
8.6 Ek-6. Araştırmanın Yapılması İçin Kurum İzni	83
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>84</b>

# 1. GİRİŞ

## 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Nörolojik sistemi ilgilendiren kronik hastalıkların birçoğu bireylerde ciddi derecede sınırlılık ve yetersizlik yaşatan hastalıklar olarak kabul edilmektedir (Akdemir, 1996). Bu hastalıklar arasında bireyde önemli fonksiyonel yetersizliklere neden olan önemli hastalıklardan biri de Multiple Sklerozdur (Akbostancı, 2003).

Multipl Skleroz (MS) Merkezi Sinir Sistemi'nin (MSS) birçok bölgesinde inflamasyon, demyelinizasyon ve gliosis (skleroz) alanları (plak) ile karakterize kronik bir hastalıktır (Rowland, 1999).

Kırk yaşın altında genç erişkinlerde en sık özürllük yapan nörolojik hastalıktır (İdiman, 2002).

Multiple Skleroz dünyada yaklaşık 2 milyon insanı etkileyen ve ciddi nörolojik sakatlıklara yol açabilen bir hastalıktır (Sanfilipo ve ark., 2005). Türkiye'de ise yaklaşık 35.000 kişinin, bu hastalığı taşıdığı düşünülmektedir ve hastalık her geçen yıl artış göstermektedir (Özekmekçi ve Apaydın, 1995).

Hastalık ağırlıklı olarak 20-40 yaş arasında, kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir (Noseworthy ve ark., 2000).

Kesin etyolojisi bilinmemekle birlikte genetik yatkınlığı olan kişilerde çevresel (viral) ve immün faktörler sonucu oluşan otoimmün demyelinizasyon mekanizması suçlanmaktadır (Ludwin, 2000). Avrupa kökenli popülasyonda ve beyazlarda hastalık daha siktir (Kurtzke, 1995). Siyah Afrikalılardaki durum iyi bilinmez. Afrika kökenli Amerikalılarda beyazların yarısı sıklığında görülür (Inglese ve ark., 1999).

Multiple Skleroz'da belirtiler; plağın yerleşimine göre farklılık göstermektedir. MS'da; spastite, yorgunluk, tremor, halsizlik, kol ve bacaklardaki güçsüzlük, yutma ve

konusma bozukluğu, ataksi, bilişsel, seksüel, mesane ve bağırsak fonksiyonlarında bozulma, diplopi, denge problemleri gibi santral sinir sisteminde demyelinizasyona (miyelin kılıf hasarı) bağlı olarak gelişen belirti ve bulgular görölmektedir (Judith ve Meissner, 1994; Türkbay, 2003).

Multiple Skleroz'un gidiş sırasında psikiyatrik bozukluklar çok sık olarak ortaya çıkmaktadır (Garland ve Zis, 1991). Matson ve Brooks'un öne sürdükleri "kronik hastalığa uyum" modeline göre MS'lu hastalar başlangıçtan itibaren belirsizlik, inkar, kabullenme ve uyum evrelerinden geçmektedirler (Walsh ve Walsh, 1989).

Belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusu ya da yaşantıdaki olayların anlamını açıklamadaki yetersizlikten kaynaklanan bilişsel bir durum olarak tanımlanmaktadır. Belirsizlik, o olay ya da durumda değil, bireyin algısındadır. Birey içinde bulunduğu durumu bir tehlike ya da gelişim için bir fırsat olarak algılayabilir (Öz, 2001).

Yaşamın herhangi bir sürecinde zaman zaman belirsizlik yaşanabilmektedir. Hastalıkta yaşanan belirsizlik ise, hastalıkla ilgili olayların anlamını belirleme yetersizliği olarak tanımlanmaktadır. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik algısını çeşitli faktörler etkileyebilmektedir. Bunlar; bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, anlaşılır olmayan açıklamalar, yaşama kontrol koyamama, süregiden durumdaki farklılıklar, tedavi etkinliğinin ve hastalık prognozunun belli olmamasıdır (Öz, 2001).

Multiple Skleroz tanısının koyulma sürecinin uzunluğu, uzun süren araştırmalar ve eşlik eden bilgilendirme eksikleri de hasta ve yakınlarında belirsizlik ve sıkıntılara yol açar. Hastanın kendisi ayrıca ne zaman ve nasıl tekrarlayacağı belli olmayan kronik, işlev kaybına neden olan bir hastalığın yarattığı anksiyete ve kayıp duygularıyla başa çıkmaya çalışmaktadır (Öz, 2001).

Beden sağlığının bozulması (www.klinikpsikiyatri.org., 2001), kronik fiziksel bir hastalığın varlığı tđm yaş gruplarında intihar için bir risk etmenidir. Dđřkđnlđk yapan hastalıklar sıklıkla intihar davranışını tetikler. İntihar olgularında fiziksel hastalıkların prevalansı % 25 ile % 70 arasında değişmektedir. Bazı çalışmalarda intiharların en az yarısında fiziksel bir hastalığın bulunduğu ve birçok vakada intiharın temel nedenini oluşturduğu ne sđrđlmüřtđr. Fiziksel hastalıklar depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, impulsivite ve suicidal davranışa yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini artırırlar (Ekici ve ark., 2001).

İntihar, sözcük anlamı itibariyle kendini öldürme, kendi yaşamına son verme, kendi aktivitesini bitirme, yok etme anlamına gelmektedir. Genel toplumda intihar sıklığı yıllık yüz binde 10-20 kadardır. Değişik ÷lkelerde bu oran yüz binde 10-40 arasında değişmektedir. İntihar girişimi oranı ise, bunun 15 katı kadardır. Bu oran ABD’de yıllık yüz binde 12,5’tir. Dđnyadaki intihar hızları göz önünde bulundurulduğunda Tđrkiye’nin intihar hızının dđřük olduğu görđlmektedir. Ancak son yıllarda intiharlar artma eğilimi içerisindedir (Deniz, 2008).

Multiple Skleroz nadiren direkt ölüm nedenidir. Buna karşın, MS’lu olgular arasında intihar oranı normal kişilere göre 2-7 kat daha fazladır. Multiple Skleroz’da intiharı araştıran Danimarka’da yapılan bir çalışmada riskin genç erkeklerde en yüksek olduğu belirtilmiştir. Sadovnick ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada ölüm sebebi olarak intihar oranının yaş eşleştirmeli genel popülasyona göre 7,5 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır. Erkek olmak, MS’un 30 yaşından önce başlaması ve nispeten yeni tanı almış olmak MS’daki intihar girişimi açısından risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Ayrıca hastanın alkol problemlerinin olması, sosyal olarak izole olması ve şiddetli depresyonunun olması da intihar riskini artırmaktadır. Çeşitli güncel çalışmalarda, major depresyonu olan hastaların 2/3’nün antidepresan almaması ve intihar hastalarının 1/3’nün herhangi bir psikiyatrik yardım almadığı vurgulanmaktadır (Deniz, 2008).

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

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, Multiple Skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesine etkisini ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

## **1.3 Araştırmanın Soruları**

1. Multiple Skleroz'da belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar düşüncesi arasında ilişki var mıdır?
2. Hastaların yaş, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, cinsiyet, medeni hal, öğrenim durumu, meslek, gelir seviyesi, çalışma durumu ve MS klinik özellikleri (atak sayısı, genişletilmiş yeti yitimi ölçeği (EDSS) puanı, MS klinik tipi) belirsizliğe tahammülsüzlük durumunu etkiledi mi?
3. Hastaların yaş, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, cinsiyet, medeni hal, öğrenim durumu, meslek, gelir seviyesi, çalışma durumu ve MS klinik özellikleri (atak sayısı, EDSS puanı, MS klinik tipi) intihar düşüncesini etkiledi mi?



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1 Multiple Skleroz**

#### **2.1.1 Multiple Sklerozun Tanımı**

Santral sinir sisteminde (SSS) myelin harabiyeti ile giden hastalıklara demyelinizan hastalıklar denilmektedir (Mutluer, 1998). Demyelinizan hastalıklar denildiğinde ise akla ilk olarak Multipl Skleroz gelir (Erden, 2006).

Kronik dejeneratif hastalıklar arasında yer alan Multipl Skleroz, gelişmiş ülkelerdeki genç yetişkin popülasyonda ortaya çıkan nörolojik yetersizliklerin en yaygın nedenidir (Kasper ve ark., 2006).

Kırk yaşın altında genç erişkinlerde en sık özür lülük yapan nörolojik hastalıktır (İdiman, 2002).

Multiple Skleroz, santral sinir sistemi beyaz cevherinin karmaşık, tekrarlayıcı, sıklıkla progressif seyirli inflamatuvar demiyelinizan hastalığıdır (Noseworthy ve ark., 2000).

Beyaz cevher inflamasyonu, demyelinizasyon ve glial sklerozis ile seyreden kronik enflamatuvar bir süreçtir. MS'da santral sinir sisteminin özellikle beyaz maddesindeki sinir liflerinin myelininde harabiyet ve daha sonra aksonal yıkım meydana gelir (Sadiq, 2005). Çoğunlukla serebrumun beyaz maddesi tutulmakla birlikte, gri madde veya nöroaksisin herhangi bir düzeyinde görülebilir. Ayrıca beyin sapı, serebellum, optik sinir ve spinal kord sıklıkla tutulmaktadır (Mc Donald ve Noseworthy, 2003). Bu hastalığın en önemli tanımlayıcı özelliği lezyonların zamansal ve uzamsal dağılımıdır (O'Connor, 2002).

Demyelinizasyon oluştuğunda önce impuls iletimi yavaşlar, daha ciddi durumlarda ise iletim bloğu oluşur ve buna bağlı olarak klinik belirtiler ortaya çıkar.

MS'da demyelinize plakların yerleşim bölgeleri ile ilişkili olarak nörolojik fonksiyon bozuklukları çeşitlilik göstermekte ve SSS'nde birden fazla ve farklı bölgelerin lezyonuna ait klinik belirtiler görülmektedir (Victor ve Ropper, 2001).

Multiple Skleroz ilk kez 1822 yılında soylu bir İngiliz'in günlüğünde tanımlanmıştır. Daha sonraları Fransız Dr. Jean Cruveilhier tarafından paralyze bir kadın otopsi üzerinde skleroz adacıkları olarak tanımlanmıştır. MS, bugünkü anlamda klinik ve patolojik özellikleriyle ilk olarak 1868'de Jean-Martin Charcot tarafından tanımlanmıştır (Oğul, 2002). Jean-Martin Charcot, MS hastalığının klasik tanımını, klinik-patolojik bulgularını ve tablolarını yazmıştır (Victor ve Ropper, 2001). Otopsi çalışmalarından sonra sertleşmiş plaklardan oluşan alanları tanımlamış ve plaklarda doku sertleşmesi olarak adlandırmıştır (Umphred, 1990).

### **2.1.2 Multiple Sklerozun Epidemiyolojisi**

Epidemiyoloji, hastalıkların sıklık ve dağılımına ait bilgileri kullanarak nedenlerini arama bilimi olarak tanımlanmıştır (Haydaroğlu ve ark., 2007).

Multiple Skleroz, en sık 20- 40 yaşları arasında görülen genç erişkin hastalığıdır. Buna rağmen %3-5 oranında çocuklarda, %9 oranında adolesanlarda ve 50 yaş üzerinde izlenir (Grossman ve McGowan, 1998).

Multiple Skleroz insidansı 20-30 yaşlar arasında pik yapar (Rowland, 1999). Bu nedenle iş, özel ve sosyal yaşantıya da çok büyük yükler getiren bir hastalıktır (O'Connor, 2002).

İlk semptomlar nadiren 10 yaşından önce ve 60 yaşından sonra görülür. Kadınlarda 2-3 kat daha siktir (Mutluer, 1998). Kadınlardaki ortalama başlangıç yaşı, erkeklerden 5 yıl daha öncedir (Walter ve ark., 20005).

İnsidansı 7/100000 yıl, prevalansı 120/100000 ve yaşam boyu risk 1/400'dür. Hastalığın başlangıcı genellikle üçüncü ve dördüncü onyıllardadır ve sadece % 2'si 10

yaşından önce başlarken % 5'i 16 yaşından önce başlar. MS'un sürvi süresi 20-35 yıl arasında bildirilmektedir (Kirkeby ve Poulsen, 1988).

Beyaz ırkta ve her iki yarım kürede de ekvatorдан uzaklaştıkça prevelans artmaktadır (Akman, 2008). Enlemlerle bağlantılı olarak yüksek, orta ve düşük prevelans bölgeleri tanımlanmıştır (Mirza, 2002).

**Tablo 1.** Multiple Skleroz epidemiyolojisi-Avrupa (Sıva, 2005)

	<b>İnsidans</b>	<b>Prevelans</b>
İngiltere	2-5/100.000	115-219/100.000
İskandinav Ülkeleri	2-5/100.000	54-130/100.000
Almanya	2,7-3,8/100.000	68-85/100.000
İtalya	3,3 /100.000	39-65/100.000
Yunanistan	1,7-2,2/100.000	29-39/100.000
Türkiye	3,48/100.000	34/100.000

Multipl Skleroz coğrafik varyasyon gösteren bir hastalıktır. MS için yüksek riskli bölgeler; Asya'da eski Sovyetler Birliği, Kuzey Avrupa (İngiltere, İskandinavya, Norveç), İsrail, Kuzey Amerika, Kanada, Avustralya'nın güneyidir. Bu bölgelerdeki prelevans 30/100. 000'den fazladır (Compston ve ark., 2006). MS'un dünyada görülme sıklığının 3 milyon, ülkemizde ise 40.000 civarında olduğu bildirilmektedir (Tülek, 2004).

Bazı bölgelerde MS'un daha sık rastlanması yalnız iklim ile açıklanamaz, çünkü iyi belirlenmiş etnik farklılıklar da vardır. Örneğin MS belirgin olarak Kuzey Avrupa popülasyonunu etkilemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ne (ABD) göç etmiş İskandinav kökenli Amerikalılarda daha yüksek prevalansa sahipken bu ülkeye göç etmiş Asya kökenli kuşaklarda daha az oranda görülmektedir (Mayer, 1981).

İnsidans Kuzey Avrupa, Kanada, ABD'nin kuzeyi başta olmak üzere özellikle 45-65. paraleller arasında ılıman kuşakta artar (Lewis ve ark., 2000).

İskandinav ülkeleri, İngiltere, kuzey Avrupa ülkeleri, kuzey Amerika ülkeleri yüksek riskli bölgelerdir. Türkiye ve Akdeniz ülkeleri orta risk taşır. Çevre faktörlerinden sıklıkla söz edilmekle birlikte, etnik yatkınlık önem taşımaktadır. MS'e yakalanma riskinde göç yaşı önemlidir. 15 yaşından önce yüksek riskli bir bölgeden düşük riskli bir bölgeye göç edildiğinde MS riski azalır (Deniz, 2008).

Göçmenlerde Yapılan Çalışmalar: Prevalansın farklı coğrafi bölgelerde birbirinden farklı olması ilginin göçmenler üzerinde odaklanmasına neden olmuştur. Bu nedenle yüksek risk alanlarından düşük risk alanlarına veya bunun tersine olan göç olaylarının prevalans ve insidans üzerine etkileri çok sayıda çalışmaya konu olmuştur. Göçmenler üzerinde yapılan çalışmalarda yaş faktörü üzerinde durulmuştur. Örneğin İngiltere ve Avrupa'dan Güney Afrika'ya göç edenlerde göç yaşının önemli olduğu, oranların 15 yaş öncesi göç edenlerle 15 yaş sonrası göç edenlerde birbirinden farklı olduğu gösterilmiştir. 15 yaş öncesi göç edenlerde risk Güney Afrika popülasyonuna benzer şekilde düşük bulunurken, 15 yaş sonrası göç edenlerde riskin göç öncesi yaşadığı Avrupa ülkesine benzer şekilde yüksek olduğu gösterilmiştir (Brand ve ark., 2006).

Afrika ve Asya'dan İngiltere'ye göç edenlerde MS'un nadir olduğu, buna karşılık onların çocuklarında ebeveynlerine göre daha sık olduğu gösterilmiştir (Brand ve ark., 2006).

Sadovnick ve ark. tarafından British Columbia bölgesinde gerçekleştirilen toplum temelli geniş bir çalışmada MS'lu hastaların yaklaşık %20'sinde başka bir akrabasında hastalık görülmüştür (Sotgiu ve ark., 2004).

Multiple Skleroz'un daha önce tamamen mükemmel sağlık durumu bulunan genç erişkinlerde görüldüğü şeklindeki geleneksel görüş her zaman doğru değildir. Bazı olgularda nörolojik belirtiler ortaya çıkmadan birkaç hafta ile birkaç ay öncesinde aşırı yorgunluk, enerji ve kilo kaybı ve müphem kas ve eklem ağrıları bulunabilir (Lublin ve Reingold, 1996).

### 2.1.3 Multiple Sklerozun Nedenleri

Hastalığın nedenine yönelik çalışmalar hala devam etmektedir, kabul edilen MS'un santral sinir sistemi antijenlerine (myelin proteinleri) yönlendirilmiş otoimmün yanıtla sonuçlanan inflamatuvar bir hastalık olduğudur. Beyin ve spinal kord beyaz cevherinde ortaya çıkan inflamatuvar plaklar nörolojik defisitlerle kendini gösteren, hastalanma ve iyileşme dönemlerinin birbirini izlediği ataklara neden olur. Plaklar nöronal işlevlerin sağlanması için gerekli olan sinir iletimini bozar. MS klinik olarak oldukça heterojen bir hastalıktır, optik sinir, medulla spinalis, beyin sapı, piramidal sistem, duysal sistem ve serebellar sistem klinik bulguları gözlenebilir. Hastalığın ilk tanımını 1877 yılında yapan Charcot, bilişsel işlevlerde belirgin yavaşlama gösteren MS hastalarının da olduğunu bildirmiştir (Tuncer, 2006).

Yapılan bazı epidemiyolojik çalışmalar hastalığın oluşmasında çevresel faktörlerin rol oynadığını göstermektedir. Bu çevresel etmenlerin ne olduğu halen bilinmemektedir. Ancak en fazla üzerinde durulan enfeksiyon ajanlarıdır. Dikkatler daha çok virüsler üzerinde yoğunlaşmıştır. Virüslerin otoimmün süreci başlattığı sanılmaktadır. Yıllardan beri pek çok virüsün etyolojideki rolü araştırılmaktadır (Mycko ve ark., 2003).

Bugüne kadar en çok araştırılan virüsler: Herpes simpleks, kızamık, parainflüenza, paramyxovirüs, sitomegalovirüs, corona virüs, canine distemper virüs, HTLV-1, human herpes virüs 6, EBV'dir (Eraksoy ve ark., 2003).

Çevresel risk faktörleri arasında enfeksiyonlar, aşular, stres, eğitim düzeyi, iklim, diyet ve cinsiyet hormonları sayılmaktadır (Hanson ve Cafruny, 2002).

Araştırmalar %30-60 arasında hastalığın yeni bir atağının yaygın bir viral hastalık ya da grip sonrası oluştuğunu göstermektedir (Schultz ve ark., 2001).

#### 2.1.4 Multiple Skleroz Genetiği

Multiple Skleroz'da genetik faktörlerin rolü olabileceği fikri ilk kez 19. yüzyılın ikinci yarısında ailevi olguların fark edilmesi ile gündeme gelmiştir. İlk genetik birliktelik insan lökosit antijenleri için 1972'de bildirilmiştir. Aradan 30 yılı aşkın bir zaman geçmesine rağmen MS'in kesin etyolojisini, genlerin ve çevrenin nispi rollerini henüz bilmiyoruz. Bunun yanı sıra sistematik genetik epidemiyolojik ve moleküler genetik çalışmaları önemli bilgiler sağlamıştır. Genetik, enfeksiyöz ve çevresel faktörlerin MS oluşumundaki önceliği konusundaki tartışmalar sürmektedir. Hemen bütün kompleks geçişli hastalıklarda olduğu gibi genler, çevre ve şans muhtemelen birlikte etkileşerek MS'a yatkınlığı ve süreci belirlemektedir (Dyment ve ark., 2004).

Multiple Skleroz'lu hastaların yakınlarında MS görülme riski artmaktadır (İdiman, 2002). MS hastalarının yaklaşık %20'sinde ailesel etkilenme bildirilmiştir. En yüksek risk hastanın kardeşlerinde görülmektedir. Monozigot ikizlerde %20–30, dizigotik ikizlerde %3–5 oranında MS görüldüğü bildirilmiştir (Tienari ve ark., 2006).

Ailesel olguların sıklığı genetik ya da çevreden kaynaklanan bozuklukların ayırt edilmesinde bir başlangıç noktası olmuştur. MS'da ailesel yatkınlık çok uzun süre önce etkilediği bildirilmişse de MS'lu bireylerin akrabaları için sistematik yaş ile uyumlu diğer aile bireylerinde yineleme riskleri hesaplanmıştır. MS'lu bireylerin birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalarının genel nüfusa göre daha fazla MS geliştirme riski taşıdığı gösterilmiştir ve bu yineleme riski akrabalık derecesiyle ilişkili görünmektedir. Hastalığın yineleme riski ile ilgili bilgi, moleküler verilerin yorumlanması ve genetik danışmanlık açısından önemlidir (Miller ve ark., 2003).

Evlat edinilmiş çocuklarla ilgili çalışmalardan elde edilen sonuçlar, evlat edinilmiş akrabaların erken çocukluk döneminden başlayarak birlikte büyümesine karşın genel nüfusa göre daha fazla MS geliştirmektedir. MS'un ailesel sıklığı ortak aile çevresinde yetiştikten çok genetik materyalin paylaşımı ile ilgilidir (Ebers ve ark., 1997).

Kan akrabaları arasındaki evlilikler, birçok toplumda nadir görülmesine karşılık ülkemizde %20 oranında mevcuttur. Bilgilerimize göre, kan akrabalığı olan evliliklerde çocuklar için MS'un yinleme riskini araştıran nüfusa bağlı tek bir çalışma vardır. Sonuçlar küçük rakamlara dayanmaktadır. Ebeveynleri kuzen olan ama MS'u bulunmayan, MS'lu bireylerin kardeşlerinde MS görülme riski, akraba olmayan ve MS'u bulunmayan ebeveyni olanlara göre dört kez daha fazladır. Sonuç olarak konjugal ve kan akrabalığı olan evliliklerde MS'a yatkınlığa her iki ebeveynin katkıda bulunduğu, en azından ailesel olgularda MS yatkınlık için ortak bir zemin oluşturduğu söylenebilir (Eraksoy ve ark., 2003).

### **2.1.5 Multiple Skleroz Patogenezi**

Multiple Skleroz'daki temel patoloji, multifokal demiyelinize plakların varlığıdır. Plakların dağılımı homojen değildir. Yaklaşık %50 'si periventriküler yerleşimlidir. Lateral ventrikül köşeleri, periakvaduktal alan ve 4. ventrikül tabanı sıklıkla tutulan bölgelerdir. MS nedeniyle ölen hastaların otopsilerinde, tüm vakalarda optik sinir, beyin sapı ve medulla spinalisin makroskopik olarak tutulduğu gözlenmiştir. Beyaz cevher tutulumuna karşın gri cevher tutulumu sık gözlenmez (Perkin, 2002).

Plaklar aktif ve inaktif olarak sınıflandırılır. Aktif dönem ödem ve myelin fragmentasyonu ile karakterizedir. Ödem olmasına rağmen aksonlar sıklıkla korunur. Lezyonlardaki makrofaj aktivasyonu ve myelin proteinlerin fagositozu, devam etmekte olan demiyelinizasyon aktivitesini gösterir. Aktif lezyonlar yoğun bir şekilde makrofajlarca infiltre edilmişlerdir ve bu makrofajlar yoğun myelin debris içerirler. Bazı erken MS plaklarında değişik derecelerde remiyelinizasyon görülebilir (Trapp ve ark., 1998).

Kronik plak ise keskin sınırlarla ayrılmış hiposelüler bir alandır ve aktif myelin yıkımına ait belirti yoktur. Burada fibriler gliosis belirgindir ve akson yoğunluğu belirgin azalmıştır. Oligodendrositler ileri dercede azalmış veya yoktur. Perivasküler alanlarda değişik derecelerde enflamasyon bulunabilir (Trapp ve ark., 1998).

Santral sinir sistemi liflerinde parsiyel demiyelinizasyon oluştuğu zaman saltator (sıçrayıcı) iletim devam eder ancak önemli derecede yavaşlar. Myelin kaybı devam eder ve belirli kritik noktaya ulaştığı zaman sinir impuls iletimi durur. MS'un aktif dönemlerinde saptanan körlük, paralizi ve uyuşukluk gibi semptomların temel nedeni iletim bloğudur ve bunların en önemli sebebi demiyelinizasyondur (Perkin, 2002).

Son zamanlarda demiyelinizasyon olmaksızın, enflamasyon ve bazı proenflamatuvar mediyatörlerin etkisiyle de direkt olarak ileti bloklarının olabileceği gösterilmiştir (Kenet ve ark., 2003).

### 2.1.6 Multiple Skleroz Klinik Belirti ve Bulgular

Multiple Skleroz çok çeşitli klinik tablolara yol açabilir (Tablo 2). Birçok bulgu ve belirtiler karakteristiktir ve pek azı hastalık için patognomiktir. Aksine bazı belirtiler atipik, bazıları ise farklı tanıya götürecekt kadar nadirdir. Hatalığın seyri değişebilir.

**Tablo 2.** Multiple Skleroz'da başlangıç belirtileri

Belirti	%
Motor	50
Duyusal	30
Görme bozukluğu	22
Ataksi/tremor	20
Diplopi	12
Vertigo	7
Sfinkter kusuru	6
Diğer	5

Başlangıç monosemptomatik ya da polisemptomatik olabilir (Eraksoy ve Demir, 2009).

Multiple Skleroz lezyonları santral sinir sisteminde serebral korteksten spinal korda kadar herhangi bir yerde olabileceğinden semptom ve bulgular da oldukça değişkendir (Öztoprak, 2008); yani MS'un klinik olarak klasik bir formu yoktur. Semptomların ortaya çıkış biçimi de değişkenlik gösterir. Klinik tablo akut başlayabileceği gibi prodromal belirtilerle de başlayabilir. Semptomlarda sıklıkla (%65-



75) alevlenme ve remisyonlar görülür. İlk ortaya çıkan belirtilerde sıklıkla tam remisyon olursa da sonraki ataklarda remisyon ya inkomplet olur veya hiç olmaz (Yaltkaya ve ark., 2000).

Görme ile ilgili problemler; Hastaların %30'unda başlangıç belirtisi görme ile ilgilidir. Görme keskinliğinde azalma, renkli görme kaybı, optik disk bulguları, görme alanı defektleri, diplopi, osilopsi yanında pupil anomalileri de saptanabilmektedir (Tunalı, 2004).

Piramidal belirti ve bulgular; MS'da parezi, monoparezi, quadriporezi, hemiparezi, spazite, yorgunluk gibi patolojik belirtiler gelişebilir.

Serebral bulgular; MS'da serebellar tutulumla bağlı olarak yürüme, konuşma ve koordinasyon bozuklukları, disfaji, yorgunluk ortaya çıkabilir.

Duyu kusurları; MS'da parestezi, uyuşukluk, ağrı, tat almada bozukluk, işitmede azalma, vertigo gelişebilir.

Cinsel fonksiyon bozuklukları; MS'da ereksiyon ve ejakulasyon sorunları, genital duyuda azalma, libido azalması, vajinal lubrikasyonda azalma görülebilir.

Mesane Kontrol Bozuklukları; MS'da inkontinans, enürezis, acil idrar yapma hissi, sık idrar yapma, işemeyi başlatmada gecikme, gece sık idrar yapma, ve idrar yolu enfeksiyonları sık gelişmektedir.

Barsak Bozuklukları; MS'da konstipasyon ve gaita inkontinansı gelişebilir.

Kognitif ve Psişik Bozukluklar; MS'da hafıza kaybı, dikkat ve konsantrasyonda azalma, sorunlarla baş etmede güçlük, depresyon, öfori gelişebilir (Üstün, 2006).

Hastaların yaklaşık yarısında ilk belirti, bir veya daha fazla ekstremitede zaaf, uyuşukluk veya her ikisinin birlikteliğidir Bunların dışında MS için tipik olan ve ilk

belirti olarak ortaya çıkabilecek bazı sendromlar vardır. Sık görülen bu başlangıç biçimlerinörüt, transvers miyelit, serebellar ataksi ve çeşitli beyinsapı sendromlarıdır. Bütün MS hastalarının yaklaşık %25'inde başlangıç belirtisi optik nörit atağıdır. Transvers miyelit, omuriliğın akut gelişen inflamatuvar/demiyelinizan hastalığına verilen bir isimdir. Her zaman olmasa da sıklıkla MS'un bir belirtisi olarak karşımıza çıkar. Klinik olarak hastalık hızlı ilerleyen simetrik veya asimetrik paraparezi veya parapleji, asenden pareteziler, ayaklarda derin duyu kaybı, gövdede duyu seviyesi, sfinkter fonksiyon bozukluğu ve iki yanlı babinski bulgusu ile karakterizedir (Compston ve ark., 1998).

### **2.1.7 Multiple Skleroz Prognozu**

#### **Hastalık Prognozunu Etkileyen Faktörler**

Multiple Skleroz prognozunu etkilediğı bildirilen birçok klinik ve demografik faktör olduğı bildirilmiştir. Eğer hasta aşağıdaki özellikleri sergiliyorsa genellikle kötü bir prognoz olabileceğı tahmin edilmektedir. Bunlar:

- Hastanın 40 yaş üzerinde ve erkek olması, hastalığın başlangıç yaşı,
- Hastadaki serebellar tutulum ya da sfinkter problemleri ya da çok bölgesel bulgular,
- Hastalığın başlangıç yıllarında sık atak görülmesi,
- İlk iki atak arasındaki sürenin az olması,
- Remisyonların (iyileşmenin) tamamlanmamış olması,
- Multiple Skleroz başlangıcının progresif olması veya zamanla progresif hale dönüşmesidir (O'Connor, 2002).

#### **Klinik Özellikler**

1990'lı yılların ortalarında farklı seyir tiplerinin tanımlanmasında bir standardizasyon olmadığı ve dünyadaki çeşitli araştırmacılar ve klinisyenlerce farklı yorumlandığı farkedilmiştir. Bu durum gerek klinik çalışmaların dizayn edilmesi ve

yorumlanmasında, gerek hekim, hasta, sağlık ekibi, sigorta Őirketleri arasındaki iletiŐimde sorun yaŐanmasına yol aŐmaktadır. Terminoloji üzerinde konsensusa varmak ve klinik seyir ve hastalık tiplerini standardize etmek iÇin 1995-1996'da MS uzmanları arasında uluslararası bir ŐalıŐma yapılmıştır. Amerikan Ulusal MS Derneği Yeni İlaŐlar İÇin Klinik ŐalıŐma Danışma Kurulu'nun yaptırdığı ŐalıŐmada 215 MS klinik araŐtırmacısı ile bağlantı kurulmuŐ ve hastalık formlarını tanımlayan ifadelerin anlamı konusunda dil birliği oluŐturmak amacıyla sorulan soruları yanıtlanmaları istenmiŐtir. Bu yanıtların ve Amerikan Ulusal MS Derneği medikal danışma grupları ve uluslar arası konsültanların katkılarıyla bir konsensus raporu yayınlanmıŐ, bu yeni terminoloji kullanılmaya baŐlamıŐtır (Lublin ve Reingold, 2003).

Klinik olarak MS homojen bir hastalık değildir. MS'daki klinik bulgular ve hastalığın paternleri oldukÇa deđiŐkendir ve konvansiyonel MRG ile tespit edilen lezyon sayısı ile klinik tablonun Şiddeti arasında Şok güÇlü bir uyum bulunmamaktadır (Miller ve ark., 1998).

Multiple Skleroz'un en önemli özelliklerinden biri ataklarla seyretmesi diğer de SSS'ni değişik zamanda ve değişik lokalizasyonlarda etkilemesidir (McDonald ve ark., 2001).

Hastalığın baŐlangıcında hastaların Őođu atak ve ardından remisyon dönemi yaşarken, küçük bir bölümü baŐlangıŐtan itibaren kötüleşme göstermekte, tüm formlarda zaman iÇinde yetiyitimi giderek artmaktadır. Yetiyitimi akut alevlenmenin tam iyileŐtiđi basamaklı kötüleşme veya yavaş/kademeli kötüleşme Şeklinde ortaya Çıkmaktadır. Bu formların kötüleŐmeye katkısı halen belirsizdir. İlerleyici formun ve her formda görülen yetiyitiminin tamamen kademeli ve yavaş bir kötüleşme mi, yoksa Şok sayıda küçük, subklinik atağın toplamı mı olduğu tartıŐmalıdır (Lublin ve Reingold, 2003).

Multiple Skleroz hastaları oldukÇa farklı belirtilerden yakınabilirler ve bireyler arasında seyrinin farklılığı nedeniyle semptomların Şiddeti ve sıklıkları da kiŐiden kiŐiye deđiŐkenlik gösterir (Dyment ve ark., 2004).

Multiple Skleroz'u klinik seyrine göre 8 tipe ayırmak mümkündür,

Relapsing-Remitting Multiple Skleoz (RR MS): Multiple Skleroz'un klasik formudur. Tamamen veya kısmen düzelen ataklar görülür. Hastaların yaklaşık %70'i bu şekilde başlar (Gilroy, 2002).

Primer Progresif Multiple Skleroz (PP MS): Ortalama 35-39 yaşlarında başlar (Walter ve ark., 2000). Olgularda beklenen kadın baskınlığı izlenmez. Tüm hastaların %10-15'ini oluşturmaktadır. Belirti ve bulgular genellikle spinaldir, kötüleşmeler sinisi ilerleyiş zemininde güçlüklerle fark edilir (McDonald ve ark., 2001).

Primer Progresif Multiple Skleoz (PP MS): İmmünmodülatuar tedaviye cevap vermez. (Noseworthy ve ark., 2000). Hastaların yaklaşık %15'inde hastalık başlangıçtan itibaren progresiftir ve bu grupta kadın erkek oranı eşittir (Lublin ve Reingold, 1996).

Sekonder Progresif Multiple Skleoz (SPMS): RRMS olarak başlayıp ataklarla ya da ataksız, minör iyileşme ya da platolarla giderek ilerleyen bir hastalık seyri ifade eder. RRMS'lu hastaların %40'ı 7-10 yılda SPMS halini alabilmektedir. Sekonder progresif faz nörolojik bozuklukların gittikçe arttığı ve akut iyileşme dönemi olan ya da olmayan bir dönemdir. Hastalığın birinci fazdan ikinci faza ilerlemesiyle birlikte tedaviye daha az cevap alınabilen ve sekonder progresif olarak tanımlanan bu hastaların prognozu daha kötüdür (McDonald ve ark., 2001).

Başlangıcı "Tekrarlayan ve Düzelen" tip gibidir. Tekrarlayan ataklar sonrası düzelme daha zorlaşabilir, hatta durabilir. Böylece sekeller artabilir. Relapsing-Remitting MS'luların % 40-50'si ikincil ilerleyen tipe dönüşür (Deniz, 2008).

Relapsing Progresif Multiple Skleoz (RP MS): Multiple Skleroza ait progresif gidiş olup beraberinde tamamen düzelme izlenmeyen relapsların da olaya katıldığı bir paterndir (Gilroy, 2002).

Benign Multiple Skleroz: Bu tipte hafif ataklar vardır ve atakları tam düzelme takip eder. Zamanla biriken bir kötüleşme olmaz ve kalıcı bir hasar bırakmaz. Bu tipte ilk belirti, genellikle el ve ayaklarda uyuşmalardır. Ancak hastalığın başlangıcından 10-15 yıl sonra, bazı olgularda küçük sekeller bırakabilirler. MS'lu hastaların %10-15'i bu gruba dâhildir. (Deniz, 2008). Hastalar silik semptomlarla tüm yaşamlarını geçirebilirler (Olek ve Dawson, 2003).

Spinal form da başlangıç ve gidiş spinal korda ait semptom ve bulgularla olmaktadır (Gilroy, 2002).

Nöromyelitis Optika (Devic Sendromu) : Bu sendromda optik nöriti takip eden akut transvers myelit kliniği izlenmektedir (Gilroy, 2002).

Marburg Varyantı: nadir ve malign bir formdur. Progresif bilinç kaybı, ağır görme kaybı, dizartri, disfaji, solunum yetmezliği ve hızlı yıkım ile gider. Akut dissemine ensefalomyelitten ayırt edilemez (Gilroy, 2002).

Çoğu hastada klinik akut atak ve remisyonlarla başlar. İlk ataklarda hemen hemen tama yakın düzelme olur fakat daha sonra nörolojik sekeller ortaya çıkar (Rowland, 1999).

### **2.1.8. Multiple Skleroz Tanısı**

Hastalıktan ilk kez, 1868 yılında Charcot tarafından söz edilmeye başlanmıştır. Ardından başta Marburg, Allison, Millar, Schumacher, McAlpine, Lumsden, Acheson, Poser ve McDonald olmak üzere birçok bilim insanının çalışmaları hastalığa ilişkin mevcut bilgi birikimini sağlamıştır (Poser ve Brinar, 2004).

Multiple Skleroz tanısı için spesifik bir test yoktur (Turan, 2002). Tanıda klinik, nörolojik muayene, beyin ve spinal kordun Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ile incelenmesi yardımcıdır. Diğer lezyon yapıcı nedenler dışlanmalıdır. Hasta yönetiminde hastanın ve ailesinin sosyokültürel düzeyi önemlidir (Weaver, 2000).

## Multiple Skleroz İçin Tanı Kriterleri

Schumacher en yaygın kullanılan klinik kriterleri geliştirmiştir (Schumacher ve ark., 1965).

Muhtemel MS :

- Daha önce ispatlanmamış, alevlenme ve yatışma belirtileri hikyesi,
- Fiziksel muayene, laboratuvar ya da görüntüleme yöntemleri ile santral sinir sisteminde yalnızca bir bölgenin tutulumu,
- Açıklanabilen başka bir teşhisin olmaması.

Olası MS :

- Klinik, laboratuvar ya da görüntüleme ile tanımlanan en az bir lezyon ve ispatlanmış iki atak,
- Klinik, laboratuvar ya da görüntüleme ile tanımlanan iki lezyon ve ispatlanmış bir atak.

Kesin MS :

En az iki lezyonun klinik, labratuar ya da görüntüleme ile tanımlanması ve iki ayrı atak geçirme.

Tanı Kriterleri:

1- Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): Beyin MRG'si MS için en duyarlı incelemedir. Klinik olarak kesin MS'lu hastaların %85-95'inin beyin MRG'sinde patolojik bulgu saptanır. Sinir dokusu içerisindeki lezyonların dağılımı başlıca bu yöntemle değerlendirilir.

2- Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) incelemesi: T supresor lenfositlerinde azalma, Ig G de yükselme görülür. Ancak bu immunogloblin anormallikler MS'a özel değildir. Başka viral ya da bakterial hastalıklarda da görülebilir.

3- Bilgisayarlı Tomografi: Geniş lezyonlar için daha uygundur. Küçük plakları keşfedilemeyebilir. Seçici duyarlılığı arttırmak için kontrast teknikler gereklidir.

4- Manyetik Rezonans Spektroskopi (MRS): Multiple Skelroz hastalarının lezyon gösteren veya göstermeyen ak maddesinde oluşan biyokimyasal değişiklikleri belirlemede kullanılır. Beyin dokusu metabolitleri ölçülür.

5- Myelografi: Hastalık spinal kordu içerdiğinde tercih edilebilir.

6- Uyarılmış potansiyeller: Kolay, uygulanabilir, ucuz bir yöntemdir. Lezyonların varlığı görsel, duysal ve somatosensoriyel uyandırılmış potansiyellerle saptanabilir. Uyarılmış potansiyeller patolojinin yerini belirlemek ve duyu yolları boyunca ileti hızını ölçmekte yararlıdır. Yavaşlatılmış sinir iletimi demyelinizasyon kanıtıdır. Radyolojik olarak gösterilemeyen sessiz plakların mevcudiyetini gösterebilir.

7- Kan testi: Kan lenfositlerinde özellikle akut alevlenme döneminde T ve B hücrelerinin dağılımında değişiklikler tanımlanır. Kanda aktive olan T hücrelerinde artış ve T supresor lenfositlerinde azalmış immün aktivite saptanabilir (Avcı,2006).

İnterferon  $\beta$ , copolymer 1 (glatiramer asetat) ve mitoksantron tedavisi RRMS'da atakların sıklığını azaltmada önemli ajanlardır. İnterferon  $\beta$  ayrıca RRMS'da ve sekonder progresif MS'da sakatlık progresyonunu da azaltır, fakat primer progresif MS için bilinen etkisi yoktur. Oral düşük doz metotreksat tedavisinin sekonder progresif MS'da ve muhtemelen primer progresif MS'da sakatlık ilerlemesini yavaşlattığı düşünülmektedir. Mitoksantron, kanser ve MS tedavisinde diğer kemoterapotik ajanlarla birlikte etkinliği kanıtlanmış başarılı bir ajandır. Malign form MS'de ilk basamakta kullanılır. Relapsing veya sekonder progresif MS'da interferon  $\beta$ 1a-1b veya glatiramer asetata yanıt alınmadığı durumlarda alternatif tedavi olarak kullanılır. Çok

sayıda immünomodülatuar ajanın da MS'da faydalı etkileri gösterilmiştir (Morissay ve ark., 2005).

### **2.1.9 Multiple Skleroz Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı**

Multiple Skleroz tedavisi ile ilgili gelişmeler 20. yy sonlarına dayanmaktadır (Jacobs ve Multiple Sclerosis Colaborative Research Group (MSCRG), 1995).

Semptomların fazla olması, pronozun tahmin edilememesi ve ilerleyici olması nedeniyle MS'un hemşire, nörolog, psikiyatrist, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanının yer aldığı multidisipliner bir ekiple tedavi edilmesi gerekmektedir (Ülker, 1995).

Birçok ülkede MS konusunda eğitilmiş hemşireler MS hastalarının değerlendirilmesi, eğitimi, danışmanlığı ve bakımını sürdürmede multidisipliner ekipte önemli bir yere sahiptir. Ayrıca günümüzde ülkemiz dâhil birçok ülkede hemşirelerin yalnız tedavi edici rolde değil, sağlığın korunması ve sürdürülmesinde de aktif rol alması gerektiği vurgulanmıştır (Ülker, 1995).

Hastalığın bireysel bakım gücünü olumsuz yönde etkileyen prognozunda hemşirelik bakımı vazgeçilmezdir. Bu noktada hemşireler hastaların sosyal destek sistemlerini ve baş etme mekanizmalarını, yorgunluğun derecesini, yorgunluğa neden olan ilaç kullanımı, depresyon, uyku alışkanlığı, beslenme yetersizliği gibi durumları değerlendirerek buna yönelik bakım uygulamalı ve gerekli eğitimleri vermelidir (Üstün, 2006).

Multiple Skleroz, tedavi ile tamamen ortadan kaldırılabilen bir hastalık olmamakla birlikte hastalık sürecini, atak sıklığını ve bir ölçüde hastalık seyrini değiştiren tedaviler bulunmaktadır (Murray, 2006).

Multiple Skleroz tedavisinin üç önemli komponenti vardır. Bunlardan birincisi, atakların önlenmesi, ikincisi akut atak tedavisi ve üçüncüsü ise, semptomatik tedavidir



(Murray, 2006). Henüz remyelinizasyonu veya nöral tamiri sağlayıcı bir tedavi yöntemi mevcut değildir (Hauser ve Goodin, 2005).

### **1. Atak Tedavisi**

Steroid tedavisi sırasında hastanın önceden var olan enfeksiyonları mutlaka tedavi edilmeli ve yeni enfeksiyon gelişimi önlenmelidir. Hemşireler hastalara yeni gelişebilecek enfeksiyonlardan korunma, diyet içeriği, ilaç kullanımına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar ve komplikasyonlara yönelik alınması gereken önlemler ve belirtileri hakkında eğitim vermelidir (Akdemir ve Birol, 2003).

### **2. Koruyucu Tedavi**

Koruyucu tedavide interferonlar, glatiramer asetat, intravenöz immunglobulin, azotiopürin kullanılmaktadır. İki ve üç ataktan sonra koruyucu tedavi gündeme gelir. Omurilik tutulumu da varsa 2. ataktan sonra başlanabilir (Tanık, 2006).

### **3. Semptomatik Tedavi**

Multiple Skleroz hastalarında görülen spastisite, yorgunluk, ağrı, mesane disfonksiyonu, tremor, seksüel disfonksiyon, vertigo gibi kronik semptomlar için semptomatik tedavi yapılır (İdiman, 2002).

Spastisite: Baklofen, tizanidine, dantrolen, benzodiazepin, 4-aminopyridin, 3,4-diaminopyridin ve botulinum A toksini kullanılabilir. İlaç tedavisi başarısızsa dorsal rizotomi, myelotomi gibi cerrahi prosedürler uygulanabilir.

Tremor: İzoniazid (pridoxinle birlikte), primidon, karbamazepin ve gabapentin gibi ajanlar kullanılmaktadır. Klonazepam, propranolol ve ondansetronun da kullanılabilir. Tek taraflı ciddi tremorda ventrolateral talamotomi ve talamik stimülasyon yapılabilir.

Yorgunluk: Amantadin, pemoline, metilfenidat, modafinil ve 4-aminopyridin kullanılabilir.

Ağrı: Karbamazepin, difenilhidantoin, gabapentin ve trisiklik antidepresan gibi ajanlar kullanılabilir.

Paroksizmal semptomlar: Karbamazepin, valproat ve gabapentin gibi antikonvülzan ajanlar önerilir. Benzodiazepinler de kullanılabilir.

Konstipasyon: Diyet tedavisi ve laksatif önerilir.

Mesane fonksiyon bozuklukları: Sık idrara çıkıyorsa, propantelin ve oxybutynin gibi antikolinergik ajanlar; enürezis varsa imipramin; üriner retansiyon varsa, betanekol klorid (kolinerjik) kullanılabilir. Bu tedaviler etkisiz olursa, kateterizasyon yapılabilir.

Depresyon: Psikiyatristlerle birlikte tedavi edilmesi gerekir. Anksiyete durumunda benzodiazepinlerle birlikte kombine edilerek antidepresif ajanlar önerilebilir (Walter ve ark., 2000).

#### **4. Rehabilitasyon**

Fizyoterapi hastalığın her döneminde son derece önemlidir. Fonksiyonların en üst düzeyde sürdürülmesi, özürllülüğün azaltılması ve ikincil komplikasyonların önlenmesi yönünden rehabilitasyon çok önemlidir (İdiman, 2002).

#### **2.2 Multiple Skleroz ve Psikiyatrik Sorunlar**

Multiple Skleroz'da psikiyatrik semptomların varlığı 19. yüzyılda Salpetriere hastanesinde konferanslarında "dissemine skleroz"un detaylı klinikopatolojik tanımını yapan Charcot'dan beri bilinmektedir. Charcot'un not ettiği psikiyatrik semptomlar arasında patolojik gülme ve ağlama, öfori, mani, hallüsinasyonlar ve depresyon vardı. Gerçekten de Charcot'un hastası Mademoiselle halüsinasyonlar ve paranoya süresince şiddetli depresyon tarif etmiştir (Butler ve Bennett, 2003).

Multiple Skleroz'un gidişi sırasında psikiyatrik bozukluklar çok sık olarak ortaya çıkmaktadır (Garland ve Zis, 1991).

Multiple Skleroz hastalarında bağımlılığın artması, interferon kullanımı ve yalnızlık gibi durumlar psikiyatrik sorunların gelişimini artırmaktadır (Minden, 2000).

MS'un birçok nöropsikiyatrik sendromla ilişkisi olduğu bilinmektedir. Ancak MS'lu hastalarda psikiyatrik hastalıkların klinik özellikleri ile ilgili yakın dönemde yapılmış az sayıda çalışma mevcuttur (Pine ve ark, 1997).

Depresyon ve bipolar affektif bozukluk, MS'la yakından ilişkilidir. Hatta bazı vakalarda MS semptomlarına öncülük edebilir (Hutchinson ve ark, 1993).

Hastalık seyri boyunca %75 oranında affektif bozukluklar görülür. Nadiren psikotik tablolar, şizofreni benzeri tablolar ve delüzyonel sendromlar oluşabilir. Sınırlı yayınlar bu semptomların temporal lob periventriküler alandan kaynaklandığını düşündürmektedir (İdiman, 2002).

Multiple Skleroz'a tepki kişinin düşünce, duygu ve davranış planında hastalığa yanıtıdır. MS'lu hastanın üç ayrı alanda uyum sağlaması gereken değişiklikler ortaya çıkar.

Bunlar:

- Fizyolojik değişiklikler: Yürüme, görme, konuşma, el-göz koordinasyonu, cinsel performans ve idrar kontrolündeki güçlükler gibi.
- Psikolojik değişiklikler: Benlik saygısına tehdit, gelecekle ilgili belirsizlik, çaresizlik-bağımlılık duyguları
- Sosyal alandaki değişiklikler: İş kaybı, arkadaşlardan uzaklaşma, aile içi rollerde değişiklikler gibi.

Matson ve Brooks'un öne sürdükleri "kronik hastalığa uyum" modeline göre MS'lu hastalar başlangıçtan itibaren şu evrelerden geçerler:

1. Belirsizlik: Hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olamamak anksiyete yaratır. Hasta iç dünyasında devamlı "benim neyim var, bana ne olacak ?" sorularına cevap aramaya çalışır.

2. İnkâr: Bu evrede kişide şok, inanamama, öfke duygusu hâkimdir. Neden ben? diye kendine sorar. Tedaviyi reddedebilir. Bu evrede ailenin tutumu aşırı koruyucu kollayıcı veya tam tersi ilgisiz olabilir.

3. Kabullenme: Kişide benlik kavramı ve beden imgesiyle ilgili değişiklikler olur. Hasta bu evrede yaşam kalitesini korumaya ve MS'a bağlı fizik, psikişik, sosyal değişiklikleri gündelik yaşamıyla bağdaştırmaya çalışır. Bazı kişilerde kaybedilen işlevler için yas tutma belirgin olabilir.

4. Uyum: Artık hastalığın yarattığı değişiklikler, gündelik yaşama sindirilmiştir; böylece MS için daha az zaman ve enerji harcanır. Ev ve iş ile ilgili düzenlemeler yapılır. Bu evrede gerçekçi olmayan beklentilere saplanmama konusunda aile ve yakın çevreye önemli iş düşer (Walsh ve Walsh, 1989).

### **2.2.1 Multiple Skleroz ve Belirsizlik**

Multiple Skleroz insanı, ailevi, sosyal ve iş yaşamındaki sorumlulukların tam ortasında kariyer hedeflerini belirlediği yaşlarda yakalar. Hastalığın yarattığı etkiler nedeniyle kişinin o zamana kadar benimsediği rolde de değişiklikler zorunlu olacaktır. Aile bireyleri de kişinin hastalığına uyum sağlama çabası içindedirler. MS tanısının koyulma sürecinin uzunluğu, uzun süren araştırmalar ve eşlik eden bilgilendirme eksikleri de hasta ve yakınlarında belirsizlik ve sıkıntılara yol açar. Hastanın kendisi ayrıca ne zaman ve nasıl tekrarlayacağı belli olmayan kronik, işlev kaybına neden olan bir hastalığın yarattığı anksiyete ve kayıp duygularıyla başa çıkmaya çalışmaktadır. MS'lu bir bireyde depresyon gelişip gelişmeyeceğini belirlemede psikososyal faktörlerin önemini doğrulamak için çok sayıda çalışma yapılmıştır (Tanık, 2006).

Belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusu ya da yaşantıdaki olayların anlamını açıklamadaki yetersizlikten kaynaklanan bilişsel bir durum olarak tanımlanmıştır. Belirsizlik, o olay ya da durumda değil, bireyin

algısındadır. Birey içinde bulunduğu durumu bir tehlike ya da gelişim için bir fırsat olarak algılayabilir (Öz, 2001).

Yaşamın herhangi bir sürecinde zaman zaman belirsizlik yaşanabilmektedir. Hastalıkta yaşanan belirsizlik ise, hastalıkla ilgili olayların anlamını belirleme yetersizliği olarak tanımlanmıştır. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik algısını çeşitli faktörler etkileyebilmektedir. Bunlar; bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, anlaşılır olmayan açıklamalar, yaşama kontrol koyamama, süregiden durumdaki farklılıklar, tedavi etkinliğinin ve hastalık prognozunun belli olmamasıdır (Öz, 2001).

Belirsizlik farklı hasta gruplarında araştırılmıştır. Bu çalışmalar, hastalık yaşantısının hastalara belirsizlik yaşattığını ve belirsizliğin aynı zamanda hastaların duygularını da olumsuz etkilediğini açıklamaktadır. Belirsizlikle ilgili değişkenler arasındaki bağlantıların tam olarak saptanmasının çoğu zaman güç olabileceği; belirsizliğin stres, psikososyal uyum sorunları ve negatif duygu durumlarıyla doğrudan ilişkili olduğu; ümit, beklenti, amaç, baş etme becerisi ve yaşam kalitesiyle de ters ilişkili olduğu belirtilmektedir (Öz, 2001).

Tehdit edici bir olay karşısında bireyler olayı objektif olarak yorumlamak ve etkili baş etme davranışları geliştirmek için bilgi arayışı içine girerler. Bireylerin belirsizlikle baş etmeleri için bilgi gereksiniminin karşılanması gerekir. Belirsizlik oluşturan hastalıklar ve stresli yaşam olayları bireylerin yeni kimlik ve benlik imajı oluşturmalarını engellemektedir. Bu durumda birey ancak yeni bir kimlik ve imaj değiştirmesiyle sorununun üstesinden gelebilmekte ve yeni durumuna uyumu kolaylaşabilmektedir. Mishel ve arkadaşları (1984) belirsizlik ve psikososyal uyum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Yani; bireylerdeki hastalığa yönelik belirsizlik algısı arttıkça psikososyal uyum zorlaşmakta; belirsizlik algısı azaldıkça psikososyal uyum kolaylaşmaktadır (Öz, 2001).

Wineman ve arkadaşlarının (1994) MS'lu omurilik yaralanması olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların belirsizlik durumlarında baş etmeyi duygu

odaklı mı, yoksa problem odaklı mı kullandıklarını araştırmışlardır. Bulgular, yüksek düzeydeki belirsizliğin duygu odaklı, daha düşük düzeydeki belirsizliğin ise problem odaklı baş etmenin kullanımıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, belirsizlik ve olumsuz duygusal durumlar arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. MS gibi kronik hastalığı olan hastaların uzun süreli bakımlarında üç boyuta odaklanılması gerektiği belirtilmektedir. Bunlar;

- Fiziksel rahatsızlığın kontrolünün yanı sıra belirsizliğin kontrolüne de odaklanmak,
- Benlik saygısının yükseltilmesi ve yaşamlarını daha iyi kontrol edebilmeyi hissetmeleri için yardım etmek,
- Yaşam stresörlerinin olumsuz etkisini azaltmada yardımcı olmaktır (Öz, 2001).

Sonuç olarak, hastanede yatan hastalara bakım verilirken hastanın yaşam kalitesini de artırmak için üç belirsizlik alanı çok iyi değerlendirilmelidir. Bunlar; evde kendi kendine bakım, gelecek planı yapma ve hastalığın önceden tahmin edilemeyen seyridir. Hastanın baş etmesini güçlendirirken kullandığı baş etme örüntüleri iyi değerlendirilmeli ve olumlu olanlar desteklenirken, yeni baş etme becerileri de öğretilmelidir. Kronik hastalarla çalışan ekip üyelerinin hastaların hangi durumlarda belirsizlik yaşayabileceği ve sonuçta neler olabileceğine ilişkin bilgilerinin olması oldukça önemlidir. Bu durum, ekip üyelerinden hastalara 24 saat kesintisiz hizmet veren, hastayı doğrudan gözlemleyen ve bakım veren hemşireler için daha da önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetinin verilmesinde uygulamalarımıza yön veren temel ilke ve kavramlarımız vardır. Bunlardan günümüzde daha da geçerli olanlardan birkaçı; hastalığın tedavisini ve uyumunu kolaylaştırmak için hasta ve ailesine bütüncül yaklaşım, ekip hizmeti, hizmetin etkinliği ve maliyetidir. Bu durumda hastaya/aileye bakım önem kazanmakta ve bakım veren hemşireler de sağlık sisteminin bel kemiğini oluşturmaktadır. Birinci sırada hemşirelere olmakla birlikte, tüm sağlık çalışanlarına yararlı olacağı düşünülerek, metnin ana teması olarak belirsizlik durumlarının hastanın iyileşmesini ve uyumunu nasıl etkileyeceği ele alınmıştır. Hastaya bilgi verirken kullandığımız dilin ve yaklaşımların, hastanın belirsizlik algısını artırmadan ve hazır oluş düzeyini zedelemeyen yapılmasının önemi üzerinde durulmuştur. Kuşkusuz bunları

yaparken uygulamalarda halen yapılanlar gözden geçirilmeli, her bireyin kendine özgü algılarının olduğu ve bu algılar doğrultusunda farklı tepkilerde bulunabilecekleri unutulmamalıdır (Öz, 2001).

### 2.2.2 Multiple Skleroz ve İntihar Düşüncesi

İntiharın özel bir tanımını yapmak güçtür. Emile Durkheim'e göre, "Ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girişilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir." Edwin Shneidman'a göre, "İntihar dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan, şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemdir." İntihar olgusundaki öğelerin iç içeliği, karmaşıklığı, içlerinde bilinmeyenlerin çokluğu, tanımlamanın bir cümleye sığmasını olanaksızlaştırır (Özsoy ve Eşel, 2003).

İntihar insanın öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık ve yok etme eylemi olup, bireyin istemli olarak yaşamına son vermesi olarak tanımlanmıştır (Winkins, 1970).

Dünya Sağlık Örgütü, intiharları gerçek intiharlar ve intihar girişimleri olarak ikiye ayırır. Gerçek intiharlar ölümlü sonuçlananlardır. İntihar girişimleri ise bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli girişimlerdir (Sağınç ve ark., 2000).

Batı Avrupa Ülkeleri ve ABD'de intihar, ölüm nedenleri arasında 5-10. sıralarda yer almaktadır. ABD'de her 20 dakikada 1, günde 75, yılda 30000 kişi intihar etmektedir. Değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda intihar oranları 100000'de 2-45 olarak bulunmuştur. En yüksek intihar oranları Kuzey Avrupa Ülkeleri ve Japonya'da (100000'de 25'den yüksek) bildirilmektedir. Bu oran İspanya, İrlanda, İtalya ve Mısır'da daha düşüktür (100000'de 10'dan az) . Ülkemizde intihar oranı 1995 yılı için 100000'de 2,37 olarak bulunmuştur. İntihar girişimlerinin oranını saptamak güçse de, diğer ülkelere göre intihar oranlarınının 10-20 kat daha az olduğu sanılmaktadır (Sağınç ve ark., 2000).

Multiple Skleroz olgularında İntihar oranı genel toplumdakinin iki katıdır. İntihar girişimi de yüksektir. Kanada'da bu oran genel toplumdakinin 7,5 katıdır. İntihar erkeklerde ve hastalığı 30 yaşın altında başlayanlarda daha fazladır (Feinstein, 1997).

Günümüzde intiharlar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk ve ruh sağlığı sorunudur ve birçok ülkede özellikle gençlerde trafik kazalarından sonra önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (Altındağ ve ark., 2001).

Genel toplumda intihar sıklığı yıllık yüzbinde 10-20 kadardır. Değişik ülkelerde bu oranlar yüzbinde 10 ile 40 arasında değişmektedir. İntihar girişimi oranı ise bunun 15 katı kadardır. İntihar oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde 11/100 000 yıllıktır. ABD'de en az 31 000 kişi bir yılda intihardan ölmektedir. Bu tüm ölümlerin %1,4'ünü oluşturmaktadır. İntiharla ölüm 1970'lerden 1980'lere dek düzenli olarak artmıştır. Bu artışın ABD'de ateşli silahların teminindeki kolayla bağlı olduğu düşünülmektedir. Son 15 yılda önemli bir değişiklik göstermemiştir. Tamamlanmış intiharlar erkeklerde kadınlardan 4 kat daha fazladır. Bu rakamlar değişik ırk ve etnik gruplarda farklılık gösterebilir. Örneğin siyahlarda daha azdır. 1994 yılında intihar oranı siyahlarda 12,7/100 000 iken beyazlarda bu oran 19,7/100 000 olarak verilmektedir. Genç erişkin ve adolesanlarda ölüm nedenleri arasında intihar başta gelmektedir. Erişkinler arasında yaşam boyu intihar girişimi oranı ise %1,1-4,3; 12 aylık prevalans ise %0,3-0,8 kadardır (Moscicki, 1997).

Ülkemizde 1990-2001 yılları arasında kaba intihar hızı yüz binde 2,42'den 3,77'ye çıkmış olup, intiharların %29,7 ile %36'sı 15-24 yaşları arasındaki gençlerde meydana gelmiştir (DİE, 2003).

Multiple Skleroz nadiren direkt ölüm nedenidir. Buna karşın, MS'lu olgular arasında intihar oranı normal kişilere göre 2-7 kat daha fazladır (Deniz, 2008).

İntihar dünyanın pek çok ülkesinde önemli bir halk sağlığı sorunudur. ABD'de yıllık intihar sıklığı 12/100000 olup saatte 100 Amerikalı kendi yaşamını sonlandırmaya



çalışmakta, her yıl yaklaşık 1 milyon kişi intihar girişiminde bulunmakta ve bunların 30.000'i ölümlerle sonuçlanmaktadır (Robie ve ark., 1999).

Erkek olmak, MS'un 30 yaşından önce başlaması ve nispeten yeni tanı almış olmak MS'deki intihar girişimi açısından risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Kaplan ve ark., 1995).

Beden sağlığının bozulması da intihara neden olan olaylardan biridir (www.klinikpsikiyatri.org, 2001).

Kronik fiziksel bir hastalığın varlığı tüm yaş gruplarında intihar için bir risk etmenidir. Yaşlı erkek hastalarda bu risk daha da artmaktadır. Düşkünlük yapan hastalıklar sıklıkla intihar davranışını tetikler. İntihar olgularında fiziksel hastalıkların prevalansı % 25 ile % 70 arasında değişmektedir. Bazı çalışmalarda intiharların en az yarısında fiziksel bir hastalığın bulunduğu ve birçok vakada intiharın temel nedenini oluşturduğu öne sürülmüştür. Fiziksel hastalıklar depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, impulsivite ve suicidal davranışa yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini artırırlar (Ekici ve ark., 2001).

İntiharla ilgili kavramlara baktığımızda; intiharla ilgili düşünceler; bir kişinin ölme isteğini yansıtan ifadeler kullanması ya da bunu ifade etmese bile tutum ve davranışlarından böyle bir niyete sahip olduğu kanaatine varılması, intihar girişimi; ölümlerle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın intihara teşebbüs etme durumu olarak yer almaktadır. İntihar girişim ölümlerle sonuçlanmış ise tamamlanmış intihardan söz edilmektedir (Pelkonen ve Marttunen, 2003).

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

### 2.2.3 Psikiyatrik Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri

Kronik ve ilerleyici hastalık nedeniyle bağımlı hale gelebilen MS'lu bireye semptom tedavisinin ötesinde, yaşamın psikososyal boyutlarıyla da ilgili holistik bir yaklaşım göstermek gerekir. MS'un psikososyal boyutu hasta ve yakınlarının sosyoekonomik durumunu, ilişkilerini, yaşam ortamını ve koşullarını yani yaşamın birçok boyutunu etkilemektedir (Metz, 2003).

Multiple Skleroz'un prognoz belirsizliği, atak yaşama ve yeti yitimi olasılığı nedeniyle yaşamı kontrol edememe duygusu ve emosyonel stres yaratması nedeniyle hastanın ilişkilerini de etkilemesi kaçınılmazdır. Eş, hastanın sağlığı için endişe yaşarken, hasta da terk edilme korkusu yaşayabilmektedir. Ayrıca hastadaki biliş, kişilik ve davranış değişiklikleri de partneriyle ilişkisini olumsuz etkileyebilmekte, değişiklikler ve bunlara uyum sağlama zorunluluğu büyük bir psikolojik baskı yaratmaktadır. Özellikle kadının önceden gerçekleştirdiği aktiviteleri sürdürmemesiyle cinsiyet rollerinin değişmesi ve eşin de zaman içinde rol yüklenmesinden kaynaklanan sorunları ile ilişkinin yıprandığı, yeti yitimi arttıkça ayrılmaların arttığı bilinmektedir. İlişkinin sağlıklı yürümesini sağlamak için bakım verenin tükenmesini önleme, destek gruplarına ve aile terapisine yönlendirme önemlidir. Bekâr hastalarda evlenme kararında danışmanlık ve desteğe gereksinim olabilir. Hastaya prognozu konusundaki olasılıklardan söz edilerek plan yapmasına yardım edilmeli ve destek sağlanmalıdır. İkili ilişkiler dışında çocuk sahibi olma konusunda da hastaların danışmanlığa gereksinimi vardır. Çocuk sahibi olmayı planlayan hasta bu isteğini sağlık ekibiyle paylaşmalı, durumu değerlendirilerek birlikte karar verilmelidir (Metz, 2003).

Multiple Skleroz'da hastaya ağır psikososyal yük getiren sorunların aşılmasında sağlık ekibi ve hasta arasındaki iletişim çok önemlidir. Hastalık ile başbaşa ve yalnız değil, ekip ile ortaklık ilişkisi içinde hissettirilme hastanın ekip ile iletişimini kolaylaştıracak, sorunlarını ifade etmesini sağlayacak ve çözüm yolundaki ilk adımı oluşturacaktır (Thorne ve ark., 2004).

Hemşireler MS hastalarının bilişsel, ruhsal ve fiziksel iyilik halinin devamından sorumlu olup, atak sayısının ve şiddetinin azaltılması, ikincil sorunların önlenmesi ve hastalıkla baş etme yöntemleri konusunda hastalara bilgi, eğitim ve danışmalık vererek yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlayabilir (Leino-Kilpi ve Luoto, 2001).

Multiple Skleroz'lu hastanın bakımında hemşirenin önemli sorumluluklarından biri de hasta eğitimidir. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi bu hastalıkta da eğitimin amacı hastaya otonomi kazandırmak ve onu sağlığı konusunda karar verebilir duruma getirmektir. Yapılan çalışmalar hasta eğitiminin hastalığa uyumu kolaylaştırdığını ortaya koymuştur (Wassem ve Dudley, 2003).

### **İntiharda Hemşirelik Girişimleri**

- Özkıyım riskinin derecesini değerlendirmek için hastanın dikkatlice gözlenmesi,
- Hastanın yalnız bırakılmaması ve güven ortamının oluşturulması,
- Empatik yaklaşımın gerçekleşmesi
- Zarar verici materyallerin ortadan kaldırılması (kesici, delici aletler, ip, kravat v.s.)
- İlaçların özenle içirilmesi (dil altında saklayarak ilaç biriktirmeyi önlemek ve özkıyım riskini ortadan kaldırmak), yutma refleksinin kontrol edilmesi,
- Duygularını açıklama olanağının verilmesi (böylece düşmanca duygularını boşaltma olanağı bulur),
- Hastanın korkularının küçümsenmemesi ve söylediklerinden dolayı yargılanmaması,
- Hastayla görüşme sırasında sözlerden çok jest, mimik ve hareketlerden sonuçlar çıkarılması,
- Kişisel açıklamaların güven oluşturduktan sonra yapılması (Ekinci ve Şayır, 2010).

### **İntiharı Önleme Stratejileri**

- Depresyon tedavisinin yapılması,
- Kolayca ulaşılabilen intihar araçlarının azaltılması,

- İşsizlik ve sosyal yalnızlık gibi kişi üzerinde baskı oluşturan toplumsal faktörlere yönelik iyileştirmeler sağlanması,
- Eğitim ve sosyal destek aracılığıyla, kişinin yaşama uyum sağlama yeteneğinin güçlendirilmesi,
- Sağlık ve sosyal hizmetler personelinin yüksek riskle karşı karşıya olan kişilere daha fazla yardımcı olacak biçimde eğitilmesi,
- Toplumun intihar davranışıyla ilgili genel bilgi düzeyinin artırılması (Ekinci ve Şayır, 2010).

### **İntihar Riski Bulunan Bireylere Hemşirelik Yaklaşımları**

İntihar girişiminde bulunan bireylerin bakımında görev alan sağlık profesyonelleri arasında hemşirenin aktif ve önemli bir rolü vardır. Çünkü hemşire bütüncül yaklaşımı, zengin deneyimi ve hasta ve ailesi ile uzun süre birlikte olması nedeni ile gereksinimleri erken dönemde saptayıp, karşılayabilecek donanımdadır. Hastayla kurulan terapötik ilişki, hem hastanın duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasını, hem de o hastaya en iyi yaklaşım şeklinin seçilmesini sağlar. Yapılan çalışmalarda, psikiyatri hemşirelerinin intihar girişiminde bulunan hastalara acil servis hemşirelerine göre daha olumlu yaklaştıkları belirtilmiştir. Ancak psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler bu konuda eğitimlerinin yeterli olmadığını, kırtasiye işleri yüzünden hastalara zaman ayıramadıklarını, bazı hekimlerin işbirliği yapmadığı için kendilerini güçsüz ve yetersiz hissettiklerini dile getirmişlerdir (Temel, 2009).

Psikofarmakoloji, intihar eğilimli davranışların etkinliğini azaltmada ve denetiminde faydalı olabilir. Düşük dozda bazı nöroleptikler tekrarlayan intihar girişimi öyküsü olan hastalarda suicidal davranışı azaltabilir (Hillard, 1995).

### **3. MATERYAL METOT**

#### **3.1 Araştırmanın Türü**

Bu araştırma, ilişki arayan tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

#### **3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih**

Araştırma, Samsun ili Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde 01 Mart 2012-11 Eylül 2012 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde 01 Mart 2012-11 Eylül 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği'nde kayıtlı olan 560 MS hastası oluşturmuştur. Win Episcopy 2,0 programıyla, %95 güven sınırında, %5 hata payı ve %90 güç ile çalışmaya 125 kişi alınmış ve yeterli olacağı belirlenmiştir.

Poliklinikte kayıtlı Multiple Skleroz hasta sayısı 560'tır. Bu sayı tüm Karadeniz bölgesinde polikliniğe gelen hastaların sayısıdır. Polikliniğe günde ortalama olarak 3 MS hastası gelmektedir. Belirtilen tarihler arasında nöroloji polikliniğine ayaktan tedavi için başvuran ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan tüm Multiple Skleroz hastaları (209 kişi) çalışmaya alınmıştır. Örneklem seçme yöntemine gidilmemiştir. Ancak hastaların 17'sinin okuma yazması olmaması, 7'sinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, 5'inin 65 yaş üzeri olması, 3'ünün depresyon ve 2'sinin diğer bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olması nedeniyle araştırma kapsamına alınamamıştır ve araştırma 175 Multiple Skleroz hastası ile tamamlanmıştır.

### Gönüllülerin Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri;

- Multiple Skleroz tanısı alan ve nöroloji polikliniğinde değerlendirilen olgular
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Kolay iletişim kurabilen hastalar
- Gönüllü olmak
- Psikiyatri tanısı almamış olmak
- Soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve fiziksel bir engeli olmamak
- Okur-yazar olmak

### Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri;

- 18-65 yaş aralığında olmamak
- Gönüllü olmamak
- Geçmiş tıbbi öyküsünde psikiyatrik hastalık olmak
- Soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve organik bir engeli olmak
- Okur-yazar olmamak

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

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından bu konuya ilkin literatür incelenerek geliştirilmiş, hastayla ilgili bilgilerin yer aldığı 8 sorudan oluşan kişisel bilgi formu (Ek 1), 27 sorudan oluşan ‘Belirsizliğe Tammahülsüzlük Ölçeği (Ek 2)’ ve 17 sorudan oluşan ‘İntihar Düşüncesi Ölçeği (Ek 3)’ kullanılmıştır.

### 3.4.1 Kişisel Bilgi Formu( Ek I )

Bu form hastanın yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, mesleği, gelir durumu, hastalık süresi, aile yapısı ve hastaya uygulanan tedaviden oluşan 8 sorudan oluşmaktadır.

### 3.4.2 Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ( Ek II )

Hastaların belirsizliğe tahammülsüzlüklerini ölçmek için ‘‘Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği’’ (BTÖ) kullanılmıştır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramının ölçülmesi çabaları 1962’ye kadar uzanmakla birlikte, bu boyutun değerlendirilmesi ve diğer kavramlarla ilişkisinin anlaşılması amacı ile yapılan ilk ölçek Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğidir. Bu ölçek belirsiz durumlara verilen duygusal, davranışsal tepkileri ölçen bir ölçek olup bir grup araştırmacı tarafından Fransızca olarak geliştirilmiştir. Daha sonra İngilizceye uyarlanmıştır (Sarı ve Dağ, 2009). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarı S.tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Bu 27 maddelik ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığı 0,91, test-tekrar test güvenilirliği 0,78 olarak bulunmuştur (Sarı ve Dağ, 2009). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği dört faktörden oluşmaktadır:

- 1) Belirsizlik üzücü ve stres vericidir,
- 2) Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller,
- 3) Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir,
- 4) Belirsizlik adil değildir.

Ölçekten en az 25, en fazla 125 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeği alfa cronbach katsayısı 0,78’dir. Ölçeğin araştırmamızdaki cronbach alfa güvenilirlik

katsayısı F1 için 0,94, F2 için 0,93, F3 için 0,88 ve F4 için 0,93' tür. Belirsizlik toplam puanı için 0,97' dir.

### **3.4.3. İntihar Düşüncesi Ölçeği ( Ek III )**

Hastaların intihar düşüncesini ölçmek için İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) kullanılmıştır. Levine tarafından 1989'da geliştirmiş ve intihar düşüncesinin şiddetini saptamaya yönelik olan ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Dilbaz ve arkadaşları (1993) tarafından sınanmıştır (Levine 1989; Dilbaz 1995). Ölçek cevap olarak "doğru " veya "yanlış" içeren 17 maddeden oluşur. Orjinal ölçeğin Türkçe formunun test-tekrar test güvenilirliği katsayısı  $r=0,88$  olarak bulunmuştur (Bayam ve ark., 1995). Ölçeğin araştırmamızdaki cronbach alfa katsayısı ise 0,88' dir.

Ölçekten en az 0, en fazla 17 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, intihar düşüncesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

### **3.4.4 Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği (EDSS)**

Multiple Skleroz'da hastalık şiddeti, yıllık atak sayısı ve Krutzke ya da EDSS (expanded disability status scale) olarak bilinen nonlineer skalaya göre belirlenir. EDSS skalasındaki değerlendirme puanları 0 ile 10 arasında değişir. 0'da fonksiyonel kayıp yoktur, 10 ise hastanın MS'dan öldüğü anlamına gelir. EDSS skoru 5'in altında olan hasta ambulatuar olup, 6'nın üzerinde olan EDSS skoru, hastanın yürüyebilmek için destek cihazlara ihtiyacı olduğunu göstermektedir (Krutzke, 2000).

EDSS, MSS'nin işlevsel sistem olarak bilinen 8 bölgesinin ölçümüne dayanır. Önce yüz ve parmaklardaki geçici his kaybını ve işlevsel bozukluğu ölçer. Sonra yürüme mesafesini kullanarak hareket açısından özürlülüğü ölçer. MS'da özürlülük durumu genişletilmiş özürlülük durumu ölçeği (EDSS) ile değerlendirilir (Arslantaş, 2002).



EDSS ile ölçülen işlevsel sistemler (Anderson ve ark., 2007);

- piramidal – istemli hareketler
- beyin sapı – göz hareketi, duyu, yüz hareketleri, yutma gibi işlevler
- görme
- beyin – bellek, konsantrasyon, mizaç
- beyincik – hareketlerin eşgüdümü ya da denge
- duyu
- bağırsak ve mesane
- diğer – yorgunluğu içerir.

Bu ölçeğin anlaşılması önemlidir. EDSS her bir basamağındaki artış ile işlevlerde kötüleşmeyi gösteren 10 basamaklı bir ölçektir (Arslantaş, 2002).

EDSS ölçeğindeki temel adımlar:

0. Normal nörolojik bulgular.
1. Özürlülük yok ve minimal anormal muayene bulgusu.
2. Yalnızca bir işlev sisteminde minimal özürlülük.
3. Yardımsız yürüyebilir, fakat bir işlev sisteminde orta derecede özürlülük mevcuttur.
4. En az 500 metre yardımsız yürüyebilir, fakat bir işlev sisteminde şiddetli derecede özürlülük mevcuttur.
5. En az 200 metre yardımsız yürüyebilir, fakat özürlülük işini tam olarak yapmasını engelleyecek kadar şiddetlidir.
6. 100 metre yürümek için dinlenme olsun olmasın baston, koltuk değneği ya da diğer yardımlara gereksinim duyar.
7. Yardımla 5 metreden fazla yürüyemez, tekerlekli sandalyeyi kullanabilir ve yardımsız gidebilir.
8. Tekerlekli sandalyeye bağımlı, gitmek için yardıma gereksinim duyar, kollar işlevseldir.
9. Çaresiz ve yatağa bağımlı, kollar işlevsel değil, fakat yiyebilir ve konuşabilir.
10. Multiple Skleroz nedeniyle ölüm.

Bu araştırmada bu ölçeğin değerlendirilmesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Nöroloji Polikliniği'nde hekimler tarafından yapılmış olup nöroloji kayıtlarından alınmıştır.

### **3.5 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran MS hastaları ile araştırmanın yapılmasının planlandığı tarihler arasında görüşülmüştür. Uygulamaya başlamadan önce tüm Multiple Skleroz hastalarına araştırmanın amacı açıklanmış ve daha detaylı bilgi için gönüllü olur formunu okumaları istenmiştir. Gönüllü olur formunu okuduktan sonra, gönüllü olduğunu sözlü ve yazılı olarak bildiren MS hastaları tarafından soru formları yanıtlanmıştır. Tüm MS hastalarına buldukları hastane ortamında (poliklinikte dinlenme odası veya isteğe bağlı hastane kantini), kendileri için en uygun zamanlarda (hastanın kendini dinlenmiş hissettiği, ankette yer alan soruları cevaplayabilecek düzeyde fiziksel ve psikolojik yönden iyilik hali hissettiği zaman) anket formları araştırmacı tarafından hastalarla yüzyüze görüşülerek uygulanmış olup, her bir hastayla 20-30 dakikalık görüşme yapılmıştır. Hastaların nöroloji uzmanları tarafından değerlendirilmiş olan EDSS puanları ise kayıtlardaki bilgilerden elde edilmiştir.

### **3.6 Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler bilgisayarda SPSS 16,00 paket programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; Tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi ve normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

### **3.7 Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmada gönüllülük ilkesi ön planda tutulmuş, hastalara açıklamalı gönüllü olur formları verilmiş, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı sözlü ve yazılı şekilde kabul eden hastalar araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatıldıktan sonra araştırmaya

katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları şeklinde bilgi verilmiş ve araştırmaya katılacak bireylere, bireysel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda güvence verilmiştir. Hastalara gerektiğinde sözlü açıklamalar da yapılarak ‘bilgilendirilmiş onam’ koşulu da etik ilke olarak yerine getirilmiştir (Ek 4).

Araştırma yapılmadan önce planlanan araştırmayla ilgili ayrıntılı bilgilerin yer aldığı etik kurul formları Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul’una sunularak araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı alınmıştır (Ek 5).

Araştırma yapılmadan önce planlanan araştırmanın Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniği’nde yapılabilmesi için nöroloji anabilim dalı başkanlığı’na dilekçe yazılmış ve çalışmanın yapılması için kurum izni alınmıştır (Ek 6).

Araştırmanın amaç ve kapsamını içeren etik kurul formu ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Nöroloji Polikliniğinden gerekli izin alınmıştır. Araştırma kapsamına, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenler katılmıştır.

### **3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmanın kesitsel olması, ülkemizde intihar düşüncesi ölçeğinin ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin kesme puanının hesaplanmamış olması ve dolayısıyla intihar düşüncesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük sıklığının tayin edilmemiş olması çalışmayı ve sonuçları sınırlandırmaktadır.

Çalışmamızda hastaların geçirdiği son MS atağı değerlendirilmemişti. Geçirilen son atak ardından geçen zaman hastaların psikososyal durumunu etkileyebileceğinden geçirilen son atak zamanının göz ardı değerlendirilmemesi çalışmanın sınırlılıklarındandır.

## 4. BULGULAR

### 4.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması  $35,82 \pm 9,83$  olup en düşük yaş 19, en yüksek yaş 64'tür. Hastaların %67,4' ünün kadın, %32,6'sının erkek olduğu saptanmıştır. Hastaların %70,3'ünün evli olduğu, %79,4'ünün gelir durumunun orta olduğu, %52,6'sının yaşadığı yerin il olduğu, %56,6'sının çalışmadığı, %14,9'unun serbest meslekle uğraştığı, %13,1'inin memur olduğu, %10,9'unun emekli olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim yıllarının minimum 1 yıl, maksimum 18 yıl olduğu ve eğitim yılı ortalamalarının 9,2 yıl olduğu, %42,28'sinin eğitim yılının 1-7 yıl olduğu, %40'ının eğitim yılının 8-14 yıl olduğu saptanmıştır. Hastalarda hastalığın başlangıç yaşı 20-40 yaş aralığında daha fazla dağılım gösterirken (%74,28), hastalığın 20 yaşından önce ve 40 yaşından sonra başlangıç gösterdiği hastalarda saptanmıştır. Hastaların hastalık başlangıç yaşı ortalamalarının  $27,47 \pm 8,49$  yaş olduğu saptanmıştır. Hastalarda hastalığın en düşük başlangıç yaşı 15 ve en yüksek başlangıç yaşı 52'dir. Hastaların, hastalık süresi ortalamaları  $8,35 \pm 5,18$  yıl olup hastalık süresinin en az 1 yıl, en fazla ise 31 yıl olduğu saptanmıştır. Hastaların %72'si 1-10 yıldır MS hastası iken, %26,28'si 11-20 yıldır MS hastası olduğu saptanmıştır. (Tablo 3).

**Tablo 3.** Hastaların tanıtıcı özellikleri

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	118	67,40
Erkek	57	32,60
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	123	70,30
Bekar	52	29,70
<b>Gelir Durumu</b>		
İyi	2	1,20
Orta	139	79,40
Kötü	34	19,40
<b>Yaşadığı Yer</b>		
İl	92	52,60
İlçe	64	36,60
Köy	19	10,80
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	76	44,40
Çalışmıyor	99	56,60
<b>Eğitim Yılı</b>		
1-7 yıl	74	42,28
8-14 yıl	70	40
15 yıl ve daha fazla	31	17,72
<b>Hastalığın Başlangıç Yaşı</b>		
20 yaşından önce	31	17,72
20-40 yaş	130	74,28
40 yaşından sonra	14	8
<b>Hastalık Süresi</b>		
1-10 yıl	126	72
11-20 yıl	46	26,28
21 yıl ve üzeri	3	1,72
<b>Toplam</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 76,6'sının RR MS, % 9,7'sinin SP MS, % 7,4'ünün PP MS ve % 6,3'ünün CIS klinik tipte olduğu saptanmıştır. EDSS puanlarının minimum 0, maksimum 8 puan olduğu, EDSS ortalamasının 2,7 olduğu, % 18,9'unun EDSS puanının 0 olduğu, %18,9'unun EDSS puanının 2 olduğu, % 14,3'ünün EDSS puanının 1 olduğu, % 6,3'ünün EDSS puanının 3,00 olduğu, % 6,3'ünün EDSS puanının 5,00 olduğu saptanmıştır. Hastaların atak sayılarının minimum 1, maksimum 11 olduğu, atak sayısı ortalamasının 3,8 olduğu, hastaların %23,4'ünün 2 atak geçirdiği, % 17,7'sinin 3 atak geçirdiği, % 16,6'sının 4 atak geçirdiği, % 10,9'unun 5 atak geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4.** Hastaların klinik özellikleri

<b>MS Klinik Form</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
RR	134	76,60
PP	13	7,40
SP	17	9,70
CIS	11	6,30
<b>EDSS</b>		
0,00	33	18,90
1,00	25	14,30
1,50	3	1,70
2,00	33	18,90
2,50	10	5,70
3,00	11	6,30
3,50	1	0,60
4,00	14	8,00
4,50	7	4,00
5,00	11	6,30
5,50	3	1,70
6,00	9	5,10
6,50	3	1,70
7,00	2	1,10
7,50	7	4,00
8,00	3	1,70
<b>Atak Sayısı</b>		
1,00	10	5,70
2,00	41	23,40
3,00	31	17,70
4,00	29	16,60
5,00	19	10,90
6,00	13	7,40
7,00	10	5,70
8,00	10	5,70
9,00	7	4
10,00	4	2,30
11,00	1	0,60
<b>Toplam</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>

Hastalık süresi ile EDSS puanı arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde orta seviyede bir ilişkidir ( $r=0,487$ ;  $p<0,05$ ) Hastalık süresi arttıkça EDSS puanları da yükselir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Hastalık süresi ve EDSS puanı arasındaki ilişki

		<b>EDSS puanı</b>
<b>Hastalık süresi</b>	r	<b>0,487</b>
	p	<b>0,000</b>
	<b>Sayı</b>	175

#### **4. 2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Üzerine Etkisi**

Araştırma kapsamına alınan hastaların Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'ne göre puan ortalamasının  $64,06 \pm 30,61$  (0-125), F1 puan ortalamasının  $24,34 \pm 11,12$  (9-45), F2 puan ortalamasının  $19,47 \pm 9,60$  (8-40), F3 puan ortalamasının  $10,64 \pm 5,37$  (4-20), F4 puan ortalamasının  $9,80 \pm 5,59$  (4-20) olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

**Tablo 6.** Hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan dağılımları

	<b>Sayı</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>Ölçekten alınan min. Değer</b>	<b>Ölçekte alınan max. Değer</b>	<b>Cronbach alfa</b>
<b>Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Toplam Puanı</b>	175	64,06	30,61	0	125	0,97
<b>F1</b>	175	24,34	11,12	9	45	0,94
<b>F2</b>	175	19,47	9,60	8	40	0,93
<b>F3</b>	175	10,64	5,37	4	20	0,88
<b>F4</b>	175	9,80	5,59	4	20	0,93

Çalışmaya dâhil edilen hastaların cinsiyetinin belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Kadın ve erkek hastalar arasında belirsizliğe tahammülsüzlük açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hastaların gelir durumunun belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilemediği, KW testi sonucu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Hastaların medeni durumunun belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde

anlamli olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Evli olan hastalarının belirsizliğe tahammülsüzlüğü bekar olanlara göre daha yüksektir. Hastaların mesleğinin belirsizliğe tahammülsüzlüğünü etkilediği, aradaki farkın istatistiksel olarak çok anlamli olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Emekli olanların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır. İkinci olarak çalışmayanların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışanlar arasında ise serbest meslekle uğraşanların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının memur ve işçilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların yaşadığı yerin belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Hastaların MS klinik formunun belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok anlamli olduğu bulunmuştur. SP MS klinik formunda olanların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının diğer MS klinik tiplerinden daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 7).



**Tablo 7.** Hastaların tanıtıcı özelliklerinin belirsizliğe tahammülsüzlüğe etkisine ait bulgular (ss=standart sapma)

<b>Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği</b>			
	<b>N</b>	<b>Ort±ss</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	118	64.4237±30,39	U=3278,500 p=0,788
Erkek	57	63,3333±31,32	
<b>Gelir Durumu</b>			
İyi	2	79,0000±25,45	KW=3,622 p=0,163
Orta	139	61,8489±29,83	
Kötü	34	72,2647±33,10	
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	123	69,1870±31,08	U=2068,000 p=0,000
Bekar	52	51,9615±25,92	
<b>Meslek</b>			
Memur	23	54,6087±24,24	KW=12,925 p=0,012
İşçi	8	44,2500±19,85	
Serbest meslek	26	58,9231±32,01	
Emekli	19	81,4211±36,19	
Çalışmıyor	99	65,8889±29,65	
<b>Yaşanılan yer</b>			
İl	92	62,9239±31,29	KW=3,504 p=0,173
İlçe	64	62,6406±30,28	
Köy	19	74,4211±27,75	
<b>MS Klinik Tipi</b>			
RR MS	134	60,6194±29,33	KW=9,072 p=0,028
PP MS	13	74,7692±35,39	
SP MS	17	83,5294±33,23	
CIS	11	63,3636±25,20	

Hastaların yaşları ile BTÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde zayıf derecede önemli bir ilişkidir ( $r=0,176$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların yaşı ilerledikçe belirsizliğe tahammülsüzlük puanları da yükselir. Hastaların eğitim yılı ile BTÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre negatif yönde zayıf derecede önemli bir ilişkidir ( $r=-0,176$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların eğitim yılı arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlük puanları azalır. Hastaların hastalık başlangıç yaşı ile BTÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde zayıf derecede önemli bir ilişkidir ( $r=0,151$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların hastalık başlangıç yaşı arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlük puanları da artar. Hastaların atak sayısı ile BTÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre önemsiz bir ilişkidir ( $p>0,05$ ). Hastaların hastalık süresi ile BTÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre önemsiz bir ilişkidir ( $p>0,05$ ). Hastaların EDSS puanları ile BTÖ puanları arasındaki ilişki spearman korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde ve orta derecede önemli bir ilişkidir. EDSS puanı arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlük puanı da orta derecede artar ( $r=0,396$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8.** Hastaların tanıtıcı özellikleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puanları arasındaki ilişki

		<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>	<b>Belirsizlik toplam puanı</b>
<b>Yaş</b>	r	0,200	0,192	0,159	0,103	<b>0,176</b>
	p	0,00	0,00	0,003	0,057	<b>0,001</b>
<b>Eğitim yılı</b>	r	-0,157	-0,204	-0,141	-0,146	<b>-0,176</b>
	p	0,005	0,000	0,013	0,011	<b>0,001</b>
<b>Hastalık başlangıç yaşı</b>	r	0,169	0,166	0,150	0,073	<b>0,151</b>
	p	0,001	0,002	0,005	0,177	<b>0,004</b>
<b>Atak sayısı</b>	r	0,063	0,086	0,121	0,188	0,102
	p	0,254	0,119	0,030	0,001	0,060
<b>Hastalık süresi</b>	r	0,147	0,128	0,114	0,134	0,135
	p	0,051	0,090	0,135	0,078	0,075
<b>EDSS</b>	r	0,403	0,367	0,358	0,308	<b>0,396</b>
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	<b>0,000</b>

### 4. 3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) Üzerine Etkisi

Araştırma kapsamına alınan hastaların intihar düşüncesi ölçeğine göre puan ortalaması  $6,54 \pm 4,53$  (0-17) olarak elde edilmiştir (Tablo 9).

**Tablo 9.** Hastaların intihar düşüncesi puan dağılımları

	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ölçek min. Değer	Ölçek max. Değer	Cronbach Alfa
<b>İntihar düşüncesi Ölçeği Toplam Puanı</b>	175	6,45	4,53	0	17	0,88

Çalışmaya dâhil edilen hastaların cinsiyetinin intihar düşüncesi puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Kadın ve erkek hastalar arasında intihar düşüncesi açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Hastaların gelir durumunun intihar düşüncesi puanlarını etkilemediği, KW testi sonucu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Hastaların medeni durumunun intihar düşüncesi puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Evli olan hastalarda intihar düşüncesi bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların mesleğinin intihar düşüncesi puanlarını etkilediği, aradaki farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur. Emekli olanların intihar düşüncesi puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır. İkinci olarak çalışmayanların intihar düşüncesi puanlarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışanlarda arasında ise serbest meslekle uğraşanların intihar düşüncesi puanlarının işçi ve memur olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşadığı yerin intihar düşüncesi puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Hastaların MS klinik formunun intihar düşüncesi puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur. SP MS klinik formunda olanların intihar düşüncesi puanlarının diğer MS klinik tiplerinden daha fazla olduğu saptanmıştır. MS klinik formuna göre intihar

düşüncesi puanları sıralamasının SP MS>PP MS>CIS>RR MS şeklinde olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

**Tablo 10.** Hastaların tanıtıcı özelliklerinin intihar düşüncesine etkisine ait bulgular (ss=standart sapma)

	<b>İntihar Düşüncesi Ölçeği</b>		
	<b>N</b>	<b>Ort±ss</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	118	6,4530±4,50	U=3322,000 P=0,968
Erkek	57	6,4561±4,62	
<b>Gelir Durumu</b>			
İyi	2	7,0000±1,41	KW=5,619 P=0,060
Orta	139	6,0652±4,48	
Kötü	34	80000±4,59	
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	123	7,1721±4,53	U=2120,000 <b>P=0,001</b>
Bekar	52	4,7692±4,10	
<b>Meslek</b>			
Memur	23	4,5652±3,15	KW=12,252 <b>P=0,016</b>
İşçi	8	4,5000±4,86	
Serbest meslek	26	6,0385±4,77	
Emekli	19	9,4444±5,23	
Çalışmıyor	99	6,6162±4,34	
<b>Yaşanılan yer</b>			
İl	92	6,1978±4,65	KW=3,019 P=0,221
ilçe	64	6,4688±4,55	
Köy	19	7,6316±3,80	
<b>MS Klinik Tipi</b>			
RR MS	134	5,7895±4,22	KW=13,972 <b>P=0,003</b>
PP MS	13	8,0769±5,02	
SP MS	17	10,2941±4,92	
CIS	11	6,6364±4,10	

Hastaların yaşları ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde zayıf derecede önemli bir ilişkidir ( $r=0,208$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların yaşı arttıkça intihar düşüncesi puanları da artar. Hastaların eğitim yılı ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre negatif yönde zayıf derecede önemli bir ilişkidir ( $r=-0,177$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların eğitim yılı arttıkça intihar düşüncesi puanları azalır. Hastaların hastalık başlangıç yaşı ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde zayıf derecede önemli bir ilişkidir ( $r=0,155$ ;  $p<0,05$ ). Hastaların hastalık başlangıç yaşı arttıkça intihar düşüncesi puanları da artar. Hastaların atak sayısı ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre önemsiz bir ilişkidir ( $p>0,05$ ). Hastaların hastalık süresi ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde zayıf derecede önemli bir ilişkidir ( $p<0,05$ ). Hastaların hastalık süresi arttıkça intihar düşüncesi puanları da artar. Hastaların EDSS puanları ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde ve orta derecede önemli bir ilişkidir. Hastaların EDSS puanları arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlük puanları da orta derecede artar ( $r=0,426$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11.** Hastaların tanıtıcı özellikleri ile intihar düşüncesi ölçeği puanları arasındaki ilişki

	<b>İntihar düşüncesi puanı</b>	
<b>Yaş</b>	r	<b>0,208</b>
	p	<b>0,000</b>
<b>Eğitim yılı</b>	r	<b>-0,177</b>
	p	<b>0,002</b>
<b>Hastalık başlangıç yaşı</b>	r	<b>0,155</b>
	p	<b>0,004</b>
<b>Atak sayısı</b>	r	0,106
	p	0,060
<b>Hastalık süresi</b>	r	<b>0,165</b>
	p	<b>0,029</b>
<b>EDSS</b>	r	<b>0,426</b>
	p	<b>0,000</b>
<b>Hastalık başlangıç yaşı</b>	r	<b>0,155</b>
	p	<b>0,004</b>

#### **4.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Düşüncesi Arasındaki İlişki**

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar düşüncesi arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde ve kuvvetli derecede önemli bir ilişkidir. Belirsizliğe tahammülsüzlük puanı arttıkça intihar düşüncesi puanı da artar ( $r=0,838$ ;  $p<0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyi ve Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeylerine Etkisi

Çalışmamızda hastaların cinsiyetinin, hastalık süresinin, gelir durumunun, yaşadığı yerin ve atak sayısının belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Literatürde benzer çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda hastaların medeni durumunun belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Evli olan hastalarının belirsizliğe tahammülsüzlük puanları bekâr olanlara göre daha yüksektir. Bu durum, evli olan MS hastalarında eş olma, anne baba olma ve ev içi sorumlulukların getirdiği psikososyal yükün bekârlara göre daha fazla olabilmesiyle açıklanabilir. Harrison ve ark. birçok çalışmada evliliğin, yetiyitimi algılamasını ve psikolojik esenliği olumlu etkilediğinin bildirildiğini belirtmektedirler (Harrison ve ark., 2004). Bu durum çalışmamızın sonucuyla örtüşmemektedir.

Çalışmamızda hastaların mesleğinin belirsizliğe tahammülsüzlüğünü etkilediği, aradaki farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Emekli olanların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır. İkinci olarak çalışmayanların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Emekli ve çalışmayan hastaların hastalıklarıyla ilgili durumları üzerinde daha fazla düşünmelerinin belirsizliğe tahammülsüzlüğü artırdığı düşünülebilir.

Hastaların MS klinik formunun belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur. SP MS klinik formda olanların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının diğer MS klinik tiplerinden daha fazla olduğu saptanmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük puanları SP MS PP MS CIS ve RR MS şeklinde olduğu bulunmuştur. SP MS ve PP MS, MS'in kötüleşen tipleri olduğu

için, bu tipteki hastaların hastalıkla ilgili kaygılarının (hastalık ne kadar kötüleşecek, hastalık ne kadar özürülük yaratacak gibi endişelerinin) belirsizliğe tahammülsüzlüğü artırabileceği düşünülebilir. CIS'da hastalar ilk atağı geçirdikten sonra, ikinci atağı geçirme endişesi hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını artırdığı düşünülebilir. İkinci bir atak geçirdiklerinde hastalar kesin MS tanısı alacağından bu da hastalara belirsizlik yaratabilir. RR MS'da hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının en düşük olması; RR MS, MS'un ataklarla seyreden tipi olduğundan hastaların stabil bir hastalık süreci geçirmeleri ve herhangi bir beklentilerinin olmadığı, bunun da belirsizliğe tahammülsüzlüğü azalttığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların yaşları ile BTÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça hastalıkta kötüleşme de artacağından belirsizliğe tahammülsüzlüğün de artması kaçınılmazdır.

Çalışmamızda hastaların eğitim yılı ile BTÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum yüksek eğitimlilerin biyopsikososyal problemlerle baş etmek için daha etkili yollar bulması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda hastaların EDSS puanları ile belirsizliğe tahammülsüzlük puanları arasında pozitif yönde ve orta derecede önemli bir ilişki bulunmuştur. EDSS puanı arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlük puanı da orta derecede artar. Bu durum özürülüğün artmasıyla açıklanabilir. Hastaların fiziksel durumu ve psikolojik uyumun incelendiği bir çalışmada (Anatonak ve Livneh, 1995) fiziksel durumu iyi olanlarda uyumun daha kötü olduğunun saptanması ve bu paradoksal durumun prognoz belirsizliğinin yarattığı stres ile açıklanması bizim çalışmamızın sonucuyla örtüşmemektedir.



## 5.2. Multiple Skleroz Hastalarında İntihar Düşüncesi Düzeyi ve Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İntihar Düşüncesi Düzeylerine Olan Etkisi

Araştırma kapsamına alınan hastaların intihar düşüncesi ölçeğine göre puan ortalaması  $6,54 \pm 4,53$  (0-17) olarak elde edilmiştir. MS'da yaşanan sosyal güçlüklerin intiharı düşünme ve planlama girişimini artırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların cinsiyetinin, gelir durumunun, yaşadığı yerin ve atak sayısının belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Literatürde benzer çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastaların yaşları ile İDÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf derecede önemli bir ilişki bulunmuştur. MS'lu bireylerde yaş ilerledikçe daha fazla intihar düşüncesini yaşandığı belirtilmektedir. Bu durumun, yaşla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerden ve uzun süre kronik bir hastalığın varlığının neden olduğu biyopsikososyal sorunlardan kaynaklandığı düşünülebilir. Çeşitli çalışmalarda yaş ile fiziksel sağlık arasında negatif korelasyondan söz dilmektedir (Solari ve ark. 1999). Bu sonuç literatürle uyumludur.

Hastaların medeni durumunun intihar düşüncesi puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Evli olan hastalarda intihar düşüncesi bekâr olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum evli olan hastaların bekâr olanlara göre yaş ortalamasının ve tanı süresinin daha yüksek olması, hastalığın getirdiği sorunlarla daha uzun süredir karşı karşıya kalması, evdeki iş yükü, rol beklentilerinin artması ve buna bağlı olarak biyo-psikososyal yönden sorumluluklarının artması ile açıklanabilir.

Hastaların fiziksel işlevselliği yetiyitimini gösteren EDSS ile değerlendirilmiş olup 0 ile 10 arasında değişen EDSS skoru ortalamasının  $2,74 \pm 2,25$  (minimum 0; maksimum 8) olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar MS'lu hastaların %26'sının tekerlekli sandalye ile mümkün olmadığından gitmek istedikleri yere gidemediklerini ve

%44'ünün ulaşım olanağına sahip olamadığını göstermektedir. Ulaşım olanağı bulamama oranı muhtemelen bizim ülkemizde daha yüksektir. Ciddi mobilite sorunu olan ileri yetiyitimli hastalar yatağa bağımlı olduklarından ve transfer olanakları sınırlı olduğundan onlarla karşılaşma olanağı bulunmamıştır.

Ayrıca grubumuzda yaş ile EDSS arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur; yaş arttıkça yetiyitiminin de artması, hastalığın ilerleyici doğası gereğidir. Progresif bir hastalık olan MS için yaş artışı tanı süresinin artışı anlamına geldiğinden, zaman içinde hastalığın progrese olması ile fiziksel sağlığın bozulması beklenen bir sonuçtur.

Yaş arttıkça özürlülük skoru da artıyordu. Hastalık süresi arttıkça özürlülüğün dolayısı ile intihar düşüncesinin artması beklenen bir durumdur.

Hastaların mesleğinin intihar düşüncesi puanlarını etkilediği, aradaki farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur. Emekli olanların intihar düşüncesi puanlarının en yüksek olduğu saptanmıştır. İkinci olarak çalışmayanların intihar düşüncesi puanlarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum emekli ve çalışmayan hastaların sürekli ev ortamında bulunmasının ve iş yükünün yüksek olması, eve bağımlı olmaya bağlı stres ve depresyona neden olan tetikleyici faktörlere daha fazla maruz kalmaları gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Günlük aktivitelerini sürdüren insanların fiziksel kayıplarla baş etme stratejileri geliştirmesi ve dolayısı ile kayıpları daha iyi tolere etmesi, psikolojik olarak da kendilerini daha iyi hissetmeleri ile alakalı olabilir. Tülek'in çalışmasında çalışma durumu açısından fiziksel sağlık, fiziksel sorunlara bağlı rol sınırlılığı, sosyal işlev ve bileşik fiziksel sağlık puanlarının hastalık nedeniyle çalışamayanlarda çalışanlara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tülek, 2004). Bu durum çalışmamızın sonucunu destekleyici niteliktedir.

Hastaların MS klinik formunun intihar düşüncesi puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur. SP MS klinik formunda olanların intihar düşüncesi puanlarının diğer MS klinik tiplerinden daha fazla olduğu saptanmıştır. MS'un progresif formlarında yetiyitimi düzeyinin daha yüksek olduğu

yapılan çalışmalarda saptanmıştır. Bu durumda MS'un progresif formlarında intihar düşüncesinin daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda hastaların eğitim yılı ile İDÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum hastaların eğitim düzeyinin yüksek ve daha bilinçli olması ve buna bağlı gelecekle ilgili belirsizliğe tahammülsüzlüğün yol açtığı intihar düşüncesi ile baş etmede bilinçli terapötik yöntemleri bilmesine, sorunların daha fazla farkında olmaları, baş etme yöntemlerini bilinçli kullanmasına bağlı olabileceği düşünülebilir. tedavi olanaklarından yararlanma ve farklı kaynaklara ulaşma imkanının daha fazla olması nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda hastaların hastalık süresi ve İDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça özürlülük skoru da artıyordu. Hastalık süresi arttıkça özürlülüğün dolayısıyla intihar düşüncesinin artması beklenen bir durumdur. Yaşla birlikte EDSS puanının arttığını bulgularımızda saptamıştık. Hastalık süresiyle paralel olarak hastanın yaşı da artacağından, hastalık süresi arttıkça EDSS puanını artması beklenen bir sonuçtur.

Hastalık süresi ilerledikçe bireylerin biyo-psikososyal sorunlarında genel anlamda artış olduğu görülmektedir. Hastalığın 1-3 yılında, kronik hastalık tanısının yeni sayılabileceği bu dönemde hastaların hastalığa uyum sürecinin ilk aşamasında olmaları, hastalığı ve belirtilerini inkâr etmiş olabilecekleri düşünülebilir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde depresyon ve ümitsizlik, belirsizlik ve anksiyete duygularının gittikçe artmasına, araya yaş faktörünün katılmasına, kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasına ve fizyolojik nedenlere bağlı olarak intiharı daha fazla düşünmelerine neden olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızı destekleyen literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Çalışmamızda EDSS ile intihar düşüncesi arasındaki pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. EDSS puanı arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlük puanı da orta derecede artar. Bu durum özürlülüğün artmasıyla yaşanabilen stresörlerin etkisiyle açıklanabilir. Hastaların fiziksel durumu ve psikolojik uyumun incelendiği bir

çalışmada (Anatonak ve Livneh,1995) fiziksel durumu iyi olanlarda uyumun daha kötü olduğunun saptanması çalışmamızın sonucuyla örtüşmemektedir.

Multiple Skleroz'da yaşanan sorunların tanı süresi ile doğrusal bir ilişki içinde olduğu, tanı süresinin artması ile hastaların zamanla yaşadıkları sorunların ve sakatlık düzeylerinin arttığı belirtilmiştir. Bu nedenle tanı süresi oldukça önemlidir. Terzi nin yaptığı bir çalışmada, MS'da hastalık süresi uzadıkça klinikte progresyon ve SSS'de lezyon yükünde artış olduğunu saptamıştır (Terzi, 2006). Bizim çalışmamızda da hastalık süresi ile intihar düşüncesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuç literatürle uyumludur.

### **5.3. Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Düşüncesi Arasındaki İlişki**

Multiple Skleroz'da meydana gelen çeşitli yetersizlikler/sorunlar hastaların duygudurumlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Literatürden ve araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, MS'da meydana gelen belirtilerin sıklığının değişmekle birlikte genel olarak hastaların belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin arttıkça intihar düşüncesinin arttığı saptanmıştır.

Hastalığın öngörülemeyen seyrinin neden olduğu psikolojik stresin hastaları çoğu kez motor, duyuşsal ve bilişsel işlev bozukluklarından daha fazla etkilediği ve hastanın işlevsel durumu nasıl olursa olsun, hastalık belirsizliğinin ümit etmeyi zorlaştırarak ve moodu negatif etkilediği belirtilmektedir (Eeltink ve Duffy, 2004). Bizim çalışmamızda belirsizliğe tahammülsüzlük puanı ile intihar düşüncesi arasında pozitif yönde ilişkinin çıkması bu çalışmayı doğrular yöndedir. Ancak bu konunun ileri düzeyde araştırılacağı çalışmalara gereksinim vardır.

Bizim çalışmamızda belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar düşüncesi arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük puanı arttıkça intihar düşüncesi puanı da artar. Literatürde belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar düşüncesini inceleyen yerli veya yabancı bir çalışmaya

rastlanmamıştır. MS hastalarında görülen belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar düşüncesi arasındaki pozitif yöndeki anlamlı ilişki MS'un kronik bir hastalık olması, ataklarla seyretmesi ve bireylerde özürllülük oluşturabilmesiyle açıklanabilir. Ayrıca hastalığa atfedilen anlam, hastalıkla ilgili bilgi eksikliği, destek kaynaklarının yetersizliği, karamsar bakış açısına, dolayısıyla belirsiz gelecek ve buna tahammül edememenin intihar düşüncesine yol açtığı düşünülebilir. Bu sonuç MS'lu hastaların hastalığın getirdiği yükü baş etme becerilerini artırmada psikososyal faktörlerin önemini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak çalışmamızda MS'lu hastalarda cinsiyet, yaşanılan yer, atak sayısı ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar düşüncesi arasında bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. MS hastalarında hastalık süresi, EDSS, hastalık başlangıç yaşı, eğitim yılı, MS klinik formu, meslek, medeni durum ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar düşüncesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Hastanın özürllülük durumu arttıkça (EDSS) belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar düşüncesinin arttığı gözlenmiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

Multiple Skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesine etkisini belirlemek amacıyla, 01 Mart 2012–01 Eylül 2012 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniğinde ayaktan tedavi alan Multiple Skleroz hastalarından araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan okur-yazar tüm Multiple Skleroz hastalarına (175 kişi) yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

Araştırma kapsamına alınan hastaların %67,4' ünün kadın, %32,6'sının erkek olduğu, %70,3'ünün evli olduğu, %79,4'ünün gelir durumunun orta olduğu, %52,6'sının yaşadığı yerin il olduğu, %56,6'sının çalışmadığı, %14,9'unun serbest meslekle uğraştığı saptanmıştır. Hastaların % 76,6'sının RR MS, % 9,7'sinin SP MS, % 7,4'ünün PP MS ve % 6,3'ünün CIS klinik tipte olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların cinsiyetinin, gelir durumunun belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır. Hastaların medeni durumunun belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur.

Hastaların yaşı ile belirsizliğe tahammülsüzlük puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim yılı ile belirsizliğe tahammülsüzlük puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalık başlangıç yaşı ile BTÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde zayıf derecede önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların atak sayısı ile BTÖ puanları arasında korelasyon testi sonucuna göre önemsiz bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastaların hastalık süresi ile BTÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre önemsiz bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların EDSS puanları ile BTÖ puanları

arasındaki ilişki spearman korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde ve orta derecede önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların cinsiyetinin intihar düşüncesi puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Kadın ve erkek hastalar arasında intihar düşüncesi açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Hastaların gelir durumunun intihar düşüncesi puanlarını etkilemediği, KW testi sonucu farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Hastaların medeni durumunun intihar düşüncesi puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur. Evli olan hastalarda intihar düşüncesi bekâr olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların mesleğinin intihar düşüncesi puanlarını etkilediği, aradaki farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur. Hastaların yaşadığı yerin intihar düşüncesi puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Hastaların MS klinik formunun intihar düşüncesi puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur. SP MS klinik formunda olanların intihar düşüncesi puanlarının diğer MS klinik tiplerinden daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların yaşı arttıkça intihar düşüncesi puanları da artar. Hastaların eğitim yılı ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre negatif yönde zayıf derecede önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalık başlangıç yaşı ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde zayıf derecede önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların atak sayısı ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre önemsiz bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalık süresi ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde zayıf derecede önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların EDSS puanları ile İDÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde ve orta derecede önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar düşüncesi arasındaki ilişki korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde ve kuvvetli derecede önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

Bu araştırmanın sonucunda MS hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar düşüncesi arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu; dolayısıyla hastaların belirsizliğe tahammülsüzlükleri arttıkça intihar düşüncesinin de artacağı bilinmelidir.

Ruh sağlığı hemşirelerinin biyopsikososyal bir varlık olan hastaya holistik yaklaşım göstermelidir. Bireylerin psiko-sosyal sorunlarının değerlendirilmesi ve psikososyal konularda desteklenmesi ve sosyal destek kaynakları güçlendirilmelidir.

Günlük işlerine yönelik plan yapmaları konusunda danışmanlık yapılmalıdır.

Fiziksel bir engeli oluşmayan MS hastalarının psikiyatrik semptom yaşama yönünden daha az riskli olduğu bilinmelidir.

Aktivitelerinde kısıtlılık olan ya da tamamen yatağa bağımlı olan, konuşamayan veya görme problemi olan MS hastalarının psikiyatrik semptom yaşama yönünden risk grubunda olduğu bilinmelidir.

Ruhsal hastalıkların erken dönemde fark edilebilmesi ve etkili hemşirelik girişimlerinin planlanabilmesi için genel tıp alanında çalışan hemşirelere gerekli eğitim programları oluşturulabilir. Bunun için öncelikle sağlık hizmetlerinde konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi hizmetlerine yer verilmelidir.

Multiple Skleroz'lu hastalarda iyi bir psikiyatrik değerlendirmenin yapılması, depresyon, anksiyete ve belirsizliğin tanınarak tedavi edilmesi bu hastalarda intihar düşüncesini azaltabilir. Bu konuya ilişkin çalışma planlayan araştırmacılar MS hastalarını diğer psikiyatrik semptomlar açısından hastaları değerlendirmeli ve MS hastalarının aileleri ile de yaşadıkları problemler konusunda değerlendirme yapmalıdır.



Hastaların psikolojik başetme kaynakları artırılarak kendilerini hasta rolünden uzaklaştırmalarına ve dolayısıyla yetiyitimlerini daha iyi algılamalarına yardım edilmeli, sürekli psikososyal destek sağlanmalıdır.

Multiple Skleroz'lu hastalarda hastanın tüm gereksinimlerini belirleyebilmeye imkân sağlayacak bir değerlendirilme yapılmalı, bunun için MS'a özgü ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış araçlar kullanılmalıdır.

Multiple Skleroz Derneği'nde MS'lu bireylere yönelik düzenli grup toplantılarının planlanmalı, hemşirelerin MS'lu bireylere danışmanlık ve bilgi alma ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde, kurum bazında danışma hattı ve ev ziyareti yapabilmesine olanak veren düzenlemeler yapılmalı, tüm bu girişimlerin sürekliliğinin sağlanabilmesi için, evde bakım hizmetleri öne çıkarılmalıdır.

Ülkemizde MS hastalarında belirsizlik ve intihar düşüncesi konularına ilişkin yapılmış çalışma sayısı yeterli değildir. Bu konuya ilişkin daha kapsamlı ve kalitatif çalışma yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir. Bu konuya ilişkin çalışma yapmayı planlayan araştırmacıların hastaların duygudurum, kişilik özellikleri, hastalık öncesindeki kişilik özelliklerini ve baş etme mekanizmalarını değerlendirmesi, hastaların günlük yaşamda karşılaştığı stresörleri ve bunların hasta tarafından algılanma biçimini değerlendirmeleri; gereğinde ileri değerlendirme için hastaların profesyonel kaynaklara yönlendirilmelidir.

Araştırma daha geniş bir popülasyonda tekrarlanmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

Adams RD, Victor M, Ropper AH. Disorders of the Special Senses. In Wonsiewicz MJ, Medina MP and Navzorov M eds. Principles of Neurology, 7th edition. McGraw-Hill Companies, New York 2001;235-310.

Adams RD and Victor M. Multipl Skleroz Principles of Neurology. 8.baskı, İstanbul (Çev.Ed: Emre M), Günes Kitapevi, 2006;771-790.

Akbostancı. Demiyelinizan ve inflamatuvar hastalıklar. Nörolojide Ayırıcı Tanı El Kitabı. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2003;63-71.

Akdemir N. Nöroloji Hemşireliği. Genişletilmiş 2.baskı, Ankara, Çağın Basın Yayın, 1996.

Akdemir N. ve Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı, SANERC, Yayın No:2, İstanbul, 2003;78:704-705.

Akman A. Multiple Sklerozlu hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleŐtirme durumlarının belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara, 2008.

Altındağ A, Sır A, zkan M. Türkiye’de intihar hızlarındaki deęiŐimler (1974-1998). Türkiye’de Psikiyatri DİE (2003). “Devlet İstatistik Enstitüsü İntihar istatistikleri 2001”, Ankara, DİE matbaası. 2001;2:79-86.

Anatonak, R. F., & Livneh, H. Psychosocial adaptation to disability and its investigation among persons with multiple sclerosis. Social Science and Medicine, 1995;40:1099-1108.

Anderson V.M., Fernando K.T.M., Davies G.R., Rashid W., Frost, C., Fox N.C., Miller D.H. Cerebral atrophy measurement in clinically isolated syndromes and relapsing remitting multiple sclerosis: A comparison of registration-based methods. *J. Neuroimaging*, 2007;61-68.

Avcı FD. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Multiple skleroz hastalarında alt ekstremitte Duyu değişikliklerinin denge üzerine etkisi. İzmir, 2006.

Bartosik-Psujek H, Stelmasiak Z. The CSF levels of total tau and phosphotau in patients with relapsing remitting multiple sclerosis. *J Neural Transm* 2006;113:339-345.

Bayam G, Dilbaz N, Halat H ve ark. İntihar Düşüncesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. İstanbul: XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı. 1995;40-41.

Brand S, Hofbauer K, Dambacher J, Schnitzler F et al. Increased expression of the chemokine fractalkine in Crohn's disease and association of the fractalkine receptor T280M polymorphism with a fibrostenosing disease phenotype. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:99-106.

Butler M.A., Bennett T.L.: In search of a conceptualization of multiple sclerosis: ahistorical perspective. *Neuropsychol Rev*. 2003;13:93-111.

Colucci M, Roccataglitia L, Capello E, Narciso E et al. The 14-3-3 protein in multiple sclerosis: a marker of disease severity. *Multpl Scler* 2004;10:477-481.

Compston DAS, Ebers GC, Lassman H et al. *Mc Alpine's Multiple Sclerosis*. Churchill, Livingstone, London, 1998.

Compston A, Confavreux C, Lassmann H, McDonald I, Miller D, Noseworthy J, Smith K, Wekerle H. *McAlpine's multiple sclerosis*. Fourth edition. Churchill Livingstone 2006.

Deniz BE. Multiple Skleroz'lu hastalara ait MRI bulgularının morfometrik olarak değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Eskişehir 2008.

Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, Bitlis V. İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. XXXI. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı, 1995:40-41.

Dyment DA, Ebers GC, Sadovnick AD. Genetics of multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2004;3:104–110.

Ebers G, Sadovnic AD. Epidemiology. In Patty DW, Ebers G. *Multiple Sclerosis*. Philadelphia: Davis 1997:5-28.

Ebru EB. Multiple Skleroz'lu hastalarda yaşam kalitesi ölçeği 'Musiqol' ile özürüllük ölçeği 'MSFC'nin korelasyonu. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa, 2008.

Eeltink C, Duffy M. Restorying the Illness Experience in Multiple Sclerosis. *The Family Journal: Counseling And Therapy For Couples And Families*, July 2004;12:282-286.

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.

Ekinci M, Şayır A. İntihar ve Hemşirelik Girişimleri. *e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/download/26/15*, 2010

Eraksoy M, Kurtuncu M, Hensiek A et al. A whole genom screen for linkage in Turkish multiple sclerosis. *J Neuroimmunol* 2003;143:17-24.

Eraksoy M, Demir AG. Merkezi Sinir Sisteminin Miyelin Hastalıkları. [www.itfnoroloji.org/MS/MS.htm](http://www.itfnoroloji.org/MS/MS.htm) , 2009.

Erden İ. Beyaz Cevher Hastalıkları. Nöroradyoloji Magnetik Resonans Uygulamaları. Pozitif Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara, 2006;32-58.

Erhan O. Klinik Nöroloji. İçinde: Egemen İdiman, Ö. Faruk Turan, Demyelinizan Hastalıklar. 1. Baskı, İstanbul, Nobel & Güneş. 2002;159-85.

Feinstein A. Multiple sclerosis, depression and suicide. *BMJ*. 1997;15(7110):691-692.

Garland EJ, Zis AP. Multiple sclerosis and affective disorders. *Can J Psychiatry* 1991; 36:112-117.

Gilroy J. Basic neurology. Çev. Karabudak R. Ankara, Güneş Kitapevi. 2002.

Grossman RI, McGowan JC. Review Article. Perspectives on Multiple Sclerosis. *AJNR*. August 1998; 19:1251-1265.

Hanson LJ, Cafruny WA. Current concepts in multiple sclerosis: Part II. *S D J Med*. 2002;55:477-481.

Harrison T, Stuijbergen A, Adachi E, Becker H. Marriage, Impairment, and Acceptance in Persons With Multiple Sclerosis. *Western Journal of Nursing Research*, 2004;26(3), 266-285.

Hauser SL, Goodin DS. Multiple Sclerosis And Other Demyelinating Diseases. In: *Harrison's Principles Of Internal Medicine*. Eds. DL Kasper, E Braunwald, As Fauci, SL Hauser, DL Longo, JI Jameson. 16th Ed. McGraw –Hill Comp. New York, 2005;2461-2470.

Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özsaran Z. Ege Üniversitesiinde kanser kayıt analizleri: 34134 olgunun değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2007; 22(1):23.

HeInglese M, Rovaris M, Giacomotti L, Mastronardo G, Comi G, Filippi M. Quantitative brain volumetric analysis from patients with multiple sclerosis: a follow-up study. Journal of Neurological sciences. 1999;171:8-10.

Herndon RM. Pathology and Pathophysiology. Ed. Burks, J.S. ve Johnson, K.P. Multiple Sclerosis. Diagnosis, Medical Management, and Rehabilitation. Demos Medical Publishing. New York. USA. 2000; 1-35.

Hillard JR. Predicting suicide. Psychiatric Services. 1995; 46:223-225.

Hutchinson M, Stack J, Buckley P. Bipolar affective disorder prior to the onset of multiple sclerosis. Acta Neurol Scand. 1993; 88:388.

Inglese M, Rovaris M, Giacomotti L, Mastronardo G, Comi G, Filippi M, 1999.

İdiman E. Demyelinizan hastalıklar: Oğul E. (Ed), Klinik Nöroloji, Bursa, Nobel-Güneş Yayınevi. 2002;159-185.

Jacobs LD and Multiple Sclerosis Colaborative Research Group (MSCRG). A phase III trial of intramuscular recombinant interferon beta as treatment for exacerbating-remitting multiple sclerosis: design and conduct of study and baseline characteristics of patients. Mult Scler 1995;1:118–135.

Judith ve Meissner, Türkbay 2003 MS'li Hastalara ait MRI Bulgularının Morfometrik Olarak Değerlendirilmesi, 1994.

Kapaki E, Paraskevas GP, Michaopoulou M, Kilidireas K. Increased cerebrospinal fluid tau protein in multiple sclerosis. Eur Neurol. 2000;43:228-232.

Kaplan H MD, Sadock BJ MD, Grebb JA MD.: Synopsis of Psychiatry, Williams and Wilkins Seventh Ed. 1995;370.

Kasper J, Köpke S, Mühlhauser I, Heesen C. Evidence-based patient information about treatment of multiple sclerosis-A phase one study on comprehension and emotional responses. Patient Education and Counseling. 2006;62:56-63.

Kenet J, Smith and Mc Donald WI. Mechanisms of symptom production. In Mc Donald WI, Noseworthy JH (eds). Multiple Sclerosis 2. Butterworth-Heinman USA 2003;59-74.

Keser, "Multiple Sklerozda Kalistenik Egzersizler", H.Ü., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2003.

Kirkeby HJ, Poulsen EU. Erectile dysfunction in MS. Neurology 1988;38:1366-1371.

Kösehasanoğulları G. Atak dönemindeki Multiple Skleroz olgularında beyin omurilik sıvısı tau proteini düzeyleri, beyin omurilik sıvısı immün parametreleri ve manyetik rezonans görüntüleme saptanan bulgular arasındaki ilişkiler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, uzmanlık tezi, İzmir 2009.

Kurtzke JK. MS epidemiology world wide. One view current status. Acta Neurol Scand Suppl. 1995;161:23-33.

Kurtzke 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.

Leino-Kilpi H. Luoto E. The multiple sclerosis nurse as patient educator. Journal of Neuroscience Nursing. 2001;33(2):83-89.

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.

Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. Medical Surgical Nursing. Assessment and Management of Clinical Problems. Mosby, St.Louis. 2000;1687-93.

Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. *Neurology* 1996;46:907-911.

Lublin FD, Reingold SC. Clinical Features and Subtypes of Multiple Sclerosis. In: Multiple Sclerosis 2. Eds: McDonald WI, Noseworthy JH. Blue Books of Practical Neurology. Butterworth Heinemann, USA. 2003;13-20.

Ludwin SK. The neuropathology of multiple sclerosis. In: Frank JA, ed. Neuroimaging clinics of North America. Philadelphia, USA: WB. Saunders Company. 2000:625-648.

Mayer JD. Geographical Clues About Multiple Sclerosis. *Annals of The Association of American Geographers*. 1981;71:29-39.

McDonald WI, Compston A, Edan G, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol*. 2001;50:121-127.

Mc Donald WI, Noseworthy JH. Multiple Sclerosis 2. In: Martin R, Lucchinetti CF, Brück W, (eds). Immunology, Pathology and Pathogenesis (First ed.) Butterworth-Heinemann, Philadelphia 2003;33–113.

Metz L. The Psychosocial Consequences of Multiple Sclerosis. In: Multiple Sclerosis 2. Eds: McDonald WI, Noseworthy JH. Blue Books of Practical Neurology. Butterworth Heinemann. USA. 2003;329-340.

Miller DH, Grossman RI, Reingold SC, Mc Farland HF. The role of magnetic resonance techniques in understanding and managing multiple sclerosis. *Brain* 1998;121:3–24.



Miller DH, Khan OA, Sheramata WA, et al: A controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2003;348:15.

Minden SL. Mood disorders in multiple sclerosis: diagnosis and treatment. *Journal of Neurovirology*, 6 Suppl 2, 2000;160-167.

Mirza M. Multipl Sklerozun etyoloji ve epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2002;24:40-47.

Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clin North Am*, 1997;20(3):499-517.

Murray TJ. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *BMJ* 2006;332:525-527.

Mutluer N. Multipl skleroz. *Klinik nöroloji*. AÜTF ANTIP A.Ş. 1998;123-128.

Morissay SP, Le Page E, Edan G. Mitoxantrone in the treatment of multiple sclerosis. *Int MS J*. 2005.

Mycko M, Popaian R, Boschert U et al. DNA microarray analysis in multiple sclerosis lesions: detection of genes associated with disease activity. *Brain*. 2003;126:1048-1057.

Noseworthy JH, Lucchinetti C, Rodriguez M, Weinshenker BG. Multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2000;343:938-52.

Noseworthy JH, Lucchinetti C, Rodriguez M., Weinshenker, B.G. "Multiple Sclerosis", *Medical Progress*. 2000;28,938-952.

O'Connor P. Canadian Multiple Sclerosis Working Group. Key issues in the diagnosis and treatment of multiple sclerosis. An overview. *Neurology* 2002;59:1-33.

O'Connor, P., "Key Issues In The Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis: An Overview", *Neurology*, 2002;(3):1-32.

O'Connor P.; "M", *Neurology*, September 2002;6:1-33.

Olek MJ and Dawson DM.: In Bradley, *Multiple Sclerosis*. 2003;60-143.

Öz F. Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. Hacettepe Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, 2001;2(1):61-68.

Özekmekçi S, Apaydın H. Nöroloji. İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları. 1995.

Özsoy SD, Eşel E. İntihar (Özkıym). *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4:175-185.

Öztoprak B. Manyetik Rezonans Görüntüleme Beyaz Cavher Tutulumu Olan Serebral Küçük Damar Hastalıklı ve MS li hastalarda Talamus Difüzyonlarının Karşılaştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Sivas, uzmanlık tezi, Sivas, 2008.

Payne A. Nutrition and diet in the clinical management of Multiple sclerosis. *J Hum Nutr Dietet*. 2001;14:349-357.

Pelkonen M. ve Marttunen M. Child and adolescent suicide epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatr Drugs*. 2003;5:243-265.

Perkin GD. *Mosby's Colour Atlas and Text of Neurology (Second Edition)* Mosby's International Limited, Edinburg. 2002;197-213.

Pine DS, Douglas CJ, Charles E, et al: Patients with multiple sclerosis presenting to psychiatric hospitals. *J Clin Psychiatry* 1997;58:297-308.

Poser CM, Brinar VV. Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: An Historical Review. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2004;106:147-158.

Quantitative brain volumetric analysis from patients with multiple sclerosis: a follow-up study. *Journal of Neurological sciences*, 1999;171:8-10.

Robie D, Edgemon-Hill EJ, Phelp B, Laughlin JA. Suicide prevention protocol. *Am J Nursing*, 1999;99:53-57.

Ron MA, Logsdail SJ. Psychiatric morbidity in multiple sclerosis: a clinical and MRI study. *Psychol Med* 1989;19:887-895, 110. Aikens J.E, Reinecke MA, Pliskin N.

Ropper AH, eds. *Principles of Neurology* 7th. New York: Mc Graw-Hill. 2001;954-982.

Rowland LP. *Merritt's neurology*. Tenth Edition. Lippincott Williams&Wilkins. 1999.

Sadiq SA. Multiple Sclerosis. In: Rowland LP, eds. *Merrit's Neurology* 11th- New York. Williams&Wilkins, 2005; 941-967.

Sanfilipo MP, Benedict RH, Sharma J, Weinstock-Guttman B, Bakshi R. 2005: The relationship between whole brain volume and disability in multiple sclerosis: a comparison of normalized gray vs. white matter with misclassification correction. *Neuroimage*. 2005;26(4):1068-1077.

Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000;1(2):83.

Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. *Sağlık İstatistikleri* 2004. Ankara; 2005.

Sarı S, Dağ İ. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Endişe ile İlgili Olumlu İnançlar Ölçeği ve Endişenin Sonuçları Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:261-270.

Schultz W, Foti D, Glogoski C. Degenerative diseases of the central nervous system. Pedretti, L.W., Early, M.B.(Ed.) Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction. USA: Mosby. 2001;702-729.

Schumacher G, Bebe G, Kubber R. Problems of experimental trials of therapy in multiple sclerosis: report by panel in the evaluation of experimental trials of therapy in multiple sclerosis. Ann NY Acad Sci. 1965;122:522-568.

Sezgin S. Multiple sklerozlu hastalarda cinselliğe dair derinlemesine duygu ve düşüncelerin incelenmesi. Doktora tezi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü psikiyatri hemşireliği anabilim dalı, Erzurum, 2007.

Siva A. The spectrum of multiple sclerosis and treatment decisions. Clinical neurology and neurosurgery. 2006. Department of Neurology, Cerrahpaşa school of medicine, Istanbul, Turkey. Volume 108, issue 3, march 2005. 333-338.

Solari A, Filippini G, Mendozzi L, Ghezzi A, Cifani S, Barbieri S, Baldini S, Salmaggi A, Mantia LL, Farinotti M, Caputo D, Mosconi P. Validation of Italian multiple sclerosis quality of life 54 questionnaire. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999;67:158–162.

Sotgiu S, Pugliatti M, Laura FM, Arru G, Sana A, Sotgiu MA, Rosati GG. Environment, and susceptibility to multiple sclerosis. Neurobiology of Disease. 2004;17:131–143.

Tanık N. Multiple Skleroz'da Depresyon ve hastalık parametreleri ile ilişkisi. Yüzüncü yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Van, Uzmanlık Tezi, 2006.

Tarakçı E. Multiple Sklerozun farklı tiplerinde ergoterapi etkinliğinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümü, Ankara, 2012;32(2).

Temel M. İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2009; 12(2).

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 ve ark. Multiple skleroz hastalarında cinsel fonksiyon bozukluğu. e-dergi.omu.edu.tr/index.php/JECM/article/download/1335/1217. 2009.

Thorne S, Con A, McGuinness L, McPherson G, Harris SR (2004) Health Care Communication Issues in Multiple Sclerosis: An Interpretive Description. Qualitative Health Research. 2004;14(1):5-22.

Tienari P, Bonetti A, Pihlaja H, Saastamoinen KP, Rantamaki T. Multiple Sclerosis in Genes And Geography. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2006;108:223–226.

Trapp BD, Peterson J, Ransohott R. Axonal transection in the lesions of multiple sclerosis. New Eng J Med. 1998;338:278- 85.

Troost BT, Dizziness and Vertigo. In Bradley WG, Daroff R, Fenichel GM and Marsden CD eds. Neurology in Clinical Practise, Volume II. Third edition, Butterworth Heineman, Boston. 2000;239-53.

Tunalı G. Epidemiyoloji. Türkiye Klinikleri Nöroloji Multipl Skleroz Özel Sayısı. 2004;3(2):161-164.

Tuncer N. Klinik belirti ve bulgular. Multipl Sklerozlu Olgularda Kognitif Fonksiyon Bozuklukları. *Turkiye Klinikleri* 2006;26:559-564.

Tülek Z. Multipl Sklerozlu hastanın bakımı. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı, Serenas Turizm Kongre ve Organizasyon Hizmetleri Ltd. Sti, Ankara. 2004.

Tülek Z. Multiple Sklerozlu hastanın bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2007;11(2).

Umphred DA. *Neurological Rehabilitation*. fizik tedavi MS hastalarında alt ekstremitte duyu değişiklikleri denge üzerine etkisi. 1990;531-543.

Umphred DA. *Neurological Rehabilitation*, Mosby Harcourt Sciences Company, U.S.A., 4. Baskı, 2001;595-615.

Ülker S. (Eds.). *Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem*. Ankara. Aydoğdu Ofset. 1995.

Üstün E. Multiple Sklerozlu hastalarda yorgunluk ve yorgunluğu etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı*, Sivas, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.

Victor M, Ropper AH. Multiple Sclerosis and allied demyelinating diseases. In: Victor M and Ropper AH. *Principles of Neurology*, Seventh Edition. 2001; Part IV, 36:954-979.

Walsh A, Walsh PA.: Love, self-esteem and multiple sclerosis. *Soc. Sci. Med.* 1989;29: 793-798.

Walter GB, Robert B, Daroff, Gerald M, Fenichel, et al. *Neurology in Clinical Practice*. In: Michael JO, David M. Dawson (eds), *Multiple Sclerosis and Other Inflammatory*

Demyelinating Diseases of the Central Nervous System (3rd ed). Butterworth-Heinemann, Woburn. 2000;1431-1465.

Wassem R, Dudley W. Symptom Management and Adjustment of Patients With Multiple Sclerosis. A 4-Year Longitudinal Intervention Study. Clinical Nursing Research. 2003;12(1):102-117.

Weaver B. Neurology 4: Multiple sclerosis. Pender MP. Medical journal of Australia 2000.

Winkins J. A follow up study of those who called a suicide prevention center. Am J Psychiatry 1970;127:155-161.

Yaltkaya K, Balkan S, Oğuz Y. Nöroloji ders kitabı. Ankara, Palme yayıncılık. 2000.

Yaman N. Multiple Skleroz hastalarında bilişsel etkilenme varlığının ve özelliklerinin değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı. Zonguldak, 2008.

Yüksel N. İntiharın Nörobiyolojisi. [www.klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/306.pdf](http://www.klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/306.pdf), 2001.

**8. EKLER**

**8.1 EK I**

**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

1. Adı Soyadı:

2. Adres

3. Telefon

4. Cinsiyet:

a. Kadın b. Erkek

5. Yaş

6. Eğitim Durumu nedir?

a. okur yazar

b. ilkokul

c. lise

d. üniversite ve üstü

7. Çalışma durumu

a. Çalışıyor

b. Çalışmıyor

7. Mesleği

a. Memur

b. İşçi

c. Serbest

d. Emekli

e. Ev Hanımı

9. Gelir Seviyesi

a. İyi

b. Orta

c. Kötü

10. Hastalığın Süresi.....

11. Tedavi Şekli



## 8.2 EK II

### BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdiklerini tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz

	1	2	3	4	5
	Beni Hiç Tanımlamıyor		Beni Kısmen Tanımlıyor		Beni Tam olarak Tanımlıyor
1-Belirsizlik, sağlam bir fikre sahip olmamı engelliyor	1	2	3	4	5
2-Emin olamama, kişinin düzensiz olduğu anlamına gelir	1	2	3	4	5
3-Belirsizlik yaşamı katlanılmaz hale getiriyor .....	1	2	3	4	5
4-Yaşamda bir güvencenizin olmaması adaletsiz bir durumdur	1	2	3	4	5
5-Yarın ne olacağını bilemezsem zihnim rahat olmaz	1	2	3	4	5
6-Belirsizlik beni rahatsız, endişeli ya da stresli yapıyor	1	2	3	4	5
7-Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor .	1	2	3	4	5
8-İhtiyaç duyduğum bilginin tümüne sahip olamamak beni engelliyor	1	2	3	4	5
9-Belirsizlik istediğim şekilde bir yaşam sürmemi engelliyor	1	2	3	4	5
10-Beklenmeyen durumlardan kaçınmak için insan hep ileriye bakmalıdır	1	2	3	4	5
11-Çok iyi planlanmışken bile beklenmeyen ufacak bir durum her şeyi bozabilir	1	2	3	4	5
12-Harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizlik elimi kolumu bağlıyor	1	2	3	4	5
13-Belirsizlik içinde olmam, benim en iyi olmadığımı gösterir	1	2	3	4	5
14- Emin olamadığım zaman, yapacaklarım konusunda ilerleyemiyorum	1	2	3	4	5

15-Emin olamadığım zaman çok iyi iş çıkartamıyorum	1	2	3	4	5
16-Benim aksime, diğer insanlar ne yapacaklarından emin gözükyorlar	1	2	3	4	5
17-Belirsizlik beni kırılğan, mutsuz ya da hüzünlü kılıyor	1	2	3	4	5
18-Geleceğin benim için neler getireceğini her zaman bilmek isterim	1	2	3	4	5
19-Beklenmedik olaylara katlanamıyorum	1	2	3	4	5
20-En ufak bir şüphe bile harekete geçmemi engelliyor	1	2	3	4	5
21-Her şeyi önceden organize edebilmeliyim	1	2	3	4	5
22-Emin olamamam, güvensiz olduğum anlamına gelir	1	2	3	4	5
23-Başkalarının kendi geleceklerinden eminmiş gibi görünmeleri adaletsizliktir	1	2	3	4	5
24-Belirsizlik derin uyumamı engelliyor	1	2	3	4	5
25-Bütün belirsiz durumlardan uzaklaşmalıyım	1	2	3	4	5
26.Hayattaki belirsizlikler beni strese sokuyor	1	2	3	4	5
27. Geleceğimle ilgili kararsız olmaya katlanamıyorum	1	2	3	4	5

### 8.3 EK III

#### İNTİHAR DÜŞÜNCEİ ÖLÇEĞİ (İDÖ)

Aşağıda intihara ait düşünceleri belirten bazı cümleler verilmiştir. Size uygun olanlar için "Doğru", uygun olmayanlar için ise "Yanlış" sütununun altındaki kutuyu ( ) işaretleyiniz.

Doğru      Yanlış

1. Kontrol edemeyeceğim kadar öfkelenirim. ....
2. Bazen başkalarını incitme isteği duyuyorum.....
3. İncinmem veya yaralanmam umurumda değil. ....
4. Kendim için birşeyleri daha iyi yapacağım konusunda umudumu kesebilirim.....
5. Geleceğim bana karanlık görünüyor. ....
6. İlerisi için yalnızca hoş olmayan şeyler düşünüyorum.....
7. İstedğim hiçbir şeyi elde edemiyorum.....
8. Hiçbir şey istediğim gibi değil.....
9. Ölümü hak etmiş olduğumu düşünüyorum.....
10. İntihar girişiminde bulunacak olsam, öncesinde en az üç saat bunu düşünürdüm.....
11. Geçen yıl içinde başkalarına hayatıma son verebileceğimden bahsettim.....
12. Zaman zaman kendimi öldürme konusunda karşı konulmaz bir istek duyarım.....
13. Sık sık hayatıma son verme fikri aklıma geliyor.....
14. İşlerin kötü gitmesi konusunda kendimi suçluyorum. ....
15. Kötü birşeyler yapmışım gibi geliyor.....
16. Her zamankinden daha yavaş düşünüyorum.....
17. Her zamankinden daha yavaş konuşuyorum.....

#### **EK.4.**

### **HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

---

“Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün İntihar Düşüncesine Etkisi” isimli araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ verilecektir. Bu çalışmada ‘Multiple Skleroz hastalarında görülen belirsizlik durumunun intihar düşüncesine etkisini belirlemek’ amaçlanmaktadır. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Çalışmaya yaklaşık en az 125 Multiple Skleroz hastası katılmasını planlamaktayız. Bu araştırma sizin tedavinizi ve tedavinizde kullanılacak ilaçları hiçbir şekilde yönlendirmeyecektir. Araştırmaya katılıp katılmama hakkına sahipsiniz. Araştırma başladıktan sonra istediğiniz taktirde araştırmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katıldığımızda size herhangi bir ücret ödetilmeyecektir. Çalışmanın herhangi bir yan etkisi yoktur.

#### **Gönüllü Katılım**

Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğim veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabileceğim bilincindeyim. Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermektedirim.

#### **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİLER:**

Ad, Soyadı ve telefon numaraları

Kübra GÜMÜŞ

0541 3434756

## **Çalışmaya Katılma Onayı**

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

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

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Yukarıdaki gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda bahsedilen araştırmaya hiçbir baskı altında kalmadan ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı Soyadı:

İmzası: .....

Adres, telefon:

Açıklamayı yapan araştırmacının:

Adı Soyadı:

İmzası: .....

T.C.  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU**


Sayı: 435

25.02.2011

Sayın: Yrd. Doç. Dr. Serap SEZGİN

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz **Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün İntihar Düşüncesine Etkisi** başlıklı Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu 2011/265 Karar nolu ANKET Çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 24.02.2011 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Abdurkerim BEDİR  
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu  
Başkanı



**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**SAMSUN**

Sayı:768

22.02.2011

Sayın

Kübra GÜMÜŞ

Samsun Sağlık Yüksek Okulu

"Multipl Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün İntihar Düşüncesine Etkisi" konulu tez çalışmanızı Anabilim Dalımızda yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Taner ÖZBENLİ  
Nöroloji A.D. Başkanı



## 9. ÖZGEÇMİŞ

Kübra GÜMÜŞ, 1986 yılında Samsun'da doğdu. İlköğretimini 1992-2000 tarihleri arasında Samsun 23 Nisan İlköğretim Okulu'nda, liseyi 2000-2003 yılları arasında Samsun Namık Kemal Lisesi'nde ve lisansını 2004-2008 Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde tamamladı. 2008-2009 öğretim yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans programına başladı ve halen adı geçen yerde eğitimine devam etmektedir. Mart 2009-Eylül 2009 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde servis hemşiresi olarak çalıştı. 2009 yılında Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladı ve halen adı geçen yerde çalışmaya devam etmektedir.