

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

MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA YORGUNLUK VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevgi DİNÇ

Samsun

Temmuz-2011

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

MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA YORGUNLUK VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevgi DİNÇ

Yrd. Doç. Dr. Serap SEZGİN

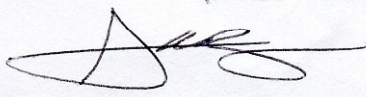
Samsun

Temmuz-2011

T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

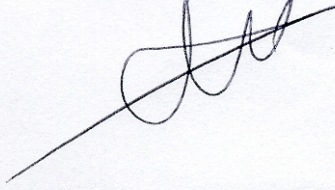


Başkan: Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

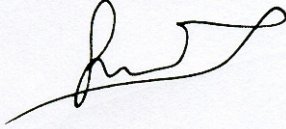
Üye: Yrd. Doç. Dr. Murat TERZİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Serap SEZGİN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Tezin Adı: Multipl Skleroz Hastalarında Yorgunluk ve Depresyon Arasındaki İlişki

Tezi Teslim Eden: Sevgi DİNÇ

Tez Savunma Sınav Tarihi: 15.09.2011

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 eğitim süresince bilgi, deneyim ve desteğiyle yanımda olan danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Serap SEZGİN'e,

Tezin başlangıç aşamasındaki değerli görüşleriyle araştırmaya yön veren Prof. Dr. Yüksek BEK'e,

Araştırmanın istatistiksel analizlerinde yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Leman Tomak'a,

Değerli görüşleri ve desteği için Yrd. Doç. Dr. Murat TERZİ ve tüm Nöroloji Polikliniği çalışanlarına, araştırmaya katılmayı kabul ederek bu tezin verilerinin oluşmasını sağlayan tüm MS hastalarına,

Her zaman olduğu gibi yüksek lisans eğitimim süresince de bana sabır ve sevgi gösteren başta kardeşim Nazan Dinç'e ve aileme, her türlü konuda benim yanımda olan yüksek lisans arkadaşım Oya Sevcan ORAK'a teşekkür ediyorum.

ÖZET

MULTİPL SKLEROZ HASTALARINDA YORGUNLUK VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma, Multipl Skleroz (MS) hastalarında yorgunluk ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Polikliniği'ne kayıtlı MS hastaları oluşturmuştur. Araştırmaya 01.01.2011-01.03.2011 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü, araştırmaya dahil edilme kriterlerine sahip hastalar alınmıştır. Araştırmaya dahil edilmesi gereken hasta sayısı Win Episclope 2,0 programıyla belirlenmiş ve 100 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Bu hastalar nöroloji polikliniğindeki kayıtlarından basit rastgele seçilmiş, hastalar telefon numaralarından aranarak veri formları doldurulmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen 12 sorudan oluşan tanımlayıcı özelliklerin yer aldığı Kişisel Bilgi Formu; 1980'lerin sonunda Krupps ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Mutlu ve arkadaşları tarafından yapılan "Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS)"; Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiş ve ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli(1988;1989), Tegin(1987), Aydın ve Demir(1989) tarafından yapılan "Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)" kullanılmıştır. Ayrıca hastaların nöroloji uzmanları tarafından değerlendirilmiş olan "Genişletilmiş Yetersizlik Durum Skalası (EDSS)" puanları hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Veriler bilgisayarda 15,00 SPSS paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerle, Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U ve Kruskal- Wallis testleri kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilere göre hastaların %54'ünün yorgun olduğu, hastaların yaşları ile FSS puanları arasında pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu, aile yapısı, çalışma durumu ve gelir seviyesinin hastaların FSS puanlarını etkilediği ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların %52'sinde depresif belirtiler olduğu yaş ve gelir seviyesinin hastaların BDÖ puanlarını etkilediği

ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yorgun olan hastaların %72,2'sinin depresif belirtiler göstermekte olduğu yorgunluk ve depresyon arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Bu araştırma MS hastalarında yorgunluk ve depresyon arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ruh sağlığı hemşirelerinin MS hastalarında yorgunluğun depresyonun bir belirtisi olabileceğini kabul edip hastaların psikososyal uyumlarına yardım etmeleri, bireyin hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce erişmesine ve hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmalarına yardımcı olmaları, bu doğrultuda eğitim ve danışmanlık hizmetlerini kullanarak multidisipliner çalışmalar yürütmeleri önerilebilir.

Sevgi DİNÇ, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Temmuz-2011

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN FATIGUE AND DEPRESSION

IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

The study aimed to evaluate the relationship between fatigue and depression in Multiple Sclerosis (MS) patients.

The study population consists of MS patients in Ondokuz Mayıs University, Health Application and Research Center, Neurology Outpatient Department. The patients who accepted to participate in the study and who had inclusion criteria between 01.01.2011 and 01.03.2011 were included in the study. The number of patients participating in study was determined using Win Episcope 2.0 program and a hundred patients were enrolled into the study. These patients were randomly selected from the patient records in neurology outpatients department and data gathering forms were filled out via telephone interviews. Personal information form which was developed by the researcher and consists of 12 descriptive questions; Fatigue Severity Scale (FSS) which was developed by Krupps et al. in 1980's and whose validity/reliability studies were performed by Mutlu et al. in 2007; and Beck Depression Scale (BDS) which was developed by Beck et al. in 1961 and whose validity/reliability studies were performed by Hisli (1988:1989), Tegin (1987) and Aydın and Demir (1989) were used to obtain the data. Additionally, Expanded Disability Stage Scale (EDSS) scores which were evaluated by neurology specialists were gathered from patients' records. Data were evaluated in computer environment using SPSS 15.00 package program. Descriptive statistics, Spearman's Correlation Analysis, Mann-U Whitney and Kruskal Wallis tests were used for statistical analyses.

According to the data obtained from the study, it was revealed that there is positive correlation between fatigue, family structure, employment status and income level have influence on patients' FSS scores in 54 % of the patients and this result was statistically significant ($p < 0.05$). In 52 % of the patients, the in which depressive symptoms occur, age and income level have influence on BDS and this result was statistically significant ($p < 0.05$). Study result also revealed that 72 % of fatigue

patients had depressive symptoms and there is positive correlation between fatigue and depression ($p < 0.001$).

The study suggest that there is a relationship between fatigue and depression in MS patients. Consequently, psychiatric care nurses should consider that fatigue can be the symptom of depression in MS patients. Psychiatric nurses should give hand MS patients with their psychosocial adaptaion and encourage them in gaining coping skills and make sense of their illnesses. Accordingly, they should also perform multi-disciplinary studies by using education and counseling service.

Sevgi DİNÇ, Thesis of Master in Science

Universityof Ondokuz Mayıs Samsun, July-2011

SİMGELER VE KISALTMALAR

BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
EDSS	Genişletilmiş Özürülük Durum Ölçeği
FSS	Yorgunluk Şiddet Ölçeği
IFN- β	İnterferon-beta
KW	Kruskall-Wallis Analizi
MS	Multipl Skleroz
MRG	Manyetik Rezonans Görünteleme
OMÜ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
PPMS	Primer Progresif Multipl Skleroz
PRMS	Progresif Relapsing Multipl Skleroz
RRMS	Relapsing-Remitting Multipl Skleroz
SPMS	Sekonder Progresif Multipl Skleroz
SSS	Santral Sinir Sistemi
U	Mann-Whitney U Analizi
X^2	Chi-Square Test

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	vii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Multipl Skleroz	5
2.2. Epidemiyoloji ve Etyoloji.....	5
2.3. Patogenez	8
2.4. Belirti ve Bulgular	8
2.4.1. Motor Semptomlar	8
2.4.2. Duyusal Semptomlar.....	8
2.4.3. Görsel Semptomlar	8
2.4.4. Serebellar Semptomlar.....	9
2.4.5. Otonomik Fonksiyon Bozuklukları.....	9
2.4.6. Diğer Semptomlar	9
2.5. MS'in Klinik Tipleri	11
2.5.1. Relapsing – Remitting Multipl Skleroz (RRMS)	11
2.5.2. Sekonder Progresif Multipl Skleroz (SPMS)	12
2.5.3. Primer Progresif Multipl Skleroz (PPMS)	13

2.5.4. Progresif Relapsing Multipl Skleroz (PRMS)	13
2.6. Prognoz	14
2.7. Tanı	15
2.8. Tedavi	15
2.8.1. Atak Tedavisi	15
2.8.2. Hastalık Seyrini Etkileyen Tedaviler (Atak Önleyici Tedavi).....	16
2.8.3. Semptomatik Tedavi	17
2.8.4. Rehabilitasyon.....	18
2.9. MS ve Yorgunluk.....	19
2.9.1. MS Yorgunluğunun Etyolojisi	21
2.9.2. MS Yorgunluğunda Tedavi.....	22
2.10. MS ve Depresyon.....	22
2.10.1. MS’de Depresyonun Tedavisi.....	26
2.11. MS ve Hemşirelik Bakımı	27
2.11.1. MS Yorgunluğuna Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	28
2.11.2. MS’ de Görülen Depresyona Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	28
3. MATERYAL ve METOT	31
3.1. Araştırmanın Şekli	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	32
3.5. Veri Toplama Araçları	32
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	32
3.5.2. Yorgunluk Şiddet Ölçeği(FSS).....	33
3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)	33
3.5.4. Genişletilmiş Özürülük Durum Ölçeği(EDSS).....	34

3.6. Verilerin Tolplanması	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	35
4. BULGULAR	36
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	36
4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Yorgunluk Şiddet Ölçeği(FSS) Üzerine Etkisi..	39
4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Üzerine Etkisi .	47
4.4. Yorgunluk ve Depresyon Arasındaki İlişki	54
5.TARTIŞMA	55
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması	56
5.2. MS Hastalarında Yorgunluk Düzeyinin ve Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Yorgunluk Düzeylerine Olan Etkisine Ait Bulguların Tartışılması	57
5.3. MS Hastalarında Depresyon Düzeyinin ve Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Depresyon Düzeylerine Olan Etkisine Ait Bulguların Tartışılması	60
5.4. MS Hastalarında Yorgunluk ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Tartışılması	63
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	65
6.1.Sonuç	65
6.2.Öneriler	67
7.KAYNAKLAR	69
8.EKLER	77
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	77
Ek 2.Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS)	78
Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	79
Ek 4. McDonald Tanı Kriterleri	81
Ek 5. Etik Kurul Onayı	82
Ek 6. Araştırma İçin Gerekli Kurum İzni	83
9. ÖZGEÇMİŞ	84

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Multipl Skleroz (MS) genç erişkinlerde görülen, genellikle relaps (alevlenme) ve remisyonlarla (düzelme) seyreden santral sinir sisteminin (SSS) beyaz ve gri cevherini etkileyen otoimmün, inflamatuvar ve kronik bir hastalıktır (Akpınar ve Akça, 2007).

MS, inflamatuvar demyelinizan hastalıkların en sık görülen ve en iyi bilinen formudur. En büyük değişiklikler beyaz cevherde oluşursa da gerçekte hem beyaz hem de gri cevherde yerleşmiş olan myelin kılıflarını harap eder (İdiman, 2002). Myelin akson bütünlüğü için gereklidir, trofik destek sağlar ve lifler boyunca sinir iletimini kolaylaştırır. Myelin kılıfı hasara uğradığında aksonlar da bütünlüklerini kaybetmekte, bu durum iletim bloğuna ve nörolojik olarak işlev kaybına yol açmaktadır (Kurne ve ark., 2006).

MS özellikle genç erişkinlerde ortaya çıkmakta ve bu yaş grubunda travmalardan sonra nörolojik özür lülüğ e en fazla yol açan hastalık özelliğini taşımaktadır (Siva, 2009). Dünyada yaklaşık 2,500,000 MS hastası vardır. Ülkemizde ise kesin sayı net olmamakla birlikte 35,000 MS hastasının olduğu tahmin edilmektedir.

İnsidans çocukluk çağında düşüktür, 25-35 yaşlar arasında (kadınlarda erkeklerden 2 yıl daha erken) doruğ a ulaşır, 50 yaş ve üzerinde ise nadir olarak görülür. Kadınlarda risk erkeklerden yüksektir ve birçok populasyon için kadın/erkek oranı 1,5-2,5 arasındadır (Ascherio ve Munger, 2007). Dünyada ağırlıklı olarak Kuzey Avrupa ve Amerika ülkelerinde görülmektedir. Türkiye’de ise MS sıklığı nın 100,000’de 40 civarında olduğu tahmin edilmektedir (Eraksoy, 2005). Ilıman ve soğuk iklim kuşağında daha yaygındır. MS hastalarının çocuklarında hastalığın ortaya çıkma olasılığı %2, kardeşler arasında %5 ve monozigot ikizlerde konkordans (eş hastalanma) %30 oranındadır (Ellis, 1998).

Patogenezi kesin olarak bilinmeyen MS için en fazla kabul gören senaryo; yatkın bireyin çocukluk çağlarında bugüne dek henüz kesinlik kazanmamış viral ya da

bakteriyel bir enfektif ajanla karşılaşması sonucu başlıca myelin proteinleri olmak üzere tüm SSS elemanlarına karşı gelişen otoimmün bir olayın ortaya çıkışıdır (İdiman, 2002).

MS'te en sık görülen belirti ve şikayetler tek taraflı kol ve/veya bacakta ortaya çıkan uyuşma, kuvvet azlığı, kullanmada beceriksizlik, dengesizlik ve tek gözde görme kaybıdır. Tüm bu şikayetler günlerce sürerek tam ya da kısmi olarak iyileşir. MS'te bu tarz alevlenme ve daha sonra iyileşmelerle karakterize tablolar görülebildiği gibi farklı şekillerde de seyredebilmektedir. Tek bir atak yaşayıp, sonra tamamen düzelen ve bir daha da atak geçirmeyen hastalar olabildiği gibi sık atak geçirip her birinde yeterli bir iyileşmenin olmadığı hastalar da vardır. MS'te atak (alevlenme) tablosu hastanın şikayetlerinin 24 saatten daha uzun süreyle devam etmesi olarak tanımlanır. Atak günler veya haftalarca sürebilir (İlhan ve Gültop, 2007).

Diğer belirtiler karıncalanma, duyu bozuklukları, dengesizlik, el, baş, gövde titremeleri, bacaklarda sertlik, kramplar, konuşma güçlükleri, mesane ve barsak işlevlerinde bozukluklar, bellek sorunları, bilişsel işlev bozuklukları, yorgunluk ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar şeklinde sıralanabilir (Eraksoy, 2005).

Yorgunluk MS hastalarının en az %75'i tarafından dile getirilen en yaygın semptomlardan biridir. Birçok hasta için yorgunluğun acı ve fiziksel özürülükten daha yıpratıcı olduğu dile getirilmektedir. Yorgunluk MS hastalarında bozulan yaşam kalitesinin en önemli nedeni olarak görülmektedir. Yorgunluk ayrıca işsizlik gibi önemli sosyoekonomik sonuçlar da doğurmaktadır (Braley ve Chervin, 2010).

Sağlıklı bireylerle MS hastalarının tanımladığı yorgunluk arasında bazı benzerlikler vardır. Her iki yorgunlukta da dinlenmeye ihtiyaç, motivasyonda azalma, sabırsızlık tanımlanmaktadır. Ancak MS hastalarının tanımladığı yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerine olan etkisi sağlıklı bireylerde izlenen yorgunluk etkilerine göre çok daha ağır olmaktadır (Karabudak, 2006).

Değişik tipte yorgunluk paternleri görülebilir. Bazen yorgunluk sürekli devam eder, dinlenme ve uyku ile yorgunluk azalmaz. Bazı hastalarda ise yorgunluk belli mevsimde ya da zaman diliminde ortaya çıkar ve kendiliğinden iyileşir. Yorgunluk sıcakta, nemli ortamlarda ve öğleden sonra kötüleşebilir (Boz ve Terzi, 2010).

Yorgunluğun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte bazı faktörlerin yorgunluğu ortaya çıkardığı düşünülmektedir. MS hastalarında yorgunluğun, demiyelinize olmuş lifler boyunca sinir iletiminin bozulması, kas kapasitesinin azalması, bağışıklık sisteminde bozulma, interferon beta-1a ve 1b kullanımı gibi nedenlerle ortaya çıktığı düşünülmektedir (Akkuş ve Kapucu, 2006). Bir diğer yorgunluk nedeni depresyon olabilir. Depresyon motivasyonu azaltan bir durumdur. Ayrıca uyku uyanıklık dengesini bozarak da çabuk yorulmaya neden olabilir (Karabudak, 2006). Depresyon ve yorgunluğu ayırt etmek sıklıkla güçtür çünkü yorgunluk depresyonun bir belirtisi olabilir veya depresyon yorgunluğun sonucu olabilir.

Depresif bozukluklar fiziksel bir hastalığa eş zamanlı veya hastalığı takiben ortaya çıkar. Multipl Sklerozda psikiyatrik bozuklukların prevalansı %72 olup bunların %54'ünü depresif bozukluklar oluşturur (Tezcan, 2000). MS hastalarında depresyon sıklığı genel toplumdan 2-3 kat daha fazladır ve yaşam boyu sıklığı %50 civarındadır (Boz ve Terzi, 2010). MS, kronik ve ilerleyici bir hastalıktır ve bireylerin yaşamlarını her yönüyle etkilemektedir. MS tanısının konmasıyla hastanın kişisel yaşamı, kendine güveni, aile ilişkileri, gelecek ile ilgili planları tümünden etkilenir. Hasta kendisini çevresinden, ailesinden izole edebilir (Soyuer, 2002).

Bedensel hastalıklar ve bunların sağaltımı depresyon gelişiminde sorumlu tutulan etkenlerden biridir. Depresyona yatkınlık zemini olanlarda bedensel hastalık hormonal, metabolik ya da sistemik bozukluklar gibi organik etkenlerin yanında; beden imgesinde, kendilik saygısında, kimlik duygusunda, çalışma gücünde, toplum ve aile ile ilişkilerinde olumsuz değişiklik gibi yaşam olayları da depresyona yol açabilmektedir (Ünal ve Özcan, 2000).

Hastaların/ailelerin emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen ruh sağlığı hemşirelerinin MS'te yorgunluk ve depresyon birlikteliğinin farkında olup hasta ve ailesini depresyon yönünden değerlendirmeleri, depresyon belirtilerini izlemeleri, erken dönemde hastaların sosyal ve psikiyatrik destek gereksinimlerini saptayarak çeşitli baş etme yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olmaları gerekmektedir. Hastaların gereksinimleri olan destek hizmetlerini alabilmesi için diğer

sağlık ekibi üyeleri ile de işbirliği içerisinde, eğitim ve danışmanlık rollerini de kullanarak multidisipliner olarak konuyu ele almaları gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Yüksek prevalans, hastaların iyilik halleri ve yaşam kalitesine etkisi nedeniyle yorgunluk ve depresyon MS hastalarında ele alınması gereken konulardandır. Bu nedenle bu araştırma Multipl Skleroz hastalarında yorgunluk ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Multipl Sklerozda görülen yorgunluk ve depresyon arasındaki ilişki nasıldır?
2. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni hal, aile yapısı, çocuk sayısı, öğrenim durumu, meslek, gelir seviyesi ve çalışma durumu yorgunluk düzeylerini etkiledi mi?
3. Hastaların hastalık süresi ve hastalığın başlangıç yaşı gibi hastalığa ait özellikleri yorgunluk düzeylerini etkiledi mi?
4. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni hal, aile yapısı, çocuk sayısı, öğrenim durumu, meslek, gelir seviyesi ve çalışma durumu depresyon düzeylerini etkiledi mi?
5. Hastaların hastalık süresi ve hastalığın başlangıç yaşı gibi hastalığa ait özellikleri depresyon düzeylerini etkiledi mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multipl Skleroz

Multipl Skleroz (MS), demyelinize hastalıklar içinde en sık rastlanan, genç erişkinlerde genellikle relaps (alevlenme) ve remisyon (düzelme) atakları ile karakterize ve fokal nörolojik defisite neden olan bir otoimmün hastalıktır (Balkan, 2000).

Santral Sinir Sistemi (SSS)'ni etkileyen önemli kronik hastalıklardan biri olan MS üretken genç yetişkinlerde görülmesi, sakatlıklara yol açması ve kronik bir hastalık olması nedeniyle dünya ve ülkemiz için önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada iki milyon bireyi etkilediği tahmin edilmektedir. Ülkemizde ise kesin sayı bilinmemekle birlikte 35 bin MS hastası olduğu tahmin edilmektedir (Mollaoğlu ve ark., 2006).

19. yüzyıl ortalarında vaka bildirimleri olarak tarif edilmeye başlanmış, 20. yüzyıl başlarında sık görülen bir klinik nörolojik tablo haline gelmiştir. 1868'de Charcot bu hastalık tablosunu klinik ve nöropatolojik olarak ayrıntılı şekilde tarif etmiştir (Mutlu ve Akman Demir, 2008).

Bu hastalık, spinal kord, beyin sapı, serebellum ve optik siniri dahil olmak üzere SSS'nin birçok bölümünü etkiler. Patolojik olarak MS, SSS beyaz cevher boyunca plak olarak adlandırılan sayısız, dağınık lezyonlar ile karakterizedir. Bu lezyonlar çok sayıda ve çeşitli belirtilerin ve nörolojik disfonksiyon belirtilerinin nedenidir (Warren ve Warren, 2001).

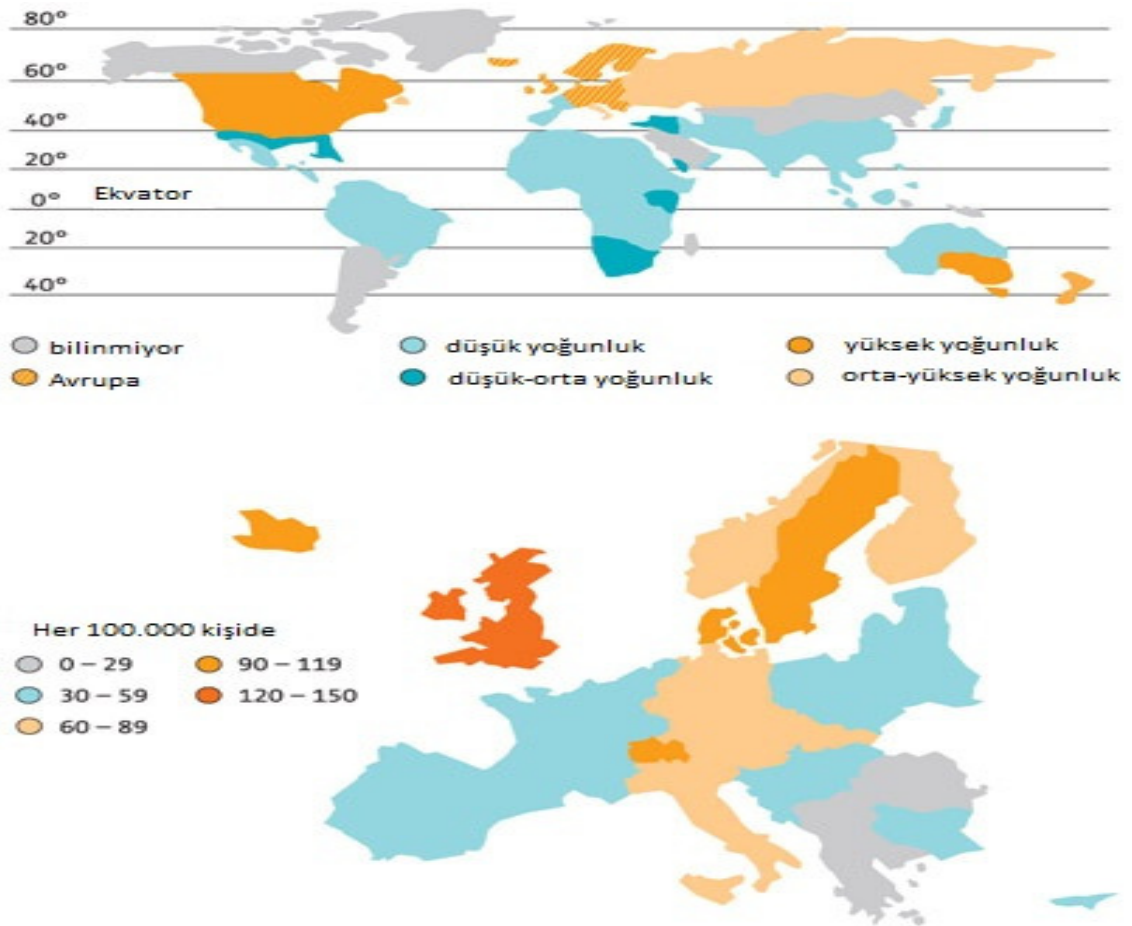
Heterojen bir immunopatogeneze sahip olan bu hastalıkta, genetik olan duyarlı bireylerde çevresel faktörler tarafından etkilenen otoimmün mekanizmaların etkili olduğu düşünülmektedir (Kurne ve ark., 2006).

2.2. Epidemiyoloji ve Etyoloji

MS'in ilk semptomunun ortaya çıkış yaş ortalaması kadınlarda biraz daha erken olmak üzere 27-33 arasında bildirilmektedir. Başlangıcın genellikle 20 ile 40 yaşlar arasında dağıldığı görülmektedir ve MS'in 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra ortaya çıkışı nadirdir. MS kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadın/erkek oranı 1,4-3,0 arasında değişmektedir (Siva, 2009).

MS'te göç toplulukları üzerinde oldukça fazla epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. MS prevalansının yüksek olduğu ülkelerden riskin düşük olduğu bölgelere göç edenlerde eğer göç yaşı 15'in altında ise prevalans göç edilen ülkeye uymaktadır. 15 yaşından sonraki göçlerde ise prevalans terk edilen ülkeninki ile uyum göstermektedir (Mirza, 2002). Kısacası, MS'te hastalık her ne kadar 30'lu yaşlara kadar ortaya çıkmamış olsa da riski 15 yaşından önce belirlenmiş olmaktadır (Rolak, 2009).

MS prevalansı enlemsel olarak değişmekte hem kuzey hem de güney yarımkürede ekvatordan uzaklaştıkça artış göstermektedir. Aynı coğrafyada yaşayan farklı ırklara sahip olan topluluklarda, MS oranı beyaz ırkta daha fazladır. Afrika'da yaşayan siyahlarda hastalığın çok ender olduğu, ABD'de yaşayan siyahlarda ise insidansın beyazların yarısı kadar olduğu bilinmektedir (Douglas ve ark., 2006).



Şekil 1. MS prevalansının coğrafik olarak dağılımı (<http://www.ms-gateway.at/scripts/tr/221263.php>)

Hastalığın sıklığı üzerinde enlemsel ve bölgesel farklılıkların bulunmasının asıl nedeni, ülkeler arasındaki bakteriyel ve virolojik fauna farklılıkları olabilir (Kürtüncü ve Eraksoy, 2008). MS'in dünyanın bazı bölgelerinde diğer bölgelere göre daha yaygın olması çevresel bir faktörün olabileceğini düşündürmektedir. Bir virüs bu çevresel faktörde yer alıyor olabilir (Rolak, 20009). Epstein-Barr Virüs (EBV) enfeksiyonunun rolü ileri sürülmekle birlikte hangi mekanizmalarla MS riskini arttırdığı bilinmemektedir (Tavşanlı ve Altıntaş, 2010). Yakın dönemde yapılmış bir çalışmada MS hastalarının çoğunun beyninde EBV enfeksiyonu olduğuna dair bulgular bildirilmiştir (Serafini ve ark., 2007).

Bilim çevrelerinde en çok ağırlık kazanan görüş şudur; “Bağışıklık sisteminin de gelişmekte olduğu dönemde henüz tanımlanamamış bir virüsün ya da çeşitli çocukluk çağı virüs hastalıklarının birinin veya birkaçının birlikte, hastalığa yatkın bireylerde sistemi kırılabilirliğe itebileceği ve bu durumun sonuçlarının Santral Sinir Sistemi'nde seneler içinde ortaya çıkabileceği” şeklindedir (Karabudak, 2006).

Bazı ırklarda MS'nin daha fazla görülmesi, ikizlerde konkordansın yüksek olması ve MS'lilerin birinci derece yakın akrabalarında MS'nin daha sık görülmesi gibi nedenlerle genetik etkenlerin önemi giderek değer kazanmaktadır (Mirza, 2002). MS hastalarının aile üyeleri, normal popülasyona göre MS gelişme açısından daha yüksek riske sahiptir: Monozigot ikizlerde geçiş yaklaşık %30, dizigot ikizlerde yaklaşık %5'dir (Sobel ve Moore, 2008). İkizler dışında MS'e ailesel yatkınlığın olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Ebeveynlerden birinde hastalığın varlığında çocuklarda yaşa göre düzeltilmiş risk %2'dir. Kardeşler için ise bu oran %3-4'tür (Kürtüncü ve Eraksoy, 2008).

Bazı çalışmalarda hayvansal yağ ve et tüketiminin MS insidansı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Özellikle çocukluk çağında yağ tüketiminin olması durumunda MS riskinde belirgin artış görülmektedir (Granieri, 2000). Bazı çalışmalar, nitrat ve tütsülenmeyle korunan etin etyolojide rolü olabileceği, balığın ve bitkisel diyetin muhtemelen koruyucu etkisi olabileceği hipotezini desteklemektedir (Lauer, 2010).

2.3. Patogenez

MS patolojisi, beyin ve spinal kordda fokal primer demiyelinizan plaklar ve inflamatuvar bir süreç şeklinde tanımlanmaktadır. Demiyelinizasyona değişik derecelerde akut aksonal yıkım ve aksonal kayıp eşlik eder (Altıntaş ve Esen, 2008). Aksonal hasar hastalığın başlangıcında ortaya çıkar ve hastalık sürecinde gelişen kalıcı özürllükten sorumludur. Kronik MS lezyonlarında akson yoğunluğunda önemli kayıp izlenmiş (%60) ve aksonal kaybın hiç etkilenmemiş olan beyaz cevher alanlarında da olduğu gösterilmiştir (Kurne ve ark., 2006).

Beynin beyaz maddesi çoğu myelinize olan nöronal aksonlardan oluşur ve myelin, SSS'de oligodendrositler tarafından yapılır. MS'da demiyelinizasyon, epizodlar/ataklar halinde oluşur ve bu epizodlar sırasında hasarlanan bölgeler "plak" olarak adlandırılır. Buralarda aksiyon potansiyelinin iletimi bozulur (Tihan, 2008). MS'te T lenfositlerin, myeline karşı reaksiyon gösterdikleri ve mikroglialar ve makrofajları aktive edip myelin kılıfı hasarlayarak sinir iletilerini bozdukları anlaşılmaktadır (Tavşanlı ve Altıntaş, 2010).

2.4. Belirti ve Bulgular

Hastalığın başlıca semptomları motor, duyuşal, görsel, serebellar ve otonomik bozukluklardır (Tablo 1).

2.4.1. Motor Semptomlar; MS'de en sık görülen ilk semptomlar bir veya birden fazla ekstremitede ortaya çıkan spastik kuvvet azlığı, kullanmada becerisizlik ve/veya uyuşukluk, dengesizliktir (Balkan, 2000).

2.4.2. Duyuşal Semptomlar; Hastalığın başlangıcında en sık somatosensoryel semptomlar (uyuşukluk, hissizlik, karıncalanma, yanma, kaşınma, ağrı, elektriklenme, gerginlik gibi) dikkati çeker ve hastaların %52-70'inde görülür. Çoğu zaman bu semptomlar objektif hale getirilemez (İsmihanoğlu, 2005). Ayrıca, Lhermitte belirtisi (Başın fleksiyonunda aşağı doğru ekstremiteye yayılan elektriklenme hissi) oluşabilir (Turan, 2002).

2.4.3. Görsel Semptomlar; MS hastalarının %25'inde başlangıç bulgusu optik nörit atağıdır. Birkaç günlük bir süre içinde tek taraflı, kısmi veya total görme kaybı ile

karakterizedir. Bazı hastalar, görme kaybından bir-iki gün öncesinde göz hareketleri ile artan orbitada ağrı tanımlarlar (Victor ve Ropper, 2001). Ünal ve arkadaşları (2000) retrospektif olarak hasta muayene kayıtlarını inceledikleri çalışmalarında MS hastalarının büyük kısmının (% 82,2) geçirilmiş optik nörit atağı kaydının olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Görme kaybı dışında retroorbital ağrı, çeşitli görme alanı defektleri ve renkli görme bozuklukları da tabloya eklenebilir. Hastaların %50'sinde papillada kabarıklık (papillit) saptanabilir (Balkan, 2000).

2.4.4. Serebellar Semptomlar; Yürüme ataksisi başlangıç şikayeti olarak hastalarda %13'tür. Kronik hastalarda gövde ataksisi veya intensiyonel tremor %45-50 oranında bildirilmiştir (Turan, 2002).

2.4.5. Otonomik Fonksiyon Bozuklukları; Hastalık süresince miksiyon bozukluğu görülür. Hastalık seyri boyunca hastaların %78'inde görülür. Sık idrar yapma, yetiştirememe, damlama şeklindedir (Turan,2002). MS'li hastaların 2/3'ünde barsak disfonksiyonu oluşur. Konstipasyon, barsak inkontinansı, fekal ürgenci en sık karşılaşılan durumlardır. Erkeklerin %75-91'inin kadınların da %50-72'sinin seksüel yaşamlarında MS'e bağlı değişiklikler görülür (Özgül ve Alaca, 2000).

Bir çalışmada hastaların yaşadığı ilk ataktaki bulgular değerlendirilmiş ve hastaların %42'sinde motor, %30'unda duysal, %27'sinde optik nörit, %23'ünde beyin sapı ve %17'sinde de serebellar semptomlar yaşandığı saptanmıştır (Arpacı ve ark., 2007).

2.4.6. Diğer Semptomlar;

Kognitif Değişiklikler; Kognitif bozulma farklı türlerdeki MS olgularının %40-60'ında görülmektedir. Bu durum hastalığın yarattığı fiziksel özürülükten bağımsız olarak kişinin günlük yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamını ve iş verimini etkileyen önemli bir unsurdur. MS olgularında en çok etkilenen kognitif alanlar yakın bellek, dikkat, bilgi işlem süreci ve hızı, görsel-mekansal algı olup, entelektüel yetiler ve dil görece korunmuştur (Tuncer, 2006).

Achiron ve Barak (2003), yaptıkları bir çalışmada MS tanısı almış 67 olguda kognitif değişiklikleri araştırmışlar ve %53,7 olguda etkilenim olduğunu saptamışlardır. En sık sözel yetiler ve dikkati takiben bilgi işlem süreci ve bellek etkileniminin olduğunu bildirmişlerdir.

Seksüel Disfonksiyon (Cinsel İşlev Bozuklukları); MS'te seksüel disfonksiyon primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç şekilde görülebilmektedir. MS'in genital sinirlerde meydana getirdiği hasara bağlı olarak görülenler primer, MS'in neden olduğu fiziksel değişikliklere ve ilaçların yan etkilerine bağlı gelişenler sekonder, psikososyal ve kültürel etkilere bağlı gelişen cinsel işlev bozuklukları ise tersiyer olarak adlandırılır (Tülek ve Kurtuluş, 2004).

MS hastalarında çoğu kez cinsel işlev bozukluğu nedenini izole olarak belirlemek güç olsa da, cinsel sorunlar sık görülmektedir. Birçok çalışmada farklı sonuçlar rapor edilse de genel olarak kadınlarda seksüel ilgide azalma %29-86, genital duyuda azalma %43-62, orgazm kapasitesinde azalma %24-58, vaginal kuruluk %12-40 oranında; erkeklerde libidoda azalma %37-86, ereksiyon sorunları %34-80, ejakülasyon sorunları %34-61 oranındadır (Tülek ve Kurtuluş, 2004). Terzi ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada cinsel bozukluk oranını genel olarak kadın hastalarda %91,2 erkek hastalarda %86,4 olarak bildirmişlerdir.

Yorgunluk; Yorgunluk MS'li hastaların şikayet ettiği en yaygın (%85'ten fazla) semptomlardan birisidir ve gerçek kaynağı tam olarak anlaşılamamıştır. Yorgunluk, hastalar tarafından 'aşırı bir yorgunluk hissi, enerji yokluğu veya kendini tükenmiş hissetmek' şeklinde tanımlanır. Bazı hastalar sürekli bir yorgunluktan bazıları ise herhangi bir efor sonrası yorgunluktan bahsederler (Mutluay, 2006).

MS'de ortaya çıkan yorgunluk normal yorgunluktan farklıdır. Hastalar sabah uyanınca kendilerini iyi hissederler, günün ilerleyen saatlerinde kapasiteleri azalır, yorgunluk ve uyku hali gelişir, mobiliteleri azalır. Vücut ve çevre sıcaklığında artma, çeşitli ilaçlar, depresyon, aktivite artışı gibi etkenler yorgunluğu arttıran faktörlerdir (Soyuer, 2002).

Psikiyatrik Bozukluklar; Hastaların yaklaşık dörtte üçünde psikiyatrik bozukluklar görülür. Hastalığın erken evrelerinde daha çok depresyon görülür. Daha

sonra, frontal lob tutulumu ile birlikte inhibisyonun ortadan kalkması sonucu öfori ve mani benzeri diğer belirtiler ortaya çıkar. Hastaların yarısından çoğunda hafif bir bellek yitiminden demansa dek giden aralıkta bilişsel bir yıkım olur (Köroğlu, 2004).

Hafif ve orta derecede bilişsel bozukluk %43-65 kadar verilmektedir. Ağır demans daha azdır. Depresyon olasılığı ise %37-54 kadardır. Psikotik belirtiler, bunaltı, kişilik sorunları, yeme bozuklukları izlenebilen diğer belirtilerdendir (Yüksel, 2006).

Tablo1. Başlangıç belirti ve bulguları

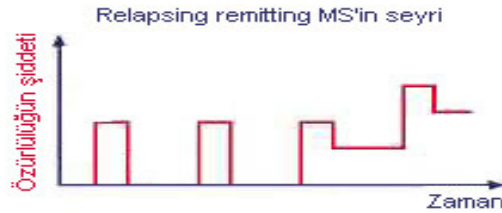
İlk belirti-bulgular	Sıklık (%)
Sensoriel belirtiler	31
Görme kaybı	16
Akut transvers myelpati	11
Motor bulgular- yavaş gelişimli	9
Diplopi	7
Duruş bozuklukları	5
Motor bulgular- akut başlangıçlı	4
Yüzde sensoriel belirtiler	3
Denge problemleri	3
Vertigo	2
Lhermitte bulgusu	2
Mesane belirtileri	1
Ataksi	1
Ağrı	1
Diğer	3
Polisemptomatik başlangıç	14

2.5. MS'in Klinik Tipleri

2.5.1. Relapsing-Remitting Multipl Skleroz (RRMS)

Relapsing-Remitting Multipl Skleroz (RRMS), klinikte ataklar ve iyileşmelerle seyrederek ve bu grup tüm MS olgularının 2/3'ünü oluşturur. Çoğunlukla bu ataklar motor, duyuşal, optik serebellar, spinal semptomlarla karakterizedir (Karataş, 2008). Atak; en az 24 saat devam eden, hasta tarafından ifade edilen ya da muayeneyle tespit edilen nörolojik fonksiyon bozukluğudur. Eşlik eden ateş, enfeksiyon gibi bir yakınma olmamalıdır. İki atak başlangıcı arasındaki minimum süre 30 gündür (Mutlu ve Akman Demir, 2008).

Bu tip MS'in en sık izlenen grubunu oluşturur. Genellikle genç erişkinlerde izlenir. Hastaların yaklaşık yarısında ataklar hafif şekilde atlatılır. Hastalık atak ardından remisyona denilen düzelme dönemine girer. Bu dönemde belirtiler kaybolur ya da kısmen azalır (Karabudak, 2006).



Şekil 2. Relapsing remitting MS (<http://www.ms-gateway.gen.tr/msi-anlamak/ms-nedir/ms-formlarx131-56.htm>)

2.5.2. Sekonder Progresif Multipl Skleroz (SPMS)

[İkincil İlerleyen Multipl Skleroz]

Başlangıçtaki relapsing-remitting seyirden sonra hastaların büyük bir bölümünde akut atak olmaksızın adım adım ilerleyici bir sakatlığa gidiş olur. Relapsing-remittingden Sekonder progresif forma geçiş yaklaşık 7-10 yılı bulur (Rolak, 2009).



Şekil 3. Sekonder Progresif MS (<http://www.ms-gateway.gen.tr/msi-anlamak/ms-nedir/ms-formlarx131-56.htm>)

2.5.3. Primer Progresif Multipl Skleroz (PPMS)

[Birincil İlerleyen Multipl Skleroz]

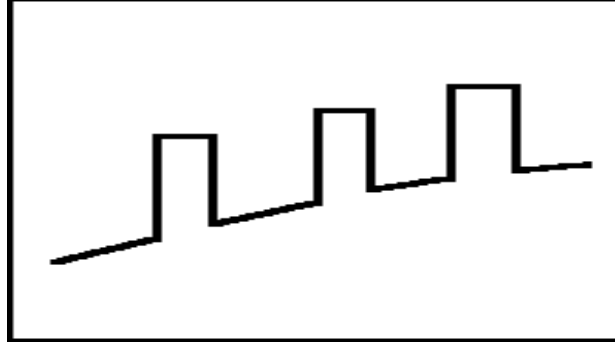
Hastaların yaklaşık %15'i başlangıçta atak olmadan sürekli progresif olarak ilerler. Kognitif yıkım daha azdır. Görülme yaşı kırk üzerindedir. Kadın-erkek oranı eşittir (Turan, 2002).



Şekil 4. Primer progresif MS (<http://www.ms-gateway.gen.tr/msi-anlamak/ms-nedir/ms-formlarx131-56.htm>)

2.5.4. Progresif Relapsing Multipl Skleroz (PRMS)

Hastalar ataklar yaşarlar ancak normal hallerine dönemeyizler ve hasar giderek ilerler. Hastalıklarında ilerleyici bir forma girerler (Weiner ve ark., 1999).



Şekil 5. Progresif relapsing MS’te zamanla özürülük şiddetindeki değişim (<http://www.ms-gateway.gen.tr/msi-anlamak/ms-nedir/ms-formlarx131-56.htm>)

2.6. Prognoz

Hastalığın seyrinde; kadın cinsiyet, erken başlangıç, ilk atağın duysal atak ya da optik nörit olması, bu atakta düzelme oranının yüksek olması, ilk yıllarda atak sayısının az, ataklar arası sürenin uzun olması iyi prognoz belirtisi iken; geç başlangıç, erkek cinsiyet, başlangıçtan beri progresif seyir, sık ve az düzelen ataklar, serebellar ve/veya motor fonksiyonların etkilenmesi ise kötü prognoz göstergeleridir (Bergamaschi, 2006) (Tablo 2).

Tablo 2. Prognostik Faktörler

Faktörler	İyi prognoz kriterleri	Kötü prognoz kriterleri
Cinsiyet	Kadın	Erkek
Başlama yaşı	Genç (< 25 yaş)	Geç (> 40 yaş)
Başlangıç belirtisi	Sensorial	Motor
Klinik gidiş	Relapslarla	Kronik progresif
Yüksek EDSS ulaşma zamanı	Uzun	Kısa
İlk 2 yılda atak oranı	Düşük	Yüksek

2.7. Tanı

MS tanısı başvuru belirtilerinin çok farklı olabilmesi ve hastalığın seyri nedeni ile zor olabilmektedir. MS tanısı için spesifik olan bir test bulunmamaktadır.

Multipl Skleroz, halen klinik bir tanı olma özelliğini sürdürmektedir. Temel iki klinik özelliği sinir sisteminde birden fazla bölgede yerleşmiş olması ve tekrarlayan bir tablo olmasıdır (Mutlu ve Akman Demir, 2008).

Multipl skleroz hastadan alınan öykü, klinik muayene, beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularına dayanılarak konur. Ancak klasik klinik kriterler ve hatta BOS ve MRG sonuçları her zaman yeteri kadar spesifik olmayabilir (Çelik, 2009). MS tanısı üç klasik özelliğe dayanmaktadır: Başka bir açıklaması bulunmayan, zamansal ve alansal dağılım özellikleri gösteren inflamatuvar demyelinizan doğadaki lezyonlar. McDonald kriterleri 2001 yılındaki ve tekrar gözden geçirilmiş 2005 yılındaki şekliyle McDonald kriterleri ve daha önceki tanı kriterleri esasen bu özellikleri gözetir (Yüceyar ve Sağduyu Kocaman, 2009).

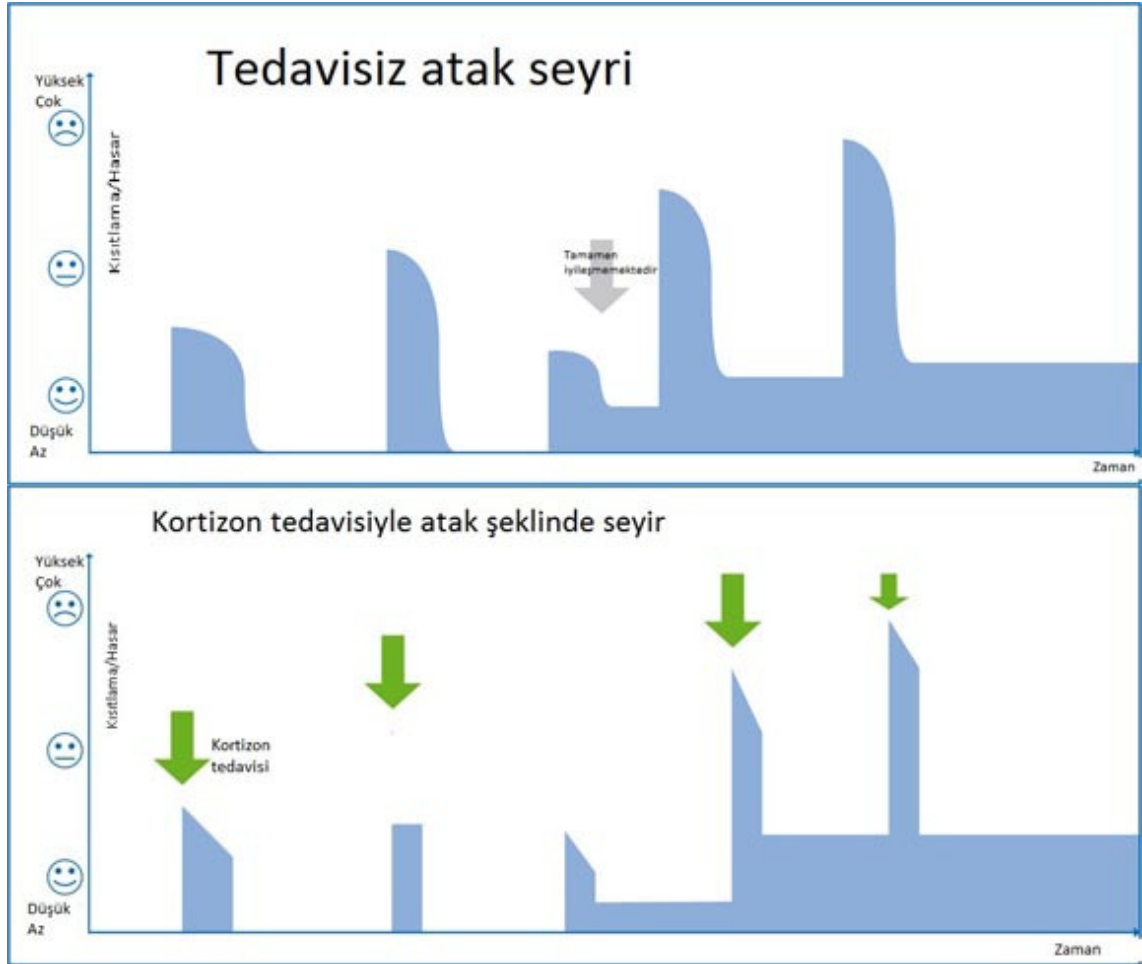
MRG bulguları ile desteklenen Mc Donald kriterleri tanıya daha özel bir yaklaşım sunmuştur (McDonald ve ark., 2001). Ancak McDonald kriterlerinin de özellikle Primer Progresif Multipl Skleroz (PPMS) tanısında bazı tanı güçlüklerine yol açması üzerine 2005 yılında gözden geçirilmesi yapılmış ve düzeltilmiş Mc Donald kriterleri olarak yayınlanmıştır (Polman ve ark., 2005). Son yayınlanan özelliklerine göre Mc Donald kriterleri Ek 4'te sunulmuştur.

2.8. Tedavi

MS tedavisi, atak tedavisi, hastalık seyrini etkileyen tedaviler (Atak önleyici tedavi), semptomatik tedavi ve rehabilitasyonu içerir.

2.8.1. Atak Tedavisi: MS ataklarının başlıca tedavisi kortikosteroidlerle yapılmaktadır. Genellikle işlev kaybına yol açmayan atakların steroid tedavisi gerektirmediği düşünülmektedir. Ancak işlev kaybına yol açmışsa, progresyon sürüyorsa veya daha önceden ilgili becerinin kaybı ile giden sekel kalmışsa atağın steroid ile tedavisi yapılır (Akman Demir, 2010).

Günümüzde atak tedavisinde yüksek doz methylprednisolone (günde 1000 mg methylprednisolone 100 cc serum içinde) kullanılmaktadır. Uygulama süresi 3-10 gün arasında değişmektedir (Siva, 2009). Steroid tedavisi sırasında tuzsuz diyet uygulanması ve mide koruyucu tedavi eklenmesi unutulmamalıdır (Akman Demir, 2010).



Şekil 6. Atak tedavisinde kortizonların etkisi (<http://www.ms-gateway.at/scripts/tr/221268.php>)

2.8.2. Hastalık Seyrini Etkileyen Tedaviler (Atak Önleyici Tedavi): Çok uzun aralıklarla atak geçiren ve MR aktivitesinin yoğun olmadığı yineleyici [Relapsing-Remitting MS(RRMS)] hastalarda aksi yönde bir gelişme olmadıkça tedaviye başlanması gerek görülmeyebilir. Buna karşılık sık atak geçiren veya MR lezyon yükü hızla artış gösteren hastalarda immünmodulator tedavilerin erken başlanması uygundur (Uludüz ve ark., 2008; Akamn Demir, 2010).

İnterferon-beta (IFN- β) tedavisi: İnterferonların, antiviral etkilerinin yanı sıra bağışıklık sistemini antiinflamasyon yönünde düzenleyici etkilerinin de olduğu bilinmektedir. IFN- β 'nın MS sürecinde klinik atak oranını ortalama %30 oranında azalttığı ve manyetik rezonans görüntüleme ile iltihabi göstergeleri azaltıcı anlamlı etkilerinin olduğu klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Bu ilaçlar kayda değer bir koruma sağlamaktadır (Karabudak, 2008).



Şekil 7. İmmünmodulator tedavilerin etkisi (<http://www.ms-gateway.at/scripts/tr/221268.php>)

Atak sıklığını azaltan immünmodulator tedaviye yanıtız hastalarda veya atak ve düzelmeler dönemi sonrası hızlı ilerleyici döneme gidiş aşamasındaki hastalarda bir kurtarma tedavisi ajanı olarak Mitoxantrone kullanılmaktadır. Mitoxantrone, immünsüpresif yani bağışıklık sistemini baskılayıcıdır. Bu aşamada bağışıklık sistemini yeniden olumlu cevap verir hale getirmek amaçlanmaktadır (Karabudak, 2008).

2.8.3. Semptomatik Tedavi

Spastisite Tedavisi; Hastalarda sık olarak görülen ve ağrılı fleksör ve/veya ekstansör spazmların eşlik edebildiği spastisite günlük aktiviteyi engelleyebilecek, insomnia yapabilecek düzeye gelebilir. Tedavide Baclofen (Lioresal) birinci planda seçilecek ilaçtır. Diğer seçenek Tizanidine (Sirdalud) dur (Balkan, 2000).

Serebellar Tremor Tedavisi; MS tremoru en dirençli semptomlardan biri olup karbamezapin gibi ilaçlar denenebilir ancak yararlı ve kalıcı bir sonuç alınabilmesi nadirdir (Siva, 2009).

Üriner Semptomların Tedavisi; MS’de mesane işlev bozukluklarına sık rastlanır. Tipik sorun, idrar inkontinansıdır. Ancak idrar boşaltma güçlükleri de olabilir. Ürodinamik çalışmalar sıklıkla gerekli olur. İdrar biriktirmeye ilişkin sorunlar, spastik mesanenin çalışmasını yavaşlatan antikolinergik ilaçlarla kontrol altına alınabilir. Trisiklik antidepresan ilaçlar da antikolinergikler etkileri ile benzer yararlar sağlayabilirler. İdrar boşaltma ile ilgili sorunlar olduğunda ise, aralıklı kateterizasyon bazı vakalarda cerrahi yöntemler gerekli olabilir (Erdem, 1998).

Ağrı Tedavisi; Ağrının bir kısmı, fleksör spazmlara bağlıdır ve spazm kontrolü ile azaltılabilir. Yüz, gövde ve ekstremitelerde ise nevraljik özellikte ağrılara sık rastlanır. Bu ağrının nedeni kesin olmamakla birlikte, santral sinir sistemindeki ağrı yollarının demiyelinizasyonu ya da aksonal dejenerasyonudur. Bu tür nevraljik ağrılar sıklıkla bir trisiklik antidepresan ilaç olan amitriptilin ile kontrol edilebilir (Erdem, 1998).

Cinsel İşlev Bozukluğunun Tedavisi; MS’te seksüel disfonksiyon tedavisinde vazoaktif/hormonal ajanların oral, intraüretral, intrakavernöz yolla verildiği farmakolojik tedaviden; elektriksel stimülasyon yöntemlerinin kullanıldığı nonfarmakolojik tedaviden ve ayrıca psikososyal danışmadan yararlanılır (Tülek ve Kurtuluş, 2004).

2.8.4. Rehabilitasyon: Rehabilitasyon; kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki olarak en üst düzeyde bağımsızlığa ulaşmasına yardım eden bir eğitim ve tedavi sürecidir. MS rehabilitasyonu sadece ağır motor bozukluğu olan kişiler için değil tüm MS’liler için hastanın durumuna uygun programların verilebildiği, süreklilik gösteren dinamik bir süreçtir (Mutluay, 2006). Fizik tedavi, kasların güçlendirilmesi, dengenin sağlanması bakımından büyük önem taşır. Yorgunlukla mücadele ve enerjinin korunup gerekli yerlerde kullanılmasının sağlanmasında mesleki tedavi, bağımsızlığı sağlama ve günlük yaşamı kolaylaştırmada çok yararlı olabilir. Konuşma tedavisinde konuşma ve yutmasında güçlük olan bireylerde iletişim iyileştirilir. Bilişsel işlevlerin iyileştirilmesi

için belleği, dikkati, bilgi işlemeyi iyileştiren strateji ve tekniklerden yararlanır (Eraksoy, 2005).

2.9. MS ve Yorgunluk

Yorgunluk, Multipl Skleroz belirtilerinden en sık görüleni olup MS'lilerin %75-95'i tarafından dile getirilmekte ve hastaların yaklaşık %50-60'ı, hastalık derecesinden bağımsız olarak yorgunluğu en önemli sorun olarak tanımlamaktadırlar (Ertürk ve Yanıkoğlu, 2004).

MS Konseyi yorgunluğu “günlük aktiviteleri kısıtlayan, bireysel olarak ya da bakım veren tarafından algılanan subjektif ve/veya zihinsel enerji eksikliği” olarak tanımlar (Johansson ve ark., 2008; Kos ve ark., 2008).

Yorgunluğun değişik boyutları hakkında henüz bir fikir birliği yoktur. Bu konuda birçok çalışma yapılmış ve şu terimler literatürde anılmaya başlanmıştır; genel/yaygın yorgunluk, uykulu olma, enerji azlığı, motivasyon azlığı, dikkatsizlik, semptomlarda belirginleşme, zihinsel yorgunluk, fiziksel yorgunluk, çabuk yorulma, dinlenme anında yorgunluk, bitkinlik, güçsüzlük (Kos ve ark., 2008). Kirazlı ve ark. (2001) yaptıkları bir çalışmada, yorgunluğun tanımlanması için güçsüzlük, yorgunluk ve/veya dinlenme ihtiyacı, semptomlarda daha belirginleşme, sıcaklıkla yorgunlukla kötüleşme, uykulu olma hissi, egzersiz ve/veya eforun presipizan faktör oluşu, uzun aktivite periyodlarının yorgunluk oluşturması şeklinde ifadeler kullanılmış ve hastalardan kendilerine verilen tanımlardan yorgunluklarının hangisine uygun olduğunu belirtmeleri istenmiştir. Hastaların hepsi yorgunluğu, dinlenme ihtiyacı olarak tanımlamışlardır.

Yorgunluğun subjektif oluşu nedeniyle değişik ifadeler kullanılmaktadır. Iriarte, Subira ve Castro (2000) MS'deki yorgunluğu üç ana başlık altında tanımlamışlardır;

- a) Halsizlik
- b) Çabuk yorulma
- c) Semptomlarda belirginleşme

Halsizlik, dinlenme anındaki yorgunluk olarak tanımlanmakta ve immünoaktivasyon ile ilişkili olduğuna inanılmaktadır. Çabuk yorulma, egzersiz anında ya da sonrasında oluşan yorgunluk olarak tanımlanır ve pramidal sistem tutulumu ile ilişkili olduğuna inanılmaktadır (Johnson, 2008).

Yorgunluğun fiziksel yönlerine ilaveten bir çok MS hastası da konsantrasyon güçlüğü, sağlıklı düşünememe ya da karar verme güçlüğü gibi örneklerle kendini gösteren zihinsel yorgunluktan şikayet ederler (Greim ve ark., 2007).

MS yorgunluğu, şiddeti, sıklığı, günlük yaşam aktivitelerine etkisi, dinlenme sonrası ya da sırasında uzun süre kaybolmayışı ile sağlıklı bireylerin tanımladığı yorgunluktan ayrılır (Greim ve ark., 2007). Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında MS hastaları, ısı ve fiziksel aktivite ile ağırlaşan ve gün boyunca kötüleşebilen, daha sık ve şiddetli yorgunluktan bahsederler (Penner ve ark., 2007). Diğer MS semptomlarında olduğu gibi sıcaklıkla yorgunluğun artış göstermesi MS yorgunluğuna spesifiktir. Altı saat veya daha uzun sürede sonlanan ve gün sonunda kötüleşen yorgunluk, bir çok MS hastasının her gün yaşadığı bir olaydır (Krupp ve Christodoulou, 2001).

Bir çalışmada MS hastalarının %78'inde yorgunluk yakınmasının olduğu belirlenmiş, yorgunluktan yakınan hastaların %69'u tarafından yorgunluk yaşadıkları en büyük ilk üç yakınmadan biri olarak ifade edilmiştir (Türkbay ve ark., 2004). MS hastalarının aile yaşamları, sosyal ve profesyonel aktiviteleri bu yorgunluktan ileri derecede etkilenmektedir (Kurne, 2004; Karabudak, 2006).

İş ve sosyal performansı kısıtlayışı, düşük yaşam kalitesi ile ilişkisi nedeniyle yorgunluğun günlük yaşama olan etkisi önemlidir (Penner ve ark., 2007). MS'de yaşam kalitesi genel popülasyonla karşılaştırıldığında önemli oranda etkilenmiş görünmektedir. MS hasta ve ailesini dramatik bir şekilde etkilemektedir. Hastaların çoğu normal bir yaşama sahipken, bir grup hasta da belirli oranlarda yetersizlik ile yaşamak zorunda kalmaktadır (Soyuer ve ark., 2005). Yapılan bir çalışmada, hastaların %70'inde yorgunluğa bağlı olarak fiziksel aktivitenin azaldığı belirlenmiştir. Yorgunluk nedeniyle hastaların %10'u ev işi hiç yapamıyor, %20'si çalıştıkları işten ayrılmak durumunda kalmışlardır (Kirazlı ve ark., 2001).

2.9.1. MS Yorgunluğunun Etyolojisi

MS'te yorgunluğun etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte bazı faktörlerin yorgunlukla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çevresel Faktörler; Isı, nemli hava MS'li hastaların yorgunluk yaşamalarında çevresel bir risk faktörüdür. MS'li bireylerin bazıları sıcak yiyecek ve içecek tüketmenin yorgunluklarını şiddetlendirdiğini bildirmişlerdir (Johnson, 2008).

Bireysel ve Gelişimsel Faktörler

Cinsiyet ve ırk ile MS'le ilişkili yorgunluk arasında bir ilişki bulunamamıştır (Johnson, 2008).

Bir çalışmada (Kroencke ve ark.,2000) yorgunluk ve yaş arasında pozitif yönde bir ilişki tanımlanamamışken, Lerdal ve ark.(2003) yaptıkları çalışmada yorgunluk ve yaş arasında olası pozitif bir ilişki bulmuşlardır.

Eğitim seviyesi ile yorgunluk arasındaki ilişkiye bakıldığında da eğitim seviyesi ile yorgunluk arasında negatif bir ilişkiden söz edilmektedir (Lerdal ve ark., 2003).

Iriarte ve ark.(2000) ve Kroencke ve ark.(2000) yaptıkları çalışmada hastalığın süresi ile yorgunluk yaşantısı tanımlanması arasında bir ilişki bulamamışken Lerdal ve ark.(2003)'ün çalışmasında hastalığın süresi ile yorgunluk arasında olası bir ilişki doğrulanmıştır.

Hastalığın formu ile yorgunluk arasında da bir ilişki yoktur. Birincil ilerleyici MS hastaları ile relaps ve remisyonlarla giden MS hastaları yorgunluğu aynı şekilde tanımlamışlardır (Kroencke ve ark., 2000).

Çalışmaların sonuçları karışık olmasına rağmen özürlülük yorgunluğu tetikleyen bir faktör olabilir. Forbes ve ark. (2006) çalışmalarında başka hastalıkları ve özürlülüğü olan, hastalığın her alt tipinden MS hastasının yorgunluk skalalarında yüksek skorlar aldığını bildirmişlerdir. Bunu destekler biçimde farklı bir çalışmada özürlülüğün yorgunluğun önemli bir tetikleyicisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kroencke ve ark., 2000).

Iriarte ve ark. (2000) uykusuzluğun da yorgunluğa etkisi olup olmadığını araştırmışlar ve iyi uyuyan MS hastalarındaki yorgunluk düzeyi ile uyuyamayan MS hastalarının yorgunluk düzeyi arasında bir fark olmadığını sonucuna ulaşmışlardır.

MS hastalarında yorgunluk ve yorgunluğun etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada da yorgunluğun fiziksel ve psikososyal fonksiyonlara etkisini anlamlı biçimde etkileyen parametrelerin yaş, hastalık süresi, atak sayısı, hastalığın klinik tipi ve özürülük düzeyleri olduğu belirlenmiştir (Türkbay ve ark., 2004).

2.9.2. MS Yorgunluğunda Tedavi

Tedavide Amantadine, Antiviral ajan olup MS ile ilişkili yorgunlukta kullanılmaktadır. Etki mekanizması bilinmemekte ve hafif düzey yorgunlukta kullanılması önerilmektedir. Modafinil, klinik çalışmalarda, MS yorgunluğunda, hastaların 2/3'ünde iyi sonuçlar vermiştir. Genellikle orta ve ileri derecede yorgunlukta kullanılması önerilmektedir (Ertürk ve Yanıkoğlu, 2004).

Bireyin deneyimlediği yorgunluk sıklığı, süresi, arttıran ve azaltan faktörler açık bir şekilde tanımlanmalı, günlük yaşam aktiviteleri hasta birey ile birlikte ona en uygun şekilde planlanmalıdır (Kumsar ve ark., 2009). Düzenli yatak istirahati, sık sık dinlenme, ölçülü kuvvet egzersizleri, stres ve zaman yönetimi, öncelik belirleme, yapılacak aktivitelerin mantıklı şekilde planlanması, iş kolaylığı sağlayan önlemlerin alınması, soğuk duş veya banyo, sıcak havada klimanın çalıştırılması çoğu zaman etkili olan ilk adımlardır.

2.10. MS ve Depresyon

Hastalık hasta için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Fiziksel (bedensel) hastalığın özellikleri, şiddeti, süresi, hastalık hakkındaki bilgisi hastalığa ait tepkilerin ortaya çıkışında önemli rol oynar. Hastanın bireysel özellikleri, hastalıkla ilgili geçmiş deneyimleri, hastalık ve sağlık bakım sistemi hakkında inançları, daha önceki zorlanmalara verdiği psikolojik cevaplar ve kullandığı çözüm yolları da o sırada verdiği emosyonel tepkiyi etkiler (Kocaman, 2008).

Hastalık kişinin dengesini sarsar, yeni bir uyum gerektirir. Bu durum kişinin gelecek planlarına günlük yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara neden olur. Bu sorunlar hastalığa uyum çabalarından klinik düzeyde ruhsal bozukluklara dek değişebilir (Mete, 2008). Bedensel hastalıklar; tuttuğu alanlar, etkilediği işlevlerle ziyaret ettiği kişiyle geçirdiği zaman boyunca onun fiziksel ve ruhsal gücünü azaltarak bireyi uzun süre tehdit edebilir. Süreç boyunca bu istenmedik ziyaretçiyi ağırlamak zorunda kalan birey, ziyaretçinin yol açtığı kayıp, hayal kırıklığı, gelecek endişesi, bağımsızlık ve yeterlilik kaybı korkuları ile baş başa kalabilir. Süreğenleştikçe bireyin yaşamının hemen her alanını etkiler, ortaya çıkardığı komplikasyonlar yoluyla ciddi baş etme sorunları doğurur, umut ve beklentiler azalır (Oğuzhanoglu, 2001).

Yapılan araştırmalar MS hastalarında hastaların yaşam kaliteleri ve mental sağlıklarını etkileyen sekiz temel faktörü ortaya koymuştur. Bunlar;

- Yalnızlık
- Arkadaşlık
- Yorgunluk
- Kronik ağrının şiddeti
- Semptomların süresi
- Stres dolu yaşam
- Hastanın kendisince fark edilen kognitif eksiklikler
- Klinik olarak tespit edilen kognitif bozukluklardır.

MS tanısı konulduğunda karşılaşılan ilk tepki çoğu ciddi hastalıkta da olduğu gibi inkardır. Bu dönemi izolasyon, sinirlilik, hastalıkla ilgili çeşitli pazarlıklara girme, depresyon ve son olarak kabullenme izler (Özgül ve Alaca, 2000).

Genel tıpta depresyon en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Epidemiyolojik ve klinik araştırmalar ayaktan izlenen hastaların %12-36'sı ile yatarak tedavi gören hastaların %20-58'nde depresif belirtilerin geliştiğini göstermektedir. Bu hastaların %25'inde depresyon fiziksel hastalık öncesi ortaya çıkmakta iken, %75'inde fiziksel hastalıklardan sonra hastalığa ve etkilerine reaksiyon biçiminde gelişmektedir (Özkan, 1993).

Depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Kelleci, 2007). Depresyon sık görülen, uzun süreli atakları olan, yüksek süregenleşme, depreşme ve yineleme oranları gösteren, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti kaybına neden olan son derece yıkıcı bir bozukluktur. Depresyonun neden olduğu yeti kaybı sosyal ve mesleki alanlarda olabilir ve kişinin aile düzeni ile ekonomik durumuna ciddi olumsuz etkiler yapabilir (Akkaya, 2005). Depresyona bağlı yeti yitiminin giderek arttığı ve 2020’de depresyonun en çok yeti yitimine neden olan ikinci hastalık olacağı öngörülmektedir (Çakır, 2009).

Tıbbi hastalıklar ve depresyon birlikteliği düşük gelirli, eğitime ulaşımı sınırlı, sosyal güvencesinde sorunlar olan, işsiz, boşanmış, zor sosyoekonomik koşullarda yaşayan insanlarda sıktır (Boztaş ve Arısoy, 2010). Tıbbi bir hastalık ve depresyonun bir arada bulunması şu yollarla olur (Çakır, 2009);

- a) Tıbbi durum depresyonun biyolojik nedenidir.
- b) Tıbbi durum depresyonun psikolojik nedenidir.
- c) Depresyon herhangi bir tedavinin sonucu gelişmiştir.

Bedensel hastalığı olanlar bireylerde depresyon her hasta için değişik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Özellikle hastalık ve onun yarattığı gerçek ya da potansiyel sonuçlardan bireyin psikolojik olarak etkilenmesi depresyona neden olan en önemli faktörlerden birisidir (Kelleci, 2007). Bununla birlikte tedavi ekibi ile ilişkilerde yaşanan güçlükler, uygulanan tedavilerin sık sık değişmesi, tedaviden olumlu sonuç alınamaması gibi bir çok sorun da bireyin ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyerek depresif belirtilerin görülmesine neden olabilmektedir (Kelleci ve Doğan, 2001).

MS de hastaların sadece fiziksel sağlığı değil ruhsal sağlığı ve yaşam kalitesi ile de yakından ilişkilidir. MS’li bireylerin yaklaşık beşte dördünde başta anksiyete ve depresyon olmak üzere en az bir ruhsal belirti görülmektedir (Uğuz ve ark., 2008). Genel olarak MS olgularında depresyonun yaşam boyu prevalansı %27-54 kadar verilmektedir. Depresyon, MS olgularında aynı düzeyde yeti kaybına yol açan diğer

süregen hastalıklara göre daha yüksek orandadır. MS olgularında genel olarak depresyon oranı %15-54 kadar verilmektedir. Bu oranın üst sınırı genel toplumdakinin 3,5 katıdır (Yüksel, 2002).

Bir çalışmada MS hastalarının % 35,5'inde Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanlarına göre belirgin depresyon bulunmuştur. Bu oranlar genel popülasyonda bulunan oranlardan oldukça yüksektir. Bu da MS'li hastalarda depresif belirtilerin sık ve şiddetli olduğunu göstermektedir (Kaya ve ark., 2003).

MS'de depresyon yaygınlığını araştıran geniş bir hasta kitlesine ulaşılabilmiş bir çalışma bulunmaktadır. Chwaastiak ve ark. (2002) Washington eyalati ABD'de King County MS topluluğunun üyelerini taramışlardır. Çalışmaya katılanların%41'inin depresyonda olduğu bulunmuş ve orta-ileri derecede depresyonu olan bireylerin oranı %29 olarak saptanmıştır.

MS'te depresyonun etyolojisi bilinmemektedir. Psikososyal, nörobiyolojik ve hastalıkla ilişkili faktörlerin bir kombinasyonu olduğu düşünülmektedir (Soyuer ve ark., 2010). MS'de psikiyatrik bozuklukların patogenezi de net değildir. Depresyonun doğrudan hastalığın sonucu olduğu düşünülmektedir; dolayısıyla bu bozukluklar beynin belirli alanlarındaki demylenizan lezyonlardan kaynaklanmaktadır. Psikiyatrik komorbiditenin hastalığa uyumsuz reaksiyonun sonucu olduğu da düşünülmektedir. MS tanısı konulan birey yetersizlik ve sosyal hayatındaki düzeninde bozulmayla karşı karşıya kalır, sosyal, psikolojik ve fiziksel değişiklikler sonucunda da duygu durum bozuklukları için yüksek risk altında kalmış olur (Brajkovic ve ark., 2009). MS ve depresyon arasındaki güçlü ilişkiyi açıklamak için birçok model önerilmiştir. Ulusal MS Derneği tarafından belirtilen, uzmanlar tarafından ortak görüş bildirilen en son ifade; patogenezin psikolojik, sosyal, nörobiyolojik, immünolojik ve genetik faktörleri içeren ,büyük olasılıkla, multifaktöriyel olduğudur (Gold ve Irwin, 2009). MS'te depresyonun etyolojisi bilinmemektedir. Psikososyal, nörobiyolojik ve hastalıkla ilişkili faktörlerin bir kombinasyonu olduğu düşünülmektedir (Soyuer ve ark., 2010). MS'te psikiyatrik bozuklukların patogenezi de net değildir. Depresyon doğrudan hastalığın sonucu olduğu düşünülmektedir; dolayısıyla bu bozukluklar beynin belirli alanlarındaki demylenizan lezyonlardan kaynaklanmaktadır. Psikiyatrik komorbiditenin hastalığa uyumsuz reaksiyonun sonucu olduğu da düşünülmektedir. MS tanısı konulan birey yetersizlik ve

sosyal hayatındaki düzeninde bozulmayla karşı karşıya kalır, sosyal, psikolojik ve fiziksel değişiklikler sonucunda da duygu durum bozuklukları için yüksek risk altında kalmış olur (Brajkovic ve ark., 2009).

Depresif bireylerde olumsuz ve kötümser bilişsel şemaların hastalık anılarını taze tuttuğu, kişinin sağlık durumunu olumsuz olarak algılamasına zemin hazırladığı ve böylece kişinin hoş olmayan bedensel yaşantılara daha duyarlı olduğu dile getirilmiştir (Güleç ve ark., 2005). Bu durum tıbbi hastalığın gidişini daha da kötüleştirmekte meslek, aile ve sosyal ilişkilerde yetersizliklere yol açmakta, yaşam kalitesini bozmaktadır (Oğuzhanoğlu, 2001).

Ruhsal durumdaki değişiklikler hastalığın seyrini etkilemekte ve hastaların, hastalığı yaşama biçimlerinde önemli bir rol oynamaktadır (Rickards, 2006). Herhangi bir tıbbi hastalığı olup majör depresyonun eşlik ettiği hastaların, tıbbi hastalığın tedavisine daha az uyum gösterdiği, daha uzun süre hastane yatışları olduğu, sağlık kurumlarına başvurularının yüksek ve rehabilitasyon tedavilerden daha az yarar gördükleri ve bu hastalarda morbidite ve yeti yitiminin artmış olduğu saptanmıştır (Çakır, 2009).

Depresyonun genel tıpta bu kadar yaygın olmasına karşın tanınma ve tedavi edilme oranı düşüktür (Çakır, 2009). Majör depresyonu tıbbi hastalığı olan grupta değerlendirmek oldukça güçtür. Çünkü ilk olarak hasta olmak, çalışmamak, işlev kaybı, sosyal rollerde bir değişim yapar ve bu yas sürecine benzer sorunlar ortaya koyar. Bu durumdaki bulgular depresyondaki bulgulara çok benzer (Boztaş ve Arısoy, 2010).

2.10.1. MS’de Depresyonun Tedavisi

İlaç tedavisi; Antidepresan ilaçlar depresyonun tedavisinde tercih edilen ilaç grubudur. Depresif bozukluğun tedavisinde amaç, depresyon belirtilerinin tam olarak yatışmasını sağlamanın yanı sıra toplumsal ve iş yaşamındaki işlevselliğin yeniden kazandırılmasını sağlamaktır. Hastanın tedaviye uyumunun sağlamada tedavi öncesi vurgulanması gereken bazı konular vardır. Bunlar;

- İlacın ne zaman ve ne sıklıkta alınacağı,
- İlacın yararlı etkilerinin görülebilmesi için belli bir sürenin (2-4 hafta gibi) geçmesi gerektiği

- İlacın neden olabileceği yan etkiler,
- Kendisini iyi hissettikten sonra bile bir süre ilaç alması gerekeceği,
- İlacın kendi başına bırakılmaması gerektiğidir (Köroğlu, 2009).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kronik hastalıkta görülen depresyonda sık kullanılmaktadır. Avantajları yan etkilerinin genellikle ilk bir hafta ile sınırlı oluşu, daha sık görülen yan etkilerinin baş ağrısı, gerginlik gibi yaşamsal risk oluşturmayan yan etkiler oluşu, ilaç etkileşimlerinin daha düşük olması ve depresyonda etkin bir ilaç grubu olmalarıdır (Mete, 2008).

Psikoterapiler; Hastanın durumuna göre uygun terapi yöntemi seçilebilir. Depresyonla ilgili başlıca düşünce biçimleri, olumsuz benlik algısı, karamsarlık, yetersizlik, olumsuzluğa eğilim ve bilişsel çarpıtmalar gibi olumsuz düşünce biçimleridir (Köroğlu, 2009). Bu amaçla kısa, soruna odaklı psikoterapi, bilişsel davranışçı terapiler ve grup terapileri uygulanmaktadır.

Psikoterapinin amaçları hastanın düşük benlik saygısını artırmak, hastalıkla ilgili yanlış anlamaları düzeltmek, hastalığın neden olduğu kısıtlamaları hastanın kabul etmesine yardımcı olmak, hastanın izolasyonunu azaltmak, hastanın kayıp ve hastalıklı olma duygularıyla baş etmesinde onun yanında olmak, kaygı ve korkuların hasta tarafından ifade edilmesini yüreklendirmektir (Sertöz ve Mete, 2004).

2.11. MS ve Hemşirelik Bakımı

MS' te hemşirelik bakımının amacı, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilecek semptomların kontrol edilmesi, azaltılması ya da ortaya çıkması durumunda baş etmeyi sağlamaktır.

Hemşireler MS hastalarının bilişsel, ruhsal ve fiziksel iyilik halinin devamından sorumlu olup, atak sayısının ve şiddetinin azaltılması, ikincil sorunların önlenmesi ve hastalıkla baş etme yöntemleri konusunda hastalara bilgi, eğitim ve danışmalık vererek yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlayabilmede etkin rol oynayabilirler (Akkuş ve Kapucu, 2006).

2.11.1. MS Yorgunluğuna Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Hastanın yorgunluğu ile baş edebilmesi konusunda hemşirenin rolleri şunları içermektedir (Akkuş ve Kapucu, 2006; Kumsar ve ark., 2009);

- Bireyin deneyimlediği yorgunluğun sıklığı, süresi, yorgunluğu artıran ve azaltan faktörler açık bir şekilde tanımlanmalıdır.
- Günlük yaşam aktiviteleri hasta birey ile birlikte onun için en uygun şekilde planlanmalıdır.
- Planlanan gelişimlerin etkinliği belirli bir sıklıkta değerlendirilmeli ve ulaşılamamış hedefler yeniden gözden geçirilmelidir.
- Hastalara egzersizin önemi anlatılmalı, düzenli egzersiz yapmaları ve yeterince dinlenmeleri önerilmelidir.
- Egzersizin sıklığı, süresi ve yoğunluğu kişi ile ve diğer sağlık ekibi üyeleriyle belirlenmelidir.
- Yorgunluk yönetimi ile ilgili eğitim programları düzenlenmeli ve hemşire bu eğitimlerin etkinliğini değerlendirmelidir.
- Hemşire hastayı önceliklerini sıraya koyarak iş planı yapması, yaşamını organize ederek enerjisini kullanması konusunda bilgilendirerek hastayı yorgunluk yönetimi konusunda motive etmelidir.
- Hemşire hastaların sosyal destek sistemlerini, baş etme mekanizmalarını değerlendirmelidir.
- Yorgunluğa neden olabilecek uyku alışkanlığında değişiklik, beslenme yetersizliği, depresyon gibi durumlar açısından hasta değerlendirilmelidir.
- Hastalara soğuk içecekler içmesi, vücudu serin tutan pamuklu giysiler tercih etmesi, vücut ısısını düşürücü buz paketleri uygulaması önerilebilir. Çünkü ısı yorgunluğu artıran bir faktördür.
- Hastalara günün sıcak saatlerinde dışarı çıkmaması, çok sıcak banyo yapmaması, kaplıcalara gitmemesi gerektiği hatırlatılmalıdır.
- Hastaların yeterli ve düzenli uyumaları sağlanmalıdır.

2.11.2. MS' te Görülen Depresyona Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Depresyona yönelik hemşirenin rolleri şunlardır;

- Öncelikle hastalar hastalıkları konusunda yeterince bilgilendirilmelidirler. Hastalara yeterli bilgilendirmenin yapılmaması hastaların hastalıklarını değerlendirmesinde boşluklar yaratmaktadır. Bu durum her hastanın bu boşluğu kendi algı sistemine göre doldurmasına ve olumsuz olan tepki ve davranışlar geliştirmesine neden olabilmektedir (Özkan, 1990).

- Hemşire hastalardaki depresyona yönelik belirtilerin varlığını araştırmalıdır. Hastalarda gözlemlenebilecek depresyona yönelik belirtiler şunlardır;

- Mutsuzluk, hüznün, keder, ağlama,
- Zevk alamama, ilgisizlik ve isteksizlik,
- Değersizlik duyguları, suçluluk düşünceleri, hastalığı kendisine bir ceza

gibi algılama, başarısızlık düşünceleri,

- Dikkatini toplayamama, kararsızlık,
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon,
- Uyku sorunları (uykuya dalmada güçlükler, sık sık veya erken uyanma,

dinlenmemiş uyanma, fazla uyuma gibi)

- İştah sorunları (iştahsızlık/aşırı yeme, kilo kaybı gibi)
- Tekrarlayıcı ölüm, intihar düşünceleri

- Hemşire hastaki depresyon belirtilerini iyi ayırt edebilmelidir. Çünkü bedensel hastalıklarda depresyonun tanınmasını engelleyen bazı durumlar da söz konusudur. Hastalarda depresyon tanınmasını engelleyen durumlar;

- Bedensel sorun gibi sunma,
- Hastalık belirtilerinden ayırt edememe,
- Normalleştirme,
- Görmezden gelmedir (Mete, 2008).

- Hastalarda depresyona neden olan faktörlerden biri hastanın hastalığından dolayı yaşadığı kızgınlık/elem duygularını dışa yansıtamamasıdır. Bu nedenle bu hastalarla ilişkide başlangıçta kızgınlık, tepki ve duygularını serbestçe ifade edebilmeleri sağlanmalıdır (Özkan, 1990).

- Hemşire hastanın duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi için uygun ortamı sağlamalı ve hasta ile ilişkilerinde terapötik iletişim tekniklerini kullanmalıdır.

- Hemşire sorularını birey için önemli olacak konular üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olacak şekilde düzenler. Hemşire, hastanın anlattığı sözlerin

ardında yatan duyguyu anlamaya çalışır ve hastaya anladığını yansıtarak onu doğru anlayıp anlamadığını kontrol eder. Bu hastanın sorunlarıyla ilgili temel konularda konuşmasını ve iletişimin amaçlı bir şekilde sürdürülmesini sağlar (Özcan, 2006).

- Hastalar, bireysel güçlerini ön plana çıkartması için cesaretlendirilmelidir. Bireyin hastalanmadan önceki davranış biçimi, iletişim özellikleri ve kişilik özellikleri konusunda bilgi edinilmelidir. Hastaların destek kaynaklarının farkına varması, olumlu düşünme ve sorun çözme yöntemlerinin öğretilmesi yararlı olacaktır (Kelleci, 2007).

- Hastalarda umudun sürdürülmesi ve geliştirilmesi sağlanmalıdır. Hemşire hastaya mümkün olabilen ve olamayanları ayırt etme konusunda yardımcı olur. Hastanın gelecek konusundaki pozitif beklentilerini arttırmak için hemşire, hastanın düşüncelerini çözümlenebilecek sorunlara doğru yönlendirir. Hemşire, ümitsizliğe neden olan faktörleri, ümitsizlik düzeyini, kullanılan ve kullanılacak olan baş etme mekanizmalarını belirlemelidir (Öz, 2004).

- Hastanın ailesi de bakım planına dahil edilmelidir. Ailenin de öğrenmek istediği konularda bilgi gereksinimleri giderilmeli, ailelere ihtiyaç duydukları konularda destek ve yardım sağlanmalıdır. Aileler hastalarına etkin ve doğru desteği sağlamaları konusunda bilgilendirilmeli ve cesaretlendirilmelidir.

- Hastaların varsa antidepresan tedavilerini etkili bir şekilde almaları sağlanmalı, hastalar ilaçların yan etkileri yönünden gözlenmelidir.

Ayrıca bedensel hastalıklara eşlik eden depresyonun erken fark edilebilmesi ve komplikasyonların önlenmesi için ruh sağlığı hemşireleri, klinik hemşirelerine yönelik eğitim programları düzenlemelidirler. Kelleci ve Doğan (2001) bedensel hastalıkla birlikte depresyonu olan hastalara hemşirelik yaklaşımlarını inceledikleri çalışmalarında hemşirelerin %57,5'inin hastaların yaşadığı depresif duygu durumun farkında olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Aynı çalışmada hemşirelerin hasta odalarına gitme gerekçelerine bakıldığında hemşirelerin tamamının ilaç uygulamaları, vital bulguların alınması gibi teknik beceriler için hasta yanında buldukları bildirilmektedir. Bu durum hemşirelerin hasta bakımını biyopsikososyal boyutuyla ele almadıklarını/alamadıklarını göstermektedir. Ruh sağlığı hemşireleri genel tıp alanında çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara ilişkin farkındalıklarını arttırmada etkin rol oynayabilirler.

3. MATERYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırmada, Multipl Skleroz hastalarında görülen yorgunluğun depresyon ile ilişkisini belirlemek amaçlanmış ve araştırma kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Polikliniği'ne kayıtlı Multipl Skleroz hastalarıyla 01.01.2011-01.03.2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Polikliniği'ne kayıtlı Multipl Skleroz hastaları oluşturmuştur. Hastalar kayıtlardan basit rastgele seçilmiş araştırmanın yapıldığı 01.01.2011-01.03.2011 tarihleri arasında, araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü, MS tanısı almış, 18 yaş ve üzerindeki, soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve organik engeli olmayan araştırmadan dışlanmasını gerektirecek bir nedeni olmayan hastalar çalışmaya alınmıştır. Hedeflenen gönüllü sayısı literatürde yer alan çalışmalardaki korelasyon katsayıları dikkate alınarak Win Episcopy 2,0 programıyla hesaplanmıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda korelasyon katsayısı %40-60 arasında değişmektedir. Bu bilgiler göz önüne alındığında, korelasyon katsayısı %40-60 arasında değiştiğinde, araştırma %95 güven sınırı ve %80 test gücü ile yapıldığında, hedeflenen 100 hasta sayı olarak çalışmamız için yeterli öngörülmüştür.

Araştırmaya katılma kriterleri;

- MS tanısı almış olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- gönüllü olmak
- soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve organik engeli olmamak

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

MS hastalarındaki depresyon düzeyi araştırmanın bağımlı değişkenidir. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise,

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Aile yapısı
- Çocuk sayısı
- Öğrenim durumu
- Çalışma durumu
- Meslek
- Gelir seviyesi
- Hastalığın süresi
- Hastalığın başlangıç yaşı
- Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS)
- Genişletilmiş Özürülük Durum Ölçeği (EDSS) oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Kişisel Bilgi Formu, literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan 12 sorudan oluşan bir anket formudur. Form şu soruları içermektedir,

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Aile yapısı
- Çocuk sayısı
- Öğrenim durumu
- Çalışma durumu
- Meslek
- Gelir seviyesi
- Hastalığın süresi

- Hastalığın başlangıç yaşı

3.5.2.Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS) (Ek 2)

FSS, Multipl Skleroz ve Sistemik Lupus Eritematozus hastalarında yorgunluğu değerlendirmek için bir araç olarak 1980'lerin sonlarında Lauren B. Krupps ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek yorgunluk şiddetini 9 soru ile değerlendirir. Her bir sorunun 1 (hiç katılmıyorum)-7 (tamamıyla katılıyorum) arasında skorlandığı Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan ise 63'tür. FSS skoru dokuz bölümün ortalama değeridir. Yüksek skor artmış yorgunluk şiddetini gösterir (Krupp, 1989). FSS skoru<4 olan hastalar “yorgun değil” ve FSS skoru≥4 olan hastalar “yorgun” olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ise 2007 yılında Armutlu ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Türkçe versiyonu da geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Armutlu ve ark, 2007). Ölçeğin bu araştırmadaki alfa güvenilirlik katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek 3)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) depresyonda görülen, vejetatif, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçen bir ölçektir. (Arkar ve Şafak, 2004). BDÖ, 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü ifade eden cümlelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir.

1961 yılında İngilizce olarak geliştirilen BDÖ, birçok dile çevrilmiş ve yüksek düzeylerde kültürler arası güvenilirlik ve geçerlilik göstermiştir. Ülkemizde de, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Hisli (1988; 1989), Tegin (1987), Aydın ve Demir (1989) tarafından çalışılan BDÖ, çeşitli araştırmalarda ve klinik uygulamalarda kullanılmıştır (Arkar ve Şafak, 2004). Ölçeğin bu araştırmadaki alfa güvenilirlik katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği (EDSS)

EDSS, MS hastalarının değerlendirilmesinde en yaygın biçimde kullanılan ve iyi tanımlanmış bir ölçektir. 0.5 aralıklı 20 basamaktan oluşan bu ölçekte, basamaklardan 0, normal nörolojik bakıyı; 10, MS'e bağlı ölüme ifade eder. EDSS'de puanlar, MS'te kötüleşmeye karşılık gelecek biçimde artar (Özakbaş, 2008).

3.6. Verilerin Toplanması

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Polikliniği'ne kayıtlı MS hastaları araştırmanın yapılmasının planlandığı tarihler arasında kayıtlarda bulunan telefon numaralarından aranmıştır. Hastalar kayıtlardan basit rastgele seçilmişlerdir. Aranan hastalar araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun iseler araştırma kapsamına alınmış ve öncelikle hastalara araştırma ve amacı hakkında bilgi verilerek sözel olarak onamları alındıktan sonra görüşmeye devam edilmiştir. Hastalara sırasıyla Kişisel Bilgi Formu, FSS ve BDÖ okunmuş ve hastaların verdikleri cevaplar kayıt edilmiştir. Hastaların tamamının verileri telefon görüşmesiyle elde edilmiştir. Hastaların Nöroloji uzmanları tarafından değerlendirilmiş olan EDSS puanları ise kayıtlardaki bilgilerden elde edilmiştir. Her bir hasta ile görüşme yaklaşık 15-30 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda 15,00 SPSS paket programında değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için Chi-Square Tests, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis testleri uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testlerin uygulanışları aşağıda gösterilmiştir.

- Hastaların tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ile yorgunluk şiddet ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için;
 - Hastaların cinsiyeti, aile yapısı, çalışma durumu ile yorgunluk şiddet ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Mann-Whitney U analizi,
 - Hastaların yaşı ile FSS arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi,

- Hastaların medeni durumları, çocuk sayıları, öğrenim durumları, meslekleri, gelir seviyeleri, hastalığının süresi ve hastalığının başlangıç yaşı ile yorgunluk şiddet ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Kruskall-Wallis analizi kullanılmıştır.
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ile Beck depresyon ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için;
 - Hastaların cinsiyeti, aile yapısı, çalışma durumu ile Beck depresyon ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Mann-Whitney U analizi,
 - Hastaların yaşı, medeni durumları, çocuk sayıları, öğrenim durumları, meslekleri, gelir seviyeleri, hastalığının süresi ve hastalığının başlangıç yaşı ile Beck depresyon ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Kruskall- Wallis analizi kullanılmıştır.
- Yorgunluk şiddet ölçeği ile Beck depresyon ölçeği arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

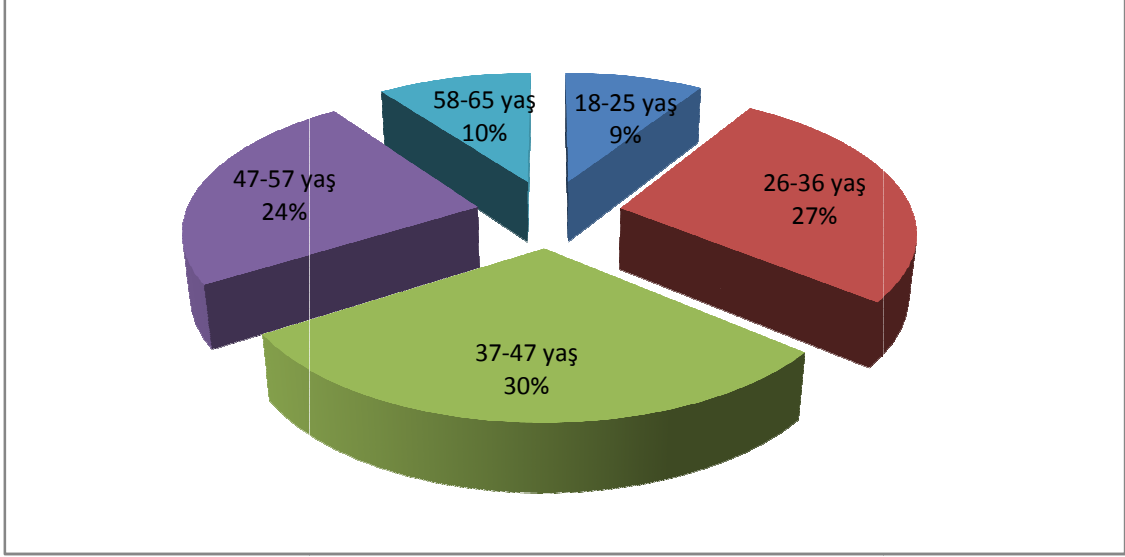
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma yapılmadan önce araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'una sunularak araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı alınmıştır (Ek 5). Ayrıca OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Anabilimdalı Başkanlığı'ndan gerekli kurum izni alınmıştır (Ek 6).

Araştırmada gönüllülük ilkesi ön planda tutulmuş, gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalar araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Hastalara gerekli açıklamalar yapılarak “bilgilendirilmiş onam” koşulu da etik ilke olarak yerine getirilmiştir.

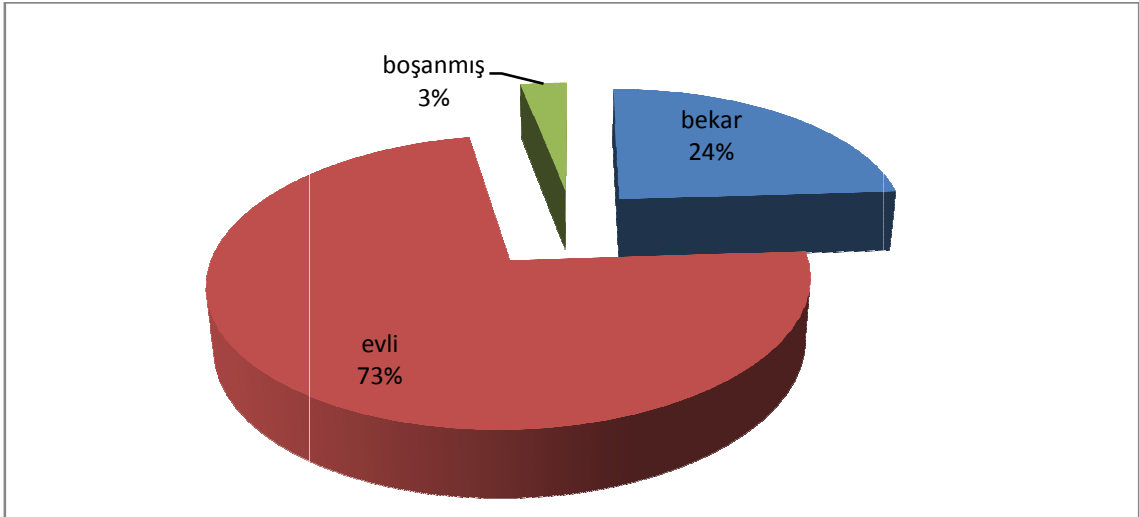
4. BULGULAR

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri



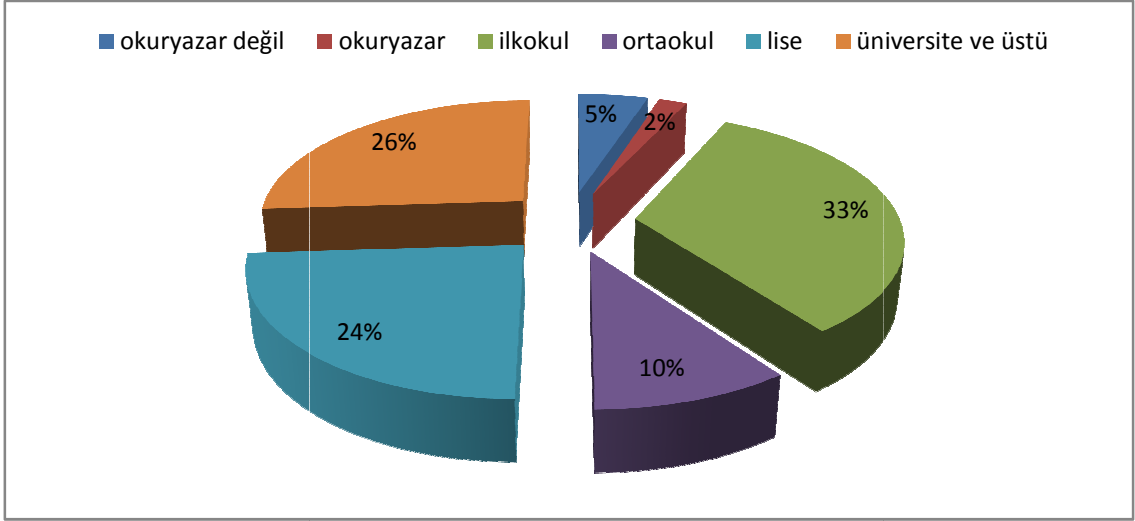
Şekil 8. Hastaların yaş aralığı

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamaları $41,01 \pm 11,91$ olup en düşük yaş 18 ve en yüksek yaş 65'dir (Şekil 8). Hastaların %77'sini kadınlar ve %23'ünü erkekler oluşturmaktadır.

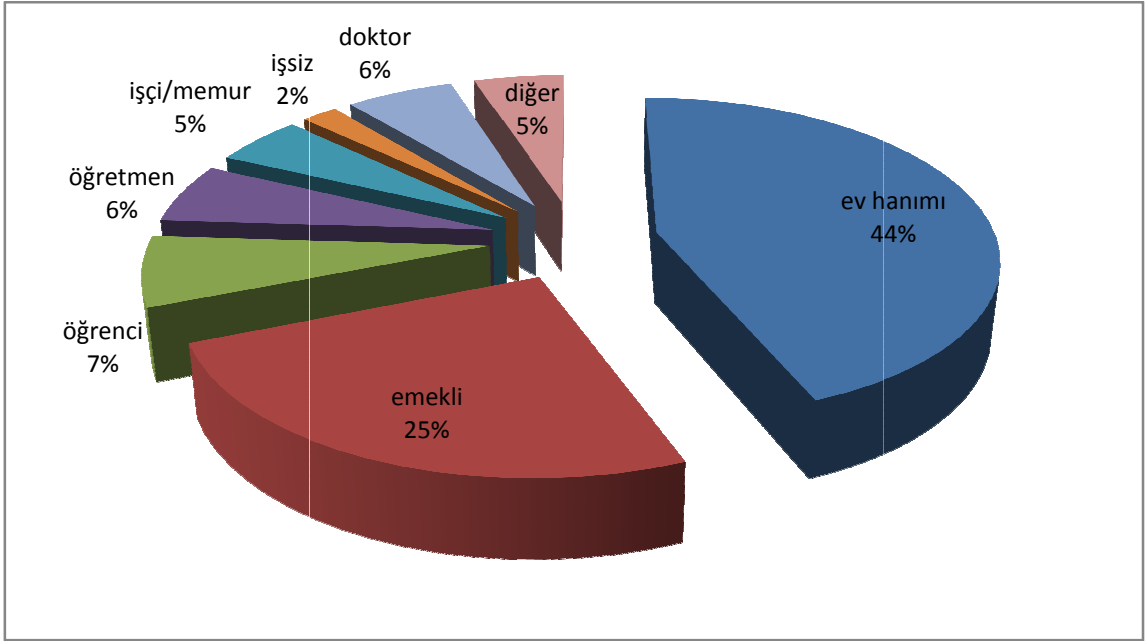


Şekil 9. Hastaların medeni hali

Hastaların %91'i çekirdek aile yapısına sahip iken geri kalan %9'luk kısmı ise geniş bir ailede yaşamaktadır. Hastaların %73'ü evlidir (Şekil 9) ve evli olanların %34'ü iki çocuk sahibidir. Ailelerin en az 1 (%18) ve en fazla 7 (%1) çocukları vardır.

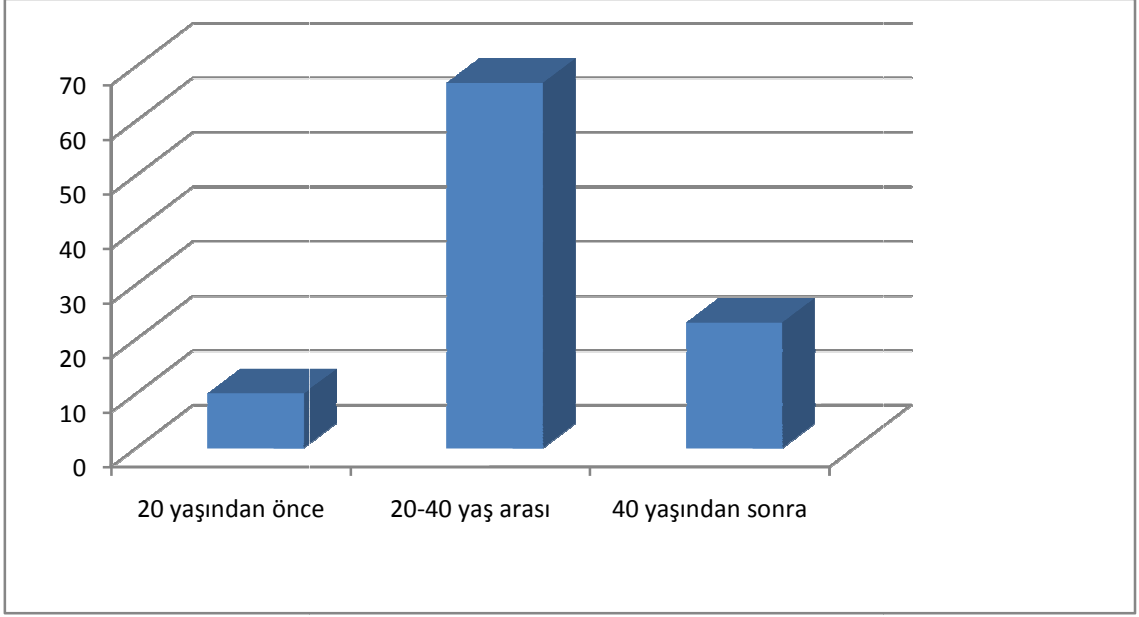


Şekil 10. Hastaların öğrenim durumları



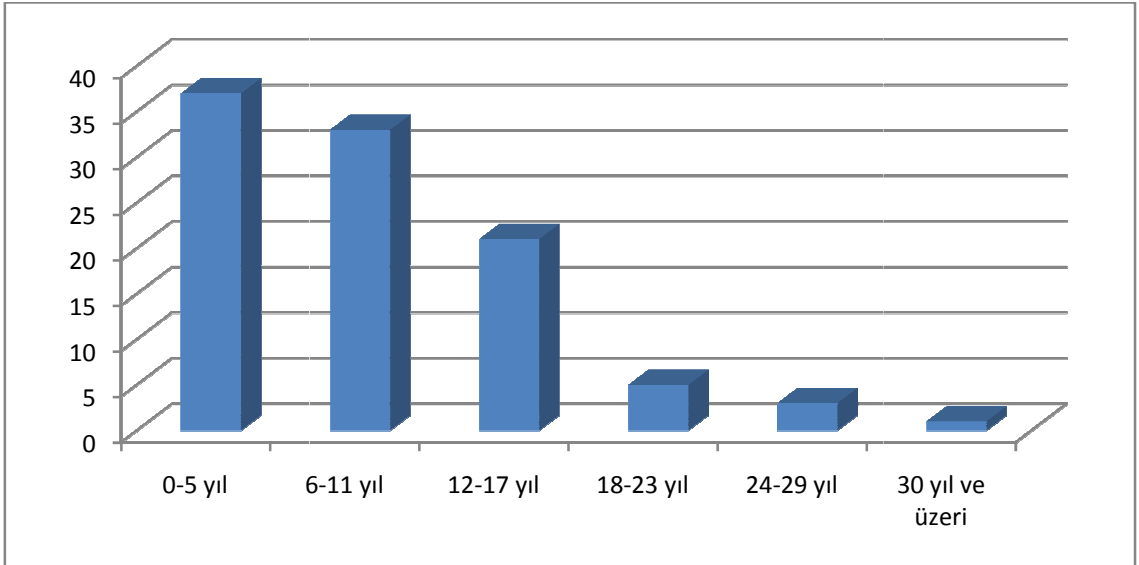
Şekil 11. Hastaların meslek gruplarına göre dağılımları

Hastaların %68'i gelir seviyelerini orta düzey olarak değerlendirirken %10'u kötü ve %22'si ise iyi bir gelir seviyesine sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların sadece %5'lik bir kısmı okuryazar değil iken %26'sı üniversite ve üzerinde eğitim görmüşlerdir (Şekil 10). Hastaların %83'ü çalışmamaktadır. Hastaların meslek grupları değerlendirildiğinde %25'inin emekli, %43'ünün ev hanımı olduğu görülmektedir (Şekil 11).



Şekil 12. Hastalığın başlangıç yaşı

Hastalarda hastalığın başlangıç yaşı 20-40 yaş aralığında daha fazla dağılım gösterirken (%67), hastalığın 20 yaşından önce ve 40 yaşından sonra başlangıç gösterdiği hastalar da bulunmaktadır (Şekil 12).



Şekil 13. Hastaların hastalık süreleri

Hastaların, hastalık süresi ortalamaları $8,97 \pm 6,42$ yıl olup hastalık süresi en az 6 ay, en fazla ise 30 yıl ve üzerinde olarak değişmektedir (Şekil 13).

4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS) Üzerine

Etkisi

Hastalar, Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS) skorları en az 1,10 ve en fazla 6,80 olmak üzere ortalama $4,12 \pm 1,59$ 'dir. FSS skoru <4 olan hastalar “yorgun değil” ve FSS skoru ≥ 4 olan hastalar “yorgun” olarak değerlendirilmektedir. Hastaların FSS ölçeği skorları değerlendirildiğinde % 54’inin yorgun olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo3. Hastaların FSS skorlarının değerlendirilmesi

FSS Değerlendirmesi	Sayı	%
Yorgun	54	54,0
Yorgun olmayanlar	46	46,0
Toplam	100	100,0

Kadınların %50,6’sının ve erkeklerin %65,2’sinin yorgun olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Hastaların FSS puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Kadın ve erkeklerin FSS puanlarının değerlendirilmesi

Cinsiyet	FSS				Toplam	
	Yorgun (n=54)		Yorgun Olmayanlar (n=46)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	39	50,60	38	49,40	77	100
Erkek	15	65,20	8	34,80	23	100

Hastaların 73'ü evlidir ve evli olanların 42'sinin (%57,5) yorgun olduğu saptanmıştır. Boşanmış olanların ise tamamın (%100) yorgun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 5).

Hastaların 91'i çekirdek aile yapısına sahip iken 9'u geniş bir ailede yaşamaktadır ve geniş ailede yaşayanların %88,9'un yorgun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 5).

Hastaların mesleklerine göre FSS puan değerlendirmelerine bakıldığında ev hanımlarının %61,4' ve emekli olanların da %52'sinin yorgun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 5).

Hastaların mesleklerine göre FSS puan değerlendirmelerine bakıldığında okur-yazar olmayan ya da sadece okur-yazar olan hastaların tamamının (%100) yorgun olduğu, niversite ve üstünde öğrenim görmüş hastaların ise %61,5'inin yorgun olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre FSS puanlarının değerlendirilmesi

	Yorgun		Yorgun olmayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Medeni hal						
Bekar	9	37,5	15	62,5	24	100
Evli	42	57,5	31	42,5	73	100
Boşanmış	3	100	-	-	3	100
Aile yapısı						
Çekirdek	46	50,5	45	49,5	91	100
Geniş	8	88,9	1	11,1	9	100
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	5	29,4	12	70,6	17	100
Çalışmıyor	49	59,0	34	41,0	83	100
Meslek						
Ev hanımı	27	61,4	17	38,6	44	100
Emekli	13	52,0	12	48,0	25	100
Öğrenci	4	57,1	3	42,9	7	100
Öğretmen	2	33,3	4	66,7	6	100
İşçi/memur	3	60,0	2	40,0	5	100
İşsiz	2	100	-	-	2	100
Doktor	3	50,0	3	50,0	6	100
Diğer	-	-	5	100	5	100
Öğrenim durumu						
Okur-yazar değil	5	100	-	-	5	100
Okur-yazar	2	100	-	-	2	100
İlkokul	19	57,6	14	42,4	33	100
Ortaokul	6	60,0	4	40,0	10	100
Lise	12	50,0	12	50,0	24	100
Üniversite ve üstü	10	38,5	16	61,5	26	100

Hastaların yaşları ile FSS puanları değerlendirildiğinde 37-47 yaş grubundaki hastaların %63,3'ünün, 47-57 yaş grubundakilerin ise %62,5'inin yorgun olduğu saptanmıştır. 26-36 yaş grubunda ise hastaların %66,6'sının yorgun olmadığı saptanmıştır.

Hastaların yaşları ile FSS puanları arasındaki ilişki spearman korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde ve orta derecede önemli bir ilişkidir ($r=0,276$; $p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların yaşları ve FSS puanları arasındaki ilişki

		FSS Puanı
Yaş	R	0,276
	P	0,005
	Sayı	100

Hastaların medeni halinin FSS puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 7). Ancak yorgun olan hastaların 42 'si evlidir (%57,5).

Tablo 7. Hastaların medeni halinin FSS üzerine etkisini gösteren bulgular

Medeni Hal	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Bekar	3,63	1,54	$X^2=5,553$	0,06
Evli	4,26	1,61		
Boşanmış	4,60	0,79		

Hastaların aile yapısının FSS' den aldıkları puanları etkilediği, geniş aile yapısına sahip hastaların FSS puanlarının çekirdek aile yapısına sahip hastalardan daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (U=252,000 ; p=0,05) (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların aile yapısının FSS üzerine etkisini gösteren bulgular

Aile Yapısı	FSS		Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
	Yorgun (%)	Yorgun Olmayanlar (%)				
Çekirdek	50,5	49,5	4,03	1,57	U =252,000	0,05
Geniş	88,9	11,1	5,03	1,62		

Hastaların çocuk sayıları ile FSS puanlamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların çocuk sayılarının FSS üzerine etkisini gösteren bulgular

Çocuk sayısı	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Çocuk yok	3,60	1,53	X ² =11,510	0,11
1 çocuk	3,84	1,51		
2 çocuk	4,25	1,52		
3 ve üzerinde çocuk	5,14	0,93		

Hastaların öğrenim durumları ile FSS puanlamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 10). Aynı şekilde hastaların meslekleri de FSS puanlamaları üzerinde etkili olmamıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların öğrenim durumları ve mesleklerinin FSS üzerine etkisini gösteren bulgular

	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Öğrenim Durumu				
Okur-yazar değil	5,82	0,61	$X^2=8,960$	0,11
Okur-yazar	4,90	0,70		
İlkokul	4,22	1,55		
Ortaokul	4,40	1,67		
Lise	3,99	1,76		
Üniversite ve üzeri	3,62	1,42		
Meslek				
Ev hanımı	4,30	1,58	$X^2=9,745$	0,20
Emekli	4,21	1,49		
Öğrenci	3,82	1,84		
Öğretmen	3,16	1,23		
İşçi/memur	4,54	1,63		
İşsiz	5,45	0,21		
Doktor	4,31	2,07		
Diğer	2,50	0,93		

Hastaların çalışma durumlarının FSS puanlamalarını etkilediği, çalışmakta olan hastaların FSS puanlarının çalışmayan hastalara göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (U=460,500; p<0,05) (Tablo 11).

Hastaların gelir seviyelerinin de FSS puanlamalarını etkilemekte olduğu, Benferroni düzeltmesi yapıldığında sonucun p<0,01 (0,05/test sayısı) düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,01). Buna göre gelir seviyesi iyi olan hastaların FSS puanlarının orta ve kötü gelir seviyesine sahip hastalardan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (KW=9,755; p<0,01) (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların çalışma durumlarının ve gelir seviyelerinin FSS puanlamaları üzerine etkisini gösteren bulgular

	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	3,31	1,76	U=460,500	0,02
Çalışmıyor	4,29	1,51		
Gelir Seviyesi				
İyi	3,25	1,53	KW=9,755	0,008
Orta	4,29	1,58		
Kötü	4,88	1,04		

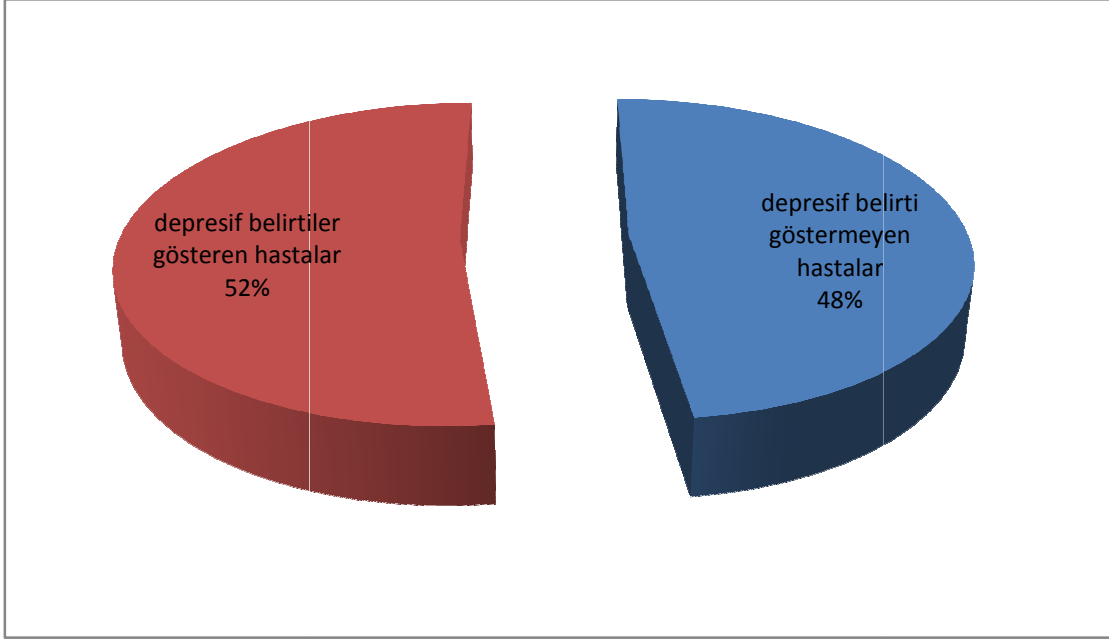
Hastaların hastalık süreleri ile FSS puanlamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 12). Hastalığın başlangıç yaşı ile FSS puanlamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Hastaların hastalıklarına ilişkin bazı özelliklerinin FSS puanlamaları üzerine etkisini gösteren bulgular

	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Hastalığın süresi				
0-5 yıl	4,02	1,55	$X^2=5,133$	0,40
6-11 yıl	3,87	1,71		
12-17 yıl	4,60	1,57		
18-23 yıl	3,90	1,27		
24-29 yıl	5,43	1,00		
30 yıl ve üzeri	4,00	-		
Hastalığın başlangıç yaşı				
20 yaşından önce	4,10	1,35	$X^2=0,585$	0,74
20-40 yaş arası	3,99	1,62		
40 yaşından sonra	4,50	1,59		

Hastaların EDSS puanlarının FSS puanlarını etkilemediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Üzerine Etkisi



Şekil 14. Hastaların BDÖ puanlarının değerlendirilmesi

Hastalar Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nden en düşük 0 ve en yüksek 62 puan olmak üzere ortalama $12,67 \pm 9,46$ puan almışlardır. Ölçekten alınan puanlar değerlendirildiğinde hastaların % 52'sinin depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır (Şekil 14).

Kadın hastaların %50,6'sında (n=39) ve erkek hastaların % 56,5'inde (n=13) depresif belirtiler olduğu saptanmıştır. Evli olan hastaların % 54,8'inin (n=40) ve bekar olan hastaların ise % 45,8'inde (n=11) depresif belirtiler olduğu saptanmıştır. Geniş bir ailede yaşayan hastalardan % 77,8'inde (n=7) depresif belirtiler olduğu saptanmıştır. Hastaların mesleklerine göre BDÖ puan değerlendirmelerine bakıldığında ev hanımlarının % 61,4'nün (n=27), emekli olanların %48'inin (n=12), öğrencilerin %42,9'unun (n=3) depresif belirtiler göstermekte olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre BDÖ puanlarının değerlendirilmesi

	Depresif belirti göstermeyen hastalar		Depresif belirtiler gösterenler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet						
Kadın	38	49,4	39	50,6	77	100
Erkek	10	43,5	13	56,5	33	100
Medeni hal						
Bekar	13	54,2	11	45,8	24	100
Evli	33	45,2	40	54,8	73	100
Boşanmış	2	66,7	1	33,3	3	100
Aile yapısı						
Çekirdek	46	50,5	45	49,5	91	100
Geniş	2	22,2	7	77,8	9	100
Meslek						
Ev hanımı	17	38,6	27	61,4	44	100
Emekli	13	52,0	12	48,0	25	100
Öğrenci	4	57,1	3	42,9	7	100
Öğretmen	5	83,3	1	16,7	6	100
İşçi/memur	4	80,0	1	20,0	5	100
İşsiz	0	0	2	100	2	100
Doktor	2	33,3	4	66,7	6	100
Diğer	3	60,0	2	40,0	5	100

Hastaların yaşları ile BDÖ puanları değerlendirildiğinde 37-47 yaş grubundaki hastaların %60'ının (18) , 47-57 yaş grubundakilerin ise %62,5'inin (15) depresif belirtiler göstermekte olduğu saptanmıştır.26-36 yaş grubunda ise hastaların %75'inin (20) depresif belirtiler göstermediği saptanmıştır.

Hastaların yaşlarının BDÖ puanlarını etkilediği, Benforroni düzeltmesi yapıldığında da sonucun $p<0,005$ (0,05/test sayısı) düzeyinde anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,005$). Hastaların yaşları değerlendirildiğinde 26-36 yaş grubundaki hastaların BDÖ puanlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (KW=17,674 ; $p=0,001$) (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların Yaşlarının BDÖ Puanlamaları Üzerine Etkisini Gösteren Bulgular

Yaş	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
18-25 yaş	14,33	11,57	KW=17,674	0,001
26-36 yaş	6,66	5,51		
37-47 yaş	15,30	11,16		
47-57 yaş	13,41	7,38		
58-65 yaş	17,70	10,41		

Hastaların cinsiyetleri ile BDÖ puanlamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 16). Hastaların medeni hali ile BDÖ puanlamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 16). Hastaların aile yapısı ile BDÖ puanlamaları değerlendirildiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Hastaların cinsiyet, medeni hali ve aile yapısının BDÖ puanlamaları üzerine etkisini gösteren bulgular

	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Cinsiyet				
Kadın	12,61	10,19	$X^2=0,245$	0,62
Erkek	12,86	7,62		
Medeni hal				
Bekar	10,87	10,34	$X^2=1,013$	0,60
Evli	13,46	9,48		
Boşanmış	7,66	4,50		
Aile yapısı				
Çekirdek	12,20	9,19	$X^2=2,633$	0,10
Geniş	17,33	13,01		

Hastaların çalışma durumları ile BDÖ puanlamaları değerlendirildiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 17).

Hastaların meslekleri ile BDÖ puanlamalarına bakıldığında da aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların çalışma durumlarının ve mesleklerinin BDÖ puanlamaları üzerine etkisini gösteren bulgular

Çalışma durumu	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Çalışıyor	9,05	8,47	$X^2=4,187$	0,06
Çalışmıyor	13,40	9,73		
Meslek				
Ev hanımı	14,93	11,01	$X^2=9,644$	0,21
Emekli	12,68	8,52		
Öğrenci	7,85	7,05		
Öğretmen	7,50	4,92		
İşçi/memur	9,20	8,19		
İşsiz	16,50	6,36		
Doktor	13,33	9,20		
Diğer	6,80	8,01		

Hastaların gelir seviyelerinin BDÖ puanlarını etkilediği, Benforroni düzeltmesi yapıldığında sonucun $p < 0,01$ ($0,05/\text{test sayısı}$) düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,01$). Buna göre gelir seviyesi iyi olan hastaların BDÖ puanların diğerlerine daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($KW=8,094$; $p=0,01$) (Tablo 18).

Tablo 18.Hastaların gelir seviyelerinin BDÖ puanlamaları üzerine etkisini gösteren bulgular

Gelir seviyesi	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
İyi	8,50	8,88	KW=8,094	0,01
Orta	13,33	9,08		
Kötü	17,30	12,31		

Hastaların öğrenim durumlarının BDÖ puanlarını etkilemediği, KW testi sonucu $p < 0,05$ olmasına rağmen Benforroni düzeltmesi yapıldığında $p < 0,003$ ($0,05/\text{test sayısı}$) düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,003$) (Tablo 19).

Tablo 19.Hastaların öğrenim durumlarının BDÖ puanlamaları üzerine etkisini gösteren bulgular

Öğrenim	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Okur-yazar değil	22,60	5,59	KW=17,407	0,004
Okur-yazar	14,00	9,89		
İlkokul	14,03	9,66		
Ortaokul	20,20	14,05		
Lise	10,20	7,34		
Üniversite ve üstü	8,30	6,88		

Hastaların hastalık süreleri ile BDÖ puanlamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 20). Aynı şekilde hastalığın başlangıç yaşı da BDÖ puanlamaları üzerinde etkili olmamıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Hastaların hastalıklarına ilişkin bazı özelliklerinin BDÖ puanlamaları üzerine etkisini gösteren bulgular

	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Hastalığın süresi				
0-5 yıl	12,70	10,73	$X^2= 5,049$	0, 41
6-11 yıl	10,18	7,66		
12-17 yıl	15,35	10,45		
18-23 yıl	13,50	9,73		
24-29 yıl	18,33	7,76		
30 yıl ve üzeri	18,00	-		
Hastalığın başlangıç yaşı				
20 yaşından önce	11,40	7,94	$X^2= 0,943$	0, 62
20-40 yaş arası	11,88	10,14		
40 yaşından sonra	15,52	8,46		

Hastaların EDSS puanlarının BDÖ puanlarını etkilemediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

4.4. Yorgunluk ve Depresyon Arasındaki İlişki

Hastaların % 54'inin (54) yorgun olduğu ve yorgun olan hastaların % 72,2'sinin (39) depresif belirtiler göstermekte olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Hastaların FSS puan değerlendirmeleri ile BDÖ puan değerlendirmelerinin karşılaştırılması

FSS	BDÖ				Toplam	
	Depresif belirti göstermeyen hastalar		Depresif belirtiler gösterenler			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yorgun	15	31,25	39	75,0	54	
Yorgun olmayanlar	33	68,75	13	25,0	46	
Toplam	48	100	52	100	100	100

Hastalarda yorgunluk ve depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde yorgunluk ve depresyon arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($r=0,573$; $p<0,001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Yorgunluk ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Değişkenler	İstatistik	r	p
FSS-BDÖ	Spearman korelasyon analizi	0,573	0,000

5. Tartışma

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular dört bölümde tartışılacaktır.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

5.2. MS Hastalarında Yorgunluk Düzeyinin ve Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Yorgunluk Düzeylerine Olan Etkisine Ait Bulguların Tartışılması

5.3. MS Hastalarında Depresyon Düzeyinin ve Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Depresyon Düzeylerine Olan Etkisine Ait Bulguların Tartışılması

5.4. MS Hastalarında Yorgunluk ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Multipl Skleroz, genç erişkinlerde görülen bir hastalıktır (Akpınar ve Akça, 2007). Bu çalışmada hastaların yaş ortalamaları $41,01 \pm 11,91$ ' dir (en düşük 18 yaş ve en yüksek 65 yaş). Bu durum çalışmaya 18-65 yaş arasındaki MS hastalarının dahil edilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

MS' in başlangıcı çoğu hastada 20 ile 40 yaşlar arasındadır (Boz ve Terzi, 2010). Bu çalışmada hastaların %67'sinde hastalık 20-40 yaş arasında, %10'unda 20 yaşından önce ve %23'ünde ise 40 yaşından sonra ortaya çıkmıştır. Hastalarda, hastalığın başlangıç yaş ortalaması $32,41 \pm 10,25$ ' dir. Arpacı ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada 61 MS hastası değerlendirilmiştir. Hastalığın başlangıç yaşı 27,8 yıl olarak saptanmıştır. Multipl Sklerozda klinik ve demografik özelliklerin değerlendirildiği Terzi ve Onar'ın (2004) çalışmasında, hastalığın ortalama başlangıç yaşı kadınlarda 29,55 ve erkeklerde 29,58 olarak bulunmuştur. Buna göre bu çalışmaya dahil edilen hastalarda MS'in başlangıç yaşı diğer çalışmalarla ve literatürle uyumludur.

Bu çalışmada hastaların %77'sini kadınlar oluşturmaktadır ve kadın/erkek oranı 3,3 'dür. Beiske ve arkadaşlarının 140 MS hastasının yer aldığı çalışmasında (2008) kadın/erkek oranı 2,0 iken Terzi ve Onar'ın (2004) çalışmasında bu oran 1,8 olarak bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise kadın/erkek oranı 1,5 olarak bulunmuştur (Terzi ve ark., 2009). Literatürde de MS hastalığının genel prevalans oranı erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda daha yüksektir (Mirza, 2002). Buna göre bu çalışmaya katılan MS hastalarında çoğunluğu kadınların oluşturması literatürle uyumludur.

MS' un genellikle sosyokültürel düzeyi yüksek olan kişilerde görüldüğüne dair genel bir düşünce vardır (Kayhan ve ark. 2003). Bu çalışmada hastaların öğrenim durumları incelendiğinde hastaların %50'sinin lise ve üniversite/üniversite üstü düzeyde olduğu bulunmuştur. Türkbay ve ark. (2004) çalışmasında da hastaların % 67,5'i lise ve üniversite mezunu kişilerden oluşmaktadır. Bu durum hastalarının belirli bir eğitim hayatlarının olduğu ve yaşantılarının belirli bir dönemde zihinsel çalışmaya dayalı bir sürecin olduğunu göstermektedir. Öğrenim ve sosyokültürel düzeyi yüksek kişiler daha fazla yorgunluk, stres, emosyonel baskı yaşayabilirler. Bu faktörlerin MS hastalığının ortaya çıkmasında hazırlayıcı etkenler olarak rol alabiliyor olması çalışmaya dahil edilen MS hastalarının eğitim düzeyinin %50'sinin lise ve üniversite/üniversite üstü düzeyde olmasını açıklayabilir.

Bu çalışmada hastaların medeni durumu incelendiğinde %73'ünün evli, %24'ünün bekar ve %3'ünün boşanmış olduğu bulunmuştur. Kayhan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın (2003) bulgularında hastalarının %61,2'sinin evli, %27,7'sinin bekar ve %11,1'inin de boşanmış olduğu görülmektedir. MS'in ilerleyici ve süreğen bir hastalık olması ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde MS hastasının aile bakımına ve desteğine ihtiyaç duyması hastalığın getirmiş olduğu fiziksel, emosyonel ve sosyal problemlere rağmen eşlerin evliliklerini devam ettirmelerini açıklayabilir. Diğer yandan hastaların çok genç yaşlarda MS ile karşılaşmaları hastaların evlilik planları yapmalarına engel oluyor olabilir. Bazı ailelerde ise hastalığın yaratmış olduğu fizyolojik, emosyonel ve sosyal değişikliklerin getirmiş olduğu sıkıntılar boşanmaların yaşanmasına neden oluyor olabilir.

5.2. MS Hastalarında Yorgunluk Düzeyinin ve Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Yorgunluk Düzeylerine Olan Etkisine Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların yorgunluk düzeyi FSS ile değerlendirilmiştir ve hastaların %54'ünün yorgun olduğu saptanmıştır. Yorgunluğun MS'te görülme sıklığı %53-100 arasında değişmektedir. Sıklıkla da en kötü ya da en kötü üç semptomdan biri olarak bildirilmektedir (Türkbay, 2004). Yorgunluk, çalışma ve sosyal ilişkiler, günlük zihinsel ve fiziksel aktiviteleri etkileyecek şekilde ağır olabilir.

Téllez ve arkadaşlarının 2006 yılındaki çalışmasında 206 MS hastası 18 aylık bir sürede izlenmiştir. Çalışmanın ilk bulgularında hastaların %55'inin yorgun olduğu bulunmuştur. İzlem sonrası yapılan değerlendirmede başlangıçta yorgun olduğu tespit edilen hasta grubunun % 86,8'inin yine yorgun olduğu bulunurken yorgun olan hasta grubundan sadece 6 hastanın (%5,2) yorgun olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yaşam kalitesi üzerine yorgunluğun değerlendirildiği bir çalışmada (Soyuer ve ark., 2005) hastaların % 63'ünün yorgun olduğu bulunmuştur. Yorgunluk ve ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmalarında Kaya ve arkadaşları (2009) hastalardaki yorgunluk düzeyini %50,7 olarak bulmuşlardır. Daha geniş çapta yapılan bir çalışmada 267 MS hastası değerlendirilmiş ve bu hasta grubunda yorgunluk düzeyi %74,5 olarak bulunmuştur (Lerdal ve ark., 2007). Bu çalışmaya dahil edilen hastalarda da yorgunluk düzeyinin yüksek olması farklı örneklem grupları dahi olsa hastaların en fazla yakındıkları

semptomun yorgunluk olduğunu desteklemektedir. Elde edilen sonuç literatürle uyumludur.

Bu çalışmada yaş ile FSS puanları arasında pozitif yönde ve orta derecede önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,276$; $p<0,05$). İki çalışmada yorgunluk ve yaş arasında pozitif yönde bir ilişki tanımlanamamışken (Kroencke ve ark., 2000; Mills ve Young, 2010); Lerdal ve arkadaşları (2003) çalışmalarında yorgunluk ve yaş arasında pozitif bir ilişkiden söz etmektedirler. Türkbay ve arkadaşlarının çalışmasında (2004) da ileri yaşlardaki hastaların daha yüksek yorgunluk puanları aldığı bildirilmektedir. İlerleyen yaşla birlikte vücut fonksiyonlarında, sinir-kas çalışma yeteneğindeki zayıflama gibi fonksiyonel değişikliklere hastalığın yarattığı özürülük durumunun eklenmesi yaş ile hastaların FSS puanları arasındaki pozitif ilişkiyi açıklayabilir.

Bu çalışmada hastaların cinsiyetleri ile yorgunluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,21$; $p>0,05$). Bu sonuç literatürle uyumlu görünmektedir (Türkbay ve ark., 2004; Trojan ve ark., 2007; Johnson, 2008; Mills ve Young, 2010; Motl ve ark., 2010). Bu sonuca göre çalışmamıza dahil edilen MS hastalarında yorgunluğun cinsiyetle açıklanamayacağı söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların öğrenim durumunun FSS puanlarını etkilemediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamsız olduğu bulunmuştur ($p=0,11$; $p>0,05$). Ancak çalışmamızda, üniversite ve üzerinde öğrenim görmüş hastaların sadece %38,5'inin ($n=10$) yorgun olduğu saptanmıştır. Kaya ve ark. (2009) çalışmasında yorgunluk düzeyi ile öğrenim süresi arasında bir ilişki bulunamamış ancak yorgunluğu olan MS hastalarının eğitim düzeyinin olmayanlara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada (Lerdal ve ark., 2007) öğrenim durumu süre olarak 13 yıl dan az ve 13 yıl ve üzeri şeklinde gruplandırılmış ve yorgunluk ile öğrenim süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,79$; $p>0,05$). Farklı sonuçlar bulan araştırmalar da bulunmaktadır. Bir çalışmada öğrenim durumu ve yorgunluk arasında negatif bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lerdal ve ark.,2003). Bir araştırmaya göre de MS'li hastalarda yüksek eğitim düzeyi yorgunluğa karşı koruyucu rol oynamaktadır (Tedeschi ve ark., 2007). Bunu destekler şekilde Lerdal ve arkadaşları (2003) sosyodemografik değişkenlerle yorgunluk arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, eğitim düzeyi arttıkça yorgunluk

şiddetinin azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmaya dahil edilen MS hastalarında görülen yorgunluğun eğitim düzeyiyle açıklanamayacağı söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların aile yapısının FSS' den aldıkları puanları etkilediği, geniş aile yapısına sahip hastaların FSS puanlarının çekirdek aile yapısına sahip hastalardan daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,05$). Geniş ailede yaşamının sosyal destek sistemlerinin iyi olması, tecrübelerin paylaşılması gibi avantajlarının yanında ekonomik sıkıntılar, kaynakların paylaşımı, daha fazla aile bireyinin maddi ve manevi problemleriyle ilgilenme gerekliliği gibi dezavantajları da bulunmaktadır. Hastaların hastalığın getirmiş olduğu zorluklara ilaveten geniş ailede yaşamının dezavantajlarıyla da karşı karşıya kalmaları geniş ailede yaşayan hastalarda yorgunluk düzeylerinin yüksek olmasına neden oluyor olabilir. İncelediğimiz kadarıyla literatürdeki çalışmalarda aile yapısının FSS üzerine olan etkisine yer verilmemiştir. İleride yapılacak olan çalışmalarda bu konu daha derinlemesine incelenebilir.

Bu çalışmada hastaların çalışma durumlarının FSS puanlarını etkilediği, çalışmakta olan hastaların FSS puanlarının çalışmayan hastalara göre daha düşük olduğu ve çalışmayan hastaların daha yorgun olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,02$; $p<0,05$). Lerdal ve arkadaşlarının çalışmasında (2003) çalışmayan hastalarda yorgunluk düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bir diğer çalışmada Lerdal ve ark. (2007) çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre daha yorgun olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşmışlardır ($p=0,001$) ($p<0,01$). Yorgunluğun hastaların ev ve işteki fonksiyonel aktivitelerini kısıtlamasıyla MS hastalarının birçoğunun iş yaşamlarını sonlandırmak durumunda kalmalarına neden olduğu söylenebilir. Bu durum çalışmayan grupta yorgunluk düzeyinin yüksek olmasını açıklayabilir.

Bu çalışmada hastaların gelir seviyesinin yorgunluk düzeylerini etkilediği ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Gelir seviyesi iyi olan hastaların FSS puanlarının orta ve kötü gelir seviyesine sahip hastalardan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Literatürde yaşam koşullarının daha elverişli olmasıyla bireylerin aktivite düzeylerini daha düşük tutabildiklerini ve yorgunluk şiddetlerinin azaldığı bildirilmektedir (Lerdal

ve ark., 2003). Buna göre bu çalışmaya dahil edilen MS hastalarında gelir seviyesinin yorgunluk düzeylerini etkilemesi literatürle uyumlu görünmektedir.

Bu çalışmada hastalık süresi ve yorgunluk arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Hastalığın süresi ile yorgunluğun araştırıldığı çalışmalarda yorgunluğun hastalık süresi ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (Trojan ve ark., 2007; Mills ve Young, 2010). MS hastalığı, yaşam kalitesinin tamamen yitirileceği anlamına gelmemektedir. Hastalar zaman içerisinde hastalıklarını tanımış olabilirler ve hastalığın yarattığı yeni sınırlarını zamanla öğreniyor olabilirler. Hastalar semptomlarını kötüleştiren belirli tetikleyicilerin olduğunu fark etmiş olabilirler. Bunları değerlendirip iş, aile ve sosyal hayatlarını hastalığın getirmiş olduğu kısıtlılıklara göre yeniden düzenlemiş olabilirler ve tüm bu faktörler hastalığın süresi ile yorgunluk arasında bir ilişkinin olmayışını açıklayabilir.

Bu çalışmada EDSS'in hastaların yorgunluk düzeylerini etkilemediği ve sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Chwastiak ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında EDSS ve yorgunluk arasında anlamlı bir ilişkiden söz edilmektedir. Koch ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında yorgunluğu olanların EDSS skorlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir ancak başka bir çalışmada (Pellicano ve ark.,2010) EDSS ve yorgunluk arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Buna göre yorgunluk hastalığın klinik seyriinde yaşanan zorlukların hasta tarafından algılanış biçimi olarak yorumlanabilir. Çalışmada EDSS ile yorgunluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmaması yorgunluğun hastalığın getirmiş olduğu özürülükten bağımsız olarak subjektif bir deneyim olmasıyla açıklanabilir.

5.3. MS Hastalarında Depresyon Düzeyinin ve Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Depresyon Düzeylerine Olan Etkisine Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların % 52'sinde depresif belirtiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çeşitli organ ve sistemleri tutan bedensel hastalıkların seyri sırasında en yaygın görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur. Ayaktan ya da yatarak izlenen hastalarda bildirilen depresyon yaygınlığı % 9-58 gibi çok geniş aralığa dağılmaktadır. (Oğuzhanoğlu, 2001). Bir alan araştırmasında 793 MS hastası değerlendirilmiş ve MS'li hastaların %69,6'sında anlamlı düzeyde depresif belirti bulunmuştur. Bu oranlar genel

populasyonda bulunan oranlardan oldukça yüksektir (Chwastiak ve ark., 2002). Başka bir çalışmada 62 MS hastası ve 34 sağlıklı birey ele alınmış ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Hastaların depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları MS hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hastaların %35,5'inde belirgin depresyon bulunurken kontrol grubunda ise depresyonun hiç olmadığı görülmüştür (Kaya ve ark., 2003). Bir çalışmada (Brown ve ark., 2009) MS hastalarındaki depresyon düzeyi % 56 olarak bulunmuştur. Galeazzi ve arkadaşlarının 2005 yılındaki çalışmalarında depresyon düzeyi % 46 olarak bulunmuştur. Buna göre bu çalışmaya dahil edilen MS hastalarının hastalıklarına ve hastalığın etkilerine yönelik reaksiyonlarının depresif belirtiler şeklinde ortaya çıktığı söylenebilir.

Çalışmada kadın ve erkek hastalar karşılaştırıldığında depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatürde MS hastalarında sosyodemografik değişkenlerle depresyon arasındaki ilişkinin araştırıldığı birçok çalışma bulunmaktadır. Beiske ve arkadaşları (2008), MS hastalarında depresyon düzeyinin her iki cinsten aynı oranda olduğu sonucuna ulaşmışken; Koch ve arkadaşları (2009) kadın cinsiyetle depresyon arasında güçlü bir ilişkinin olduğundan bahsederler. Benzer şekilde başka bir çalışmada kadın hastaların daha fazla depresif semptom gösterdikleri bulunmuş ancak cinsiyet ve depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Dahl ve ark., 2009). Bir çalışmada da kadın cinsiyette depresyonun genel populasyondan daha yaygın olduğu bildirilmektedir (Chwastiak ve ark., 2002). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada cinsiyet açısından bakıldığında MS hastalarında depresyonu olan ve olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı bildirilmektedir (Soyuer ve ark., 2010). Buna göre bu çalışmaya dahil edilen MS hastalarında depresif belirtilerin cinsiyetle açıklanamayacağı söylenebilir.

Bu çalışmada MS hastalarında yaş değişkeni ile depresyon ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,005$). Çalışmada 26-36 yaş grubundaki hastaların sadece %25'inin depresif belirtiler gösterdiği bulunmuştur. Beiske ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ilk atağın erken yaşta olması ile depresyon arasında bir ilişki bulunurken yaş değişkeni ile depresyon arasında ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da vardır (Galeazzi ve ark., 2005; Soyuer ve ark., 2010). Genç yetişkinliği kapsayan 26-36 yaş grubunda bireyler psikososyal kriz yaşayabilirler. Bir işe başlama ve aile kurma gibi önemli yaşam olayları bu dönemde

yaşanmaktadır. Çalışmada yer alan bu yaş grubundaki hastaların büyük çoğunluğu evli, iyi bir öğrenim düzeyine sahip ve belli bir meslek sahibi kişilerden oluşmaktadır. Bu dönemin psikososyal açıdan açılması gereken krizleri atlatılmış görünmektedirler. Bu faktörler kişilerin destek sistemlerinin de yeterli olması durumunda hastalığa uyumda ve yeterli baş etme mekanizmalarının oluşturulmasında önemli unsurlardandır. Tüm bu nedenlerden dolayı bu yaş grubundaki hastalar daha az depresif belirti gösteriyor olabilirler.

Bu çalışmada hastaların depresyon düzeylerini etkileyen bir değişken de hastaların gelir seviyeleridir. Çalışmada hastaların gelir seviyelerinin BDÖ puanlarını etkilediği, gelir seviyesi iyi olan hastaların BDÖ puanların gelir seviyesi orta ve kötü olan hastalardan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0.01$). Yıldırım ve Hacıhasanoğlu (2010) çalışmalarında dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeylerini incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre hastaların gelir seviyesi azaldıkça hastalardaki depresif belirtilerin arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Elde edilen sonuç literatürle de uyumludur ve gelir seviyesi iyi olan hastalar daha az depresif belirti göstermektedir. Bu durum gelir seviyesi iyi olan bireylerin finansal kaynağa sahip olmanın getirdiği sağlık hizmetlerine ulaşma, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve tedavi seçeneklerini etkin bir biçimde kullanabilmeleriyle ve sosyal destek sistemlerine ulaşma ve yararlanabilmeleriyle açıklanabilir. Ayrıca ekonomik güçlüklerin birey üzerinde yaratabileceği stresörlerden uzak olabilmeleri de bu grupta depresif belirtilerin düşük bulunmasını açıklayabilir.

Bu çalışmada okuryazar olmayan hastaların BDÖ puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuş olmasına rağmen hastaların öğrenim durumlarının BDÖ puanlarını etkilemediği, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Soyuer ve ark. (2010) çalışmasında hastaların öğrenim durumları incelendiğinde öğrenim durumuyla depresyonu olan ve olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır Düşük eğitim düzeyi hastaların depresyona ilişkin farkındalık durumlarını ve depresyonlarıyla başa çıkabilmek için ilgili kaynakları (tedavi, destek, bilgi alma gibi) arama ve ilgili kaynaklara ulaşabilmelerini kısıtlayabilir ancak çalışmamıza dahil edilen hastalarda depresif belirtilerin hastaların öğrenim düzeyleriyle açıklanamayacağı söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların hastalık sürelerinin BDÖ puanlarını etkilemediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0,41$; $p>0,05$). Beiske ve ark. (2007) çalışmasında hastalık süresi ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,09$; $p>0,05$). Bu durum araştırmamıza dahil edilen hastalarda hastalık süreleri arasında fark olmaksızın depresif belirtilerin görülebildiği ve MS hastalarında depresif belirtilerin hastalığın süresiyle açıklanamayacağı söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların EDSS puanlarının BDÖ puanlarını etkilemediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Bir çalışmada (Chwastiak ve ark., 2002) EDSS ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğundan bahsedilirken MS'de depresif semptomların sosyodemografik faktörler ve işlevsellikle olan ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada EDSS ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Soyuer ve ark., 2010). Benzer şekilde Dahl ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da EDSS ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki söz edilmemektedir. Buna göre çalışmamıza dahil edilen MS hastalarında depresif belirtilerin fiziksel kısıtlılıklarla açıklanamayacağı söylenebilir.

5.4. MS Hastalarında Yorgunluk ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada yorgun olan hastaların % 72,2'sinin depresif belirtiler göstermekte olduğu saptanmıştır. Yorgunluk ve depresyon arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($r=0,573$; $p<0,001$). Literatürde yorgunluk ve depresyon arasında değişen derecelerde ilişki bulunmuştur. Yorgunluğu olan MS hastalarının yorgun olmayan MS hastalarına göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Penner ve ark.,2007; Koch ve ark., 2009; Pellicano ve ark., 2010). Bir çalışmada yüksek depresyon düzeyinin yüksek yorgunluk düzeyiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (Besharat ve ark., 2010). Brown ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında yorgunluk düzeyindeki artışın depresyon düzeyinde de artışa neden olduğu bulunmuştur. Beiske ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada (2008) yorgun olan MS hastalarında yorgun olmayan MS hastalarına göre depresyonun 3,9 kat daha yüksek oranlarda görüldüğü sonucuna ulaşmışlar. Bakshi ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında

da yorgunluk ve depresyon arasında anlamlı bir ilişkiden söz edilmektedir ($r=0,37$; $p=0,02$).

Koch ve arkadaşları (2008) çalışmasında 10 yıl süreyle izledikleri (1996-2006) MS hastalarında yorgunluk düzeyindeki değişim ile depresyon düzeyindeki değişimi incelemişlerdir. Çalışmaları MS’de yorgunluk ve depresyonun uzun bir zaman boyunca hemen hemen aynı seviyelerde devam ettiğini göstermiştir. Sonuç olarak yorgunluk ve depresyon düzeyindeki değişimin pozitif korelasyon gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır. Téllez ve arkadaşlarının 2006 yılındaki 206 MS hastasının yer aldığı çalışmada bir yıllık bir süreçte BDÖ skorundaki değişimle pozitif korelasyon gösteren tek bulgunun hastaların yorgunluk ölçeğinden aldıkları skorlardaki değişim olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yorgunluk düzeyindeki artışın depresyon düzeyinde de artışa neden olduğunu ve bu sonucun MS yorgunluğu ve depresyon arasında bir ilişkinin olduğunu gösterdiğini bildirmektedirler. Kuş ve arkadaşları (2006) yaptıkları bir izlem çalışmasında hafif ve orta derecede depresyonu ve yorgunluğu olan MS hastalarına 6 ay süresince antidepresan tedavi vermişlerdir. Hastaların 3. ve 6. ayın sonunda yorgunluk ve depresyon puanlarında azalma olduğu saptanmış ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu araştırmanın sonucunda MS hastalarında yorgunluk ve depresyonun sık ve çoğunlukla birlikte görülebildiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamıza dahil edilen MS hastalarının büyük bir kısmında görülen yorgunluğun depresyon ile ilişkili olduğu ve yorgunluğu daha fazla hisseden MS hastalarında depresif belirtilerin de yüksek olduğu söylenebilir. Buna göre subjektif bir deneyim olan yorgunluğun depresyona neden olduğu, yorgunluğun göz ardı edilemeyecek kadar ciddi bir semptom olduğu söylenebilir. Bu durum MS hastalarında yorgunluk ve depresyonun birlikte ele alınması gerektiğine, yorgunluk ve depresyonun etkili bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

MS hastalarında yorgunluk ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

1. Araştırma kapsamındaki hastaların %30'unun 27-37 yaş aralığında olduğu ve hastaların %77'sini kadınların oluşturduğu saptanmıştır. Hastaların %73'ünün evli, %91'inin çekirdek bir aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur.
2. Hastaların eğitim düzeylerinin %33 ilkökul düzeyinde olduğu; %44'ünün ev hanımı ve %25'inin emekli olduğu; %83'ünün çalışmadığı; gelir seviyesinin hastaların sadece %22'sinde iyi olduğu bulunmuştur.
3. Hastaların %67'sinde hastalığın 20-40 yaşlar arasında başlangıç gösterdiği ve hastalık süresi ortalamalarının 8,97±6,42 yıl olduğu bulunmuştur.
4. Bu çalışmada hastaların yorgunluk şiddet ölçeği (FSS) skorları 4,12±1,59 olarak bulunmuştur. Hastaların yorgunluk şiddet ölçeğinden aldıkları skorlar değerlendirildiğinde %54'ünün yorgun olduğu bulunmuştur.
5. Hastaların yaşları ile FSS puanları arasındaki ilişki spearman korelasyon testi sonucuna göre pozitif yönde ve önemlidir ($r=0,276$; $p<0,05$).
6. Hastaların aile yapısının FSS' den aldıkları puanları etkilediği, geniş aile yapısına sahip hastaların FSS puanlarının çekirdek aile yapısına sahip hastalardan daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,05$) (Tablo 8).
7. Hastaların çalışma durumlarının FSS puanlamalarını etkilediği, çalışmakta olan hastaların FSS puanlarının çalışmayan hastalara göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$) (Tablo 11).
8. Hastaların gelir seviyelerinin de FSS puanlamalarını etkilemekte olduğu ve gelir seviyesi iyi olan hastaların FSS puanlarının orta ve kötü gelir seviyesine sahip hastalardan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 11).
9. Çalışmada hastaların EDSS puanlarının FSS puanlarını etkilemediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$).

10. Bu araştırmada hastaların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puan ortalamalarının $12,67 \pm 9,46$ olarak bulunmuştur. Hastaların ölçekten aldıkları puanlar değerlendirildiğinde hastaların % 52'sinde depresif belirtilerin olduğu bulunmuştur.
11. Hastaların yaşlarının BDÖ puanlarını etkilediği, 26-36 yaş grubundaki hastaların BDÖ puanlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 15).
12. Hastaların gelir seviyelerinin BDÖ puanlarını etkilediği, gelir seviyesi iyi olan hastaların BDÖ puanların diğerlerine daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 18).
13. Çalışmada hastaların EDSS puanlarının BDÖ puanlarını etkilemediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$).
14. Yorgun olan hastaların % 72,2'sinin depresif belirtiler göstermekte olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 21).
15. Yorgunluk ve depresyon arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu sonucu bulunmuştur ($r = 0,573$; $p < 0,001$) (Tablo 22).

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Bu araştırmanın sonucunda MS hastalarında yorgunluk (%54) ve depresyonun (%52) sık görüldüğünün bilinmesi,
- Yaş ile yorgunluk şiddet ölçeği arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğunun bilinmesi,
- Aile yapısının yorgunluk şiddet ölçeği puanlarını etkilediği, geniş ailede yaşayan hastaların daha fazla yorgunluk yaşama açısından risk grubunda olduğunun bilinmesi,
- Çalışma durumu ve gelir seviyesinin yorgunluk şiddet ölçeği puanlarını etkilediği, çalışmayan hastaların ve gelir seviyesi kötü olan hastaların daha fazla yorgunluk yaşama açısından risk grubunda olduğunun bilinmesi,
- Hastaların yaşlarının depresyon ölçeği puanlarını etkilediği ve 26-36 yaş grubundaki hastaların depresyon gelişimi açısından daha düşük risk grubunda olduklarının bilinmesi,
- Gelir seviyesinin depresyon ölçeği puanlarını etkilediği, gelir seviyesi kötü olan hastaların depresyon gelişimi açısından risk grubunda olduğunun bilinmesi,
- Yorgunluk ve depresyon arasında güçlü bir ilişkinin olduğunun bilinmesi, MS hastalarında yorgunluk ve depresyondan birinin diğerinin oluşumunu etkileyebiliyor olmasından yorgunluğu olan MS hastalarının depresyon gelişimi açısından da yakın takip edilmeleri gerektiğinin bilinmesi,
- MS hastalarında yorgunluğun depresyonla olan ilişkisinden dolayı ruh sağlığı hemşirelerinin yorgunluğun hasta üzerindeki psikolojik etkilerini azaltmada bilgi ve becerilerini kullanarak, diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte, hastalara hastalıklarının aşamalarına göre gereksinimleri olan eğitim ve danışmanlık programları düzenlemeleri gerektiği,
- Bu konuya ilişkin çalışma yapmayı planlayan araştırmacıların hastalığın klinik tipi, ikamet edilen yer, rehabilitasyona katılıp katılmadıkları, bireyin hastalık öncesindeki kişilik ve baş etme mekanizmalarının değerlendirilmesi gibi konuları da değerlendirmesi önerilir.
- Ruh sağlığı hemşirelerinin biyopsikososyal bir varlık olan hastaya holistik yaklaşım göstermeleri gerekmektedir. Kronik bir hastalık olan ve fiziksel yetersizliklerle

sonuçlanan MS' de hemşirelerin hastalığın psikososyal boyutları üzerinde durmada etkin bir rol oynayabilecekleri düşünülmektedir. Hastalığın oluşturduğu psikososyal sonuçlar konusunda duyarlı olup hastalarda belirli bir farkındalık düzeyi oluşturabilecekleri, hastaların duygu ve düşüncelerini açıkça aktarabilmelerini sağlayarak ve hastalarda baş etme mekanizmalarını değerlendirerek hastaların etkin baş etme yöntemleri geliştirebilmelerini, hastalığa ve getirmiş olduğu kısıtlamalara karşı olumlu uyum oluşturularak tedaviye etkin katılımlarını sağlayabilecekleri düşünülmektedir.

- Ruh sağlığı hemşirelerinin hastalarda gelişebilecek ruhsal hastalıklarının önlenmesinde multidisipliner programlar düzenleyebileceği düşünülmektedir.
- Genel tıp alanında hizmet veren hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki kısıtlılıklar nedeniyle iş merkezli çalışmak durumunda kaldıkları bilinmektedir. Ancak genel tıp alanında çalışan hemşirelere yönelik konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi hemşireliği kapsamında ruhsal hastalıkların erken dönemde fark edilebilmesi ve etkili hemşirelik girişimlerinin planlanabilmesi için gerekli eğitim programları oluşturulabilir. Bunun için öncelikle sağlık hizmetlerinde konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi hizmetlerine yer verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Achiron A, Barak Y. Cognitive impairment in probable multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(4):443-446.
- Akkaya C. Depresyon etiyolojisinde Serotonin ve Noradrenalin. *Yeni Symposium*. 2005;43(3):91-96.
- Akkuş Y.Kapucu S. Multipl Skleroz ve hasta eğitimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006:57-63.
- Altıntaş A. Esen F. Multipl Skleroz immünopatogenezi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008;45(Özel Sayı):10-14.
- Akman Demir G. Multipl Skleroz tedavisi. *Klinik Gelişim*.2010;23(1):65-70.
- Akpınar Z.Akça AH. Multipl Sklerozun immünopatolojisi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*;2007;23(2):99-107.
- Arkar H.Şafak C. Klinik bir örnekte Beck Depresyon Envanterinin boyutlarının araştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2004;19(53):117-123.
- Armutlu K.Korkmaz NC.Keser İ.Sümbüloğlu V.Akbıyık DI.Güney Z.Karabudak R. The validity and reliability of the Fatigue Severity Scale in Turkish multiple sclerosis patients. *Int J Rehabil Res*. 2007;30(1):81-85.
- Arpacı E.Maviğlı H.Gedizlioğlu M.Çe P.Ture S. Benign Multiple Sclerosis:A retrospective survey and evaluation of descriptive clinical criteria. *J.Neurol Sci.[Turk]*. 2007;24(4):264-269.
- Ascherio A.Munger KL. Environmental risk factors for Multiple Sclerosis.Part I:The rol of infection.*Ann Neurol*.2007;61:288-299.
- Bakshi R. Shaikh ZA. Miletich RZ. Czarnecki D. Dmochowski J. Henschel K. Janardhan V. Dubey N. Kinkel PR. Fatigue in multiple sclerosis and its relationship to depression and neurologic disability. *Mult Scler* 2000.6: 181-185.
- Balkan S.Yaltkaya K. Oğuz Y. Demyelinizan hastalıklar,Nöroloji Ders Kitabı, 4.Baskı, Ankara; Palme Yayıncılık. 2000;349-362.
- Brajkovic LBras. M. Milunovic V. Busic I. Boban M., Loncar Z.Mickovic V. Gregurek R. The connection between mechanisms, depression, anxiety and fatigue in multiple Sclerosis. *Coll. Antropol*. 2009;33(2): 135–140.
- Beiske AG.Svensson E.Sandanger I.Czujko B.Pedersen ED.Aarseth JH. Depression and anxiety amongst multipl sclerosis patients. *Eur J Neurol*. 2008;15(3):239-245.
- Bergamaschi R. Prognosis of multiple sclerosis:clinical factors predicting the late evolution for an early treatment decision. *Expert Rev Neurother*. 2006;6(3):357-364.

- Besharat MA. Pourhosein R. Rostami R. Bazzazian S. Perfectionism and fatigue in multiple sclerosis. *Psychol Health*. 2010;1-14.
- Boz C.Terzi M. Hastalar için Soru ve Yanıtlarla Multipl Skleroz. Trabzon, İber Matbaacılık. 2010;18-33.
- Boztaş MH. Arısoy Ö. Tıbbi hastalıklarda depresyon: Tanısal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(3):318-332.
- Braley TJ.Chervin RD. Fatigue in Multiple Sclerosis: Mechanisms,evaluation and treatment. *Sleep*. 2010;33(8):1061-1067.
- Brown RF.Valpiani EM.Tennant CC.Dunn SM.Sharrock M.Hodgkinson S.Pollard JD. Longitudinal assessment of anxiety, depression and fatigue in people with multiple sclerosis. *Psychol Psychother*. 2009;82:41-56.
- Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE.Sullivan M.Bowen JD.Kraft GH. Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: Epidemiologic study of a large community sample. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(11): 1862-1868.
- Çakır S.Genel tıpta depresyon. *Klinik Gelişim*. 2009;22(4):61-64.
- Çelik Y. Multipl sklerozda ayırıcı tanı. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*. 2009;2(2):67-74.
- Dahl OP.Stordal E. Lydersen S. Midgard R. Anxiety and depression in multiple sclerosis. A comparative population-based study in Nord-Trøndelag County, Norway. *Mult Scler*. 2009; 15(12):1495-1501.
- Douglas ve ark. Neurological disorders public health challenges Geneva,World Health Organization. 2006.
- Ellis SJ. Central demyelination. *British Council*.1998;134-139.
- Eraksoy M. Multipl skleroz ile yaşamı nasıl kolaylaştırırız?. İstanbul, İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulu Yayınları I. 2005;2-8.
- Erdem H. Multipl Sklerozda semptomatik tedavi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 1998;51(4):225-230.
- Ertürk Ö. Yanıkoğlu AE. Yorgunluk (fatigue) ve multipl skleroz. *Yaşamsal*. 2004;1(2):11-12.
- Forbes A. While A. Mathes L. Griffiths P. Health problems and health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Clin Rehabil*. 2006 ; 20(1):67-78.
- Galeazzi G. M.Ferrari S. Giaroli G. Mackinnon A. Merelli E. Motti L. Rigatelli M. Psychiatric disorders and depression in multiple sclerosis outpatients:impact of disability and interferon beta therapy. *Neurol Sci*. 2005; 26:255-262.

- Gold SM. Irwin MR. Depression and immunity:Inflammation and depressive symptoms in Multiple Sclerosis. *Immunol Allergy Clin N Am* 29. 2009:309-320.
- Granieri E. Exogeneous factors in the aetiology of multiple sclerosis. *J Neurovirol.* 2000;6(2):141-146.
- Greim B. Benecke R. Zettl UK. Qualitative and quantitative assessment of fatigue in multiple sclerosis (MS). *J Neurol.* 2007;II:58-64.
- Güleç H. Sayar K. Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2005;16(2):90-96.
- <http://www.ms-gateway.at/scripts/tr/221263.php> Erişim Tarihi: 01.06.2011.
- <http://www.ms-gateway.gen.tr/msi-anlamak/ms-nedir/ms-formlarx131-56.htm> Erişim Tarihi:01.06.2011.
- <http://www.ms-gateway.at/scripts/tr/221268.php> Erişim Tarihi: 01.06.2011.
- Iriarte J. Subira ML. Castro P. Modalities of fatigue in multiple sclerosis:correlation with clinical and biological factors. *Mult Scler.* 2000;6:124-130.
- İdiman E. Santral sinir sisteminin myelin hastalıkları. Oğul E.(Editör), *Klinik Nöroloji*, 1.Baskı, Bursa; Nobel ve Güneş Tıp Kitabevleri. 2002;159-170.
- İlhan A. Gültop K. Multipl Skleroz Hastalarına Tavsiyeler. *Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi&Hastanesi Yaşama Sanatı Sağlık Kültür Sanat ve Magazin Dergisi.* 2007;10:6-7.
- İsmihanoğlu B. Multipl sklerozda klinik ve uzun latanslı refleks yanıtlar. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul,Uzmanlık Tezi*, 2005;4.
- Johnson SL. The concept of fatigue in multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs.* 2008;40(2):72-77.
- Johansson S.Ytterberg C.Hillert J.Holmqvist LW.Koch L. A lonitudinal study of variations in and predictors of fatigue in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2008;79(4):454-457.
- Karabudak R.MS ile yaşamak. Ankara, Aşına Kitaplar. 2006;17-37.
- Karabudak R. Multipl skleroz:Bilimsel araştırmalardan -Multipl sklerozda yeni yönelimler. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2008;39(3):115-120.
- Karataş M. Multipl sklerozda ayırıcı tanı. *J.Neurol.Sci.[Turk].* 2008;25(2):171-184.
- Kaya N. Akpınar Z. Çilli AS. Multipl sklerozda yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2003;4:220-225.
- Kaya T. Karatepe AG. Demirhan A. Günaydın R. Gedizlioğlu M. Çe P. Multipl Sklerozlu hastalarda yorgunluk ve ilişkili faktörler. *J.Neurol.Sci.[Turk].* 2009;26(2):190-197.

- Kayhan H. Soyuer F. Armutlu K. Uyanık M. Bumin G. Düger T. Multipl Sklerozlu hastalarda fonksiyonel değerlendirme. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2003;25(1):28-37.
- Kelleci M. Doğan S. Bedensel hastalıkla birlikte depresyonu olan hastalara hemşirelerin yaklaşımlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(3):161-168.
- Kelleci M. Fiziksel hastalıkla birlikte depresyonu olan hastaların hemşirelik bakımı. *İ.Ü.F.N.Hem. Derg.* 2007;15(58):54-60.
- Kirazlı Y. Akkoç Y. Yaltırık H. Multipl Sklerozlu hastalarda yorgunluk. *Ege Fiz Tıp Reh Der.* 2001;7(1-2):39-43.
- Kocaman N. Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *İst Tıp Fak Derg.* 2008;71(2):52-58.
- Koch M. Uyttenboogaart M. Harten A. Heerings M. Keyser J.D. Fatigue, depression and progression in Multiple Sclerosis. *Mult Scler.* 2008;14:815-822.
- Koch M. Mostert J. Heerings M. Uyttenboogaart M. Harten A. Keyser J.D. Fatigue, depression and disability accumulation in multiple sclerosis:A cross-sectional study. *Eur J Neurol.* 2009;16:348-352.
- Kos D. Kerckhofs E. Nagels G.D'hooghe MB. Ilsbrouckx S. Origin of fatigue in multiple sclerosis:Review of the literature. *Neurorehabil Neural Repair.*2008;22(1):91-100.
- Köroğlu E. Psikonozoloji:Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2004;151.
- Köroğlu E. Klinik uygulamada psikiyatri:Tanı ve tedavi klavuzları. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2009;168-174.
- Kroencke DC. Lynch SG. Denney DR. Fatigue in multiple sclerosis: Relationship to depression, disability, and disease pattern. *Mult Scler.* 2000;6:131-136.
- Krupp LB. LaRocca NG. Muir-Nash J. Steinberg AD. The Fatigue Severity Scale:Application to patients with Multiple Sclerosis and Systemic Lupus Erythematosus. *Arch Neurol.* 1989;46:1121-1123.
- Krupp LB.Christodoulou C. Fatigue in multiple sclerosis. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2001.1(3):294-298.
- Kumsar AK. Olgun N. Korel ÖK. Multipl sklerozlu hastada yorgunluğun değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2009;2(2):100-103.
- Kurne A. Multipl Sklerozda sık karşılaşılan semptomlar ve tedavi prensipleri. *Yaşamsal.* 2004;1(2):3-5.
- Kurne A. Karabudak R. Aydın ÖF. Multipl skleroz patogeneğinde basamaklar-I:Nöroinflamasyondan nörodejenerasyona. *Türk Nöroloji Dergisi.* 2006;12(1):5-13.

- Kuş CNS. Zorlu Y. Zanafalıoğlu Ü. Özçelik MM. Akarsu D. Ökten N. Antidepresan tedavinin depresyon ve yorgunluğu olan MS'li hastalarda yorgunluk üzerine etkisi. Türk Nöroloji Dergisi. 2006;12(1):35-42.
- Kürtüncü M. Eraksoy M. Multipl Skleroz epigenetik bir hastalık olabilir mi?. Nöropsikiyatri Arşivi. 2008;45(Özel Sayı):15-20.
- Lauer K. Environmental risk factors in multiple sclerosis. Expert Rev Neurother. 2010;10(3):421-440.
- Lerdal A. Celius EG. Moum T. Fatigue and its association with sociodemographic variables among multiple sclerosis patients. Mult Scler. 2003;9:509-514.
- Lerdal A.Celius EG.Krupp L.Dahl AA. A prospective study of patterns of fatigue in multipl sclerosis. Eur J Neurol. 2007;14:1338-1343.
- McDonald WI. Compston A. Edan G. Goodkin D. Hartung HP. Lublin FD. McFarland HF. Paty DW. Polman CH. Reingold SC. Sandberg-Wollheim M. Sibley W. Thompson A. van den Noort S. Weinshenker BY. Wolinsky JS. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International panel on the diagnosis of multiple sclerosis. Ann Neurol. 2001 Jul;50(1):121-127.
- Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2008;11(Ek 3):3-18.
- Mills RG. Young CA. The relationship between fatigue and other clinical features of multiple sclerosis. Mult Scler. 2010;0(00):1-9.
- Mirza M. Multipl sklerozun etyoloji ve epidemiyolojisi. Erciyes Tıp Dergisi. 2002;24(1):40-47.
- Mollaoğlu M. Kars Fertelli T. Multipl sklerozlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;9(3):1-7.
- Motl RB. Suh Y. Weikert M. Symptom clusters and quality of life in multiple sclerosis. J Pain Symptom Manage. 2010;39(6):1025-1032.
- Mutlu M. Akman Demir G. Multipl skleroz tanısında tarihsel gelişim ve son durum. Nöropsikiyatri Arşivi. 2008;45(Özel Sayı):1-5.
- Mutluay FK. Multipl skleroz rehabilitasyonu. Türk Nöroloji Dergisi. 2006;12(2):134-143.
- Oğuzhanoğlu NK. Tıbbi durumlar ve depresyon. Duygudurum Dizisi. 2001;3:116-125.
- Öz F.Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ, 2004;262-264.
- Özakbaş S. Multipl sklerozda özürllülüğün değerlendirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2008; 45 (Özel Sayı): 6-9.
- Özcan A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. 2.Baskı, Ankara, Sistem Ofset Bas.Yay.San.Tic.Ltd.Şti. 2006:102.

- Özgül A. Alaca R. Multipl sklerozda rehabilitasyon. Özcan O. Arpacıoğlu O. Turan B. (Editörler), Nörorehabilitasyon, Bursa; Güneş & Nobel Tıp Kitabevleri, 2000;183-205.
- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-liyazon psikiyatri. Kli.Psikofarmakol. 1990;I(1):10-17.
- Özkan S. Psikiyatrik Tıp:Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul, Roche İlaç Sanayii A.Ş., 1993:35.
- Penner I-K.Bechtel N.Raselli C.Stöcklin M.Opwis K.Kappos L.Calabrese P. Fatigue in Multiple Sclerosis:Relation to depression, physical impairment, personality and action control. Mult Scler. 2007;13:1161-1167.
- Pellicano C. Gallo A. Li X.ve ark. Relationship of cortical atrophy to fatigue in patients with multiple sclerosis. Arch Neurol. 2010;67(4):447-453.
- Polman CH. Reingold SC. Edan G. Filippi M. Hartung HP. Kappos L. Lublin FD. MetzLM. McFarland HF. O'Connor PW. Sandberg-Wollheim M. Thompson AJ. Weinshenker BG. Wolinsky JS. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "McDonald Criteria". Ann Neurol. 2005 Dec;58(6):840-846.
- Rickards H. Nörolojik bozukluklarda depresyon. Curr Opin Psychiatry Türkçe Baskı. 2006;2(3):144-150.
- Rolak RA. Demiyelinizan hastalıklar. Keçeci,H.(Çeviri Editörü), Nörolojinin Sırları, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2009;213-220.
- Serafini B. Rosicarelli B. Franciotta D. Magliozzi R. Reynolds R. Cinque P. Andreoni L. Trivedi P. Salvetti M. Faggioni A. Aloisi F. Dysregulated Epstein-Barr virus infection in the multiple sclerosis brain. J Exp Med. 2007;204(12):2899-2912.
- Sertöz ÖÖ. Mete HE. Bedensel hastalıklarda depresyon. Klinik Psikiyatri. 2004;Ek 2:63-69.
- Siva A. Merkezi sinir sisteminin demiyelinizan hastalıkları. Apaydın H.(Editör), Nöroloji Ders Kitabı, İstanbul; İstanbul Üniversitesi Yayınları. 2009;747- 767.
- Sobel RA. Moore GRW. Demyelinating diseases. Love S.Louis DN.Ellion DW.(Editörler), Greenfield's Neuropathology Volume 2, 8.Baskı, London, Edward Arnold (Publishers) Ltd. 2008;1513-1594.
- Soyuer F. Multipl skleroz rehabilitasyonu. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2002;11(2):76-83.
- Soyuer F. Mirza M. Erkorkmaz Ü. Multipl sklerozda yaşam kalitesi. Türk Nöroloji Dergisi. 2004;10(6):492-496.
- Soyuer F. Mirza M. Öztürk A. Multipl Skleroz'da yaşam kalitesi üzerine yorgunluk ve yetersizliğin etkileri. Türk Nöroloji Dergisi. 2005;11(1):63-67.

- Soyuer F.Ünal D.Mirza M. Multipl sklerozda depresif semptomlar;Sosyodemografik faktörler ve işlevsellikle ilişkisi. Turk Norol Derg. 2010;16:31-35.
- Tavşanlı M. Altıntaş A. Multipl Skleroz patogenezi ve yenilikler. Klinik Gelişim. 2010;23(1):61-64.
- Tedeschi G.Dinacci D.Lavorgna L.ve ark. Correlation between fatigue and brain atrophy and lesion load in multiple sclerosis patients independent of disability. Journal of the Neurological Sciences. 2007;263 :15–19.
- Téllez N. Río J. Tintoré M. Nos C. Galán I. Montalban X. Ftigue in multiple sclerosis persists over time:A longitudinal study. J Neurol. 2006;253:1466-1470.
- Terzi M. Onar MK. Multipl sklerozda klinik ve demografik özellikler. O.M.Ü. Tıp Dergisi. 2004;21(4):149-155.
- Terzi M. Kocamanoğlu B. Güz H. Onar M. Şahin AR. Multipl skleroz hastalarında cinsel fonksiyon bozukluğu. J.Exp.Clin.Med. 2009;26:81-85.
- Tezcan AE. Depresyonun ayırıcı tanısı. Duygudurum Dizisi. 2000;2:77-98.
- Tihan AK. Multipl skleroz ve tedavisindeki gelişmelerin psikiyatrik yönü. Nöropsikiyatri Arşivi. 2008;45(Özel sayı):37-43.
- Tuncer N. Multipl Sklerozlu olgularda kognitif fonksiyon bozukluğu. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2006;26:559-564.
- Turan ÖF. Multipl Skleroz. Oğul,E.(Editör), Klinik Nöroloji, 1.Baskı, Bursa; Nobel ve Güneş Tıp Kitabevleri. 2002;171-185.
- Tülek Z. Kurtuluş Z. Multipl Skleroz(MS) ve seksüel disfonksiyon. Kadın Cinsel Sağlığı. 2004:357-359.
- Türkbay TG. Yıldırım Y. Özakbaş S. Uzunel F. İdiman E. Multipl sklerozlu hastalarda yorgunluk ve yorgunluğun etkisinin değerlendirilmesi. Türk Nöroloji Dergisi. 2004;10(6):515-520.
- Trojan DA. Arnold D. Collet J-P. Shapiro S. Bar-Or A. Robinson A. Cruguel J-P L. Ducrue T. Narayanan S. Arcelin K. Wong AN. Tartaglia MC. Lapierre Y. Caramanos Z. Costa DD. Fatigue in multiple sclerosis:Association with disease-related,behavioural and psychosocia factors. Mult Scler. 2007;13:985-995.
- Uğuz F. Akpınar Z. Özkan İ. Tokgöz S. Multipl sklerozlu hastalarda majör depresyon ve yaşam kalitesi ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2008;45:28-31.
- Uludüz D. Saip S. Siva A. Multipl sklerozda uzun süreli koruyucu tedaviler. Nöropsikiyatri Arşivi. 2008;45(Özel Sayı):26-36.
- Ünal A. Sütlaş N. Kuşçu DY. Anaç HU. Karagöz A. Kırbaş D. Multipl skleroz hastalarında gelip geçici görsel etkilenme. Düşünen Adam. 2000;13(4):240-245.
- Ünal S. Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000;1(1):41-47.

- Victor M. Ropper AH. Multiple sclerosis and allied demyelinating diseases. Adam and Victor's Principles of Neurology, 7. Baskı, Newyork, Mc Graw-Hill Medical Publishing Division. 2001;954-963.
- Warren S. Warren KG. Multiple Sclerosis. Geneva, World Health Organization. 2001;1-6.
- Weiner HL. Levitt KP. Rae-Grant A. Neurology. 6.Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 1999:158-167.
- Yıldırım A. Hacıhasanoğlu R. Anxiety and depression in medical inpatients. New Symposium Journal. 2010;48(4):248-255.
- Yüceyar AN. Sağduyu Kocaman A. Multipl skleroz tanı kriterleri. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics. 2009;2(2):22-28.
- Yüksel N. Demans, Multipl skleroz, Parkinson hastalığı ve Edinsel bağışıklık yetmezliği sendromunda izlenen nöropsikiyatrik belirtiler. Klinik Psikiyatri. 2002;5:151-159.
- Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3.Baskı, Ankara, MN Medikal&Nobel. 2006;391.

8. EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

1) Ad-Soyad:

2) Yaş:

3) Cinsiyet:

a) Kadın

b) Erkek

4) Medeni hali:

a) Bekar

b) Evli

c) Boşanmış

5) Ailenin yapısı:

a) Çekirdek aile

b) Geniş aile

6) Çocuk sayısı:

7) Öğrenim durumu:

a) okur-yazar

b) ilkokul

c) lise

d) üniversite ve üstü

8) Çalışma durumu:

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

9) Mesleği:

10) Gelir seviyesi:

a) İyi

b) Orta

c)Kötü

11) Hastalığın süresi:

12) Hastalığın başlangıç yaşı:

Ek 2. Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS)

Uygun sayıyı daire içine alınız	Hiçbir şekilde katılmıyorum					Tamamen katılıyorum	
Yorgun olduğumda bir şeyler yapmak için harekete geçme isteğim daha az oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
Egzersiz beni yorgun hale getiriyor.	1	2	3	4	5	6	7
Kolaylıkla yorgun düşüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluk ,bedensel işlevlerime engel oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluk benim için çok sık sorunlara yol açıyor.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluğum, uzun süreli bedensel işlevlerimi yürütmeme engel oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluk, belirli görev ve sorumluluklarımı yerine getirmeme engel oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluk, beni çok yetersiz hale getiriyor.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluk, iş, aile ve toplum hayatımı olumsuz etkiliyor.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİLSON BİR HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.	
1.	a) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. b) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum. d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2.	a) Gelecekte umutsuz değilim. b) Gelecek konusunda umutsuzum. c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3.	a) Kendimi başarısız görmüyorum. b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır. c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum. d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4.	a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum. b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. c) Artık hiçbir şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum. d) Beni doyanan hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5.	a) Kendimi suçlu hissetmiyorum. b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor. c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum. d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6.	a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim. b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim. c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7.	a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım. b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım. c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum. d) Kendimden nefret ediyorum.
8.	a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum. b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım içinde eleştiriyorum. c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum. d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9.	a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam. c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim. d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10.	a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum. b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum. c) Şimdilerde her an ağlıyorum. d) Eskiden ağlayabilirdim şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

11.	<p>a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.</p> <p>b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.</p> <p>c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.</p> <p>d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.</p>
12.	<p>a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.</p> <p>b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.</p> <p>c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.</p> <p>d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.</p>
13.	<p>a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.</p> <p>b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.</p> <p>c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.</p> <p>d) Artık hiç karar veremiyorum.</p>
14.	<p>a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.</p> <p>b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.</p> <p>c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.</p> <p>d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.</p>
15.	<p>a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.</p> <p>b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.</p> <p>c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.</p> <p>d) Hiç çalışmıyorum.</p>
16.	<p>a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.</p> <p>b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.</p> <p>c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.</p> <p>d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.</p>
17.	<p>a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.</p> <p>b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.</p> <p>c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.</p> <p>d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.</p>
18.	<p>a) İştahım eskisinden pek farklı değil.</p> <p>b) İştahım eskisi kadar iyi değil.</p> <p>c) Şimdilerde iştahım epey kötü.</p> <p>d) Artık hiç iştahım yok.</p>
19.	<p>a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.</p> <p>b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.</p> <p>c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.</p> <p>d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.</p>
20.	<p>a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.</p> <p>b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.</p> <p>c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.</p> <p>d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.</p>
21.	<p>a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.</p> <p>b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.</p> <p>c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.</p> <p>d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.</p>

Ek 4. McDonald Tanı Kriterleri

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

Ek 5. Etik Kurul Onayı

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU


Sayı: /2011

28.01.2011

Sayın Yrd.Doç.Dr. Scrap SEZGİN

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz **Multipl Sekleroz Hastalarında Yorgunluk ve Depresyon Arasındaki İlişki** başlıklı Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu 2010/202 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz, amaç, gerekeç, 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 30.12.2010 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Abdulkürüm BEDİR
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu
Başkanı

Ek 6. Araştırma İçin Gerekli Kurum İzni




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

Sayı: 734

02.01.2011

Sayın Sevgi DİNÇ

" Multipl Skleroz Hastalarında Yorgunluk ve Depresyon Arasındaki İlişki" isimli yüksek lisans tez çalışmanızı Etik Kurul onayı alındıktan sonra Nöroloji Polikliniği'nde kayıtlı Multipl Skleroz hastalarında yapmanız uygun bulunmuştur.


Prof. Dr. Taner ÖZBİRLİ
Nöroloji A.B.D. Başkanı

760716

9. ÖZGEÇMİŞ

Sevgi DİNÇ 1985 yılında Samsun'da doğdu. İlkokulu Samsun Şehit Cengiz Topel İlkokulu'nda okudu. Ortaöğretim ve liseyi 1996-2003 yılları arasında Samsun Anadolu Lisesi'nde ve lisans eğitimini de 2004-2008 yılları arasında O.M.Ü Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde tamamladı. 2008-2009 eğitim yılında O.M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'na başladı. Halen adı geçen yerde eğitimine devam etmektedir. Ayrıca 2009 Mart ayından bu yana O.M.Ü Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk Hastanesi Çocuk Acil'de klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır.