

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ'NDE TEDAVİ
GÖRMEKTE OLAN MULTİPLE SKLEROZ
HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ VE
DEPRESYON**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevgi BULUNMAZ GÜLER

**DANIŞMAN
Yrd.Doç. Dr. Fatma ERSİN**

ŞANLIURFA

2016

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ'NDE TEDAVİ
GÖRMekte OLAN MULTİPLE SKLEROZ
HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ VE
DEPRESYON**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevgi BULUNMAZ GÜLER

**DANIŞMAN
Yrd.Doç. Dr. Fatma ERSİN**

**ŞANLIURFA
2016**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Sevgi BULUNMAZ GÜLER'in hazırladığı "Harran Üniversitesinde Tedavi Görmekte Olan Multiple Skleroz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Depresyon" konulu çalışma 14/07/2016 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN (Danışman)

Harran Üniversitesi

Başkan


Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN

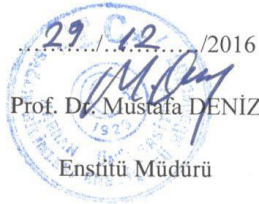
Yrd. Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU

Toros Üniversitesi

Dokuz Eylül Üniversitesi

Üye


Üye


29.07.2016

Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÖRLER

Yüksek lisans eğitimi ve tezimin hazırlanması aşamalarında sonsuz destek, sabır ve anlayış gösteren tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN'e ve tezimin başlama aşmasında bana yardımcı olan hocam Prof. Dr. Fügen ÖZCANASLAN' a ve araştırmaya gönüllü katılarak çalışmanın gerçekleşmesine katkı veren tüm hastalara ayrıca okul dönemin de bana destek veren annem Muazzez BULUNMAZ, babam Sedat BULUNMAZ, eşim Mustafa GÜLER ve çocuklarım Ronahi ve Umut Diren GÜLER'e çok teşekkür ediyorum.

Sevgi BULUNMAZ GÜLER
2016

İÇİNDEKİLER

Sayfo No

TEŞEKKÜRLER	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
ABSTRAC	viii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	2
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hastalığın Tanımı.....	4
2.2. MS'in Epidemiyolojisi ve Etyolojisi.....	4
2.3. MS'in Patofizyolojisi.....	5
2.4. MS Tipleri.....	6
2.4.1. Relapsing-Remitting MultiplSkleroz.....	7
2.4.2. Sekonder Progresif MultiplSkleroz.....	7
2.4.3. Primer Progresif MultiplSkleroz.....	7
2.4.4. Progresif Relapsing MultiplSkleroz.....	8
2.4.5. Benign Multiple Skleroz.....	8
2.4.6. Spinal tutulumla giden şekli.....	8
2.4.7. Nöromyelitis optika (Devic sendromu).....	8
2.4.8. Marburg Tipi Multiple Skleroz.....	8
2.5. MS Belirtive Bulguları.....	9
2.6. MS'te Tanı Kriterleri.....	10
2.7. MS Tanısal Çalışmaları.....	11

2.8. MS Prognozu.....	12
2.9. MS' te Tedavi.....	13
2.10. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçümü.....	18
2.11. Depresyon	19
2.12. MS'de Hemşirelik Bakımı.....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları.....	25
3.5.1. AnketFormu.....	25
3.5.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	26
3.5.3. Genel SağlıkAnketi (GSA-12).....	28
3.6. Verilerin Toplanması.....	29
3.6.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması.....	29
3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	29
3.6.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.8. Araştırmanın Etiği.....	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
4. BULGULAR.....	31
5.TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
6.1. Sonuç.....	51
6.2. Öneriler.....	51

7. KAYNAKLAR	53
8. EKLER	65
8.1. Anket Formu.....	66
8.2. Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	67
8.3. Genel SağlıkAnketi (GSA-12)	74
8.4. Hasta Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	75
8.5. Etik Kurul Kararı.....	77



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. MS'in Seyrini Etkileyen Bazı Faktörler.....	14
Tablo 2. Multipl Skleroz'lu Hastalarla Çalışan Hemşirelerin Sıklıkla Karşılaşabileceği Sorunlar	25
Tablo 3. Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarının Puanlanmasının Tanımlanma.....	29
Tablo 4. Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sorularının Birleştirilmesi ve Ham Skor Aralıkları.....	30
Tablo 5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 6. Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	36
Tablo 7. Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Bulguların Dağılımı.....	37
Tablo 8. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve GSA – 12 Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	38
Tablo 9. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 10. Hastaların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 11. Hastaların Genel Sağlık Anketi - 12 Risk Dağılımı.....	45
Tablo 12. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Genel Sağlık Anketi – 12 Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46

KISALTMALAR

MS	: Multiple skleroz
SSS	: SantralSinirSistemi
PPMS	: Primer ProgresifMultiplSkleroz
RPMS	: Relapsing ProgresifMultiplSkleroz
RRMS	: Relapsing Remitting MultiplSkleroz
SPMS	: SekonderProgresifMultiplSkleroz
OKB	: Oligoklonalband
IgG	: İmmünglobulin G
EDSS	: Genişletilmiş Özürlülük Durumu Ölçeği (ExpandedDisabilityStatuScale)
PML	: ProgresifMultifokalLökoensefalopati
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
TENS	: Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ACTH	: Adenokortikotropik hormon
IOMSN	: UluslararasıMultipl Skleroz Hemşireleri Organizasyonu
YK	: Yaşam Kalitesi
GSA-12	: Genel Sağlık Anketi-12
MRG	: Magnetik Rezonans Görüntüleme
VEP	: Vizüel Uyarılmış Potansiyeller

ÖZET

HARRAN ÜNİVERSİTESİ'NDE TEDAVİ GÖRMekte OLAN MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON

Sevgi BULUNMAZ GÜLER

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışma, Harran Üniversitesi'nde tedavi görmekte olan Multiple Skleroz hastalarında yaşam kalitesi ve depresyonu belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Hastalıkları Kliniğinde tedavi görmekte olan ve poliklinikte takip edilen MS tanısı olan çalışmaya katılmayı kabul eden 45 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Kısa Form SF-36 ve Genel Sağlık Anketi - 12 kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi yapılmıştır. Çalışmaya katılan Hastaların %64.6'sı kadın ve %64.4'ü bekadır. Hastaların %86.7'sinin ilaç ve %86.7'sinin yardımcı alet kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %80.0'ında yorgunluk, %64.4'ünde ağrı, %44,4'ünde denge problemleri olduğu bulunmuştur. Hastaların çalışma durumlarına göre fiziksel rol alt boyutu puan ortalaması, çocuk durumuna göre fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması ve mental sağlık özet skoru puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Depresyon açısından değerlendirildiğinde hastaların %42.2'sinin depresyon riskine sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca yardımcı alet kullanan hastaların, yardımcı alet kullanmayan hastalara oranla GSA-12 ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Çalışma sonuçlarına göre MS hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğu, hastaların yarıya yakınının ruhsal sorunlara yönelik belirtiler yaşadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda MS hastalarının yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve psikolojik destek programlarının geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulamaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Multiple Skleroz, Yaşam Kalitesi, Depresyon

ABSTRACT

LIFE QUALITY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS RECEIVING TREATMENT AT HARRAN UNIVERSITY

Sevgi BULUNMAZ GÜLER

Department Of Nursing Master's Thesis

This descriptive study was conducted for the purpose of determining the life quality and depression in patients with Multiple Sclerosis receiving treatment at Harran University. The study sample consisted of 45 patients diagnosed with MS that were receiving treatment at Harran University Medical Faculty Research and Application Hospital Neurological Diseases Clinic, were followed in polyclinics and accepted to participate in the study. The data were analyzed by using descriptive statistics, independent samples t-test and Mann Whitney U test. 64.6% of patients were female and 64.4% were single. It was determined that 86.7% of patients used drugs and 86.7% subsidiary tools. It was observed that 80.0% of patients that participated in the study had fatigue, 64.4% pain and 44,4% balance problems. There was a significant difference between the score averages in the lower dimension of physical role according to the working conditions of patients, the score averages in the lower dimension of physical function according to the state of having children and the score averages in the mental health ($p < 0.05$). Evaluating in terms of depression; it was determined that 42.2% of patients had the risk of depression. Besides, there was a significant difference between the score averages of theGSA-12 Scale according to patients using and not using subsidiary tools($p<0.05$).As a result of the study, it was determined that MS patients had a lower life quality and almost half of patients had the symptoms of mental problems. According to these results, it is recommended to plan and apply nursing interventions for improving the life quality of MS patients and developing psychological support programs.

Keywords: Multiple Sclerosis, Life Quality, Depression

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Multipl Skleroz (MS) merkezi sinir sisteminin (MSS) fiziksel özür lülü ğ e neden olan, daha çok genç nüfusu etkileyen, ataklar ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalı ğ ıdır (23). MS'in başlangıç yaşı genellikle 20–40 yaş arası olarak bildirilmektedir. Ancak nadir olarak daha erken yaşta ve geç yaşta başlangıç bildirilen vakalar da bulunmaktadır (20). Bu yaş grubunda, travmalardan sonra nörolojik özür lülü ğ e en sık yol açan hastalık özelliğini taşımaktadır (125).

Dünyada yaklaşık 2,5 milyon MS hastası bulunmaktadır (27). Ülkemizde MS'in görülme sıklığı ile ilgili bir çalışma olmamakla beraber pevelansının 40/100 000 olduğu belirtilmektedir (63). Tanı koyma yöntemlerindeki gelişme ile birlikte MS'li hasta sayısında artma gözlenmiştir. MS, çeşitli kaynaklara göre kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir. MS'de mortalite oranı düşüktür ve ölümler genelde hastalığın ve tedavinin komplikasyonlarına bağlı olarak gelişmektedir (6). MS'in nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, çevresel ve genetik faktörlerin etkilediği otoimmün bir hastalık olduğu düşünülmektedir (84). MS'in ortaya çıkışını ve seyrini etkilediği düşünülen faktörlerden biri de strestir. MS tanısı konması ve psikososyal faktörlerin incelendiği bir çalışmada; MS'li hasta grubunun, kontrol grubuna göre aile içi problemlerinin ve olumsuz yaşam koşullarının daha fazla olduğu ve sosyal destek kullanımının daha az olduğu saptanmıştır (109).

Birçok probleme neden olan ve hastaların yaşamını önemli ölçüde etkileyen MS'te alevlenmeleri azaltmak ve hastalık seyrini değiştirmek için birçok ilaç kullanılmaktadır. Bu ilaçlar içinde sıklıkla kullanılan interferonlar (IFN-β-1b, IFN-β-1a) ve glatiramer acetate gibi immünomodülatör ilaçların MS aktivitesini azaltmada etkili olduğu, atak oranlarını ve yeti yitimi progresyonunu azalttığı bildirilmiştir (32, 68).

MS'li hastalarda zamanla gelişebilen ve gözlemlenen bir çok sorun yaşanmaktadır. Sıklıkla yaşanan sorunlar boşaltım sorunları, cinsel sorunlar, yutma sorunları, bilişsel sorunlar, yorgunluk, denge problemleri, spazm, hareket sorunları, travmaya yatkınlık, uyku sorunları, ağrı ve depresyondur (6, 132, 182). Bu sorunların daha çok psikolojik kaynaklı olduğu ve hastaların yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (95).

Hastalığın ilk aşamasında; hasta tanıyı öğrendiğinde hastada şok tepkisi meydana gelmektedir (101). Bunu takiben hastada; hastalığın seyri ve geleceğe dair belirsizlikler, nüks endişesi nedeniyle kaygılar oluşabilmekte, hasta yaşantısını denetleyemeceği endişesine kapılabilmekte ve kontrol kaybı yaşamaktadır (86). Bu durum hastaların yaşam kalitesini ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmalar diğer kronik hastalığı olan gruplarla karşılaştırıldığında MS’de yüksek depresyon prevalansını tekrarlayıcı olarak rapor etmektedir (64, 121). Depresyon, MS’in klinik tablosunda en sık ortaya çıkan psikiyatrik bozukluktur (177).MS’li hastalarda depresyon görülme sıklığının diğer nörolojik hastalıklara ve genel popülasyona göre daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür (64). Yapılan araştırmalarda MS hastalarında yaşam boyu major depresyon görülme oranının %22-54 arasında olduğu belirtilmiştir (10, 20, 54).Ülkemizde MS hastalarında depresyon görülme düzeyini ölçen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Tülek tarafından İstanbul ilinde 164 hastada yapılan çalışmada MS hastalarında depresyon puanları yüksek bulunmuştur (174).MS’li hastalarda beyin lezyonlarının lokalizasyonu, psikososyal faktörler, tedavi için kullanılan ilaçlar, hastanın özürülük durumu gibi birçok faktör depresyonu etkileyebilmektedir. Asıl olan bu bozukluğun kişinin günlük yaşam aktivitelerini ve iş verimini olumsuz etkilemesidir (71). Fiziksel özürülülüğe neden olan diğer kronik hastalıklarla yapılan karşılaştırmalı araştırmalardaMS’de hem depresyon daha yaygın, hem de yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur(91, 139).

MS hastalarının yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve depresyon durumlarının en aza indirilmesinde hemşireler kilit rol oynamaktadırlar. Hemşireler MS hastalarının tedaviye başlamalarında, tedaviye devam etmelerinde ve tedavi esnasındaki endişelerini ve oluşabilecek komplikasyonların tanınması, farkındalığın geliştirilmesi ve uygun müdahalelerle sorunların ele alınmasını sağlayacaktır.Bu nedenle MS hastalarının sağlığını koruma ve geliştirme aşamasında etkin hemşirelik hizmetlerinin sunulması önemlidir. MS hastalarında yaşam kalitesi ve depresyon durumunu belirlemeye yönelik hemşirelik çalışmalarına ulaşılamamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde tedavi görmekte olan Multiple Skleroz (MS) hastalarında yaşam kalitesi ve depresyonu durumunu belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Hastalığın Tanımı

MS, genç erişkinlerde görülen genellikle ataklar ve remisyonlarla seyreden, genetik olarak duyarlı kişilerde çevresel faktörlerin etkilediği, otoimmün mekanizmalar yoluyla gelişen, SSS'nin (santral sinir sistemi) demiyelinizan kronik bir hastalığıdır (171). MS'in ilk SSS'ne ait bulguları Carswell tarafından 1838'de tanımlanmıştır (146). Yaşayan hastada ilk MS tanısı Freidrich Theodore von Frerichs tarafından 1949 yılında konmuştur (112). MS'in ilk temel klinikopatolojik özellikleri Jean-Martin Charcot tarafından 1868 yılında tanımlanmıştır (146).

MS hastalarında; klinik seyir, radyolojik görünüm biçimleri ve tedavi yanıtları bireyler arasında çok çeşitlilik göstermektedir. Bu heterejon özellikler, hastalık oluşumunda multifaktöryel etkenlerin rol alması ile açıklanmaktadır (106, 113). Hastalarda etkilenmiş olan anatomik bölgeye göre farklı bulgular ve semptomlar gösterebilirler (173). Hastalığın seyrinde klinik farklılıklar olabilmektedir. Hastalık boyunca ani kötüleşmeler, iyileşmeler veya nörolojik bulguların yavaş ilerlemesi veya spontan olarak düzelmeler olabilmektedir. MS'in seyri hastadan hastaya ve aynı hastanın kendi klinik seyri içinde de farklılıklar gösterebilmektedir (104).

2.2.MS Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Genç erişkin yaş hastalığı olarakta bilinen MS genellikle 20-40 yaş arasında başlangıç gösterir. Fakat bazen daha erken veya ileri yaşlarda da görülebilir (7, 68, 80, 82, 140). Hastalığın erkeklere oranla kadınlarda 2 kat daha fazla görülme sıklığı olup, 16 yaşından önce görülme sıklığı %1.2-6'dır (68,82, 140). Her iki ayrı kürede ekvatoran uzaklaştıkça MS prevalansının arttığı ve 40-60 derecede en yüksek düzeye ulaştığı bilinmektedir (81). Türkiye'de MS prevalansı ve insidansı bilinmemektedir. Ancak, prevalansın 35-45/100.000 olduğu ve dolayısıyla 30-35.000 bireyi etkilediği düşünülmektedir (112). Türkiye'de MS ile ilgili büyük çapta epidemiyolojik çalışmalar olmamasına rağmen, risk açısından ülkemizin orta düzeyde olduğu sanılmaktadır (62). Sağlık Bakanlığı 2004 istatistikleri'ne göre 6867 MS'li bireyin Türkiye'deki hastanelerden taburcu olduğu, 106 bireyin MS nedeniyle öldüğü ve MS nedeniyle hastanelerde yatılan gün sayısının 112 gün olduğu belirlenmiştir (149)

MS'in nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte; patolojik otoimmünitinin hastalığın oluşmasında önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Otoimmünitelyi etkileyen faktörlerin; genetik faktörler, çevresel faktörler ve enfeksiyonların olduğu düşünülmektedir (15, 16, 42, 114).

Bireylerin yaşam boyu MS hastası olma riski %0.1 iken, birinci derecede akrabaların MS olması durumunda bu risk %2-5'e yükselmektedir (32). Yapılan çalışmalarda hastaların aile öykülerine bakıldığında hastaların %15-20'sinin ailesinde MS hastası bulunmaktadır (150,151).

MS ve genetik ilişkisini inceleyen çalışmalar içerisinde ikiz çalışmalarının ayrı bir önemi bulunmaktadır. Toplum tabanlı pek çok çalışmada tek yumurta ikizlerinde konkordans %26, dizigotiklerde ise %2.4 olarak saptanmıştır (24, 152).

MS hastalığında sorumlu tutulan bir çok çevresel faktörler bulunmaktadır. Bunların arasında viral, bakteriyel enfeksiyonlar, kimyasal ajanlar, kuyu suyu kullanımı, iklim koşulları, aşular, travmalar, ameliyatlar, gebelik, beslenme ve iklim koşulları gibi bir çok etmenin etiolojideki rolü için çalışmalar yapılmıştır (59, 73, 88). MS hastalığına duyarlılığın genetik kökenli olduğu ve hastalığın başlamasında çevresel faktörlardan etkilendiği kabul edilmektedir (146).

MS uzun yıllar boyunca, enfesiyöz kaynaklı olarak geliştiği düşünülmüş fakat, bunu doğrulayacak herhangi bir spesifik virüs izole edilememiştir (33, 43) Yapılan bir çalışmadakızamık, kızamıkçık, kabakulak, su çiçeği, herpes simpleks, parainfluenza, Epstein-Barr gibi bazı virüslere karşı antikor düzeylerinin kontrollerden daha yüksek olduğu görülmüş olup nedeninin hastaların immün-genetik yapılarındaki özellikten olacağı kanısına varılmıştır (122).

2.3. MS'in Patofizyolojisi

Kesin tedavisi olmayan ve nedeni tam bilinmeyen MS'de optik sinir çevresi, perivenöz alanlar, serebellumun periventriküler beyaz maddesi, beyin sapı ve spinal kord başta olmak üzere MSS'nin her alanında plaklar gelişebilir. Bu plaklar beyin ve spinal kordun miyelin içeren bölümlerinde gelişir ve skar oluşumu ile sonuçlanır. MS'de miyelin ve akson hasarına neden olan mekanizmanın otoimmün olaylar sonucu meydana geldiği düşünülmekte, ancak bu otoimmün olayları hangi sürecin başlattığı tam olarak bilinmemektedir (42, 79, 175). T hücrelerinin MS oluşumundan sorumlu tutulan miyelin proteinlerine yönelen hücresel yanıtı

oluşturduğu öngörülmektedir. T lenfositlerinin bilinmeyen bazı nedenlerle aktive olduğu ve kan beyin bariyerini aşarak MSS'ne girdiği düşünülmektedir. Bu aşamada makrofajların, antikörlerin ve inflamasyona yol açan sitokinlerin salındığı; miyelin proteinlerini (oligodentrositleri) ve miyelin içeren hücreleri hedef alan bir dizi immünopatolojik olay gelişimi ile miyelin kılıf hasarının olduğu belirtilmektedir (36, 42, 175).

Demiyalizasyon safhasını, remiyalizasyon (iyileşme) safhası takip etmektedir. Remiyelizasyon safhası hastalar arasında farklılık göstermektedir. Remisyon döneminde oligodentrositlerin hasar gören aksonları onardığı, inflamasyonun gerilediği, semptomların kısmen ya da tamamen ortadan kalktığı belirtilmektedir. Hastalık ilerledikçe myelin kılıf tamamen zarar görmekte, yerini sert, sklerotik ve glial skar dokusunun almasıyla geri dönüşümsüz fonksiyon kayıpları oluşmaktadır (42, 114, 185).

Yapılan çalışmalara bakıldığında MS' li hastaların ekonomik durumlarının ve zeka seviyelerinin yüksek olduğu ve kent yaşamlı oldukları bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda MS'li kişilerin kent yaşamlı, zeka ve sosyo-ekonomik düzeyleri yüksek bulunmuştur (133).

2.4. MS Tipleri

MS klinik seyri ve semptomları kişiden kişiye farklılık gösteren bir hastalıktır. MS hastalığında zamanla klinik tipler arasında geçiş olabilmekte ve klinik tipine göre tedavi planı ve prognozu belirlenmektedir.

Klinik olarak MS 8 alt grupta toplanmaktadır (2, 18, 118).

1. Relapsing-Remitting Multipl Skleroz (RRMS) (yineleyiciti)
2. Primer Progresif Multipl Skleroz(PPMS)
3. Sekonder Progresif Multipl Skleroz(SPMS)
4. Relapsing Progresif Multipl Skleroz(RPMS)
5. Benign MultiplSkleroz:
6. Spinal Tutulumla GidenŞekli
7. Nöromyelitis Optika (DevicSendromu).
8. Marburg Şekli

2.4.1. Relapsing Remitting Multipl Skleroz (RRMS):

RRMS, ataklarla seyreden ve ataklar sonrası remisyonlar görülen formudur. Bu remisyonlar bezen kısmen bazen de tamamen olur. MS olgularının 2/3'ünü oluşturur (95). Ataklar arasındaki zaman uzun olup, nörolojik bulguları yıllar sonra minimal düzeyde seyreden iyi huylu MS tipidir. Bu hastaların % 50'si 10 yıl içinde, %90'ı 25 yıl içinde Sekonder Progresif Multipl Skleroz 'a (SPMS) geçişi olur (118, 140, 169).

2.4.2. Primer Progresif Multipl Skleroz (PPMS):

Ataklar olmadan sürekli progresyon izlenir. Tüm MS hastalarının %15.0'ını oluşturur. Hastalık 40 yaş civarında başlayıp, kadın ve erkeklerde eşit oranlarda görülür ve bilinen bütün tedavilere karşı dirençlidir. Diğer MS tiplerinden daha farklı bir patogenezi mevcuttur. Beyinde mevcut lezyonlar az olup, omurilikte ön planda atrofi ve miyelopati mevcuttur, tabloya spastik paralizi hakimdir. Bu bulguların yanında birde görme bozukluğu, serebellar bozukluk, hemipleji, beyin sapı sendromları ve kognitif bozukluklar görülür (38).

2.4.3. Sekonder Progresif Multipl Skleroz (SPMS):

Bu MS tipi RRMS gibi başlayıp 2. ve 3. ataktan sonra progresyon olur. Bu dönemde ataklar azalır, RRMS'li hastaların yarısından fazlası 25 yıllık takiplerinde SPMS kliniğine geçerler. Başlangıç yaşı olarak RRMS ile SPMS arasında bir fark yoktur. Bu safhada nörodejenerasyon ön plandadır. Beyin volumü azalır. MR'da kontrastlanma azalır. Erkeklerle oranla kadınlarda daha fazla görülmektedir. RRMS ve SPMS kliniklerindeki bulgulara bakıldığında kadın hakimiyetinin mevcut olduğu klinikler olması bakımından aralarında fark tespit edilememştir. Ayrıca ilk ataktan sonraki tam veya tama yakın iyileşme dönemi içinde belirgin bir farklılık bulunmamakta olup, RRMS' de ortalama hastalık süresi 9 yıl, SPMS'de 18 yıl olarak belirlenmiştir (116).

2.4.4. Relapsing Progresif Multipl Skleroz(RPMS):

Bu tipte progresyon olurken üzerine binen ataklar görülür. Hastaların %50' sinde ilk 10 yılda ataklar oluşur, geri kalanında hastalık başlangıcından 20 yıl veya daha fazla sürede ataklar gelişir. Atak araları asla sık değildir. Ataklar genelde tama yakın düzelmeyi takiben hafif olarak iyileşmelerle devam eder. MS vakalarının %5'ini oluşturur. En nadir gruptur, süperempoze ataklar dışında PPMS'den ayırt edilemez. Ataklar halinde seyreder ve temelde sürekli bir progresyon söz konusudur. Buna eşlik eden ve premorbid yeti durumuna göre tam veya kısmi geri dönüşüm evrelerinin olmadığı akut relaps evreleri mevcuttur (8, 140, 169).

2.4.5. Benign Multiple Skleroz:

Tüm MS grubunun %20'sinde olduğu tahmin edilmektedir. İlk belirtiler başladıktan 10 yıl sonra hastalar tam iş görebilirliğe sahiptirler. Hastalar silik semptomlarla bütün yaşamlarını sürdürebilirler (47). RRMS'ın bir alt grubu olarak değerlendirilir. Bazen 25 yıldan sonra atak ve regresyon oluşabilir.

2.4.6. Spinal tutulumla giden şekli

Hastalığın bu şeklinde başlangıçtan itibaren spinal kord tutulumu mevcut olup daha çok ilerleyici gidiş söz konusudur. Medulla spinalis lezyonlarının varlığı hastalığın prognozu için olumsuz kriter sayılmaktadır (12).

2.4.7. Nöromyelitis optika (Devic sendromu)

Akut transvers miyelit ve eşzamanlı veya kısa süre sonra takip eden optik nörit ile ortaya çıkan bir tablodur. Pek çok hastada MS'den ayırt edilemeyecek relaps ve remisyonlarla giden bir şekli olabileceği gibi omurilik bulguları kalıcı olabilir. MS'e göre optik nörit prognozu da olumsuz olup ciddi görme kayıpları ile sonlanabilir (12).

2.4.8. Marburg Tipi Multiple Skleroz

MS'e ait bu ender form çok nadir görülür ve birkaç ay içinde polisemptomatik ve progresif seyir ile ileri özürülük veya ölümlü sonuçlanır. Otopsilerde yaygın akson kaybı görülür (49).

2.5. MS Belirti ve Bulguları

MS'de klinik belirti ve bulgular etkilenen alana göre farklıdır. Hastada bir ya da birden fazla bulgu birlikte görülebilir. MS'deki mevcut şikayetler (yorgunluk, uyuşma, halsizlik gibi) bazen gün içerisinde aralıklarla görünür, bazende günlerce sürebilir (42,105, 168).MS'in en sık görülen belirti ve bulguları şunlardır;

Motor/Serebellar Bozukluklar

- Spastisite ve refleks spazm
- Kas güçsüzlüğü
- Yürüme bozukluğu
- Koordinasyon bozukluğu
- Dizartri
- Disfajidir (166).

Duyusal Bozukluklar

- Ağrı
- Parestezi
- Görme bozuklukları
- Tat alma bozuklukları
- İşitmede azalma
- Trigeminal nevralji
- Lhermitte bulgusudur (166).

Mesane-Barsak Bozuklukları

- İnkontinans
- Acil idrar yapma hissi
- İdrarı boşaltmada gecikme
- İdrar yolu enfeksiyonu
- Konstipasyon
- Gaita inkontinansdır (166).

Kognitif ve Emosyonel Bozukluklar

- Depresyon
- Emosyonellabilite
- Dikkat, hafıza ve konsantrasyon da azalma
- Karar vermede bozulmadır (13).

Cinsel Bozukluklar

- Uyarılma ve orgazm sorunudur (13).

Diğer Bozukluklar

- Karıncalanma
- Uyuşma
- Halsizlik
- Sıcağa hassasiyet
- Çabuk yorulmadır (13).

2.6. MS'te Tanı Kriterleri

MS tanısı koymak için spesifik bir test bulunmamakta olup hastalar çok farklı belirtilerle başvurmaktadır. Hastalığın seyrinin farklı olması nedeni ile teşhisi koymak kolay değildir. Jean Martin Charcot, nistagmus, tremor ve konuşma bozukluğu klinik bulgularına dayanarak tarihte ilk kez bir hastaya MS tanısı koymuş, MS'in histopatolojik özelliklerini tanımlamıştır. Charcot'un klinikopatolojik tanımını hala altın standart özelliğini korumaktadır (35). MS tanısı öncelikle klinik olsada bir takım laboratuvar bulguları tanıda yardımcı olur. MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) genellikle tanıda en kritik bilgiyi verir. Tanı için;

- Tıbbi öykü
- Nörolojik muayene
- Görüntüleme/MRG
- BOS tetkiki
- Uyarılmış potansiyeller,vizüel uyarılmış potansiyeller(VEP) yapılabilmektedir (112, 32).

MS tanısı için 1950' lerden beri tanı kriterleri oluşturulmuştur (37, 142). Bu tanı

kriterleri; Schumacher, Poser, Paty ya da Mc Donald' s Kriterleridir. Mc Donald tanı kriterleri daha sonra revise edilmiştir (9).

Schumacher Tanı Kriterleri: İlk tanı kriterleri Schumacher ve arkadaşları tarafından 1965 yılında yayınlandı(48). Schumacher klinil olarak kesin MS tanısı koyabilmek için; hastanın 10-50 yaş arasında olması, santral sinir sistemine ait objektif nörolojik bulguların olması, nörolojik bulguların 2 ya da daha fazla bölgeye ait olması, en az 1 ay arayla ortaya çıkan ve en az 24 saat süren 2 ya da daha fazla atak geçirilmiş olması ve teşhisi bir nöroloğun koyması gerektiği gibi kriterleri yer almaktadır (154).

Poser Tanı Kriterleri: Günümüzde en çok kabul gören Poser ve arkadaşlarının (1983) tanı kriterleridir. Hastaların klinik özelliklerinin BOS bulguları ,radyolojik ve elektrofizyolojik bulgularının yanında labaratuvar bulgularında olduğu, kesin MS ya da olası MS olarak sınıflandırılır (144).

McDonald Tanı Kriterleri: MS tanı kriterlerini güncelleştirir. MS'in tanısıl sınıflamasını kolaylaştırır ve tanı kriterlerinin içine MRG'yi yerleştirir. PPMS için bir tanı şeması oluşturur. Hastalığı 3 kategoriye indirerek (MS, Olası MS, MS değil) MRG kriterlerinin kullanımını kolaylaştırır (29).

2.7.MS Tanısal Çalışmaları

Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG): MRG, ilk kez MS için 1981 yılında kullanılmıştır Günümüzde de hastalığın tanısında ve takibinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Erken dönemde MS tanısı alan hasta sayısı MRG ile artmıştır (112, 179).MS tanısı kesinleşmiş olan hastaların %90'ında MRG'de anormal bulgular görülmektedir. Hastaya şartlar uygunsa MRG yapılması önerilir. MRG mevcut lezyonların aktivitesi ve diğer tanıları diskalifiye edilmesi konusunda yardımcı olur. MS tanısını koymada en yararlı incelemenin MRG olduğuna inanılmaktadır. Tanının konulmasını destekleyen diğer tetkiklerde BOS incelemesi ve uyarılmış potansiyellerdir (141). MRG incelemesi SSS' inde beyaz cevher lezyonlarının dağılımını göstermektedir. MRG sessiz lezyonların saptanmasında oldukça yararlıdır, dahası klinik belirtilerde değişiklik olmadan da MRG incelemeleri hastalık aktivitesinin ölçülmesini sağlar. MRG hastalığın uzun dönemdeki

seyri hakkında da bilgi verebilmektedir. Ancak MS için spesifik tanı koydurucu test olmayıp yorumu sırasında hastanın kliniği hep göz önünde bulundurulmalıdır (170).

Beyin Omurilik Sıvısı Analizi (BOS): MS hastalığında BOS tek başına tanı koymada yeterli değildir. BOS, MS 'de genellikle normaldir. Nadiren, başta T lenfosit olmak üzere mm³ de 50'den az hücre bulunabilir. (48, 36, 65). MS'de en önemli BOS bulgusu, immüoglobülin sentezindeki artıştır. Diğer immüoglobülin tiplerinde de artış olmakla birlikte, en fazla İmmüoglobulin G (IgG) konsantrasyonu artış gösterir. BOS IgG üretim anormalliği, IgG indeksi ile gösterilebilir (48). MS hastalarını %90'nında indeks artışı gözlenmektedir (48, 65, 111). MS hastalarının %85-95'inde BOS'da oligoklonal IgG bandı varlığı saptanmakta olup MS için spesifik bir belirtidir. Ancak SSS enfeksiyonları, viral hastalıklar ve otoimmünnöropati v.b gibi durumlarda da BOS'da oligoklonal band(OKB) varlığı saptanabilmektedir (48, 65, 72, 160).

Uyarılmış Potansiyeller: Görsel uyarılmış potansiyeller, duysal uyarılmış potansiyeller, beyin sapı işitsel potansiyeller ve transkraniyal manyetik stimülasyon ile motor uyarılmış potansiyeller MS tanısında kullanılmaktadır (41, 119, 146, 172). Uyarılmış potansiyeller, MSS'de subklinik doku hasarını en erken gösteren oldukça duyarlı testlerdir (41, 146).

2.8. MS Prognozu

MS yalnız belirtileri ve kliniği olarak değil prognozu olarakta çok farklılık gösteren bir hastalıktır. MS hastalarının 1/3'ü yaşamlarını belirli bir özürlülük olmadan devam ettirirken, diğer 1/3'ü günlük yaşamlarını devam ettirebilecek düzeyde nörolojik defisiteye sahiptir. Kalan 1/3'üde yürüteç, tekerlekli sandalye ve tamamen birine bağımlı olarak yaşamını sürdürürler (1). Prognozu tam olarak bilinmeyen hastalığın gidişatını iyi veya kötüye götüren birçok faktör vardır. Bu faktörler arasında en belirgin olanları; cinsiyet, hastalanma yaşı, ataklar arasındaki süre ve hastalığın başlangıç semptomlarıdır (98, 99). MS'in seyrini etkileyen bazı faktörler tablo 1'de verilmiştir (98, 99)

Tablo-1MS'in Seyrini Etkileyen Bazı Faktörler (98, 99)

Faktörler	İyi Prognoz Kriterleri	Kötü Prognoz Kriterleri
Başlama yaşı	Genç (25 yaş altı)	Geç (40 yaş üstü)
Cinsiyet	Kadın	Erkek
Başlangıç semptomu	Sensorial	Motor ve primidal
Klinik gidiş	Relapslarla	Kronik progresif
EDSS'nin 3 olmasına dek geçen zaman	Uzun	Kısa
2 yılda relaps oranı	Düşük	Yüksek

2.9. MS'te Tedavi

MS, multidisipliner olarak tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Bu disiplin içerisinde nörolog, psikiyatrist, fizyoterapist, hemşire ve sosyal hizmet uzmanı yer almalıdır. MS'in tedavisinde hastalarda klinik özelliklerindeki farklılığa bağlı olarak kişiye özgü tedavi düzenlenmelidir. Tedavi üç amaca yönelik yapılmaktadır. Bunlardan birincisi atakların süresini ve ciddiyetini kısaltmak, ikincisi hastalığın klinik seyrini değiştirmek ve üçüncü amaç ise semptomatik tedavidir (136).

2.9.1. Atak tedavisi: Altta yatan bir enfeksiyon ya da ateşli bir hastlık olmaksızın, hastada klinik belirtilerin bulunması, kliniğin giderek kötüleşmesi ve belirtilerin en az 24 saat sürmesi, ve ayrıca iki atak arasının en az bir ay olması MS atağı olarak tanımlanır (36). Atak tedavisinin yapılmasındaki amaç atağın şiddetini ve süresini azaltmak, iyileşme süresini kısaltmaktır (186). Atak dönemlerinde antienflamatuvar etkileri nedeniyle yüksek doz steroidler (kortizon) intravenöz olarak kullanılmakta, eğer atak şikayetleri devam ediyorsa oral yolla da devam edilebilmektedir. Atak tedavi protokolü; 3-10 gün süre ile 500-1000 mg metilprednizolonun IV olarak verilmesi şeklindedir (186). Steroidlerin etki mekanizmaları tam olarak bilinmese de; bozulan kan-beyin bariyerini düzelttiği, T hücreleri ve gamma interferonların salınımını azalttığı, MSS'de IgG'yi ve miyelin bazlı protein ve oligoklonal bantlara karşı artan antikorları da azaltarak, inflamasyon sürecini durdurduğu görülmüştür.

Adenokortikotropik hormon (ACTH) kullanılarak yapılan çalışmada, plasebo ve tedavi grubu karşılaştırmalarında ilaç kullanılan grupta atak şikayetlerinde hızlı bir azalma olduğu saptanmıştır (42, 31). Steroid tedavileri atak dönemleri dışında, hastalığın uzun süreli remisyonunda etkili değildir. Özellikle hastalığın ilk yıllarında akut ataklar üzerinde etkili olmakta, hastalık yılı arttıkça steroidlerin akut şikayetler üzerinde etkisinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca yan etkileri nedeniyle de kullanımlarında oldukça dikkatli olmak gerekmektedir (36,186)

2.9.2. Hastalığın Doğal Gidişini Değiştirmeye Yönelik Tedaviler

Hastalığın biyolojik aktivitesini yavaşlatma yoluyla; MRG'de saptanan hastalık yükünü, gelişebilecek atakların sıklığını, şiddetini, süresini ve atak sonrası oluşabilecek fonksiyon kayıplarını azaltmak için kullanılırlar. Hastalığı modifiye edici ajanlar ile oluşabilecek yeti yitimi de geciktirilmektedir (42).

İnterferonlar; Stokinler grubunda yer alan ve doğal protein olan interferonlar; Alfa, Beta ve Gama olmak üzere üç ana sınıfta tanımlanmıştır. İnterferonlar MS'in başlamasına neden olan gama interferon seviyesini, T hücrelerinin miyelin kılıfa saldırmasını ve oluşabilecek sinir hasarını azaltarak hastalığın seyrinde yavaşlama sağlarlar. İnterferon beta 1a'nın haftada 1 kez kas içine uygulanan ve haftada 3 kez subkutan olarak yapılan 2 formu bulunmaktadır. İnterferon beta 1b ise gūnaşırı subkutan olarak uygulanmaktadır (93). İnterferonlar MS'i düşündüren tek bir klinik olayı olan hastalarda, kesin MS gelişimini geciktirmek için (120). Relapsing- remitting MS'de ambulator hastalarda klinik atakların sıklığını ve şiddetini azaltmak için (93) ve Sekonder-progresif MS'te hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılması için (148) kullanılmaktadır. İnterferonların olası yan etkileri; grip benzeri semptomlar (ateş, titreme, terleme, kırgınlık, eklem ağrısı, baş ağrısı), uykusuzluk, lökopeni, nötropeni, karaciğer enzimlerinde artış, depresyon ve enjeksiyon bölgelerinde gelişebilen (kızarıklık, şişlik, renk değişikliği, inflamasyon, ağrı, aşırı duyarlılık, ödem, kitle, nekroz, atrofi ve hemoraji) reaksiyonlardır. Bu yan etkilerin oluşumunu azaltmak ve hastanın yaşam kalitesini korumak için interferonlar doz titrasyonu ile uygulanırlar. Böylece hem sistematik yan etkiler de, hem de enjeksiyon bölgelerinde ilaç kullanım süresi arttıkça ortaya çıkan sorunlarda azalma gözlenmiştir. Ayrıca hastalara sunulan destek malzemeleri içindeki otomatik enjektörlerle, enjeksiyon bölgelerindeki uzun dönem kullanımdan kaynaklanan reaksiyonlarda da anlamlı bir azalma saptanmıştır (93,120, 148).

Glatiremer Asetat; İnterferon olmayan bu ajan, sentetik bir peptit olup, T hücrelerinin miyelin kılıfa saldırmasına engel olur. MRG'de inflamatuvar lezyonları ve atak oranını azalttığı saptanmıştır. Günlük olarak subkutan enjeksiyonla uygulanmaktadır. Olası yan etkileri; duygu durum değişiklikleri, enjeksiyon yeri reaksiyonları (kızarıklık, dokuda çökme), halsizlik, lenfadenopati, ani- geçici göğüs sıkışması, nefes darlığı ve ağrı hissidir (124).

Natalizumab; Laboratuvarda üretilmiş bir monoklonal antikordur. T hücrelerinin endotel hücrelere tutunmasını ve kan beyin bariyerini aşmasını inhibe eder. Natalizumab infüzyon şeklinde 28 günde 1 kez uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda Natalizumab'ın diğer modifiye edici ilaçlara göre hastalığı yavaşlatmada daha etkili olduğu saptanmış olmasına karşın, olası ciddi yan etkileri nedeniyle kullanımı sınırlandırılmıştır. Mart 2010'da dünyada toplam 60.000 MS hastası Natalizumab tedavisi altında olup, bu hastaların 41'inde progresif multifokal lökoensefalopati (PML) gelişmiş; bu hastaların bir kısmı kaybedilmiş, bir kısmı da özürlü olarak yaşamına devam etmektedir. Ülkemizde diğer modifiye edici ajanlardan yanıt alınamayan, hastalık aktivitesi yüksek olan hastalarda Sağlık Bakanlığı onayı ile verilebilmektedir(41, 107).

Mitoxantrone Hydrochloride; DNA sarmalına zarar veren, RNA sentezini etkileyen ve DNA tamirinde görevli topoizomerez II enzimini inhibe eden antineoplastik bir ajandır. MS hastalarında relaps oranını ve özürlülüğü azalttığı belirtilmektedir. İlaç infüzyon şeklinde, 3 ayda 1 kez uygulanmaktadır. Olası yan etkileri olarak; bulantı, kusma, halsizlik, saç dökülmesi, enfeksiyona ve kansere yatkınlık, kardiyomiyopati, geri dönüşsüz kalp yetersizliği, ereksiyon ve kısırlık problemleri tanımlanmıştır. Sekonder progresif ve primer progresif MS seyirinde, yan etkileri nedeniyle uygun hastalarda kullanılmaktadır. Hastalarda kullanım sırasında göz renginde mavileşme olabilir. Tedavi öncesinde mutlaka hastanın kalp rahatsızlıkları değerlendirilmeli, ileriki dönemlerde gebelik planlayabilecek MS hastalarında kullanılmamalıdır (115, 107).

2.9.3.Semptomatik Tedavi

Spastisite: MS hastalarının %55'inde spastiside görülebilir. Spasite hastalarda hafif derecede ve şiddetli derecede olabilir. Buna ek olarak hastada ağrı bulgusu da oluşabilir. Günlük Yaşam Aktivite'nin etkilenmesine neden olup hastalarda uykusuzluk yapabilir. Klasik olarak üst ekstremitede fleksör, alt ekstremitede ekstansör tipte olup, ekstremitelerin fonksiyonunu etkiler ve hastalarda yorgunluğa neden olur (136). Spasitede ilk uygulanması

gereken tedavi hastalara egzersiz olmakla birlikte, bisiklete binme, germe ve pasif durma hareket gibi egzersizler yaptırılır (136).

Genelde kullanılan ilaçlar spastisitede etkili olmakta fakat aynı anda birden fazla antispasite ilacı birlikte kullanılmamalı ve eğer kullanılan ilaç dozu artırılmasına rağmen etkili değilse stoplanmalı ve başka bir antispasite ilacına başlanmalıdır. Kullanılan ilacın etkisi istenilen düzeyde değilse ek ilacalarla etkiyi arttırması düşünülebilir (136).

MS hastalarında spastisite durumlarında genellikle ilk tercih edilen ilaç baklofen olup etkisiz olduğu gerekçesiyle hemen stoplanmamalı doz artırılıp değerlendirilmeli ve hastalarda yapabileceği şuur bulanıklığı ve sedasyon unutulmamalıdır (136).

Baklofen hastalarda istenilen etkiyi göstermediğinde diazepam veya dantrolene başlanabilir. Bazı hastalar benzodiazepinleri tolere edemeyebilir ve hastalarda dikkat ve hafızayı etkileyen semptomlar gelişebilir. İlaç bağımlılığı ve depresyon gibi rahatsızlıkları olan hastalarda kullanılmamalıdır (136).

Tizanidin, spastisitede ilk sıra tercih edilen ilaçlar arasında bulunup tam olarak temel etki mekanizması aydınlatılamamıştır. Presinaptik düzeyde eksitator aminoasitlerin salınımını bloke ederek antispastisiter etki gösteriyor gibi görünmekte olup kolay tolere edilebilen bir ilaç olmakta ve yan etkileri ilaç dozuna bağımlıdır (161,21).

Ağrı: MS hastalarında ağrı sıkla hastalar tarafından tarif edilmekte ve hastalığın ilk dönemlerinde dahi şikayetler arasında bulunmakta olup genellikle ağır seyreder (161). Nörojenik kaynaklı olabileceği gibi nörojenik olmayan ağrılarda bulunabilir. Bazı hastalarda her iki tipte kombine biçimde gözlenebilmektedir. Güçsüzlük, spastisitede ve hareketsizlik ağrıya neden olabilir (134). Analjezikler, antikonvülsanlar, antidepresanlar, NSAİ ilaçlar ve transkutanöz elektriksel sinir uyarımı (TENS) kullanılabilir (137).

Yorgunluk: MS' da hastalar arasında en çok şikayet edilen sendromlardan olup, sinir lifi yorgunluğu olarak tanımlanmaktadır. Demiyelinize olmuş lifler boyunca ilerleyen sinir impulsları için, vücudun daha fazla enerjiye ihtiyaç duymasına bağlı olarak meydana gelmektedir (158). Hastalara uygun bir şekilde istirahat ve enerji harcaması ayarlanır. Medikal tedavi olarak amantadin tercih edilir. Diğer bir tedavi yönteminde mekanik soğutmadır (136).

Yürüme Bozukluğu: Bu semptomla ilgili olarokaminopiridinler, uzun zaman araştırılmış olup başlangıçta tedavide olumlu bir etkisi bulunmamış fakat uzun süreli 4-aminopridine(fampridine) yürüme bozukluğundan ve yürüme becerisinden bağımsız olarak

hastaların tedavisinde olumlu etki gösterdiği fark edilmiştir (87, 69). 20 mg/gün ile etkin bir biçimde kullanılabilir. Çalışmalarda her ne kadar belirgin bir biçimde kısıtlayıcı gibi görünmese de epileptik nöbetlerin artmasına neden olabileceğinden epilepsisi olanlarda kullanılması önerilmez. Ayrıca böbrek yetmezliği olanlarda da toksiteye neden olabilir. 1-2 aylık deneme süresi sonucunda herhangi bir yarar görülmezse kesilmesi önerilmektedir (134).

Mesane İşlev Bozuklukları: İlk değerlendirmede üriner semptomların mesanenin yetmezliğine mi (yetersiz boşalma rezidüel idrar, sık idrar yapma), mesanenin aşırı aktivitesine mi (acil idrar hissi, acil idrar kaçırma, sık idrar yapma), detrusor-sfinkter disinerjisine mi (sıkışma, kesik idrar yapma, tam boşalamama) yoksa bunların kombinasyonlarına mı bağlı olduğunun saptanması gerekir. Tedaviye başlamadan önce rezidüel mesane hacminin ölçülmesi ve idrar yolu enfeksiyonunun dışlanması gerekir. Daha kompleks durumlarda ürodinamik inceleme yardımcı olabilir. Günlük 1-2 litre sıvı alımı önerilmelidir. Sıvı alımında %25'lik kısıtlama, mesane aşırı aktivitesi olanlarda, acil idrar hissi, sık idrar yapma ve noktürinin azalmasına yol açabilir (45). Farmakolojik tedavide mesane yetmezliği için alfa blokerler kullanılabilir (131). Tedaviye rağmen idrar yaptıktan sonra rezidüel volüm 100ml üstünde ise belirli aralıklarla kataterizasyon uygulaması yapılır. Mesane aşırı aktivitesinde farmakolojik tedavi olarak oral antimuskarinik ilaçlar etkilidir (2). Oksibutin tedavisi mesanenin boşaltılmasını azaltırken bir taraftanda rezidüel volume artırabilir, bu nedenden dolayı idrar yapmadan sonra rezidüel volüm ölçüldükten sonra tedaviye başlanmalıdır. Antikolinergik etkileri nedeniyle bilişsel bozukluğu olan hastalarda konfüzyonlara neden olabilirler (134). Tolterodin uzun etkili bir preparat olarak iyi bir seçenektir. Diğer ilaçlar; trospium, propantelin, propiverin ve fesoterodindir (129).

Bağırsak İşlev Bozuklukları: MS hastalarında konstipasyon sıklıkla ifade edilen şikayetler arasında olmasına rağmen bu konu ile ilgili yeterli araştırmalar bulunmamakta olup hastalara lifli gıdalar ve su tüketimi önerilmelidir. Hacim genişletici ilaçlar, dışkı yumuşatıcılar, laksatifler (ozmotik ya da uyarıcı) önerilmelidir. Bu ilaçlar; inkontinansa neden olmadan intestinal motiliteyi arttırdığından ilk sırada yer alır(45). Gliserol ve bisakodil gibi rektal uyarıcılar defekasyon zamanının ayarlanması açısından yardımcı olabilir. Bu tedavi bağırsakların spontan boşalma sıklığını arttırarak karın ağrısını azaltır. Özellikle oral laksatiflerin tedaviye eklenmesi başarı olasılığını artırır. Bu tedavilerin başarısız olması durumunda kolostomi, ileostomi gibi ağır cerrahi girişimler gerekebilir (134).

Cinsel İşlev Bozuklukları:MS hastalarının cinsel işlev problemleri ile ilgili olarak erkeklerde ilk kullanılan medical tedavi sildenafildir. Fosfodiesteraz- 5 (PDE5) inhibitörüdür. Guanozin monofosfatın yıkımını engelleyerek erektil disfonksiyonu azaltır. Fiziksel engelliliği / spinal tutulumu daha az olan ve genç hastalarda daha etkilidir. Oldukça iyi tolere edilir (110). MS’de kullanılan digger bir medical tedavi tadalafil olup bu konuda bir çok çalışma yapılmıştır. Ayrıca sublingual apomorfin ve alprostadil MS’de kullanımına ilişkin veri olmasa da erkeklerde denenebilecek tedaviler arasındadır. Sildenafilinin kadınlarda, etkili olduğuna dair bir veri bulunmamaktadır (55). Androjen hormon tedavisi (metilttestosteron) ile oestrojen kombinasyonu kullanılabilir (39).

2.10. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçümü

Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan iyilik halini içermektedir. Yaşam kalitesi kavramının yaygınlaşması 1960’lı yıllardan sonra olmuştur. Tıp alanında 1970- 1980’li yıllarda yaşam kalitesine ilgi duyulmaya başlanmıştır. Tedavi etkinliğinin, tıbbi bakımın, hemşirelik bakımının ve verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin kullanımı önemli bir artış göstermektedir (153). Yaşam kalitesi kavramı, yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesi olmak üzere iki şekilde açıklanmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi”; Laborde ve Powers (1980) ile Young Longman (1983) yaşamdan doyum almayı içine alan bir yöntem çeşitliliği; Lewis (1982) ise bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı olarak tanımlamıştır. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesini, kişilerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel yeterliliği, sosyal ilişkileri ve çevresi ile olan etkileşimleri kapsayan bir kavram olarak tanımlamaktadır. Ancak, sağlıkta yaşam kalitesi için bütün otoritelerce üzerinde fikir birliğine varılmış bir tanım henüz geliştirilmemiştir. Sağlıkta yaşam kalitesinin farklı tanımları bulunmaktadır ve İki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur (153). Ayrıca;

1. Yaşamın iyi ve doyum sağlayan özelliklerinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanması
2. Hastanın beklentileri ile ulaşabildikleri arasındaki farkın olabildiğince az olması gibi tanımlamalarında bulunmaktadır (153).

Sağlıkta yaşam kalitesinin ölçümü zordur. Yaşam kalitesi çok faktörlü bir yapıya sahiptir. Ancak ölçümlerde fiziksel fonksiyon, psikolojik ve sosyal durumu tanımlayan faktörler üzerinde durulmaktadır. Psikometrik ölçümlerde maddeler bu boyutlara göre gruplandırılmaktadır. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçümü için genel ve hastalığa özel olmak üzere iki çeşit ölçüm aracı kullanılmaktadır. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçümü için temel standartlar bulunmamaktadır. Her iki tip ölçeğinde sınırlılıkları bulunmaktadır, genel yaşam kalitesi ölçekleri her hastalık ve hastanın durumunu tam uygunluk sağlamazken, hastalığa özel yaşam kalitesi ölçekleri hastalıklar ve hastalar arasında karşılaştırma ve değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri ile ilgili tam bir fikir birliğine varılamadığından ölçeklerin kullanımı yaygınlaşmamıştır (30).

Yaşam kalitesi kavramının hemşirelik alanında kullanımı 1980'li yıllardan bu yana gelişim göstermiştir. Hemşirelik alanında yaşam kalitesi kavramı, sağlıklı ve kronik hastalığı olan bireylerle; tedaviye yönelik girişimsel yöntemler uygulanan ve akut bakım sonrasında olan bireylerin hemşirelik bakımı sonuçlarının incelenmesinde önemli bir değerlendirme yaklaşımı olarak kabul görmekte ve kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Hemşirelik bakım felsefesi sağlıkta yaşam kalitesinin boyutlarını hedef almaktadır ve bu boyutları iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Hemşireler, hastaların yanında tam zamanlı bulunma açısından da yaşam kalitesini değerlendirmede anahtar rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşire hemşirelik uygulamalarının dayandığı yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve geliştirici modeller oluşturmalıdır (153).

Genç yaşlarda görülme sıklığı yüksek olan MS hastalarında yaşam kalitesi önemli ölçüde etkilenmektedir (102). Yapılan bir çalışmada MS'li hastalarda yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı kişilere ve başka bir kronik tıbbi-nörolojik hastalığı olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (23). Yaşam kalitesinin düşük olması hastanın psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalmasında önemli bir faktör olabilir.

2.11. Depresyon

MS'de psikiyatrik belirtiler, tanı konmadan önce, ilk nörolojik belirtiler ortaya çıktığında ya da retrospektif çalışmalarda bahsedildiği gibi tanı konduktan sonra ortaya çıkabilirler. MS'li hastalarda psikiyatrik bozukluklar hastalığın seyri sırasında depresyondan öforiye ve psikotik bozukluğa kadar değişen bir yelpazede ortaya çıkmaktadır (70). Düşünsel

ve davranışsal değişikliklerle birlikte hastalar uyku, iştah, konsantrasyon güçlüğü ve hafıza kaybından şikayetçi olabilirler.

Depresyonun toplumda yaşam boyu görülme oranı %13.2'dir (128). Yapılan çalışmalarda depresyon prevalansının erişkin bireylerde %5-10 olduğu bulunmuştur (3, 46). WHO verilerine göre 2002 yılında depresyonun dünya genelinde %4.5, "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları" değerlendirilmesinde %12.0 olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde ise 2004 yılı Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik çalışmasında depresyonun %3.9 ile dördüncü sırada yer aldığı, 2011 yılı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı sonuçlarına göre ise "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları" değerlendirilmesinde depresyonun kadınlarda birinci sırada (%10.7), erkeklerde ikinci sırada (%6.4) olduğu görülmüştür (188, 176). Ülkemizde yapılan çalışmalarda Doğan ve arkadaşları (1995) depresyonun yaygınlığını %18.8, Rezaki ise (1995) %11.6 olarak bulmuştur (57, 145). Depresyon riski kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Depresyonun bir kadında ömür boyu gelişme olasılığı %10.0 ila %25.0 iken, bu oran erkeklerde %5.0 ile %12.0 arasındadır (19, 130). MS hastalarında yaşam boyu depresyon görülme prevalansı %50.0 dir (187). MS hastalarında depresyon ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, Tülek tarafından (2006) İstanbul ilinde 164 MS hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların depresyon puanlarının yüksek çıktığı belirtilmiş olup hastaların ev içinde ve ev dışındaki rollerini sürdürmekte zorlandıkları belirlenmiştir (174). Tanık, (2006) Van ilinde 52 MS hastasının katılımı ile depresyonu değerlendiren bir çalışma yapmış olup bu çalışma sonucunda MS hastalarının depresyona girme riskinin kontrol grubuna göre 12 kat arttığı görülmüş ve özürlülük artışına bağlı olarak depresyonun görülme riskinin arttığı belirtilmiştir (164). Ytterberg'in (2008) 2 yıl süren 219 MS hastası ile yaptığı çalışmada hastaların %29.0'ında depresyon gelişmiştir (181).

Temel sağlık hizmetleri kapsamında toplumun ruh sağlığının korunması önemli bir yere sahiptir. Bu hizmetlerin sunumunda hastaların sorunlarla baş etmeyi öğrenmesinde hemşireler oldukça etkilidir (97). Bu hizmetler etkin bir şekilde yerine getirilmediğinde psikolojik sorunlar MS hastalığında major bir yük olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca MS diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında bireylerin sosyal yaşamı, fiziksel işlevleri, vitalite ve genel sağlığını olumsuz yönde etkilemekte (156) ve hastaların yaşam standartları düşmektedir (75, 123). Bu bağlamda MS'de hemşirelik hizmetlerinin etkin bir şekilde sürdürülmesi gerekmektedir.

2.12.MS’de Hemşirelik Bakımı

MS hastalığı bir kısım hastada kaybolan, iz bırakmayan ataklarla seyrederken, bir kısım hastada da yeti yetimine neden olan ciddi semptomlar sergileyen bir hastalıktır. MS’de birkaç yıl öncesine kadar semptomatik tedavi yöntemleri kullanılırken, günümüzde modifikasyona odaklı tedavi uygulanmaktadır (45). MS’li hastaların tedavilerindeki değişiklikler hemşirelik bakımına da yansımaktadır. MS hemşiresinin rolleri hastaların gereksinimlerini karşılayacak şekilde artmıştır. MS hemşiresi, dünyadaki önemli MS organizasyonlarından biri olan IOMSN (International Organization of Multiple Sclerosis Nurses- Uluslararası Multipl Skleroz Hemşireleri Organizasyonu) tarafından “MS’li hastayla işbirliği yapan, onunla bilgi, güç ve umudu paylaşan; hastaya olumlu baş etme becerisi, otonomi, kontrol duygusu kazandıran, umut etmeyi ve pozitif düşünmeyi sağlayan uzman” şeklinde tanımlanmaktadır. IOMSN gibi organizasyonlarca verilen eğitim programını tamamladıktan sonra sınavı geçerek “Multipl Skleroz Hemşiresi” sertifikasını almaya hak kazanan hemşirenin bakım sağlayıcı, yönetici, eğitimci, hasta hakları savunucusu, araştırmacı, konsültan ve kollaboratör rolleri üzerinde durulmaktadır (76, 85). Hemşirenin dikkat etmesi gereken sürelerden biri atak tedavisi dönemidir. Atak tedavisinde hastaya yüksek doz steroid tedavisi uygulanmaktadır. Tedavi uygulama şekli genellikle 3-5 günlük 500-1000 mg/gün intravenöz methylprednisolone şeklinde olmaktadır. Hastada bu tedaviye yanıt alınmadığı takdirde immunosupresif tedavi ve plazmaferez tedavisi uygulanabilmektedir (80, 127). Tedavide yüksek dozda glukokortikoid kullanımı hastalarda bazı yan etkilere neden olmaktadır. Bunların arasında sıvı retansiyonu, potasyum kaybı, gastrik sorunlar, glukoz intoleransı, akne ve emosyonel problemler yer almaktadır. Tedavi esnasında hastanın diyet programı ayarlanmalı, potasyum düzeyi yüksek, sodyum düzeyi düşük yiyecekler önerilmelidir. Potasyum kabını önlemek amacıyla diüretiklerden kaçınılmalı, immün sistem baskılandığından dolayı hasta enfeksiyon yönünden kontrol edilmeli ve gerekirse antibiyoterapi uygulanmalıdır. Hastanın kan basıncı ve kan şekeri takibi yapılmalıdır. Tedavi süresince hastada mizaç değişikliği olabileceği hasta yakınlarına anlatılmalı ve anlayışlı olmaları istenmelidir (76, 141).

Hemşirenin hastaya yardımcı olacağı diğer bir dönem ise hastalık modifiye edici ilaç dönemi olup bu dönemde hemşirenin sorumlulukları hastaya erken dönemde ilaca başlaması ve tedavinin uzun bir süresi olduğu, kendisinde oluşabilecek yararları ve yan etkileri konusunda bilgi vermelidir. Hasta tedaviyi kabul ettiği takdirde ilacın hazırlanması, süresi, uygulama şekli ve tedavinin süresi gibi konularda da eğitim vermelidir. İmmünomodülatör üreten

firmaların hasta destek programları bulunduğundan hastanın burada çalışan danışman hemşire ile sürekli bağlantıda olması sağlanmalıdır (83).

Tedavinin etkinliği ve hastanın tedaviye uyumu hemşirenin sorumluluğu altındadır. Hastaların yarısından fazlasının nedeni belli olmayan sebeplerden dolayı ilk 6 ay içerisinde tedaviyi bıraktığı bildirilmiştir (56). Hemşire tedaviye başlamadan önce hastaya vereceği iyi bir eğitimle, hastanın aktif olarak bakıma katılmasını, hastada kontrol duygusu uyandırmayı ve hastanın hastalığa uyumunu kolaylaştırmalıdır. Tedavinin etkili olup olmadığını belirlemek için, hastanın klinik durumu, atak süresi, şiddeti ve iyileşme hızı laboratuvar sonuçları, MRG ve psikosoyal işlevselliği tedavinin başlamasıyla önce ilk 3 ay sonra 6 ay da bir olmak üzere 2 yıl süre ile incelenmelidir. Hasta ile en çok iletişime giren kişi hemşire olduğundan dolayı tedavinin etkisiz olduğuna dair bulgular fark ettiği takdirde hekim ile paylaşmalı ve gerekli olan incelemelerin başlatılmasını sağlamalıdır (83, 56). Fiziksel, bilişsel ve psikososyal birçok soruna yol açan ve değişken bir doğası olan MS.de rehabilitasyonun çok önemli olduğu bilinmektedir. Üstelik hastaların yarısının ataklı formda 15 yıl, progresif formda neredeyse 5 yıl içinde yarı bağımlı hale geldiği ve halen hastalığı tam olarak tedavi eden ajanların bulunmadığı düşünüldüğünde rehabilitasyonun önemi daha da artmaktadır (184). MS'li hastalarda ilerleyen dönemde tekerlekli sandalye veya yatağa bağımlılık nedeniyle baskı yaraları oluşabilmektedir. Bu sorunları önlemek için baskı bölgelerinin değerlendirilmesi ve desteklenmesi, tekerlekli sandalye ve yatağın baskıyı azaltan ve pozisyon verme kolaylığı sunan modellerden seçilmiş olması önem taşımaktadır (76).MS'li hastalarla çalışan hemşirelerin sıklıkla karşılaştığı sorunlar Tablo 2'deki gibi özetlenebilir (174, 5)

Tablo 2. Multipl Skleroz’lu Hastalarla Çalışan Hemşirelerin Sıklıkla Karşılaşabileceği Sorunlar (6, 174)

Sağlık Örüntüsü	Hemşirelik Tanısı
Sağlığın algılanması	Tedavi planını uygulamada yetersizlik, tedavi planına uyumsuzluk, sağlık arayış davranışları, güçsüzlük
Beslenme-metabolik durum	Beslenmede değişiklik: Beden gereksiniminden az beslenme (çiğneme/yutma güçlüğüne bağlı), deri bütünlüğünde bozulma riski, aspirasyon riski
Eliminasyon	Üriner eliminasyonda değişiklik: Retansiyon/idrar yapmada sıkışıklık/İnkontinans Fekal eliminasyonda değişiklik: Konstipasyon/Fekal tıkaç
Aktivite-egzersiz	Fizik mobilitede bozulma, Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik, kullanmama sendromu riski, yorgunluk, boş vakitlerini değerlendirmede yetersizlik, evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yönetmede yetersizlik, havayolu açıklığında yetersizlik, öz bakım eksikliği
Algılama-duyu	Ağrı (sırt, bacak), duyuşsal -algısal değişiklikler, düşünme sürecinde değişiklik, bellekte bozulma, karar vermede çatışma, travma riski
Kendini algılama	Güçsüzlük, benlik saygısında bozulma
Uyku- dinlenme	Uyku biçiminde bozukluk
Rol ve ilişkiler	Üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik, sosyal izolasyon, aile süreçlerinde değişiklik, sözel iletişimde bozulma
Cinsellik ve üreme	Cinsel işlevlerde bozulma
Başetme - stres toleransı	Etkisiz bireysel başetme
İnanç ve değerler	Ruhsal sıkıntı

Ayrıca MS’li hastanın ve ailesinin fiziksel hastalığından kaynaklanan sorunlarını çözmeye odaklanmak kadar, hastalıktan kaynaklanabilecek psikiyatrik ve psikosoyal sorunların tanımlanması, tedavi edilmesi ve ortaya çıkmasını engellemek de hastalıkla etkin baş etmede önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda; hastanelerde fiziksel hastalığa yönelik bakım odaklı verilen hemşirelik hizmetinin kapsamının, hastanın psikiyatrik ve psikosoyal

boyutlarını da içeren holistik yaklaşıma doğru yönelmesi gerekmektedir. MS'li hastalara ve ailelerine verilecek bütüncül hemşirelik yaklaşımıyla MS'in tedavi ve rehabilitasyonunun yanında, bireylere özgü gereksinimlerin belirlenmesi, ortaya çıkan sorunların erken tanınması, farkındalığın geliştirilmesi ve uygun müdahalelerle sorunların ele alınması sağlanacaktır. Bu sayede, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin etkin planlanması, hastaların gerek hastalık, gerekse günlük yaşam kaynaklı stresörlerle baş etme becerilerinin değerlendirilerek işlevsel baş etmelerin kullanılması, bireylerin güçlenmesi ve hastalığa pozitif uyum sağlaması mümkün olacaktır (155).

Sonuç olarak MS hastalarının sağlığının korunması geliştirilmesi aşamasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşire en öncelikli işlevi olan sağlığın korunması ve geliştirilme işlevini yerine getirirken bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlamalıdır. Diğer bir deyişle bireyler, sağlığı geliştirici davranışları gerçekleştirme ve karar verme için gerekli bilgiye, tutum ve becerileri geliştirme yeteneğine sahiptir ve bu nedenle hemşirelik uygulamaları sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde öz sorumluluğun geliştirilmesine yönelik olmalıdır.

3. GEREÇ VEYÖNTEM

3.1.AraştırmanınTipi

Çalışma, Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde tedavi görmekte olan MS hastalarında yaşam kalitesi ve depresyonu incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Aratırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yapılacaktır. Çalışma etik kurul onayı alındıktan hemen sonra başlanıp 1 yıl içinde tamamlanacaktır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kısa FormSF -36 Yaşam kalitesi ve genel sağlık anketi GSA – 12 puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenler: Hastanın demografik ve hastalığa ilişkin özellikleridir.

3.4.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın örneklemini Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Hastalıkları Kliniği'nde tedavi görmekte olan ve poliklinikte takip edilen kesin MS tanısı almış, çalışmaya katılmayı kabul eden 45 hasta oluşturmuştur. Polikliniğe gelen MS ön tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu (Ek 1), Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 2) ve Genel Sağlık Anketi – 12 (Ek 3) kullanılmıştır.

3.5.1. Anket Formu

Anket hastaya ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren toplam 15 sorudan oluşmuştur.

Hastaya ilişkin özellikler; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk durumu, çalışma durumu, gelir düzeyine ait bilgilerden oluşmaktadır.

Hastalığa ilişkin özellikler; ailede MS öyküsü durumu, kullandığı ilaçlar, kullanılan

ilaçların uygulama yolu, ilacı kullanma sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı alet kullanma durumu, yaşam aktivitelerini etkileyen hastalık bulgularının varlığı ve MS teşhisinin ne zaman aldıklarını içeren bilgilerden oluşmaktadır (Ek 1).

3.5.2. Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçeği 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. 1990 yılında başlanan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22.000'ini aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkılarak SF-36 oluşturulmuştur. Bu yazıda ölçeğin İngilizce kısaltmasının yeğlenmesinin nedeni, bu kısaltmanın artık ölçeğin evrensel adı olarak tüm çalışmalarda yer alması ve bu biçimde bilinmesidir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (103).

SF-36 kişisel değerlendirme için uygun olmakla birlikte bilgisayar ortamında veya yetiştirilmiş bir personel yoluyla yüz yüze veya telefon görüşmesi ile de 14 yaş ve üzerindeki kişilere uygulanabilmektedir.

SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır ve bu şu an için ölçümde kullanılmamaktadır. Adı geçen madde dışında ölçek son dört haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir (103, 14)

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının tanımlanması ve sorularının birleştirilmiş hali ve ham skor aralığı aşağıda verilmiştir (Tablo 3-4) (28).

Tablo 3. Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarının Puanlanmasının Tanımlanması

Alt Ölçekler	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel fonksiyon	Fiziksel sağlığın bozulması ile işte ya da diğer günlük aktivitelerde bozulma	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük aktivitelerde bozulmama
Fiziksel rol	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fizik aktivitelerini yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel aktiviteleri kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Ağrı	Aşırı şiddetli kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel sağlık	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma
Vitalite	Sürekli yorgun ve bitkin	Sürekli canlı enerjik hissetme
Sosyal işlev	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı toplumsal etkinlikleri kesinti olmaksızın yürütme
Mental rol	Sürekli sinirlilik yada depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu, rahat hissetme
Mental işlev	Emosyonel sorunlar sonucu işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorun olmaması

Tablo 4. Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sorularının Birleştirilmesi ve Ham Skor Aralıkları (28)

Sf-36 Boyutları	Soruların Son Puan Değerlerin Toplam	Olası En Düşük ve En Yüksek Ham Puanlar	Olası Ham Skor Aralığı
Fiziksel fonksiyon	$3(a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)$	10-30	20
Fiziksel rol	$4(a+b+c+d)$	4-8	4
Ağrı	$7+8$	2-12	10
Genel sağlık	$1+11(a+b+c+d)$	5-25	20
Vitalite	$9(a+e+g+i)$	4-24	20
Sosyal işlev	$6+10$	2-10	8
Mental rol	$5(a+b+c)$	3-6	3
Mental İşlev	$9(b+c+d+f+g)$	5-30	25

3.3.3. Genel Sağlık Anketi (GSA-12)

1972 yılında Manchester Üniversitesi'nden David Goldberg tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire), toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruhsal rahatsızlıkları saptamak amacı ile oluşturulmuş, hastanın kendisinin doldurduğu bir tarama testidir. Kısa, uygulaması kolay bir test olması ve ruhsal sorunu olduğu halde kişiyi psikiyatri dışı bir kliniğe başvurmaya sevk edecek türden rahatsızlıkları saptaması amaçlanmıştır. GSA'nın oniki maddelik GSA- 12 formu ve alt ölçeklerinin bulunduğu GSA-28 formu bulunmaktadır. Kılıç (1992) tarafından da 34 maddelik yeni bir GSA ölçeği oluşturulmuştur. 1972 yılında Goldberg, Cornell Medical Index'i (100) ve değişik araştırmaları inceleyip klinisyenlerin görüşlerini alarak ruhsal durumun değişik yönlerini ölçen soruları bir araya getirmiştir. Dört alanla ilgili maddeler seçilmiştir: Depresyon, anksiyete, objektif olarak gözlenen davranış ve hipokandriyazis. Anket, kişinin son zamanlarda belirli bir yakınmasının olup olmadığını araştıran sorulardan oluşmaktadır. Her bir soru, " her zamankinden az" ile " her zamankinden çok fazla" arasında değişen dört derecelendirmeden oluşmaktadır. Türkçe GSA- 12'nin psikometrik özellikleri Kılıç (1992) ve

Kilic, Rezaki, Rezaki, Kaplan, Özgen, Sagduyu ve Ozturk (1997) tarafından yapılmıştır ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülmekte olan çok merkezli “ Genel Sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar” adlı projede kullanılmaktadır. GSA'nın puanlanmasında iki yöntem vardır. Birincisi, ölçeğin 0, 1, 2 ve 3 olarak puanlanmasıdır. İkincisi ise Goldberg tarafından GSA için geliştirilen 0 ve 1'lerin 0, 2 ve 3'lerin 1 şeklinde puanlanmasıdır. Sunulan bu çalışmada Goldberg' in geliştirdiği puanlama yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin kesme noktası olarak 2 kabul edilmektedir. 2 ve yukarı puan alanlar, vaka olarak görülmektedir (100). Ölçekten 2'den az puan alanlar düşük, 2-3 arası puan alanlar orta ve 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek puanlı olarak gruplanmaktadır (51).

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur. Anket formu oluşturulduktan sonra bu konuda uzman öğretim üyelerinden görüş alınmış, uygun olmayan sorular çıkartılmış ve form yapılandırılmıştır.

3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama araçlarının eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi için Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi nöroloji servisinde yatan ve nöroloji polikliniğine başvuran 5 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Uygulama sonunda anlaşılmayan sorular yeniden düzenlenmiştir.

3.6.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Her bir görüşme ortalama 20-30 dk sürmüştür. Görüşme esnasında araştırmacı önce kendini tanıtmış hastaları çalışma hakkında bilgilendirmiştir. Araştırmacı bilgilendirilmiş olur formunu okuduktan sonra sırasıyla anket formu, Kısa FormSF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini ve Genel Sağlık Anketi 12'yi uygulamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız gruplarda t testi), Mann Whitney - U testi yapılmıştır.

3.8. Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurul'undan, Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden ve çalışmaya katılacak bireylerden izin alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Çalışma Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi nöroloji polikliniği ve nöroloji servisinde tedavi gören hastalarda yapılmıştır. Bu nedenle çalışma sonuçları şanlıurfa'daki bütün hastalara genellenemez. Ayrıca MS ön tanısı olan hastalar araştırmaya dahil edilmemesi örneklem sayısını sınırlamıştır.

4. BULGULAR

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı tablo 4.'de verilmiştir. Katılımcıların %68.9'u 40 yaş altı olup, %35.6' sını erkek, %64.6'sını kadındır. Hastaların %35.6'sını evli, %44.4'ü çalışmamaktadır. Bireylerin %64.4'ü çocuk sahibi olup, %35.6'sının çocuğu bulunmamaktadır. Gelir düzeyleri incelendiğinde %37.8'inin 1000 tl'nin altında geliri olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

Değişkenler	n	%
Yaş		
40 yaş altı	31	68.9
40 yaş ve üstü	14	31.1
Cinsiyet		
Erkek	16	35.6
Kadın	29	64.4
Medeni durum		
Evli	16	35.6
Bekar	29	64.4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	25	55.6
Çalışmıyor	20	44.4
Çocuk durumu		
Var	16	35.6
Yok	29	64.4
Gelir Düzeyi		
1000 TL altı	17	37.8
1000-2000 TL arası	15	33.3
2000-3000 TL arası	10	22.2
3000 TL ve üzeri	3	6.7
Toplam	45	100

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özellikleri tablo 5.'de yer almaktadır. Ailelerinde MS öyküsü olanların oranına bakıldığında %11.11'inin ailesinde MS öyküsü olduğu, %86.7'

sinin ilaç kullandığı saptanmıştır. İlaç kullanan hastaların %64.6'sının interferon kullandığı bulunmuştur. Hstaların ilaçları %8.9'u oral olarak kulanmakta, %77.8'i enjeksiyon uygulaması yapmaktadır. Kullanılan ilaçların kullanım sıklığı incelendiğinde; %62.2 'sinin gün aşırı olarak kullandığı bulunmuştur. Katılımcıların %13.3'ünün yardımcı alet kullandığı, günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı alet kullanan katılımcıların % 2.2' si koltuk deyneği, %11.1'inin baston kullandığı saptanmıştır.



Tablo 5. Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%
Ailede MS Öyküsü Varlığı		
Evet	5	11.11
Hayır	40	88.89
İlaç Kullanma Durumu		
Kullanıyor	39	86.7
Kullanmıyor	6	13.3
Kullanılan İlaçlar (39)		
İnterferon	29	64.6
Kortikosteroid	5	11.1
Gilenya	2	4.4
Avonex	1	2.2
Taysabri	2	4.4
İlacın Uygulama Yolu		
Yok	6	13.3
Ağızdan	4	8.9
Enjeksiyon	35	77.8
Yardımcı Alet Kullanma Durumu		
Hayır	39	86.7
Evet	6	13.3
Kullanılan Yardımcı Alet		
Koltuk değneği	1	2.2
Baston	5	11.1
Yok	39	86.7
Toplam	45	100

Katılımcıların yaşam kalitelerini etkileyen bulguların dağılımı Tablo 6.'da yer almaktadır. Hastaların %64.4'ünde birden fazla şikayet bulunmaktadır. Katılımcıların %80.0'inde yorgunluk, %35.6'sında ağrı, %44.4'ünde denge problemleri ve %20.0'ında cinsel sorunlar bulunmaktadır.

Tablo 6. Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Bulguların Dağılımı (45)

Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Bulgular	n	%
Yok	7	15.6
Bir şikayet var	9	20.0
Birden fazla şikayet var	29	64.6
Yorgunluk		
Yok	9	20.0
Var	36	80.0
Ağrı		
Yok	29	64.4
Var	16	35.6
Mesane bozuklukları		
Yok	35	77.8
Var	10	22.2
Barsak problemleri		
Yok	37	82.2
Var	8	17.8
Denge bozuklukları		
Yok	25	55.6
Var	20	44.4
Yutma güçlüğü		
Yok	41	91.1
Var	4	8.9
Cinsel sorunlar		
Yok	36	80.0
Var	9	20.0
Toplam	45	100

Hastaların sf-36 yaşam kalitesi ölçeği ve gsa – 12 ölçek puan ortalamalarının dağılımı tablo 7.'de yer almaktadır. Katılımcıların Fiziksel işlev puan ortalaması 58.10 (± 32.81) fiziksel rol puanlarının ortalaması 53.85 (± 46.15), ağrı ile ilgili puan ortalaması ise 28.89 (± 27.07), genel sağlık ile ilgili puan ortalaması 55.56 (± 11.14), vitalite ile ilgili puan ortalaması 52.40 (± 9.27), sosyal işlev ile ilgili puan ortalaması 49.70 (± 15.42), mental rol puan ortalaması 60.00 (± 45.84) ayrıca mental işlev puan ortalaması 53.30 (± 12.68) olarak bulunmuştur. Hastaların fiziksel sağlık özet skoru puan ortalaması 41.74 (± 6.35), mental sağlık özet skoru puan ortalaması 37.62 (± 6.92)'dir. GSA-12 puan ortalaması 2.69 (± 3.66) olup Chronbach Alpha değeri .92'dir.

Tablo 7. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve GSA – 12 Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Min	Max	X \pm SS
Yaşam Kalitesi Ölçeği			
Fiziksel İşlev (Fİ)	00	100	58.10 \pm 32.81
Fiziksel Rol	00	100	53.85 \pm 46.15
Ağrı	00	90	28.89 \pm 27.07
Genel sağlık	35	85	55.56 \pm 11.14
Vitalite	20	70	52.40 \pm 9.27
Sosyal İşlev	00	87.50	49.70 \pm 15.42
Mental Rol	00	100	60.00 \pm 45.84
Mental İşlev	16	80	53.30 \pm 12.68
Fiziksel Sağlık Özet Skoru	52.27	59.06.	41.74 \pm 6.35
Mental Sağlık Özet Skoru	52.11	55.08	37.62 \pm 6.92
Genel Sağlık Anketi	0	2	2.69 \pm 3.66

Hastaların demografik özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırması yapıldığında, yaşa göre fiziksel fonksiyon (U= 201.000 p= .694) fiziksel rol (U=165.500 p= .173) ağrı (U= 210.500 p=.872) genel sağlık (U=178.000 p= .332) vitalite (U= 161.500 p=.166,) sosyal işlev (U= 179.500 p= .328) mental rol (U= 188.500 p= .480) mental işlev (U=178.500 p= .296) puan ortalamaları arasında anlamlı bir

fark saptanmıştır (Tablo 8).

Hastaların cinsiyet özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırması yapıldığında, cinsiyete göre fiziksel fonksiyon (U= 200.000 p= .301) fiziksel rol (U= 207.500 p= .530) ağrı (U= 162.000 p= .093) genel sağlık (U= 215.500 p= .692) vitalite (U= 197.500 p= .405) sosyal işlev (U= 197.500 p= .405) mental işlev (U= 204.500 p= .471) mental rol (U= 219.500 p= .765) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaların medeni durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırması yapıldığında, medeni duruma göre fiziksel fonksiyon (U= 186.500 p= .279), fiziksel rol (U= 205.500 p= .497), ağrı (U= 179.000 p= .203), genel sağlık (U= 186.000 p= .269), vitalite (U= 209.000 p= .579), sosyal işlev (U= 190.000 p=.290), mental rol (U= 205.500 p= .526) ve mental işlev (U= 214.500 p= .646) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır.

Hastaların çalışma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırması yapıldığında, çalışma duruma göre, fiziksel fonksiyon (U=184.500 p= .133), ağrı (U= 208.500 p= .337), genel sağlık (U= 168.500 p= .059), vitalite (U= 235.500 p= .736), sosyal işlev (U= 247.500 p= .952), mental rol (U= 204.000 p= .289), ve mental işlev (U= 193.000 p= .150) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Ancak çalışma durumuna göre fiziksel rol alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (U= **165.000 p= .036**).

Hastaların çocuk durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırması yapıldığında, çocuk durumuna göre fiziksel rol (U= 189.000 p= .271) ağrı (U= 206.000 p= .533) genel sağlık (U= 191.500 p= .330) vitalite; U= 223.500 p=.837) sosyal işlev (U= 176.500 p= .162) mental rol (U= 195.500 p= .382) ve mental işlev (U= 194.500 p= .325) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaların çocuk durumuna göre fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması (U= **123.500 p= .010**) ve mental sağlık özet skoru arasında ise anlamlı bir fark saptanmıştır (U=**125.000 p= .016**).

Tablo 8. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite	Sosyal İşlev	Mental Rol	Mental İşlev	Fiziksel Sağlık Özet Skoru	Mental Sağlık Özet Skoru
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Yaş										
40 yaş altı	59.67 ± 32.53	60.48 ± 44.14	27.74 ± 25.39	54.51 ± 11.85	53.38 ± 9.77	47.98 ± 15.17	55.22 ± 10.45	64.51 ± 44.66	42.45 ± 5.73	38.01 ± 6.22
40yaş ve üstü	54.64 ± 34.38	39.80 ± 48.74	31.42 ± 31.34	57.85 ± 9.34	50.35 ± 7.95	53.77 ± 15.83	49.14 ± 16.26	50.00 ± 48.48	40.04 ± 7.62	36.67 ± 8.57
İstatistiki Değer	U= 201.000 p= .694	U=165.500 p= .173	U= 210.500 p=.872	U=178.000 p= .332	U= 161.500 p=.166	U= 179.500 p= .328	U= 188.500 p= .480	U=178.500 p= .296	U=178.000 p= .546	U=178.000 p= .546
Cinsiyet										
Erkek	66.88 ± 26.20	59.38 ± 46.40	20.63 ± 24.60	56.57 ± 9.40	51.56 ± 7.24	51.56 ± 15.05	51.50 ± 13.61	66.67 ± 42.16	41.58 ± 6.59	38.82 ± 7.67
Kadın	53.28 ± 35.44	50.87 ± 46.50	33.40 ± 27.69	55.00 ± 12.10	52.93 ± 10.31	48.71 ± 15.79	54.34 ± 12.26	56.32 ± 48.06	41.83 ± 6.34	36.94 ± 6.49
İstatistiki Değer	U= 188.500 p= .301	U= 207.500 p= .530	U= 162.000 p= .093	U=215.500 p= .692	U= 197.500 p= .405	U= 224.000 p= .840	U= 219.500 p= .765	U= 204.500 p= .471	U=203.000 p= .608	U=192.000 p= .435
Medeni Durum										
Evli	61.21 ± 34.45	57.76 ± 44.37	26.21 ± 2.83	56.90 ± 12.13	53.28 ± 7.23	50.86 ± 17.97	52.41 ± 14.71	52.07 ± 45.18	41.62 ± 7.12	38.33 ± 7.40
Bekar	52.50 ± 29.83	46.88 ± 49.90	33.75 ± 24.73	53.13 ± 8.92	50.94 ± 12.28	47.66 ± 9.38	55.00 ± 7.93	56.25 ± 48.26	41.94 ± 4.95	36.38 ± 6.00
İstatistiki Değer	U= 186.500 p= .279	U= 205.500 p= .497	U= 179.000 p= .203	U= 186.000 p= .269	U= 209.000 p= .579	U= 190.000 p= .290	U= 205.500 p= .526	U= 214.500 p= .646	U=208.000 p= .696	U=184.000 p= .329

Tablo 8. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite	Sosyal İşlev	Mental Rol	Mental İşlev	Fiziksel Sağlık Özet Skoru	Mental Sağlık Özet Skoru
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	65.00 ± 30.89	67.00 ± 43.13	25.20 ± 25.51	52.60 ± 10.01	51.80 ± 10.10	50.00 ± 10.83	51.20 ± 12.39	69.33 ± 41.86	41.38 ± 5.99	39.28 ± 6.32
Çalışmıyor	49.50 ± 33.87	37.50 ± 45.52	33.50 ± 28.89	59.25 ± 11.62	53.25 ± 8.32	49.36 ± 20.06	56.00 ± 12.85	48.33 ± 48.94	42.21 ± 6.93	35.44 ± 7.23
İstatistiki Değer	U=184.500 p= .133	U= 165.000 p= .036	U= 208.500 p= .337	U= 168.500 p= .059	U= 235.500 p= .736	U= 247.500 p= .952	U= 204.000 p= .289	U= 193.000 p= .150	U=203.000 p= .608	U=284.000 p= .329
Çocuk Durumu										
Var	41.56 ± 31.18	43.75 ± 45.18	33.12 ± 30.27	56.88 ± 7.93	52.19 ± 13.03	44.53 ± 15.12	57.25 ± 10.80	50.00 ± 47.14	42.76 ± 5.16	34.53 ± 5.21
Yok	67.24 ± 30.46	59.48 ± 46.49	26.55 ± 25.39	54.83 ± 12.64	52.57 ± 6.63	52.57 ± 15.08	51.17 ± 13.28	65.52 ± 44.97	41.15 ± 6.97	39.39 ± 7.23
İstatistiki Değer	U= 123.500 p= .010	U= 189.000 p= .271	U= 206.000 p= .533	U= 191.500 p= .330	U= 223.500 p= .837	U= 176.500 p= .162	U= 195.500 p= .382	U= 194.500 p= .325	U=196.000 p= .495	U=125.000 p= .016

Hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Ailede MS öyküsü olma durumuna göre fiziksel fonksiyon (U= 74.000 p= .346), fiziksel rol (U= 83.000 p= .507), ağrı (U= 73.500 p= .333), genel sağlık (U= 66.000 p= .213), vitalite (U= 77.500 p= .408), sosyal fonksiyon (U= 80.500 p= .454), mental işlev (U= 90.000 p= .690) ve mental rol (U= 93.500 p= .813) alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 9).

Hastaların ilaç uygulama yoluna göre yaşam kalitesi paunu değerlendirilmiş olup, fiziksel fonksiyon (U= 87.000 p= .315), fiziksel rol (U= 106.000 p= .692), ağrı (U= 109.500 p= .800), genel sağlık (U= 59.500 p= .052), vitalite (U= 101.500 p= .598), sosyal işlev (U= 101.500 p= .582), mental işlev (U= 111.500 p= .839) ve mental rol (U= 114.500 p= .933) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaları kullanmış oldukları ilaçları kullanma yöntemine (ağızdan, enjeksiyon) göre fiziksel fonksiyon (U= 38.000 p= .137), fiziksel rol (U= U= 45.000 p= .212), ağrı (U=40.500 p=.166), genel sağlık (U= 46.500 p=.268), vitalite (U= 47.000 p=.279), sosyal işlev (U=59.500 p=.606), mental işlev (U=38.500 p=.106) ve mental rol (U=36.000 p=.116) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaların yardımcı alet kullanma durumuna göre fiziksel rol (U=85.00 p= 285), ağrı (U= 67.500 p= .107), genel sağlık (U= 58.000 p= .052), vitalite (U= 107.000 p= .808), sosyal işlev (U= 70.500 p= .115), mental işlev (U= 75.000 p= .142) ve mental rol (U= 102.000 p= .679) alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak hastaların yardımcı alet kullanma durumuna göre fiziksel fonksiyon paun ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p= U= 48.500 p= .025**).

Tablo 9. Hastaların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite	Sosyal İşlev	Mental Rol	Mental İşlev	Fiziksel Sağlık Özet Skoru	Mental Sağlık Özet Skoru
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Ailede MS öyküsü varlığı										
Evet	47.00 ± 34.02	40.00 ± 54.78	38.0 ± 29.50	63.00 ± 13.04	50.00 ± 9.35	52.50 ± 33.54	52.80 ± 25.67	66.66 ± 47.14	43.90 ± 8.99	36.08 ± 8.60
Hayır	59.50 ± 32.83	55.63 ± 45.46	27.75 ± 26.94	54.63 ± 10.71	52.75 ± 9.33	49.38 ± 12.32	53.40 ± 10.66	59.17 ± 46.21	41.46 ± 6.04	37.82 ± 6.79
İstatistiki	U=74.000	U= 83.000	U= 73.500	U= 66.000	U= 77.500	U= 80.500	U= 93.500	U= 90.000	U= 92.000	U= 86.000
Değer	p= .346	p= .507	p= .333	p= .213	p= .408	p= .454	p= .813	p= .690	p= .839	p= .671
İlaç Kullanma Durumu										
Kullanıyor	56.28 ± 32.62	52.56 ± 46.17	29.74 ± 28.14	56.93 ± 10.49	52.18 ± 9.51	49.36 ± 16.21	53.02 ± 13.12	60.68 ± 45.80	41.95 ± 6.65	37.60 ± 7.13
Kullanmıyor	70.00 ± 34.50	62.50 ± 49.37	23.33 ± 19.66	46.66 ± 12.11	54.17 ± 8.01	52.0 ± 9.41	55.33 ± 9.93	55.55 ± 50.18	40.11 ± 3.13	37.78 ± 5.60
İstatistiki	U= 87.000	U= 106.000	U= 109.500	U= 59.500	U= 101.500	U= 101.500	U= 114.500	U= 111.500	U= 75.000	U= 96.000
Değer	p= .315	p= .692	p= .800	p= .052	p= .598	p= .582	p= .933	p= .839	p= .405	p= .956
İlacın Uygulama Yolu										
Ağızdan (n=4)	31.25 ± 38.81	25.00 ± 50.00	47.50 ± 30.96	51.25 ± 7.50	43.75 ± 17.01	46.88 ± 11.97	48.00 ± 8.64	25.00 ± 50.00	37.39 ± 5.38	34.37 ± 5.41
Enjeksiyon(n=35)	59.14 ± 31.21	55.71 ± 45.41	27.71 ± 27.55	57.57 ± 10.67	53.14 ± 8.14	49.64 ± 16.74	53.60 ± 13.52	64.76 ± 44.23	42.47 ± 6.65	37.97 ± 7.27
İstatistiki	U= 38.000	U= 45.000	U=40.500	U= 46.500	U= 47.000	U=59.500	U=44.000	U=38.500	U= 36.000	U= 48.000
Değer	p= .137	p=.212	p=.166	p=.268	p=.279	p=.606	p=.224	p=.106	p= .116	p= .308
Yardımcı Alet Kullanma Durumu										
Hayır	62.76 ± 28.84	55.92 ± 45.19	26.05 ± 25.95	54.47 ± 11.44	52.11 ± 9.42	48.68 ± 16.39	53.68 ± 12.67	63.16 ± 44.38	41.72± 6.26	38.13± 6.99
Evet	23.33 ± 38.67	33.33 ± 51.64	46.67 ± 32.04	62.50 ± 7.58	53.33 ± 9.31	56.25 ± 6.85	50.00 ± 14.25	33.33 ± 51.64	41.85± 7.57	34.43± 5.99
İstatistiki	U= 48.500	U= 85.00	U= 67.500	U= 58.000	U= 107.000	U= 70.500	U= 102.000	U= 75.000	U= 109.000	U= 79.000
Değer	p= .025	p= 285	p= .107	p= .052	p= .808	p= .115	p= .679	p= .142	p= .864	p= .231

Hastaların GSA-12 ölçeğine ilişkin depresyon risk dağılımları tablo 10.'da yer almaktadır. Hastaların % 57.8'inin düşük depresyon riski oldukları saptanmıştır. % 26.8'inin yüksek depresyon riskine sahip oldukları saptanmıştır. Toplam örneklemin %42.2'sinin 2'nin üzerinde (vaka) puan aldıkları saptanmıştır. Ölçekten alınan ortalama puan 2.69 (± 3.68)'dir.

Tablo 10. Hastaların Genel Sağlık Anketi - 12 Risk Dağılımı

GS-12 Anketinin Puanları	n	%
Düşük	26	57.8
Orta	7	15.5
Yüksek	12	26.7
Toplam	45	100.00

Hastaların bazı özelliklerine göre GSA – 12 ölçek puan ortalamalarının dağılımı tablo 11.'de yer almaktadır. GSA-12 ölçek puan ortalaması 40 yaş üstü hastalarda 3.07 (± 3.97), kadınlarda 3.10 (± 4.07), bekarlarda 3.19 (± 4.01), çalışmayanlarda 2.90 (± 3.92), çocuğu olanlarda 2.41 (± 3.93) ilaç kullananlarda 3.00 (± 4.05), yardımcı alet kullananlarda 7.00 (± 4.52) olarak bulunmuştur. Demografik özelliklere göre GSA-12 ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır . Ayrıca yardımcı alet kullanan hastaların, yardımcı alet kullanmayan hastalara oranla GSA-12 ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(**U= 46.000, p= .013**).

Tablo 11. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Genel Sağlık Anketi – 12 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Demografik Özellikler	n	X	SS	M-W-U	p
Yaş					
40 yaş altı	31	2.52	3.58	215.000	.959
40yaş ve üstü	14	3.07	3.97		
Cinsiyet					
Kadın	29	3.10	4.07	201.000	.441
Erkek	16	1.94	2.74		
Medeni Durum					
Evli	29	2.41	3.51	203.000	.471
Bekar	16	3.19	4.01		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	25	2.52	3.53	233.500	.693
Çalışmıyor	20	2.90	3.92		
Çocuk Durumu					
Var	16	3.19	3.19	171.500	.132
Yok	29	2.41	3.93		
İlaç Kullanma Durumu					
Kullanıyor	39	2.64	3.66	95.000	.441
Kullanmıyor	6	3.00	4.05		
Yardımcı alet kullanma durumu					
Kullanıyor	6	7.00	4.52	46.000	.013
Kullanmıyor	39	2.03	3.08		

5.TARTIŞMA

MS, hastaların yaşamlarını önemli derecede etkilemektedir. Süreğen bir hastalık olduğu için hastaların günlük yaşamlarındaki aktiviteleri, duygusal iyilik halleri ve sosyal hayatları dolayısı ile yaşam kaliteleri etkilenmektedir (53, 92, 147). Hastalığın erken dönemlerinde hastada mevcut kısıtlamalar az olduğundan dolayı hasta kendini nispeten daha iyi hissettiğinden yaşam kalitesini tahmin etmek biraz daha güçtür. Aynı zamanda tanıdan sonraki dönemde açıklanamayan belirtiler hastaların psikolojisini olumsuz yönde etkilemektedir (92).

MS'li hastalarda yaşam kalitesi çalışmaları son dönemlerde oldukça önem kazanmıştır (135). Kronik bir hastalık olan MS tanısı almak ve tedavi süreci hastanın özgüvenini, güvenlik duygusunu, gelecekle ilgili hedef ve isteklerini, ailesi ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkiler ve yaşam kalitesi düşer (157).

Çalışma sonucunda hastaların; fiziksel işlev, fiziksel rol, genel sağlık, vitalite, sosyal işlev, mental rol ve mental işlev alt boyutları ortadüzeyde, mental sağlık özet skoru puan ortalaması, fiziksel sağlık özet skoru puan ortalaması ve ağrı alt boyutu puan ortalaması kötü düzeyde saptanmıştır (Tablo 7). Yapılan çalışmalarda MS hastalarının fiziksel ve mental sağlığının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (78, 102). Ayrıca MS hastalığının diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında bireylerin sosyal yaşamı, fiziksel işlevleri, vitalite ve genel sağlığının etkilendiği açıkça vurgulanmıştır (123, 156). Bu çalışmadan farklı olarak Koçer ve arkadaşlarının (102) yapmış oldukları çalışmada ağrı, vitalite, sosyal işlev ve mental işlev puan ortalamaları daha yüksek olup, fiziksel rol, fiziksel işlev, genel sağlık, ve mental rol puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada da multipl sklerozlu hastalarda yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı kişilere ve başka bir kronik tıbbi-nörolojik hastalığı olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (78). Ayrıca bu çalışmada en düşük puanın ağrı alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Koçer ve arkadaşlarının (102) yapmış olduğu çalışmada en düşük puan fiziksel rol alt boyutundadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda ağrı alt boyutundan düşük puan alınması ağrının şiddetine bağlı hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sıkıntılar yaşayacağına bir göstergesi olabilir.

Çalışmaya katılan MS hastalarının yarısından fazlası 40 yaşın altında olup yaş

ortalaması 35.13 (± 9.34)'dür (Tablo4). Bu çalışmaya benzer olarak Bilge ve arkadaşlarının (23) çalışmasında hastaların yaş ortalaması 36.58 iken, bu çalışmadan farklı olarak Şahin Onat ve arkadaşları (162) tarafından yapılan çalışmada hastaların yaş ortalaması 46.5 olarak saptanmıştır. Hastalık erkeklere oranla kadınlarda 2 kat daha fazla görülmekte olup, 16 yaşından önce görülme sıklığı %1.2-6'dır (82, 122, 140).Çalışmada hastaların çoğu kadındır (Tablo4). Haliloğlu ve arkadaşları (2009) tarafından 60 tane MS hastası ile yapılan çalışmada hastaların %63.3'ü kadındır (74). Ayrıca Öz'ün 2013 yılında Hacettepe Üniversitesinde 245 MS hastası ile yaptığı başka bir çalışmada da katılımcıların %66.5'inin kadın olduğu saptanmıştır (155). Şahin Onat ve arkadaşları (162) tarafından yapılan çalışmada hastaların %53.7'si kadındır. Bu çalışmada hastalarımızın yaş ve cinsiyet açısından genel MS popülasyonu ile benzer özellikler gösterdiği söylenebilir. Bu nedenle MS hastalığının kadınlarda ve 40 yaş altı hastalarda sıklıkla görülmesi beklenen bir sonuçtur.

Hastaların SF - 36 yaşam kalitesi ölçeği özet skorları incelendiğinde, yaşa göre fiziksel sağlık özet skoru ve mental sağlık özet skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 8). Benzer olarak Atar'ın (17) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarında hastaların yaşları ile yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Yıldız ve arkadaşlarının (180) yapmış oldukları çalışmanın sonucunda da hastaların yaşları ile yaşam kalitesi sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Elde edilen bu sonuçlar yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünün bir göstergesi olabilir. Çünkü yaşla birlikte fiziksel ve mental işlevleri yerine getirmede sorunlar ortaya çıkmakta bu durum yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Cinsiyete göre SF - 36 yaşam kalitesi ölçeği özet skorları incelendiğinde, kadın ve erkeklerin fiziksel sağlık özet skoru ve mental sağlık özet skoru puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Ayrıca aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 8). Bu çalışmaya benzer olarak Yıldız ve arkadaşlarının(180) yapmış oldukları çalışmada cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir.

Çalışmadaki hastaların medeni durumuna baktığımızda çoğunun bekar olduğu saptanmıştır (Tablo4). Alğantekin (11) tarafından 50 MS hastası ile yapılan çalışmada benzer bir sonuç elde edilmişken, Seki Öz'ün (155) 245 MS hastası ile yaptığı çalışmada hastaların %60.8'inin evli olduğu saptanmıştır.

Medeni duruma göre SF – 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları, fiziksel sağlık özet skoru ve mental sağlık özet skoru puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 8). Haliloğlu ve (74) arkadaşlarının ve İdiman ve (89) arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarında medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar medeni durumun yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığına bir göstergesi olabilir.

MS hastalarının tanı aldıktan 10 yıl sonra çalışma oranlarının azaldığı belirtilmektedir (122, 22). Aynı zamanda genelde en üretken yaş aralığı olarak kabul edilen orta yaş döneminde ortaya çıkan MS hastalığının yol açtığı yaygın tutulumlar kişinin işlevsel becerilerini kısıtlamaktadır (167). Bu durum hastaların mesleki rollerini yerine getirmelerini olumsuz yönde etkileyebilir. Çalışmada MS hastalarının tanı alma süresi ortalama 5 yıl olup hastaların yaklaşık yarısı çalışmamaktadır (Tablo4). Bu çalışmaya benzer olarak Şahin Onat ve arkadaşlarının (162) çalışmasında da hastaların %46.9'unun, Alğanteğin'nin (11) çalışmasında hastaların %66.0'nının çalışmadığı saptanmıştır. Bu çalışmadan farklı olarak Atar'ın (17) çalışmasında hastaların çoğunun (%67.5) çalıştığı belirtilmiştir. MS hastalarında tanı aldıktan sonra geçen süre ne kadar uzun olursa karşılaşılan sağlık sorunlarında da artış olacaktır. Sağlık sorunlarındaki artış hastaların çalışma durumlarını etkileyecektir.

Çalışan hastalarda çalışmayan hastalara göre SF – 36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol alt boyutu puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır (Tablo 8). Bu çalışmadan farklı olarak Atar'ın (17) yapmış olduğu araştırmada çalışma durumu ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Onat ve arkadaşlarının (162) yapmış oldukları çalışmanın sonucunda da aktif çalışan ve aktif çalışmayan hastaların yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durumda çalışan hastaların en zor olanlar dahil tüm fiziksel aktiviteleri kısıtlılık olmaksızın yerine getirebildiklerini söyleyebiliriz.

Çocuk sahibi olmayan hastaların SF – 36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları ve mental sağlık özet skoru puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Fiziksel fonksiyon puan ortalamasının ve mental sağlık özet skorunun yüksek olması hastaların fiziksel ve emosyonel sağlık olarak işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorun olmadığına bir göstergesi olabilir.

MS birinci derece akrabalarda 20-40 kat daha sık görülmekte olup uzak ilişkiler olduğunda sıklık hızla azalmaktadır. MS hastalarının üvey akrabalarında MS insidansı artmamaktadır (58, 60, 183). Bu çalışmaya katılan hastaların %11.11'inin ailesinde MS hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Yine bu çalışmaya benzer olarak Atar'ın (17) yapmış olduğu çalışmada hastaların 7 tanesinin, Utaş'ın (177) çalışma sonucunda hastaların %10,0'inin ailesinde MS tanısı olduğu görülmüştür. Çalışmadan elde edilen bu sonuç genetik yatkınlık göz önüne alındığında beklenen bir sonuçtur. Ayrıca ailelerinde MS öyküsü olan hastaların ağrı, genel sağlık, sosyal işlev ve mental işlev alt boyutları puan ortalamaları ve fiziksel sağlık özet skoru puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Hastaların ailesinde MS öyküsü durumuna göre SF – 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Tablo 9). Yapılan çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir (42, 59, 77).

MS hastalarında tedavinin amacı, atak sıklığının ve atak şiddetinin azaltılması ve özür lülüğün geciktirilmesidir (50). Çalışmaya katılan hastaların çoğu (%86.7) ilaç kullanmaktadır (Tablo2). Bu çalışma sonuçlarına benzer olarak Utaş'ın çalışmasında (177) hastaların büyük bir kısmı, Tanık ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (165) 52 MS hastasının 38 tanesi ilaç kullanmaktadır. İlaç kullanan hastaların; ağrı, genel sağlık ve mental işlev puanları, fiziksel sağlık özet skoru puan ortalamaları ilaç kullanmayan hastalara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 9). Bu sonuçlar ilaç kullanan hastaların ağrı ve emosyonel sorunlara bağlı olarak iş veya günlük yaşamlarında kısıtlılık yaşamadıklarının, sağlıklarını iyi hissettiklerinin bir göstergesi olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların küçük bir kısmınının yardımcı alet kullandığı (%13.3) saptanmıştır (Tablo5). Alğantekin tarafından 50 MS hastası ile yapılan çalışmanın bulgularına bakıldığında hastaların %16.0'inin yardımcı alet kullandığı görülmüş olup bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (11). Ayrıca Utaş'ın (177) çalışmasında da benzer şekilde hastaların %13.3'ünün yardımcı alet kullandığı saptanmıştır. Bu çalışmada yardımcı alet kullanan hastaların kullanmayanlara göre fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9). Yapılan çalışmalarda yardımcı alet kullanan hastaların fiziksel fonksiyonlarında bir azalma olduğu ve bireylerin tekerlekli sandalyeye bağımlı olma risklerinin arttığı ifade edilmiştir (25, 91). Sonuçlardan da anlaşıldığı gibi çalışmaya katılan MS hastalarının büyük bir kısmının günlük yaşamlarını yardımcı alete ihtiyaç duymadan sürdürdükleri söylenebilir. Ayrıca çalışmada hastaların

büyük çoğunluğunun ilaç kullanması engellilik durumunu ve yardımcı alet kullanımını azaltmış olabilir.

Multiple Skleroz (MS)'un yaygın semptomları; görme bozukluğu, buğulu görme gibi optik sinir disfonksiyonu, yüzde ağrı, duyu kaybı, karıncalanma hissi gibi duyuusal bozukluk, hipertoni ve aşırı refleks gibi piramidal tract (sinir iletimi) disfonksiyonu, el ve ayaklarda kas kontrolü kaybı sonucu gelişen denge bozukluklarını, yorgunluğu içerir (175,189, 26). Çalışmada MS'e bağlı en sık ifade edilen sorunlar yorgunluk, ağrı ve denge sorunlarıdır (Tablo 6). Ayrıca SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları incelediğinde en düşük puan ağrı alt boyutundadır (Tablo 7). Literatürde MS hastalarının %75-87'si yorgunluktan yakınmıştır. Bu hastaların 2/3'ü hastalıklarının en kötü üç semptomundan biri olarak yorgunluğu belirtmiştir. MS'deki yorgunluk, sağlıklı yetişkinler ya da diğer hastalıkları olan bireylerde görülen yorgunluğa kıyasla daha sıktır ve günlük yaşam aktivitesini daha fazla etkilemektedir (96). Kelleci ve arkadaşlarının (97) çalışmalarında da bu çalışmaya benzer olarak yorgunluk %22.0 oranında sıklıkla ifade edilen sorunlar içinde yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda MS'li hastalarda yorgunluk ve denge semptomlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (96, 97, 108, 143, 158, 177, 178). Çalışmada yorgunluk, ağrı ve denge sorunların sık görülmesi literatürle uyumlu olarak beklenen bir sonuçtur. Ayrıca yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyutundan düşük puan alınması ağrı sorununu destekler niteliktedir.

Hastaları GSA-12 ölçek puan ortalamasına göre depresyon açısından incelediğimizde %57.8'inin düşük düzeyde risk, %26.7'sinin yüksek düzeyde risk taşıdığı saptanmıştır (Tablo 10). Nicholl ve arkadaşları tarafından GSA-12 kullanılarak yapılan bir çalışmada MS hastaların %16-48 arasında depresyon oranının değiştiği belirtilmektedir (126). Forman ve arkadaşlarının (66) çalışmasında depresyon oranı %45.7 olarak saptanmıştır. Mohr ve arkadaşlarının çalışmasında da depresyon oranı %25.8 bulunmuştur. Ülkemizde MS hastalarında GSA-12 kullanılarak yapılan çalışmalara ulaşamadık. Ancak GSA-12 kullanılmadan yapılan çalışmalar incelediğinde; Emre ve arkadaşlarının (61) yaptıkları çalışmada 23 MS hastasının 13'ünde orta/yüksek düzeyde depresyon saptandığı belirtilmiştir. Bilgi ve arkadaşları (23) tarafından yapılan başka bir çalışmada da MS hastalarının %19.5'inde depresyon tespit edilmiştir. Ruhsal belirtilerin yüksek oranda görülmesi bu hastaların yakından izlenmesini, psikiyatrik tanılamaya gidilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Hastaların yaşa göre GSA-12 ölçek puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark saptanmamış olup 40 yaş ve üstü hastaların puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır(Tablo 11). Bu çalışmaya benzer olarak Galeazzi ve arkadaşlarının ve Forman ve arkadaşlarının çalışmalarında yaş ile depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (67, 66). Benzer olarak Şen ve arkadaşlarının ve Soyuer ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarda da yaşın depresyon ile ilişkisi bulunmamıştır (159, 163). Ancak yaşın ilerlemesi ile fiziksel ve mental fonksiyonlar olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle bu çalışmada 40 yaş ve üstü hastalarda depresyon riski artmış olabilir.

Çalışmadaki hastaların cinsiyet durumuna göre GSA-12 ölçek puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca kadınların puan ortalaması daha yüksektir(Tablo 11). McGian ve (117) arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmanın sonucunda da cinsiyetin depresyon ile istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Norveçte yapılan başka bir çalışmada hastaların depresyon düzeyi değerlendirilmiş ve bu çalışmaya benzer olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (52). İrkeç'in çalışmasında (90) kadınlarda depresyon düzeyinin erkeklere oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir. Hakim ve arkadaşları (75), depresyon oranının kadınlara oranla erkeklerde daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Literatür incelendiğinde cinsiyetin depresyon ile ilişkisinin çalışma sonuçlarında farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu durum kullanılan ölçeklerin ve kültürel değerlerin farklılığı ile açıklanabilir. Ancak ülkemizde cinsiyet rollerinin belirginliği, kadının hasta olması ile birlikte üstlediği rollerin yerine getirilememesi durumunda kadında yetersizlik duygusu, terk edilme korkusu gibi sorunlar ortaya çıkmakta, hastanın ruh sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle kadınlarda depresyon riskinin daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Hastaların medeni durumuna göre GSA-12 ölçek puan ortalaması karşılaştırıldığında aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olup bekar hastaların puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır($p>0.05$) (Tablo 11). Şen ve arkadaşlarının çalışma sonucunda da medeni durum ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (163). Seki Öz'ün (155) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Soyuer ve (159) arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmanın sonucunda da medeni durum ve depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.Evli bireylerin eş ve çocukları ile olan iletişimleri ve bu kişilerin hastaya olan destekleri sorunlarla baş etmelerine yardımcı olacaktır. Dolayısı ile elde edilen sonuçlar evli hastaların bekar hastalara göre depresyon riskinin düşük

olduğunun bir göstergesi olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre GSA-12 ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, çalışmayan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11). Hastaların %37.8'inin geliri 1000 TL'nin altındadır. Airlie ve arkadaşları (4) tarafından yapılan bir çalışmada 100 MS hastasının %28.0'nun özürlülükleri nedeniyle çalışma yaşamını tamamen bırakmak zorunda kaldığı belirtilmiştir. Seki Öz ve arkadaşlarının (155) çalışma sonuçlarında hastaların çalışma durumu ve depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. MS tanısı aldıktan sonra hastalıktan dolayı hastanın çalışmaması, artan sağlık harcamaları nedeniyle hem gelirin azaldığı, hem de giderin arttığı literatürde belirtilmektedir (44). MS hastalığı genç yetişkinleri daha çok etkilemektedir. Genç hastalar hastalık nedeniyle ortaya çıkan sorunlardan dolayı işten ayrılmak zorunda kalmakta, üretken olamamakta, hastalık nedeniyle artan maliyet ailenin yükünü arttırmakta ve hastalarda suçluluk duygusunun ön plan çıkmasına neden olmaktadır. Böyle bir durumda bu çalışmada da olduğu gibi çalışmayan MS hastalarının depresyon yönünden risk taşıması beklenen bir sonuçtur.

Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre GSA-12 ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında çocuğu olan hastaların GSA-12 puan ortalamaları daha yüksek çıkmış olup çocuğu olmayanlara göre depresyon açısından daha çok risk taşımaktadır (Tablo 11). Seki Öz ve arkadaşlarının (155) yapmış oldukları çalışmada hastaların çocuk sayıları ile depresyon arasında bir fark saptanmadığı belirtilmiştir. MS hastaları hastalığın getirdiği komplikasyonlarnedeniyle anne/baba rollerini yerine getirmekte zorluklar yaşamaktadır. Bu nedenle çalışmada çocuğu olan hastalarda GSA-12 ölçek puan ortalaması yüksek çıkmış olabilir.

Hastaların ilaç kullanma durumlarına göre GSA-12 ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilaç kullanmayanların puanları yüksek çıkmıştır (Tablo 12). Literatürde MS hastalarının kullandıkları ilaçların mental sağlığı olumsuz etkilediği belirtilmektedir (34, 139, 164). Çalışmada hastaların %64.6'sı interferon, %11.1'i kortikosteroid kullanmaktadır. Patten ve arkadaşlarının çalışmasında interferon kullanımının depresyonu artırmadığı ancak tedavinin erken safhasında depresyon kabul edilebilecek semptomları başlatabileceğine karar verilmiştir (139). Tanık tarafından 52 MS hastası ile yapılan çalışmada interferon kullanan hastaların %88.9'unun depresif şikayetleri olduğu saptanmıştır (164). Ayrıca MS hastalarında atak tedavisinde kortikosteroid kullanılmaktadır. Literatürde kortikosteroid kullanımına

bağlı psikiyatrik yan etkiler %5-8 oranında bildirilmektedir (34). Wilken ve Sullivan'ın çalışmasında (187) interferon kullanımının depresyon riskini arttırmadığı belirtilmiştir. Seki Öz ve (155) arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada hastaların ilaç kullanma durumları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Elde edilen sonuçlar ilaç kullanmayan hastaların depresyon riskinin daha yüksek olduğunun bir göstergesidir. Bu sonuç göz önüne alındığında ilaç kullanan hastaların depresyon riskinin daha düşük olması sağlık ekipleri ile daha sık görüşmelerde bulunduğu için hemşirelerin ve doktorların eğitimci rolü birkez daha ön plana çıkmaktadır.

Hastaların günlük yaşantılarında yardımcı alet kullanma durumlarına göre GSA-12 ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında yardımcı alet kullanan hastaların puanları anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır ($p<0.05$) (Tablo 12). Hastaların günlük aktivitelerini yaparken yardımcı alet kullanmaları, kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olmuş ve depresyon riskini arttırmış olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

MS hastalarında yaşam kalitesinin ve depreyonun belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1. Sonuçlar

1. Hastaların MS nedeniyle en sık yaşadıkları sorunların yorgunluk, ağrı ve denge sorunları olduğu belirlenmiştir.
2. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda MS hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmış olup en düşük puanın ağrı alt boyutundadır.
3. Hastaların neredeyse yarısının (%42.2) depresyon riski taşıdığı ve günlük yaşamlarında yardımcı alet kullanan hastaların depresyon riskinin yüksek olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

1. Hemşire yorgunluğun değerlendirilmesi için hastanın ifadesini dikkate almalı, yaşam bulgularında değişiklik, yürüme, merdiven çıkma gibi günlük aktiviteleri sırasında yaşadığı güçlükleri içeren objektif kriterleri göz önünde bulundurmalıdır. Yorgunluk ile baş etme konusunda bireye direk sorumluluk verilmeli, kendini rahat hissettiği yöntemleri geliştirmesi konusunda desteklemelidir. Ayrıca hemşireler denge sorunları nedeniyle hasta ve ailesine olası tarvmaları önlemek için çevre düzenlemesi konusunda eğitim programları düzenlemeli ve uygulamalıdır.
2. Hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için ağrı, yorgunluk ve denge problemleri olan MS hastaları eğitilmiş profesyonel sağlık ekibi tarafından gözlemlenmeli ve gerek hastanede gerekse evde hastalara gerekli medikal tedavi uygulanması sağlanmalıdır. Ayrıca en düşük puan ağrı alt boyutunda olduğundan hemşireler hastalara ağrı ile baş etme yöntemleri hakkında bilgi vermelidir.
3. MS hastalarının sadece tedavileri ile değil ruhsal yönden de değerlendirilip sağlık ekibi tarafından psikolojik destek programlarına alınmaları sağlanmalıdır.

4. Hastalar depresyon yönünden değerlendirilmelidir. Günlük yaşamlarında yardımcı alet kullanan hastalar psikiyatrik belirtiler açısından risk taşıyan grup olarak kabul edilerek sağlık ekibi tarafından izlenmesi gerekmektedir.

Araştırmacılara Öneriler

1. Ülkemizde MS hastalarında yaşam kalitesini belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlı sayıda olup daha geniş örnekleme bu çalışmanın gerçekleştirilmesi var olan durumu ortaya koyması ve ulusal düzeyde programların geliştirmesini sağlaması açısından önemlidir.
2. GSA – 12 ölçeği olası psikiyatrik sorunları belirlemede yol gösterici niteliktedir. Bu nedenle daha geniş örnekleme GSA – 12 kullanılarak hemşirelik çalışmalarının yapılması toplumun ruh sağlığının korunması aşamasında planlanacak girişimlere yol gösterecektir.

7. KAYNAKLAR

1. A.Rolak, Loren, Keçeci, Hulusi, 2009, Nörolojinin Sırları, Düzce Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 214- 216
2. Adams RD, Victor M, Ropper AH, Principles of Neurology. New York, Mc Graw, 1997;127-183.
3. Ahmed AS, Khoosal D. Assessment and management of depression. The Foundation Years ,2009;5:2-6.
4. Airlie J., Baker, G.A., Smith, S.J., Young C.A. Measuring the impact of multiple sclerosis on psychosocial functioning: the development of a new self-efficacy scale Clinical Rehabilitation, 2001; 15:259-265
5. Akkuş Y, Kapucu S. Multipl Skleroz ve Hasta Eğitimi. Hemşirelik Yüksekokulu Derg,2006;57-63.
6. Akkuş Y, Kapucu S. Multipl Skleroz ve Hasta Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006;59.
7. Akkuş Y. Multipl Sklerozlu Hastalarda Ev Ziyareti Yoluyla Verilen Bakım Hizmetlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Ankara, 2008.
8. Akkoç Y, Kirazlı Y, Yaltırık H, Yüceyar N, Özkaya A. Multipl Sklerozlu Kadın Hastalarda Seksüel Fonksiyon Bozukluğu. *Ege Fiz Tıp Reh Dergisi*,2001;7: 35-38.
9. Akman, Arzu, Multiple Skleroz'lu Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008; 11- 22
10. Aksel Siva ve TurkMultipl Skleroz Çalışma Grubu. Edirne Şehir Merkezinde MS Prevelans Çalışması. 39. Ulusal Nöroloji Kongresi Program Ve Bildiri Özet Kitabı ,2003;248.
11. Alğantekin H. Multipl Sklerozlu Hastalarda Yorgunluğun Denge Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
12. Alp R, Multipl Skleroz Hastalarında Gastrointestinal Sistem Motilite Bozuklukları Ve Amiloidoz İlişkisi Uzmanlık Tezi İstanbul, 2004.
13. Arafah, Alaa Mohammad, What Constructs Are Represented in Multiple Sclerosis Specific Health-Related Quality Of Life Measures, McGill University, Canada, 2009.

14. Arat, Z. Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi Ve Etkileyen Faktörler Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006;19-21
15. Ascherio, A., Munger, K.L.Environmental Risk Factors For Multiple Sclerosis. Part II: Noninfectious factors. *Annals of Neurology*,2007; 61 (6): 504-513.
16. Ascherio, A., Munger, K.L., Simon KC.Vitamin D And Multiple Sclerosis. *The Lancet Neurology*,2010; 9 (6): 599-612.
17. Atar S. Multiple Sklerozlu Hastalarda Aerobik ve İzokinetik Egzersiz Programının Kas Gücü Kardiyovasküler Sistem Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, 2009.
18. Atlas of Multipl Sclerosis PK Coyle and Mahammad School of Medicine, State University of New York at stony Brook, NY, USA 1996; 1-17.
19. Aydemir C, Vedin Temiz H, Göka E. Cognitive And Emotional Factors in Major Depression and Suicide. *Türk Psikiyatri Derg* 2002;13:33-9.
20. Azzimondi G, Stracciari A, Rinaldi R, D'Alessandro R, Pazzaglia P. Multiple sclerosis with very late onset: report of six cases and review of the literature. *Eur Neurol*. 1994;34(6):332-6.
21. Barkhof F, Filippi M, Miller DH, Comparision of MRI Criteria at First Presentation to Predict Conversion to Clinically Definite Multipl Sclerosis. *London, Brain*, 1997; 2059-2069.
22. Benedetto S.Atlas Multiple Sclerosis Resources in the Worldi WHO Library Cataloguingi Geneva. Publications Of The World Health Organization Can Be Obtained From WHO Press, Geneva, 2008.
23. Bilgi E, Özdemir HH, Bulut S. Multipl Sklerozlu Hastalarda Depresyon Ve Kognitif Fonksiyon Bozukluğu Sıklığının Belirlenmesi. *Türk Nörol Derg*, 2013;19:11-4.
24. Bobowick AR, Kurtzke JF, Brody JA, Hrubec Z,Gillespie M. Twin Study Of Multiple Sclerosis: AN Epidemiologic Inquiry. *Neurology* ,1978;228: 978-987.
25. Boeije HR, Janssens ACJW. 'It Might Happen Or it Might not': How Patients With Multiple Sclerosis Explain Their Perception Of Prognostic Risk. *Soc Sci Med* 2004; 59: 861-68
26. Bol Y, Duits A, Hupperts M.M. R., Vlaeyen W.S. J, Verhey R.J. F. The Psychology Of Fatigy İn Patients With Multiple Sclerosos: A Review, *Journal of Psychosomatic Research*, 2009;66: 3-11
27. Boz C, TerziM. Hastalar İçin Soruve Yanıtlarla Multipl Skleroz.Trabzon,İber Matbaacılık,2010.

28. Bozdemir, H. Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 2006.
29. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD. Pocket Companion to Neurology in Clinical Practice. İn: Multipl Skleroz ve Santral Sinir Sisteminin Diğer İnflamatuvar Demyelinizan Hastalıkları. Çeviri Ed: Selekler K. Ankara, Güneş yayınevi, 2003;325-416.
30. Burra P, de Bona M, Quality Of Life Following Organ Transplantation. *Transpl Int*,2007; 20:397
31. Burton, J.M., O'Connor, P.W., Hohol, M., Beyene, J. (Burton, Jodie M. ed.) Oral Versus Intravenous Steroids For Treatment Of Relapses In Multiple Sclerosis. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, 2009; (3):6921.
32. Calabresi PA. Cecil Medicine Cilt:2. İn: Multipl Skleroz Ve Santral Sinir Sisteminin Demyelinizan Hastalıkları. Ed: Goldman L, Ausiello D. Çeviri Ed: Ünal S. İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 2011;2746-2753
33. Casetta I, Granieri E. Clinical Infections And Multiple Sclerosis: Contribution From Analytical Epidemiology. *J Neuro Virol*, 2000; 6 (Suppl 2):147-151.
34. Cerullo MA. Corticosteroid-Induced Mania: Prepare For The Unpredictable. *J Family Practice*, 2006;5(6):3
35. Charcot JM (1889) [1878]. Clinical Lectures On Diseases Ofthe Nervous System [Leçons Sur Les Maladies Du Systeme Nerveux] 3 (Thomas Savill, Translator Ed.).London: The New Sydenham Society. Retrieved 21 October 2010
36. Ciccarelli O, Toosy A. Neurological Rehabilitation Of Multipl Sclerosis. İn: Mechanisms Of Disability And Potential For Recovery In Multipl Sclerosis. Ed. Thompson, AJ. London, Informa UK Ltd, 2006, 1-29.
37. Claney, M. Jean-Martin Charcot.1825 to 1893. *Int. MS J*,2008;15,(2)59-61
38. Clinical features.Cook SD (Ed). *Handbook Of Multiple Sclerosis*. Marcel Dekker Inc New York, 2001; 213-23
39. Cohen RA, Fisher M. Amantadine Treatment Of Fatigue Associated With Multiple Sclerosis. *Arch Neurol*, 1989; 46:676-680.
40. Comi G. Why Treat Early Multiple Sclerosis Patients. *Curr Opin Neurol* 2000;13(3):235-40
41. Comi, G. Treatment Of Multiple Sclerosis: Role Of Natalizumab. *Neurological Sciences*,2009;30 (2): 155-158

42. Compston, A., Coles, A. Multiple Sclerosis. *Lancet*,2008; 372 (9648): 1502-1517
43. Compston DAS. Genetic epidemiology. In:Compston DAS, Ebers G, Lassmann H,McDonald I, Matthews B, Wekerle H (eds), *Mc Alpine's Multiple Sclerosis*. Churchill Livingstone, London, Edinburgh, New York,Philadelphia, Sydney, Toronto,1998, 45-142.
44. Courts, N.F., Newton A.N. ve McNeal, L.J. Husbands and Wives Livig with Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2005;37 (1):20-25
45. Costello K, Halper J, Harris C *Nursing Practice in MS.A Core Curriculum*. Demos Med Publ, NY,2003.
46. Culpepper L, Judd CR, Moller MD, Nemeroff CB, Et Al. Clinicians On The Front Line: Active Management Of Depression And Anxiety In Primary Care. *JAAPA* 2006;4-22.
47. Çelik T. Multipl Skleroz (MS) Hastalarında Motor Uyarılara Karşı Beyinde Oluşan Aktivite Değişikliklerinin Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) İle Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı. İzmir, 2008.
48. Çelik Y, Birgili O, Kiyat A. Edirne Şehir Merkezi'nde Multipl Skleroz Prevelans. 39. Ulusal Nöroloji Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı. Antalya, 2003;15.
49. Çömez Yılmaz N, Multipl Skleroz Ve Otoimmünite Uzmanlık Tezi İstanbul, 2006.
50. Çevik İ, Multipl Skleroz Tani Ve Tedavi Klavuzu Galenos Yayınevi ISBN: 978-975-6058-76-3
51. Dağdelen, M. Üretim ve Hizmet Sektöründe Çalışan İşçilerde Ruhsal Sağlık Düzeyi, Ruhsal Belirti Dağılımı, Algılanan Sağlık, İş Doyumu, Yaşam Doyumu ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2008.
52. Dahl, O.P., Stordal E., Lydersen, S. ve Midgard, R. Anxiety And Depression İn Multiplesclerosis. A Comparetive Population Based Study In Nord, Trqndelag County, Norway. *Multiple Sclerosis*, 2009;15 (12): 1495- 1501
53. D'alisa S, Miscio G, Baudo S, Simone A, Tesio L, Mauroi A. Depression İs The Main Determinant Of Quality Of Life İn Multiple Sclerosis: A Classification-Regression (CART) Study. *Disability And Rehabilitation*, 2006;28:307-14.
54. Dalos NP, Rabins PV, Brooks BR, O'Donnell P. Disease Activity And Emotional State İn Multiple Sclerosis. *Ann Neurol*,1983;13:573-577.
55. Dasgupta R, Wiseman OJ, Kanabar G Et Al. Effi Cacy Of Sildenafil L İn The Treatment Of Female Sexual Dysfunction Due To Multiple Sclerosis. *J Urol*, 2004; 171:1189-93.

56. Denis L, Namey M, Costello K, Frenette J, Gagnon N, Haris C, Lowden D, Mcewan L, Morrison W, Poirier J Long-Term Treatment Optimization İn Individuals With Multiple Sclerosis Using Disease-Modifying Therapies: Anursing Approach. J Neurosci Nurs,2004; 36(1):10-22
57. Doğan O. Psikiyatrik Epidemiyoloji. Sivas: ESFORM Ofset; 2011.
58. Ebers GC,Sadovnick AD, Risch NJ.A Genetic Basis For Familial Aggregation İn Multiple Sclerosis. Canadian Collaborative Study Group,[See Comment]. Nature,1995;377:150-151.
59. Ebers GC, Sadovnick AD. Epidemiology. In:Paty DW, Ebers GC (Eds), Multiple Sclerosis.FA Davis Company, Philadelphia,1998;5-28.
60. Ebers GC.Atwin Consensus İn MS.[Comment]. Multiple Sclerosis,2005;11:497-499.
61. Emre U., Ergün U, Yıldız H., Gedikoğlu Ü., Vargel S., Gürel D., İnan LE. Multipl Sklerozda Depresyon, Düşünen Adam,2003;16(1): 53-56
62. Eraksoy M. Multipl Sklerozun Genetiği. Türkiye Klinikleri Journal Of Neuology, 2004;2:166-70
63. Eraksoy, M. Multiple Skleroz İle Yaşamı Nasıl Kolaylaştırırız? İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulu Yayınları,2005;(1)
64. Feinstein A, Feinstein K. Depression Associated With Multiple Sclerosis Looking Beyond Diagnosis To Symptom Expression. J Affect Disord 2001;66:193-198.
65. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Practical Method For Grading The Cognitive State Of Patients For The Clinician “Mini-Mental State”. USA, Journal Of Psychiatric Research 1975; 189-198.
66. Forman AC., Lincoln NB. Evaluation Of An Adjustment Group For People With Multiple Sclerosis: A Pilot Randomized Controlled Trial, Clinical Rehabilitation, 2010; 24: 211–221
67. Galeazzi GM, Ferrari S, Giaroli G, Mackinnon A. Psychiatric Disordersand Depression İn Multiple Sclerosis Outpatiends : Impact Of Disabilityand Interferon Beta Therapy, Nevralsci, 2005; 26:255-62.
68. Gilroy J. Basic Neurology. Ed: Graw-Hill. New York, St.Louis, 2000;199-223
69. Gilroy J. Temel Nöroloji. Çev. Ed: Karabudak R, Güneş Kitabevi, Ankara, 2002;199-225.
70. Gordon Sf, Duguette P, Antel JP. İnflamatorydemyelinatingdiseases Of Centralnervoussystem.In: Neurology İn Clinicalpractice, 2nd EdnBradley WG, Daroff DB, Fenichelgm, Marsden CD(Eds). Butterwortheinemann, USA, P.1996 ;1307-1343

71. Gottberg K, Einarsson U, Fredrikson S, Et Al. A Population- Based Study Of Depressive Symptomsin Multiple Sclerosisin Stockholmcounty: Association Withfunctioningandsense Of Coherence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2007;78:60-5.
72. Grigoriadis N, Ben-Hur T, Karussis D, Milonas I. Clinical Neurology And Neurosurgery, Axonal Damage İn Multipl Sclerosis: A Complex Issue İn A Complex Disease,2004, 211-217.
73. Hafler DA, Slavik JM, Anderson DE, O'Connor KC, De Jager P, Baecher-Allan C. Multiple Sclerosis. *Immunol Rev*,2005;204:208-31.
74. Haliloğlu S. Ve Ark. Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesinin Fonksiyonel Durum İle İlişkisi, *Göztepe Tıp Dergisi*,2009; 24(3): 129-133
75. Hakim EA, Bakheit AM, Bryant TN, Et Al. The Social Impact Of Multiple Sclerosis: A Study Of 305 Patients And Their Relatives. *Disabil Rehabil* 2000; 22: 288–93
76. Halper J MS Nursing. A New Vision . The Evolution Of Care İn Multiple Sclerosis. 2nd International 9th National Nursing Congress, 7-11th, Antalya.Sept 2003.
77. Halper L. The Evaluation Of Nursing Care İn Multiple Sclerosis. *International Journal Of MS Care* 2000;3:13-20
78. Hammoud AM, Grindstaff CF. Socio-Demographic Characteristics Of The PhysicallyDisabledInCanada.*CanJPublicHealth*,1992;83:57-60.
79. Harris, J.H. Ve Halper, J. Multiple Sclerosis; Best Practices İn Nursing Care, New York : Bioscience Communications,2008.
80. Hauser SI, Goodin DS. Harrison's Principles Of Internal Medicine. In: *Multipl Sclerosis And Other Demyelinating Diseases*. Ed: Kasper D. I, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SI, Longo DI, Jameson JJ. New York, Mcgraw –Hill Comp, 2005;2461-2470.
81. Hauser SL, Goodkin DE. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri Cilt:2. In: *Multipl Skleroz Ve Diğer Demiyelinizan Hastalıklar*. Ed: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Çeviri Ed: Sağlıklılar Y. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001;2452-2461.
82. Hensiek A, Roxburgh R, Compston A. Genetics Of Multipl Sclerosis. In: *Multipl Sclerosis* Ed: Mcdonald WI, Noseworthy JH. USA, Butterworth Heinemann, 2003;75-92.
83. Holland N, Wiesel P, Cavallo P, Edwards C, Halper J, Kalb R, Morgante L, Namey M, O'Leary M, Smith-Williamson L Adherence To Disease Modifiyingtherapy İn Multiple Sclerosis: Part2. *Rehabilitation Nursing*,2001;26;6; 221-226.
84. Howe JA, Gomperts M.Aerobic Testing And Training For Persons With Multiple Sclerosis: A Review With Clinical Recommendations, *Physiotherapy*

Canada,2006;58(4):259-270

85. International Organization Of Multiple Sclerosis Nurses (IOMSN)Advanced Practice Nurse Advisory Consensusmeeting (Sept 2002) Monograph. Advanced Practice Nursing İnmultiple Sclerosis. Advanced Skills, Advancing Responsibilities,2003.
86. Isaksson, A.K., Ahlstrom, G.From Symptom To Diagnosis; İness Experinces Of Multiple Sclerisis Patients. Journal Of Neuroscience Nursing, 2006;38(4):229-37
87. İdiman E. İç Hastalıkları. Ed: İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S. İstanbul, Güneş Kitap Evi, 2005;3650-3656.
88. İdiman E. Multipl Skleroz'un Immunopatogenezi. Turkiye Klinikleri J Neur, 2004;2;171-176.
89. İdiman E, Uzunel F, Özakbaş S, Yozbatıran N, Et Al. Expanded Disability Status Scale'in İşlevse Sistemleri İle Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin İlişkisi:183 Multiple Skleroz Hastasının Analizi. Türk Nöroloji Dergisi 2004;10(5):407-411
90. İrkeç C, Işık E: Multiple Skleroz. Organik Psikiyatri(Ed) Işık E. Ankara, 1998; 219-248
91. Janssens ACJW, De Boer JB, Van Doorn PA, Et Al. Expectations Of Wheelchair-Dependency İn Recently Diagnosed Patients With Multiple Sclerosis And Their Partners. Eur J Neurol 2003; 10: 287–93.
92. Janssens ..Impact Of Recently Diagnosed Multiple Sclerosis On Quality Of Life, Anxiety, Depression And Distress Of Patients And Partners.ActaNeurolScand.2003;108:389–395.
93. Johnson, K.P.Control Of Multiple Sclerosis Relapses With Immunomodulating Agents. Journal Of The Neurological Sciences,2007; 256 (1): 23-28.
94. Karakoç Kumsar A, Olgun N, Kevser Ö. Multiple Sklerozlu Hastada Yorgunluğun Değerlendirilmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Derg.2009.
95. Karataş M. Multiple Sklerozda Ayırıcı Tanı.Journal Of Neurological Sciences [Turkish]. 2008;25:(2) 15;171-184.
96. Kaya Aygünoğlu S., Çelebi A., Vardar N., Gürsoy E. Multipl Skleroz Hastalarında Yorgunluğun Depresyon, Özürlülük Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi Correlation Of Fatigue With Depression, Disability Level And Quality Of Life İn Patients With Multiple Sclerosis, Arch Neuropsychiatr,2015; 52: 247-251
97. Kelleci M., Aştı N., Küçük L. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu,2003;7 (2), 11-15.
98. Kesselring, J. Ve Beer, S.Symptomatic Therapy And Neurorehabilitation İn Multiple Sclerosis. The Lancet Neurology,2005; 4 (10): 643-652

99. Khan, F., Turner-Stokes. L., Ng, L. Ve Kilpatrick, T. (Khan, Fary. Ed.) Multidisciplinary Rehabilitation For Adults With Multiple Sclerosis. Cochrane Database Systematic Revision (2)2007.
100. Kılıç, C., Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A. B. D., Ankara,1992
101. Kocaman, N.Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi,2008; 71(2):52-58
102. KoçerE,KoçerA,YamanM,VeArk.MultipılSklerozOlgularında Yaşam Kalitesi: Fiziksel Özürlülük Ve Depresyonun Etkisi? Journal Of Mood Disorders2011;1:63-70.
103. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N. Ve Ark.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk Popülasyonunda Geçerlik Ve Güvenirliğı. İlaç Ve Tedavi Dergisi, 1999;12, 6-102
104. Kurt S, Karaer H, Kaplan Y. İleri Yasta Multipıl Skleroz Tanısı Alan Bir Olgu. Fırat Tıp Dergisi. 2009;14(4):293-296.
105. Kurtzke, J.F.Rating Neurologic İmpairment İn Multiple Sclerosis: An Expanded Disability Status Scale (EDSS). Neurology,1983;33 (11): 1444-1452
106. Lassman H, Bruck W, Luchinetti C. Heterogenity Of Multiple Sclerosis Pathogenesis; İmplication For Diagnosis And Therapy. Trends Mol Med 2001;7:115-121
107. Leary, S.M., Thompson, A.J.Primary Progressive Multiple Sclerosis: Current And Future Treatment Options. CNS Drugs,2005;19 (5): 369-376.
108. Lesley JW And Rudolph H. Dressendorferi. Exercise And Multiple Sclerosis. İsportsmed. 2004; 34 (15): 1077-1100
109. Liu, X.J., Ye, H.X., Li, W.P., Dai, R., Chen, D., Jin, M.Relationship Between Psychosocial Factors And Onset Of Multiple Sclerosis. European Neurology,2009; 62(3):130-136
110. Lombardi G, Macchiarella A, Del Popolo G. Effi Cacy And Safety Of Tadalafi L For Erectile Dysfunction İn Patients With Multiple Sclerosis. J Sex Med 2010; 7:2192-200
111. Lublin FD, Reingold SC. Clinical Features And Subtypes Of Multipıl Sclerosis. In: Multipıl Sclerosis 2. Ed: Mcdonald WI, Noseworthy JH. USA, Butterworth Heinemann, 2003;13-20.
112. Lublin FD, Miller AE.Neurollogy İn Clinical Praticce. In: Multipıl Skleroz Ve Santral Sinir Sisteminin Diğđer Demiyelinizan Hastalıkları. Ed: Bradley WG, Droff RB, Fenichel GM, Jankoviç J. Çeviri Ed: Tan E, Erdem ÖS. İstanbul, Veri Medikal Yayıncılık, 2008; 1584-1612.

113. Luchinetti CF, Bruck W Parisi J Et Al. Heterogeneity Of Multiple Sclerosis Pathogenesis: Implications For The Pathogenesis Of Demyelination. *Ann Neurol* 2000;47:707-717
114. Marrie, R.A. Environmental Risk Factors In Multiple Sclerosis Etiology. *The Lancet Neurology*,2004; 3 (14): 709-718
115. Martinelli B. F., Rovaris,M., Capra, R., Comi, G. (Martinelli B., Filippo. Ed.) Mitoxantrone For Multiple Sclerosis. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*,2005; (4): 158
116. Mc Donald I:The Symptoms And Sign Of Multiple Sclerosis.Compston A (Ed). *Mc Alpine's Multiple Sclerosis Churchill Livingstone Elsevier*, 2006;287-346
117. Mc Guigan C, Hutchinsan M. Unrecognised Symptoms Of Depression In A Community-Based Population With Multiple Sclerosis. *J Nevrol*,2005; 253:219-23
118. Miller A, Bourdette D, Chen J. *Multipl Sclerosis. Continuum*, 1999;5:185-228.
119. Miller AE, Lublin FD, Coyle PK. *Multiple Sclerosis In Clinical Practice*.1st Ed.London And New York: Martin Dunitz, 2003;1-217
120. Miller, D., Barkhof, F., Montalban, X., Thompson, A., Filippi, M.Clinically Isolated Syndromes Suggestive Of Multiple Sclerosis, Part I: Natural History, Pathogenesis, Diagnosis, And Prognosis. *The Lancet Neurology*,2005;4 (5): 281- 288
121. Minden SL, Schiffer RB: *Affective Disorders In Multiple Sclerosis. Arch Neurol*,1990; 47:97-104
122. Mirza M. *Multipl Sklerozun Etyoloji Ve Epidemiyolojisi. Erciyes Tıp Dergisi*, 2002;24 (1): 40-47.
123. Mitchell AJ., Benito-León J., González J-MM, Rivera-Navarro J. Quality Of Life And Its Assessment In Multiple Sclerosis: Integrating Physical And Psychological Components Of Wellbeing, *Lancet Neurol* 2005; 4: 556–66.
124. Munari, L., Lovati, R., Boiko, A. (Munari, L.M.. Ed.)*Therapy With Glatiramer Acetate For Multiple Sclerosis". Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*,2004; (1): CD004678
125. Mutlu M,DEMİRGA. *Multipl Skleroztanısında Tarihsel Gelişim Ve Son Durum. Nöropsikiyatri Arşivi*,2008;45:1-5.
126. Nicholl CR., Catherine R., Lincoln NB., Francis VM., Stephan TF. Assessment Of Emotional Problems In People With Multiple Sclerosis, *Clinical Rehabilitation*, 2001; 15: 657–668
127. Noseworthy JH.*Treatment Of Relapses And Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. In: Multiple Sclerosis 2. Eds: Mcdonald WI, Noseworthy JH. Blue Books Of Practical*

- Neurology. Butterworth Heinemann. USA, 2003;169-191.
128. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening For Depression In Adult Patients In Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review. *Ann Intern Med*, 2009;151:793-803,
 129. Oğul E. Klinik Nöroloji. İn: Demiyelinizan Hastalıklar. İstanbul, Nobel&Güneş, 2002, 159–185.
 130. Okyay P, Atasoylu G, Onde M, Dereboy C, Beşer E. [How Is Quality Of Life Affected In Women In The Presence Of Anxiety And Depression Symptoms?]. *Turk Psikiyatri Derg* 2012;23:178-88.
 131. O'Riordan JI, Doherty C, Javed M Et Al. Do Alpha-Blockers Have A Role In Lower Urinary Tract Dysfunction In Multiple Sclerosis? *J Urol* 1995; 153:1114-6.
 132. O'Sullivan SS, Hardman O. Detection Rates Of Sexual Dysfunction Amongst Patients With Multiple Sclerosis In An Outpatient Setting- Can This Be Improved? *Ir Med J* 2006;99:304-6.
 133. Öncel S. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon. İn: Multipl Skleroz Ve Rehabilitasyonu Cilt 2. Ed: Beyazova M, Gökçe KY. Ankara, Güneş Kitabevi, 2000;1963-2000.
 134. Özakbaş S. Multipl Sklerozda Semptomatik Tedavi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*,2011;(Ozel Sayı 2): 83-97.
 135. Özakbaş S. Multipl Sklerozda Yaşam Kalitesi Ölçekleri, Multipl Skleroz Özel Sayısı, *Türkiye Klinikleri J Neur*, 2004;249-53.
 136. Özcan, Orhan, Arpacıoğlu, Oktay, Turan, Betül, *Nörorehabilitasyon, Güneş&Nobel Tıp Kitabevleri, Bursa*,200; 189.
 137. P.Rowlandi, Lewis, Doğu, Okan, *Türkçe Merritt' S Neurology (Onikinci Baskı), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara*, 2007;914.
 138. Papathanasopoulos P, Messinis L, Lyros E, Kastellakis A, Panagis G. Multiple Sclerosis, Cannabinoids And Cognition. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2008; 20(1):36-51
 139. Patten SB, Metz LM Interferon B-1a And Depression İn Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis:An Anlysis Of Depression Data Form The PIRIMS Clinical Trial. *Mult Scler* 2001; 7:243-24
 140. Paty DW, Noseworthy JH, Ebers GC. Diagnosis Of Multipl Sclerosis. İn: Multipl Sclerosis. Ed: Paty DW, Ebers GC. Philadelphia. Davis Company, 1998, 48-134.
 141. Paty DW. Magnetic Resonance İn Multiple Sclerosis. *Current Opinion İn Neurology And Neurosurgery* 1993, 6 :202-208.

142. Pearce, J.M. Historical Descriptions Of Multiple Sclerosis. *Eur. Neurol*, 2005; 54, (1) 49-53
143. Pittion-Vouyovitchs, Debouveriem, Guilleminf, Vandenberghe, Anxionnatr, Vespignanih. Fatigue In Multiple Sclerosis Is Related To Disability, Depression And Quality Of Life. *Journal Of The Neurological Sciences*, 2006; 243: 39 – 45
144. Poser CM, Pathy DW, Scheinberg L. New Diagnostic Criteria For Multiple Sclerosis; Guidelines For Research Protocols. *Ann Neurol*. 1983; 277.
145. Rezaki M. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar Üzerine Bir Alan Araştırması *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1995; 6(1): 3-11.
146. Ropper AH, Brown RH. Multiple Sclerosis And Allied Demyelinating Diseases. *Adams And Victor's Principles Of Neurology*. 8th Ed. New York: McGraw Hill Co; 2005. 771-857
147. Rothwell PM, McDowell JD, Wong CK, Dorman PJ. Doctors And Patients Don't Agree: Cross Sectional Study Of Patients' And Doctors' Perceptions And Assessments Of Disability In Multiple Sclerosis. *BMJ*. 1997; 314: 1580–83.
148. Rovaris, M., Confavreux, C., Furlan, R., Kappos, L., Comi, G., Filippi, M. Secondary Progressive Multiple Sclerosis: Current Knowledge And Future Challenges. *The Lancet Neurology*, 2006; 5 (4): 343-354
149. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama Ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. Sağlık İstatistikleri Ankara, 2004.
150. Sadiq SA Miller JR. Demyelinating Diseases. In: Rowland LP (Edt), *Merritt's Textbook Of Neurology*. Williams & Wilkins. Baltimore, Philadelphia, Hong Kong 1995, 805-829
151. Sadovnick AD, Baird PA. The Familial Nature Of Multiple Sclerosis: Age Corrected Empiric Recurrence Risks Of Children And Siblings Of Patients. *Neurology* 1988; 38: 990-991.
152. Sadovnick AD, Armstrong H, Rice GPA, Et Al. A Population Based Twin Study Of Multiple Sclerosis In Twins: Update. *Ann Neurol* 1993; 34: 1179-1181.
153. Sarıgöl Ordin Y. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi, Semptom Ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2013.
154. Schumacher, G.A., Beebe, G., Kibler, R.F., Kurland, L.T., Kurtzke, J.F., McDowell, F., Nagler, B., Sibley, W.A., Tourtelotte, W.W., & Willmonn, T.L. Problems Of Experimental Trials Of Therapy In Multiple Sklerosis: Report By The Panel On The Evaluation Of

- Experimental Trial Of Therapy In Multiple Sclerosis. Ann.N.Y.Acad.Sci.,1965;122,552-568
155. Seki Öz H. Multiple Sklerozlu Hastaların Stresle Baş Etme Tarzlarının Ve Psikiyatrik Belirtilerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, 2013
156. Sprangers MAG, De Regt EB, Andries F, Et Al. Which Chronic Conditions Are Associated With Better Or Poorer Quality Of Life? J Clin Epidemiol 2000; 53: 895–907.
157. Stuijbergen A, Becker H, Blozis S, Timmerman S, Kullberg V: Randomized Clinical Trial Of A Wellness Intervention For Women With Multiple Sclerosis. Arch Phys Med Rehabil 84:467-476, 2003.
158. Soyuer F, Ünalın D, Mirza M, Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesi Üzerine Yorgunluk Ve Yetersizliğin Etkisi Erciyes Tıp Dergisi 27(4) 147-151 2005
159. Soyuer, Ferhan Multiple Sklerozda Depresif Semptomlar; Sosyodemografik Faktörler Ve İşlevsellik İle İlişkisi Turk Nöroloji Dergisi 2010;16:31-35
160. Smith KJ. Neurophysiology Of Inflammatory Demyelinating Disease. In: Brain Disease. Therapeutic Strategies And Repair. Ed: Abramsky O, Alastair D, Compton S, Miller A, Said G. London, Martin Dunitz Publishers, 2002, 447- 462
161. Smith KJ, Mc Donald I. Blue Books Of Practical Neurology In: Multiple Sclerosis 2. Ed: McDonald WI, Noseworthy JH. USA, Mechanism Of Symptom Production, 2003, 59-74.
162. Şahin Onat Ş, Ve Ark. Multiple Sklerozda Depresyon, Fonksiyonel Durum Ve Yaşam Kalitesi FTR. Bil. Der.2015;18:139-145
163. Şen N, Ve Ark. Multiple Sklerozda Depresyon Ve Anksiyete Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,2015;41 (2) 73-77
164. Tanık, N. Multiple Sklerozda Depresyon Ve Hastalık Parametreleri İle İlişkisi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Van,2006.
165. Tanık N, Ve Ark. Multiple Skleroz'da Tedavi, Ozurluluk Ve Depresyon Arasındaki İlişki Nöropsikiyatri Arflivi 2012; 49: 300-303
166. TARAKCI E, Multiple Skleroz (MS) Hastalığının Farklı Tiplerinde Ergoterapinin Etkinliğinin Karşılaştırması, Doktora Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara,2008;4-5.
167. Tarhan F, Yüçetağ U, Türk Ü, Faydacı G. The Relationship Between Sexual Dysfunction And Disease-Related Parameters And Quality Of Life In Patients With Multiple Sclerosis. Turkish Journal Of Urology. 2012, 38(4): 216-220.
168. Tataru, N., Vidal, C., Decavel, P., Berger, E., Rumbach, L. Limited Impact Of The

Summer Heat Wave In France (2003) On Hospital Admissions And Relapses For Multiple Sclerosis. *Neuroepidemiology*,2006; 27 (1): 28–32

169. Thomson AJ.Symptomatic Treatment In Multipl Sclerosis.Current Opinion In Neurology,1998;11:305-9.
170. Traoulsee A, Li D, Frank J, Simon J, Coyle P, Wolinsky J, Paty D. Consortium Of MS Centers MRI Protocol For The Diagnosis And Foolow-Up Of MS. Consortium Of Multiple Sclerosis Centers. June 2003.
171. Tunalı G. Multipl Sklerozda Tanı Kriterleri.Multipl Skleroz Özel Sayısı. Türkiye Kliniklerijneur,2004;2(3):161-209.
172. Turan ÖF. Multipl Sklerozun Ayırıcı Tanısı.Multipl Skleroz Özel Sayısı. Türkiye Kliniklerijneur,2004;2(3):210-5.
173. Turkcuoğlu P, Turgut B, Celğker U, Yıldırım H.Multipl Sklerozlu Olguda Çift Görme Olmadan Altıncı Sinir Tutulumu. Fırat Tıp Dergisi,2008,13(1):53-55.
174. Tülek, Z.Düzenli Sağlık Kontrolüne Alınan MS Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul,2006.
175. Tülek, Z. Multipl Sklerozlu Hastanın Hemşirelik Bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2007;11(2):25-32.
176. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2011.
177. Utaş A.Multiple Sklerozlu Hastalarda Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi,Yüksek Lisans Tezi,2013.
178. Vallabh J, Rohit B. Quality Of Life In Patients With Multiple Sclerosis: The İmpact Of Fatigue And Depression. *Journal Of The Neurological Sciences*, 2002; (20)5:1– 58.
179. Yaltkaya K, Balkan S, Oğuz Y. Nöroloji Ders Kitabı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2000;36-94.
180. Yıldız H, Ve Ark.Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesi Göztepe Tıp Dergisi,2006; (20)1:36-39.
181. Ytterberg, C.A Two-Year Study Of People With Multiple Sclerosis. Karolinska İnstutitet. Doktora Tezi, Stockholm,2008.
182. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A, Monti Bragadin L, Moretti R, Bonfigli L, Et Al. Sexual Dysfunction In Multiple Sclerosis: A Case- Control Study. I. Frequency And Comparison Of Groups. *Mult Scler* 1999;5:418-27.

183. Weinshenker BG. Epidemiology Of Multiple Sclerosis. European Journal Of Neurology ,1996;11:833-834.
184. Weinshenker BG, Bass B, Rice GPA, Et Al The Natural History Of Multiple Sclerosis: A Geographically Based Study. 1. Clinical Course And Disability. Brain, 1989; 112: 133-146.
185. "Who Gets MS?". Multiple Sclerosis Trust. (2009). Erişim Tarihi: 24.04.2012
186. WHO And MS International Federation, (2008). Atlas; Multiple Sclerosis Resources In The World. Erişim tarihi; 23.04.2012
[Http://Www.Who.Int/Mental Health/Neurology/Atlas MS WEB.Pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/atlas_ms_web.pdf)
187. Wilken, J.A., Sullivan, C. Recognizing And Treating Common Psychiatric Disorders In Multiple Sclerosis. The Neurologist, 2007; 13: 6: 343-354.
188. World Health Statistics, Geneva World Health Organization, 2007 From [Http://Www.Who.Int/Healthinfo/Bodgbd](http://www.who.int/healthinfo/bodgbd) 2002 Revised/En/Index.Html.
189. Wynia K, Middel B, Dijk Van JP, Keyser De JHA, Reijneveld. The Impact Of Disabilities On Quality Of Life In People With Multiple Sclerosis, Multiple Sclerosis, 2008; 14: 972-980.

**EK.1 T.C. HARRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI MULTİPLE SKLEROZ HASTA DEĞERLENDİRME
FORMU**

A. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER

1. TELEFON: Cep:.....Ev:.....
2. CİNSİYET: Bay Bayan
3. DOĞUM TARİHİ:
4. EĞİTİM DURUMU:
Okur yazar değil Okur yazar İlköğretim Lise Üniversite
5. MEDENİ DURUMUNUZ: Bekar Evli Dul
6. ÇOCUGUNUZ VARMI: Var Yok
7. ÇALIŞMA DURUMU: Çalışıyor Çalışmıyor
8. GELİR DÜZEYİ:
1000 TL ve altı 1000-2000 TL arası
2000-3000 TL arası 3000 TL ve üzeri
9. AİLEDE MS ÖYKÜSÜ VARMI? Var Yok
10. KULLANDIĞI İLAÇLAR:.....
11. KULLANDIĞINIZ İLACIN UYGULAMA YOLU Ağızdan Enjeksiyon
12. İLACI KULLANMA SIKLIĞI: Hergün Haftada 1 defa
 Gün aşırı İki güne bir Diğer...
13. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDE YARDIMCI ALET KULLANIYOR MU?
Hayır Evet Kullandığı alet:
14. YAŞAM KALİTENİZİ ETKİLEYEN HASTALIK BULGULARINIZ VAR MI?
Yok Var
Yorgunluk
Mesane Problemi
Barsak Problemi
Ağrı
Denge Bozukluğu
Yutma Zorluğu
Cinsel Bozukluk
15. MS TEŞHİSİ NE ZAMAN ALDINIZ

EK.2. KISA FORM SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? (Cevabınızı daire içine alınız.)

1	2	3	4	5
Mükemmel	Çok iyi	İyi	Fena değil	Kötü

2. Geçen sene ile karşılaştırdığınızda, şimdi sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1	2	3	4	5
Bir yıl önceye göre çok daha iyi	Bir yıl önceye göre daha iyi	Hemen hemen aynı	Bir yıl önceye göre daha kötü	Bir yıl önceye göre çok daha kötü

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığını sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her soruda bir sayının etrafına daire çiziniz.)

FAALİYETLER	Evet oldukça kısıtlıyor	Evet biraz kısıtlıyor	Hayır hiç kısıtlamıyor
a. <i>Kuvvet gerektiren faaliyetler:</i> örneğin ağır eşyalar kaldırmak, spor faaliyetleri	1	2	3
b. <i>Orta zorlukta faaliyetler:</i> örneğin, masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak.	1	2	3
c. Çarşı Pazar torbaları taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak.	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek.	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığını nedeni ile aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen	1	2

ev)		
c. Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş yada diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5. *Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü yada kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?*

	Evete	Hayır
a. İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
c. İş yada diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapmamak	1	2

6. *Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız yada duygusal problemlerinizi, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla yada diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?*

1	2	3	4	5
Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epeyce	Çok fazla

7. *Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?*

1	2	3	4	5	6
Hiç	Çok hafif	Hafif	Orta hafiflikte	Aşırı derecede	Çok aşırı derecede

8. *Son bir ay (4 hafta) içerisinde ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?*

1	2	3	4	5
Hiç olmadı	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok fazla

9. *Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında.....*

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiç
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bendesel sağlığınız ya da duygusal probleminiz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

1	2	3	4	5
Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok ender	Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ya da yanlış olur?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
b. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir.	1	2	3	4	5

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Özet Değerlerin Hesaplanması

1. Sorular (items) puanlanır:

SF 36 sorularının puanlaması aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

Soru 1

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.4
3	3.4
4	2.0
5	1.0

Soru 3a – 3j

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0

Soru 4a – 4d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 5a-5c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

Soru 6

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Soru 7

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.4
3	4.2
4	3.1
5	2.2
6	1.0

Soru 8 (eğer 7 ve 8 sorular yanıtlanmış ise)

Başlangıç puan değeri	7.soru başlangıç değeri	Son puan değeri
1	1.0	6.0
1	2-6 arasında	5.0
2	1-6 arasında	4.0
3	1-6 arasında	3.0
4	1-6 arasında	2.0
5	1-6 arasında	1.0

Soru 8 (eğer 7. soru yanıtlanmamış ise)

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	4.75
3	3.5
4	2.25
5	1.0

Soru 9a, 9d, 9e ve 9h

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

Soru 10

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11a ve 11c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Soru 11b ve 11d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

2. Soruların birleştirilmesi ile ölçekler (scales, boyut, bölüm) elde edilir.

Ölçek (Boyut)	Soruların Son Puan Değerleri Toplamı	Olası En Düşük Ve En Yüksek Ham Puanlar	Olası Ham Skor Aralığı
Fizik işlev	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3i+3j	10 – 30	20
Fizik rol	4a+4b+4c+4d	4 – 8	4
Ağrı	7+8	2 – 12	10
Genel sağlık algısı	1+11a+11b+11c+11d	5 – 25	20
Yaşamsallık	9a+9e+9g+9i	4 – 24	20
Sosyal işlev	6+10	2 – 10	8
Mental rol	5a+5b+5c	3 – 6	3
Mental sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5 – 30	25

Boyut skoru = $\frac{\text{alınan ham puan} - \text{olası en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan aralığı}} \times 100$

Örnek:

Fizik işlev ham puanı 21 ise

$$FF = \frac{21-10}{20} \times 100$$

FF= 55(olası en düşük skor 10 ve olası ham puan aralığı 20)

3. Boyutların Z skor dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamları hesaplanarak özet skorlar elde edilir.

Z skor dönüştürmesi

$$f_i = (Fİ - 84.52404) / 22.89490$$

$$f_r = (FR - 81.19907) / 33.79729$$

$$a_z = (A - 75.49196) / 23.55879$$

$$g_s = (GS - 72.21316) / 20.16964$$

$$y_z = (Y - 61.05453) / 20.86942$$

$$s_i = (Sİ - 83.59753) / 22.37642$$

$$m_r = (MR - 81.29467) / 33.02717$$

$$mi_z = (MS - 74.84212) / 18.01189$$

$$FS = (fi_z \times 0.42402) + (fr_z \times 0.35119) + (a_z \times 0.31754) + (gs_z \times 0.24954) + (y_z \times 0.02877) + (si_z \times (-0.00753)) + (mr_z \times (-0.19206)) + (m_z \times (-0.22069))$$

$$MS = (fi_z \times (-0.22999)) + (fr_z \times (-0.12329)) + (a_z \times (-0.09731)) + (gs_z \times (-0.01571)) + (y_z \times 0.23534) + (si_z \times 0.26876) + (mr_z \times 0.43407) + (mi_z \times 0.48581)$$

$$\text{Fiziksel özet sağlık skoru (FSS)} = 50 + (MS \times 10)$$

$$\text{Mental özet sağlık skoru (MSS)} = 50 + (FS \times 10)$$



EK 3.PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN SORGULANMASI (Son 2 haftadır)

1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	1. Hayır hiç çekmiyorum	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden sık	4. Çok sık
2. Kendinizi sürekli zor/baskı altında hissediyor musunuz?	1. Hayır hissetmiyorum	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden sık	4. Çok sık
3. Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	1. Her zamankinden iyi	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden az	4. Her zamankinden çok daha az
4. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	1. Her zamankinden çok	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden az	4. Her zamankinden çok daha az
5. Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?	1. Her zamankinden çok	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden az	4. Her zamankinden çok daha az
6. Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	1. Hayır hiç çekmiyorum	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden sık	4. Çok sık
7. Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?	1. Hayır hiç çekmiyorum	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden sık	4. Çok sık hissediyorum
8. Kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	1. Her zamankinden çok	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden az	4. Her zamankinden çok daha az
9. Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	1. Her zamankinden çok	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden az	4. Her zamankinden çok daha az
10. Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?	1. Hayır hiç hissetmiyorum	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden çok	4. Çok sık
11. Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?	1. Hayır hiç kaybetmiyorum	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden fazla	4. Çok fazla
12. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	1. Hayır hiç görmüyorum	2. Her zamanki kadar	3. Her zamankinden fazla	4. Çok sık

EK 4. HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI:Harran üniversitesinde tedavi görmekte olan Multiple Skleroz(MS) hastalarında yaşam kalitesi ve depresyon

HASTA ADI: _____

Bu çalışmada Şanlıurfa Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesinde tedavi görmekte olan ve poliklinikte takipli olan MS hastalarında yaşam kalitesi ve depresyonu belirlemek araştırılmak istendiğini bilmekteyim. Araştırmada katılımcılara soru kağıdı uygulanacağı bana söylendi.

Çalışmaya katılım araştırmacının ve katılımcının isteğine bağlıdır. Katılımcı araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Araştırmanın sonucu bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımcıya ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışmanın Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularına tatminkar cevaplar aldım.

Çalışmanın yürütülmesinden sorumlu araştırmacılar, almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla veya çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Ayrıca, bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.

Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğimin bilincindeyim.

Çalışmanın yürütülmesi, katılımcı olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Yrd.Doç. Dr. Fatma ERSİN.....
Hemşire Sevgi BULUNMAZ GÜLER....

Hastanın Adı-İmzası
(Veli veya vasisinin)

Tarih

Sorumlu Doktorun Adı-İmzası

Tarih


Tanığın Adı-İmzası

Tarih



EK 5. Etik Kurul Kararı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 16.01.2015
OTURUM	: 01
SAAT	: 15:00

15/01/16	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Fügen ÖZCANARSLAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu "Harran Üniversitesinde Tedavi Görmekte Olan Multiple Skleroz (MS) Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Depresyon" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine, Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR</p> <p style="text-align: center;"> Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU Etik Kurul Başkanı</p>
-----------------	--

EK6. KURUMONAYI

HARRAN ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

ŞANLIURFA

Hastanenizde hemşire olarak görev yapmaktam. Ayrıca Harran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Dalında Yüksek lisans yapmaktayım. Tez konum olarak Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji bölümüne baş vuran Multiple Skleroz hastalarında yaşam kalitesi ve depresyon ile ilgili Tez çalışması için kurumunuzun olurluna ihtiyacım bulunmaktadır.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

08.01.2015

Sevgi BULUNMAZ GÜLER



Ethik kerak awaj atrodokh sare
korum den ypanak

DOORDUINGUY ULAS
KORUM UNIVERSITASA
PENGUNJUKAN PENGUNJUKAN
DOKUMEN KURUM

