

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**MULTİPL SKLEROZ' LU HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ
GERÇEKLEŞTİRME DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arzu AKMAN

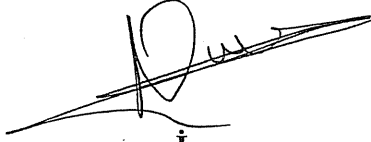
Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

ANKARA
Temmuz 2008

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi : 17/07/2008



**İmza
Prof.Dr. Nurhan BAYRAKTAR
Hacettepe Üniversitesi
Jüri Başkanı**



**İmza
Doç.Dr. Hatice FESCİ
Gazi Üniversitesi**



**İmza
Yrd.Doç.Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN
Gazi Üniversitesi**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Kabul ve Onay	I
İçindekiler	II
Şekiller	V
Tablolar	VI
Kısaltmalar	VIII
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Multiple Skleroz'a İlişkin Genel Bilgiler	9
2.1.1. Tanım	9
2.1.2. Fizyopatoloji	9
2.1.3. Epidemiyoloji	11
2.1.4. Multiple Skleroz'da Etyolojik Risk Faktörleri	13
2.1.5. Klinik Belirti ve Bulgular	16
2.1.6. Prognoz	20
2.1.6.1. Relapsing-Remitting MS-RRMS	21
2.1.6.2. Primer Progresif Multipl Skleroz (PPMS)	21
2.1.6.3. Sekonder Progresif Multipl Skleroz (SPMS)	21
2.1.6.4. Relapsing Progresif Multipl Skleroz (RPMS)	21
2.1.7. Tanı	22
2.1.8. Tedavi	22
2.1.8.1. Atakların Önlenmesi	22
2.1.8.2. Akut Relaps Tedavisi	23
2.1.8.3. Semptomatik Tedavi	24
2.1.9. Hemşirelik Girişimleri	24

	Sayfa No
2.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'ne İlişkin Genel Bilgiler	25
2.2.1. Yaşam Aktiviteleri	25
2.2.2. Yaşam Süreci	33
2.2.3. Bağımlılık/Bağımsızlığı Sürdürme	33
2.2.4. Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni Etkileyen Faktörler	34
2.2.5. Yaşamda Bireysellik	34
2.2.6. Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi ve Ölçümü	35
3. GEREÇ ve YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Şekli	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.3.1. Araştırmanın Evreni	40
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	40
3.4. Verilerin Toplanması	44
3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	44
3.4.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması	45
3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	45
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	46
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	48
4. BULGULAR	49
5. TARTIŞMA	78
6. SONUÇ	93
7. ÖZET	98
8. SUMMARY	100
9. KAYNAKLAR	101

	Sayfa No
10. EKLER	110
Ek 1. Gönüllü Denek Bilgilendirme ve Onay Formu	110
Ek 2. Anket Formu	111
Ek 3. İzin Yazıları	119
Ek 4. Ek Tablolar	122
11. TEŞEKKÜR	140
12. ÖZGEÇMİŞ	141

ŞEKİLLER

Şekiller

Sayfa No

Şekil 2.1: Yaşam Modeli Diyagramı

34

TABLÖLAR

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	49
Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	51
Tablo 4.3: Hastaların MS Tedavisi İçin İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	54
Tablo 4.4: Hastaların Son Bir Ay İçinde Sağlık Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	55
Tablo 4.5: Hastaların Son Bir Ay İçinde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarının Sıklığına Göre Dağılımı	56
Tablo 4.6: Hastaların GYA'ni Gerçekleştirmede Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	58
Tablo 4.7: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamaları, Minimum-Maximum ve Standart Sapma Değerleri	63
Tablo 4.8: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	64
Tablo 4.9: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	66
Tablo 4.10: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının Tanı Süresine Göre Dağılımı	68
Tablo 4.11: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının MS Prognozuyla Göre Dağılımı	70
Tablo 4.12: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının Depresyon Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılımı	72
Tablo 4.13: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Dağılımı	74

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4.14: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	76
Tablo 4.15: Hastaların Toplam Sorun Puanları İle GYA Alt Grup ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki	77

KISALTMALAR

MS: Multipl Skleroz

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

EDSS: Genişletilmiş zrllk Durumu leği (Expanded Disability Status Scale-EDSS)

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

RRMS: Relaps ve Remisyonlar İle Giden Multipl Skleroz (Relapsing-Remitting Multipl Skleroz)

PPMS: Birincil İlerleyici Multipl Skleroz (Primer Progresif Multipl Skleroz)

SPMS: İkincil İlerleyici Multipl Skleroz (Sekonder Progresif Multipl Skleroz)

PRMS: İlerleyici Ataklar İle Giden Multipl Skleroz (Progresif Relapsing Multipl Skleroz)

ss: Standart Sapma

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde kronik hastalıklar, yaşam süresinin uzaması ile birlikte önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Kronik hastalıklar, 60 yaşın altında olan, genç ve üretken çağıdaki insanları etkilemektedir¹. Yetişkin ve yaşlı nüfusta kronik dejeneratif hastalıklar daha sık görülmektedir². Kronik dejeneratif hastalıklar arasında yer alan Multipl Skleroz (MS), gelişmiş ülkelerdeki genç yetişkin popülasyonda ortaya çıkan nörolojik yetersizliklerin en yaygın nedenidir³.

MS, genellikle relaps (alevlenme) ve remisyon (düzelme) atakları ile karakterize otoimmün bir hastalıktır^{3,4}. Hastalığın ilk belirtileri ortalama 10–59 yaşları arasında görülmekle birlikte 20–40 yaşları arasında insidansı daha yüksektir⁵. Kadınlarda (kadın/erkek=2/1), beyaz ırkta ve her iki yarım kürede de ekvatoral uzaklaştıkça prevalans artmaktadır⁶. Son 30-40 yıl içerisinde MS prevalansı, risk altındaki ülkelere önemli bir artış göstermekle birlikte MS'in tüm dünyada yaklaşık 2.5 milyon insanı etkilediği bilinmektedir⁷. Epidemiyolojik çalışmalara göre; Avustralya' da MS prevalansı 79.9/100.000⁸, Amerika' da 159.8/100.000' dur⁹. Avrupa'da ise, MS prevalansı 83/100.000 olarak hesaplanmıştır. Avrupa'nın kuzeyindeki ülkelere (Fillandiya, İskoçya, Norveç gibi) prevalansın daha yüksek olduğu bildirilmiştir¹⁰.

Türkiye'de MS prevalansı ve insidansı bilinmemektedir. Ancak, prevalansın 35-45/100.000 olduğu ve dolayısıyla 30-35.000 bireyi etkilediği düşünülmektedir¹¹. Edirne' de yapılan çalışmada MS prevalansının 2003 yılında 30/100 000 ve kadın/erkek oranının 2.3 olduğu belirlenmiştir¹². 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 belirlenmiştir¹³.

MS'in nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte otoimmün-viral bir hastalık olduğu, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir^{14,15}. Enfeksiyon, fiziksel yaralanma, duygusal stres, hamilelik ve yorgunluk MS başlangıcını ve/veya bir MS atağının ortaya çıkmasını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır^{16, 17}.

Bu karmaşık etiyoloji merkezi sinir sisteminde (MSS) otoimmün cevabı ve inflamasyon sürecini tetikleyerek sinirleri koruyan ve sinir iletimini hızlandıran miyelin kılıf üzerinde demiyelizasyona ve sklerotik plaklar oluşmasına yol açmaktadır. MSS'nin beyaz cevheri üzerinde her yerde meydana gelebilen bu plaklar sinir aksonu boyunca sinir iletimini yavaşlatmaktadır¹⁷. Sklerotik plakların merkezi sinir sisteminde korteksden spinal korda kadar herhangi bir/birçok yerde gelişmesi ve farklı derecelerde harabiyete yol açması, değişik belirti ve bulguların meydana gelmesine neden olmaktadır^{4, 16}. Hastalığın başlangıç ve ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan belirtilerin tipi ve şiddeti de birbirinden farklıdır¹⁸. MS'de; ekstremitelerde duyu ve motor fonksiyon kaybı, bağırsak/mesane kontrolünün kaybı, seksüel fonksiyon bozukluğu, görme problemleri, denge kaybı, ağrı, bilişsel fonksiyon bozukluğu, depresyon, yorgunluk ve emosyonel değişiklikler meydana gelmektedir^{16,19}. Bunların dışında daha az sıklıkla fasial paralizi, vertigo, tinnitus, disfaji, epileptik nöbetler ve postural hipotansiyon görülebilmektedir.

Çeşitli nörolojik bozuklukları içeren ve ilerleyici nitelikte olan MS belirtileri nedeniyle hastaların fonksiyon yapma kapasitesinde azalma ya da fonksiyon kaybı meydana gelmektedir²⁰. Motor fonksiyon

bozuklukları ve çeşitli duysal bozukluklar MS'li hastaların hareket etme kapasitelerini önemli derecede etkilemektedir. Finlandiya'da 240 MS'li hastanın katıldığı bir çalışmada hastaların %32'si 1 km' den fazla mesafeyi herhangi bir güçlük yaşamadan yürüyebilirken %25'inin yürüme araçları olmadan yürümede hafif, %20'sinin önemli derecede güçlük yaşadığı ve %23'ünün yürüme aleti olmadan evin içinde 5 m yürüyemediği belirtilmiştir²¹. Johansson ve arkadaşları tarafından İsveç'te yapılan bir çalışmada da hastaların Genişletilmiş Özürlülük Durumu Ölçeği'ne (Expanded Disability Status Scale-EDSS) göre sakatlık/yetersizlik puanlarının düşük olmasına rağmen %43'ünün yürüme ile ilgili yetersizliklerinin/sakatlıklarının olduğu belirlenmiştir²². Hareket kısıtlılığı MS'li bireylerin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) gerçekleştirebilme yeteneğini azaltmakta ve bağımlı olmalarına yol açmaktadır²³.

Kas sertliği/spastisite, kas zayıflığını ya da kuvvet azlığını kompanse ederek ambulasyona yardım etme gibi olumlu etkileri olsa da MS hastalarının hareket etme düzeyini ve dolayısıyla fiziksel ve sosyal aktiviteleri gerçekleştirmelerini etkileyen faktörlerden biridir. Hastaların %40-85'inde spastisite meydana gelmektedir. Ağrı, bağırsak ve mesane fonksiyon bozuklukları gibi MS'de meydana gelebilen diğer belirtiler de direkt ya da indirekt olarak spastisiteye eşlik etmektedir¹⁶.

MS'de ağrı, spastisite dışında ağrı iletim yolunda demiyelizasyon sonucu da ortaya çıkabilmektedir. MS hastalarında en yaygın akut ağrı tipi, trigeminal sinirlerin giriş bölgesinde blok olması nedeniyle trigeminal nevraljidir²⁴. Hastaların %50'si kronik ağrı tanımlarken, akut ağrı ve yüzde yerleşimli ağrı daha az tanımlanmaktadır²⁵. Ehde ve arkadaşları²⁶ tarafından 739 MS hastası ile yapılan çalışmada hastaların %44'ünün son 3 ay içerisinde devamlı, can yakıcı ağrı hissettiği; ¼'inin ciddi (0-10 arasındaki skala üzerinde 7-10),

%38'inin hafif (0-10 arasındaki skala üzerinde 1- 4) ağrı deneyimlediği belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların son 3 ay içerisinde yaşadıkları ağrının GYA'ne etkisi de incelenmiş ve hastaların %51'inin hafif, %20'sinin ciddi derecede etkilendiğini ifade ettikleri vurgulanmıştır. Bununla birlikte; hastaların %27'sinin ağrıyı önemli ya da yaşadıkları en önemli sorun olarak ifade ettiği belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda ağrı deneyimleyen MS'li hastaların mental sağlıklarının etkilendiği ve sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede güçlük yaşadıkları da belirlenmiştir. Akut ya da kronik olsun ağrı bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz bir şekilde etkilemektedir²⁷.

Disfaji (yutma güçlüğü) MS'li hastaların %3-43 arasında değişen sıklıkta yaşadıkları bir belirtidir. Disfaji beyin hücrelerindeki lezyonlar sonucu ortaya çıkmakta ve genellikle konuşma güçlükleri bu belirtilere eşlik etmektedir²⁸. İtalya'da Primer ve sekonder progressive MS tanısı almış 143 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların 49'unda (%34.3) disfaji olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada disfaji nedeniyle hastaların aspirasyon, bronkopnömoni ve malnütrisyon açısından yüksek risk altında oldukları vurgulanmaktadır²⁹. Disfaji sonucunda ortaya çıkabilecek beslenme ile ilgili sorunlar bireylerin fiziksel durumlarını, sosyal katılımını ve yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir.

MS'li hastaların sıkça deneyimlediği belirtilerden biri mesane ve bağırsak fonksiyon bozukluğudur. Yeni tanı almış MS hastalarının %80'i mesane fonksiyon bozukluğunu deneyimlemekte ve bu prevalans 10 yıl ya da daha fazla süredir MS tanısı almış hastalarda %96'ya yükselmektedir. Çoğunlukla Detrüsör Hiperrefleksi sonucunda, sıkışma, üriner inkontinans, miksiyonu başlatamama, idrar retansiyonu gibi mesane problemleri ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte üriner inkontinans nedeniyle idrar yolu enfeksiyonları sıklıkla görülebilmektedir. MS'li hastalarda duyunun azalması, zayıf pelvik kas kontrolü veya kompliyansın

azalması ya da anal sfinkter zayıflığı gibi bağırsak sorunlarının yanı sıra yavaş kolonik geçiş ya da normal olmayan rektal fonksiyon nedeniyle konstipasyon da gelişebilmektedir¹⁶. Mesane ve bağırsak fonksiyon bozukluğu MS'de pek çok belirti gibi hastalar için önemli bir distress nedeni olup bireylerin fiziksel ve sosyal aktiviteleri gerçekleştirme durumlarını etkilemektedir²⁴.

MS nedeniyle erkek hastalarda Parsiyel/Komplent Erektile İmpotans; kadınlarda vajinal ve vulval anestezi, orgazm olamama ve vajinal lubrikasyonda azalma gibi seksüel sağlık problemleri de ortaya çıkmaktadır^{4, 16}. Akkoç ve arkadaşları³⁰ tarafından MS'li kadın hastalarda seksüel fonksiyonla ilişkili problemlerin sıklığını ve tipini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hastaların %40'ında genel seksüel fonksiyon bozukluğu olduğu, bu durumun hastaların %24'ünün evliliklerinde sorun yarattığı belirlenmiştir. Hastaların %48'inde orgazm olamama, %36'sında vajinal duyumda azalma, %24'ünde vajinal lubrikasyonda azalma ve %24'ünde ağrılı koitus olduğu saptanmıştır. Kayıhan ve arkadaşlarının³¹ yaptığı çalışmada 12 erkek olgudan 10'unun (%83.3) seksüel problemleri olduğu, %28,6'sının (n=8) ereksiyon güçlüğü, %17,9'unun (n=5) libidoda azalma, %10,7'sinin (n=3) histe azalma ve %42,8'inin (n=12) yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan 8 kadın hastadan 4'ünün cinsellikle ilgili soruları cevapladığı, bu 4 hastanın da yorgunluk ve libidoda azalma sorunlarını yaşadıkları ifade edilmiştir.

MS nedeniyle, meydana gelen belirtiler bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte yorgunluk, hastaların %76-97'sinin deneyimlediği en yaygın ve en ciddi belirtilerden biridir¹⁹. Soyuer ve arkadaşları tarafından MS'li hastalarda yorgunluğun ve (fiziksel) yetersizliğin/sakatlığın (disability) yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek üzere 70 MS'li hastanın katılımı ile yapılan çalışmada hastaların %60'ı için

yorgunluğun önemli bir problem olduğu ve hastaların yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir³².

MS'li hastalarda kronik yorgunluk gibi bilişsel fonksiyon bozukluğu ve depresyon sıkça görülen belirtiler arasında yer almaktadır. Yapılan farklı çalışmalarda elde edilen bulgulara göre MS'li hastaların %40-70'inde algılama, dikkat, tanımlama, zeka, hayal etme, hafıza, planlama ve gerekçelendirme gibi bilişsel faaliyetlerin etkilendiği belirtilmektedir^{18, 33, 34}. MS'li hastalarda depresyon görülme durumunu, depresif belirtiler gösteren hastaların tedavi alıp almadığını ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla, 495 MS'li hastada yapılan bir çalışmada hastaların 3 yıl süresince % 50-60 arasında değişen sıklıkta önemli depresif belirtiler gösterdikleri belirlenmiştir³⁴. Emre ve arkadaşları³⁵ tarafından 23 MS'li hasta ile yapılan çalışmada, hastaların 13'ünde orta/yüksek düzeyde depresyon olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda bilişsel fonksiyon bozukluğu ve depresyon belirtileri olan hastaların GYA, kişilerarası ilişkileri ve sosyal yaşamlarının etkilendiği saptanmıştır^{18, 33}.

MS' de çeşitli düzeylerde meydana gelebilen ağrı, spastisite, yorgunluk, bilişsel fonksiyon bozukluğu, depresyon, bağırsak ve mesane fonksiyon bozukluğu gibi belirtiler bireylerde fiziksel, sosyal ve mental kısıtlılıklara yol açabilmektedir. Bu durum ise, hastaların GYA'ni gerçekleştirmede güçlük yaşamalarına, bir başkasına ya da araçlara bağımlı hale gelmelerine neden olmaktadır. Johansson ve arkadaşları²² tarafından yapılan çalışmada hastaların %44'ünün GYA'ni gerçekleştirmede güçlük yaşadığı saptanmıştır. Paltamaa ve arkadaşlarının²¹ yaptığı çalışmada, hastaların %47'sinin ev yaşamına katılımda yardımcı bir alet kullanmaları ya da bir başkasından yardım almaları gerektiği belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada, yorgunluk (%36),

denge problemleri (%29) ve yürüme güçlüklerinin (%28) hastaların günlük yaşamlarını etkileyen 3 önemli belirti olduğu belirlenmiştir²¹.

MS'li hastaların çeşitli belirtilerle başetmede ve GYA'ni gerçekleştirebilmede desteklenebilmeleri için multidisipliner (hemşire, nörolog, rehabilitasyon uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, rehber/danışman ve ürolog, ortopedist, psikiyatrist, oftalmolog gibi) bir yaklaşım gerekmektedir. Bu çok boyutlu yaklaşımda hemşireler anahtar pozisyonadırlar. MS'li hastalara bakım veren hemşirelerin en önemli görevleri; hastanın durumunu sürekli ve kapsamlı olarak değerlendirmek, kendi bakım planı da dâhil olmak üzere diğer sağlık ekibi üyeleri ile ortak bir tedavi planı oluşturmak, hastanın bu tedavi planına uyumunu sağlamak / kolaylaştırmak ve tedavinin etkililiğini/sonuçlarını değerlendirmektir. MS'li hastaların bakımında, hastanın fiziksel, psiko-sosyal, emosyonel yönden günlük yaşamında karşılaştığı/karşılaşacağı güçlüklerin neler olduğunun, bu güçlüklerle baş etme düzeyinin ve yöntemlerinin, sosyal desteklerinin olup olmadığının bilinmesi büyük bir önem taşımaktadır¹⁴. MS'de meydana gelen çeşitli sakatlıklar hastaların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemekte ve tek başına tanı; hastaların fonksiyonel durumunu ve gereksinimlerini açıklamakta yeterli olmamaktadır. Ancak, bu konu ile ilgili olarak Türkiye'de yayınlanmış literatürün yeterli olmadığı; literatürde genellikle MS'in seksüel fonksiyon ve mental sağlık üzerine etkilerinin vurgulandığı ve MS hastalarının yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen GYA'ne yeterince yer verilemediği belirlenmiştir^{20, 21}.

MS'li hastaların GYA'ni gerçekleştirme durumlarının belirlenmesinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları için bilimsel bir veri sağlayacağı ve hastaların GYA'ni gerçekleştirmede etkili bir biçimde desteklenmelerine ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin yükseltilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, MS hastalarının GYA'ni gerçekleştirme durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multipl Skleroz'a İlişkin Genel Bilgiler

2.1.1. Tanım

Multipl Skleroz (MS), MSS'nde inflamasyon, demiyelizasyon, primer ya da sekonder akson dejenerasyonu ile karakterize progresif, nörodejeneratif bir hastalıktır³⁸.

MS hastalığı tanımlandığından beri otoimmün ve demiyelizan karakterde olduğunu kanıtlamak için memeliler üzerinde bir takım deneyler gerçekleştirilmiştir. Yapılan pek çok çalışma ile MS'li hastaların MSS'nde otoimmün cevabı gösteren inflamasyon belirtilerinin olduğu kanıtlanmasına rağmen, henüz hastaların hastalık taşıyan dokularından herhangi bir mikrobiyal ajan izole edilememiştir. Bugün MS'in genetik, viral enfeksiyonlar ve henüz bilinmeyen çevresel faktörler sonucunda geliştiği kabul edilmektedir³⁹.

2.1.2. Fizyopatoloji

MS'in patofizyolojisi beyin beyaz cevherinde, spinal kordda ve optik sinirdeki sinir liflerinin demiyelizasyonunu içermektedir. Normalde proinflamatuvar (Th-1) ve antiinflamatuvar sitokinler (Th-2) arasında ince bir denge söz konusudur. MS'de bu dengenin proinflamatuvar sitokinler lehine bozulması sonucunda demiyelinizasyon meydana gelmektedir⁴⁰.

Demiyelizasyon sürecini tetiklediği düşünülen genetik ve bilinmeyen çevresel faktörler MSS, regülatör mekanizmalardan kaçan

otoreaktif T hücreleri tarafından yönetilen anormal bir immün reaksiyonu indüklemektedir. T lenfositleri, başta Myelin Basic Protein (MBP) olmak üzere diğer myelin antijenlerine (Proteolipid protein, myelin oligodendrosit glikoprotein, heat shock protein vb.) karşı otoreaktif hale gelir. Bilinmeyen bir nedenle aktive olan otoreaktif T hücreleri kan-beyin bariyerini geçerek MSS'de nöronların etrafını saran koruyucu myelin kılıfı oluşturan ve bu kılıfın devamlılığını sağlayan oligodendrositlere saldırırlar^{40,41}. Miyelin kılıfın demiyelinize olması sinir aksonu boyunca sinir iletiminin yavaşlamasına ya da durmasına neden olmaktadır. Akut inflamatuvar dönemde (relaps) myelin kılıfta yoğun hasar ve skar dokusunun oluşması ile birlikte nöron fonksiyonlarında ilerleyici kayıplar meydana gelmektedir. Relaps döneminde sinir impulslarının iletimi bozulabilirken remisyon döneminde iyileşmeye başlar²⁸.

MS'de relaps döneminde Th-1 sitokinlerinin ve adhezyon moleküllerinin üretimi artarken, Th-2 sitokinlerinin üretimi azalır. MSS'de perivasküler antijen sunan hücreler otoreaktif T hücrelerinin aktivasyonu için gerekli olan sinyalleri oluştururlar ve Th-1 hücrelerinden proinflamatuvar stokin (Tumour Necrosis Factor Alpha-TNF α , Interferon gamma-IFN γ , TNF β -lymphotoxin, interleukin 1-IL1 ve IL2) salınımını başlatırlar. TNF α , IFN γ gibi stokinler, astrosit ve lökositlerin kemokin salgılamasını ve adhezyon moleküllerinin (Intercellular Adhesion Molecule 1-ICAM, Vascular Cell Adhesion Molecule 1-VCAM) endotelial hücreler tarafından açığa çıkartılmasını stimüle ederler. Böylece T hücreleri kan beyin bariyerindeki endotelium ile etkileşime girmiş olur. Proinflamatuvar sitokinler direkt olarak sinir iletimini inhibe ederek nörolojik fonksiyon bozukluğuna yol açarlar, ayrıca nitrik oksit sentezini stimüle ederler. Mikroglial hücreler ve makrofajlardan salınan nitrik oksit, kan-beyin bariyer hasarından, demiyelinizasyondan, aksonal kayıptan ve oligodendrosit kaybından sorumludur. Bunlara yol açan ve aynı zamanda TNF α salınımını arttıran bir diğer etken Matrix Metallo Proteinaz (MMPs) enzimleridir. Bunlar aynı

zamanda Myelin Basic Protein'i de parçalarlar. Bu inflamatuvar süreç miyelin kılıf üzerinde ödeme, skarlaşmaya ve sklerotik plaklar oluşmasına neden olmaktadır⁴⁰⁻⁴¹. Sklerotik plaklar merkezi sinir sisteminin beyaz cevheri üzerinde her yerde meydana gelmesine rağmen; optik sinirler, serebrum ve servikal spinal kord daha yaygın olarak etkilenen bölgelerdir¹⁷.

Akut inflamatuvar dönem sonrasında Th-2 lerden salınan antiinflamatuvar sitokinlerin (Transforming Growth Factor Beta-TGFb, IL4, IL5, IL6, IL10 ve IL13) salınımı artar. Bu sitokinler inflamatuvar olayları inhibe ederler ve B lenfositlerin antikor üretimini indükleyerek immünoglobülinler aracılığıyla remyelinizasyonu sağlarlar⁴⁰. Bu fizyopatolojik süreç MS'de atak ve remisyonların gelişiminden sorumludur⁴¹.

2.1.3. Epidemiyoloji

Hastalığın ilk belirtileri ortalama 10–59 yaşları arasında görülmekle birlikte 20–40 yaşları arasında insidansı daha yüksektir. Çocuklarda ender olup kırklı yaşlardan sonra insidansı azalmaktadır. Altmış yaşından sonra izlenen geç başlangıçlı ya da geç tanı aldığı düşünülen MS hastaları da vardır⁵.

Kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla sıklıkta görülen MS ırka ve coğrafi bölgelere göre farklı prevalans göstermektedir. Beyaz ırkta ve her iki yarım kürede de ekvatorдан uzaklaştıkça prevalans artmakta, özellikle nemli ve soğuk iklimlerde daha sık görülmektedir⁶. MS prevalansı açısından yüksek, orta ve düşük riskli bölgeler şöyle tanımlanmıştır: Kuzey ve orta Avrupa, İtalya, Kuzey Amerika, Kanada, Güney Avustralya, Yeni

Zelanda, eski Sovyetler Birliği'nin bir bölümü MS için yüksek riskli bölgelerdir ve bu popülasyondaki prevelansı 30/100.000'den fazladır. MS için orta riskli bölgeler (Prevelansı 5–29/100.000); Güney Avrupa, Güney Amerika, Kuzey Avustralya, İskandinavya'nın en kuzeyi, Akdeniz Bölgesi, eski Sovyetler Birliği'nin bir bölümü, Güney Afrika'nın bir bölümü ve Güney Amerika'nın merkezi'dir. Prevelansı 5/100.000'den az olan düşük riskli bölgeler ise; Afrika ve Asya'nın diğer bölümleri, Karayipler, Meksiko ve Amerika'nın en güneyidir^{5, 14}.

Son yıllarda giderek arttığı bildirilen MS prevelansı her ülkede farklı olmakla birlikte tüm dünyada yaklaşık 2.5 milyon insanı etkilemektedir⁷. Epidemiyolojik çalışmalara göre; Avustralya' da MS prevelansı 79.9/100.000⁸, Amerika' da 159.8/100.000' dur⁹. Avrupa'da MS prevelansı 83/100.000 olarak hesaplanmış ve prevelansın Avrupa'nın kuzeyindeki ülkelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Avrupa' da toplam MS prevelansının yılda 4/100.000 olduğu ve Fillandiya, İskoçya'nın güneydoğusu, Norveç'in doğusu ve İtalya'nın kuzeyinde MS prevelansının zamanla daha da arttığı bildirilmiştir¹⁰.

MS için yüksek risk altındaki Norveç'te (Nord-Trøndelag'da) 2000 yılında MS prevelansı 163.6/100.000 (kadınlarda 204.8/ 100.000, Erkeklerde 122.6/100.000)⁴² ve Finlandiya' da MS prevelansı 100-200/100.000 olarak hesaplanmıştır⁴³. İngiltere' de MS prevelansı güney ve kuzey kıyılarında değişmekle birlikte (İngiltere' nin güney kıyısında 104/100.000-İskoçya sınırlarında 155/100.000) yaklaşık 110/100.000 olarak belirlenmiş⁴⁴ ve yıllık yeni vaka insidansının yaklaşık 7/100.000 olduğu bildirilmiştir⁶. Fransa'da hastalığın görülme sıklığı 50/100.000, Almanya' da 127/100.000'dir¹⁰. Polonya'da MS prevelansı 150-180/100.000 dir ve her yıl 1000 'den fazla yeni vaka bildirilmektedir⁴⁵. İtalya'da MS sıklığı 40-70/100.000 arasında değişmektedir¹⁰.

Türkiye' de MS prevelansı ve insidansı bilinmemekle birlikte prevelansın 35-45/100.000 olduğu düşünülmektedir¹¹. Çelik ve arkadaşları tarafından Edirne' de yapılan çalışmada MS prevelansının 2003 yılında 30/100.000, kadın/erkek oranının 2.3 olduğu belirlenmiştir¹². 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 belirlenmiştir¹³.

2.1.4. Multipl Skleroz'da Etyolojik Risk Faktörleri

MS'in nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak karmaşık çok faktörlü bir etyolojisi olduğu kabul edilmektedir. Genetik ve bilinmeyen çevresel faktörler, bakteriyel ya da viral enfeksiyonlar, fiziksel yaralanma, stresli yaşam olayları, duygusal stres, gebelik ve yorgunluk MS başlangıcını ve/veya bir MS atağının ortaya çıkmasını tetikleyen faktörler arasında yer almaktadır⁴⁶.

Genetik Faktörler: MS'e genetik bir yatkınlık bulunmakla birlikte bilinen kalıtsal hastalıklardan farklıdır. MS'i olan bireylerin %80'inin yakın akrabalarında MS görülmez iken bazı ailelerde birden fazla bireyde MS görülebilmektedir. Bu durumun ortak genetik bir materyalin paylaşılmasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Bu ise; kardeşler ve diğer yakın akrabaların değişik derecelerde hastalığı geliştirme riski taşıdığı anlamına gelmektedir⁴⁷. Hastalığa neden olan birden fazla gen olmasına rağmen çoğunlukla 6. kromozomdaki insan lökosit antijen (Human Leukocyte Antigen-HLA) gen kompleksinde yerleştiği tanımlanmıştır¹⁷.

Çevresel Faktörler: MS prevelansının özellikle nemli ve soğuk iklimlerde daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle çevresel faktörlerin MS'in ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir⁶. MS açısından yüksek riskli bir bölgede doğan bir birey 15 yaşından sonra daha düşük riskli bir bölgeye göç etse bile doğduğu bölgedeki riski taşımakta olduğu belirtilmektedir¹⁷.

Enfeksiyon: MS'in inflamatuvar bir hastalık olduğuna yönelik bazı kanıtlar olmasına rağmen henüz inflamasyona neden olan mikrobiyal bir ajan tanımlanamamıştır. Genetik yatkınlığın çevresel faktörlerin de etkisiyle enfeksiyona karşı vücudun immün cevabını değiştirdiği kabul edilmektedir¹⁵. Bakteriyel ya da viral enfeksiyonlar MSS'de otoimmün cevabı ve inflamasyon sürecini tetikleyerek sinirleri koruyan ve sinir iletimini hızlandıran miyelin kılıf üzerinde ödem ve skarlaşmaya neden olmaktadır. Bu süreçte demiyelinize olan/haraplanan miyelin kılıfta sklerotik plaklar oluşmakta ve bu durum sinir aksonu boyunca sinir iletiminin yavaşlamasına neden olmaktadır¹⁷.

Stres: Stres ve MS atakları arasında önemli bir ilişki olduğu ileri sürülmekte ve bu ilişki psikolojik (distress, davranış-inanç şekli, baş etme, sosyal destek) ve biyolojik (immün hücrelerde glikokortikoid direnci) modellerle açıklanmaktadır. Yapılan çalışmalarda distress, depresyon, negatif/olumsuz davranışlar ve yetersiz sosyal destek ile interferon-gamma üretiminde değişim arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, sorunlarla baş etme yöntemi olarak sıklıkla dikkati başka yöne çekme tekniğinin kullanılması ile stres ve Manyetik Renzonans Görüntüleme'de (MRG) MS lezyonları arasındaki ilişkinin zayıf olduğu, dikkati başka yöne çekme tekniği daha az kullanıldığında ise bu ilişkinin arttığı bildirilmiştir⁴⁸.

Stresli yaşam olaylarının MS başlangıcındaki ve/veya bir MS atağının ortaya çıkmasındaki rolünü açıklamada psikolojik modeller, genellikle dış etkenlerin biyolojik stres cevap sistemleri üzerine etkisine odaklanmıştır. Biyolojik modeller ise, stres cevap sistemi ve patojenik faktörler arasındaki etkileşimi açıklamaktadır⁴⁸. Nisipeanu and Korczyn⁴⁹ tarafından yapılan bir çalışmada stresin atak riskini azalttığı belirlenmiştir. Bazı araştırmacılar da stresin atakları tetiklediğini ve atak sıklığını arttırdığını ifade etmektedir. Bu sonuçlar, farklı stresörlerin farklı etkilere neden olduğu hipotezini doğrulamaktadır. Nisipeanu and Korczyn'e göre yaşamı tehdit eden travmatik stresörler atak riskini azaltırken normal günlük stresörler atak riskini arttırmaktadır. Çünkü, kronik stresde çok güçlü anti-inflamatuvar bir hormon olan kortizol salınımı travmatik stresde salınan ya da farmakolojik amaçla kullanılan kortizolden çok daha azdır. Az miktardaki kortizol immün hücrelerdeki glikokortikoid reseptörlerinin sayısını ve fonksiyonunu azaltmaktadır. Relapsing tipte MS'i olan hastalardaki kronik ve düşük dereceli inflamasyon hafif düzeydeki hiperkortizoleminin sorumlusu olabilir. Bu durum glikokortikoid direncinin gelişmesine katkıda bulunabilir^{48, 49}.

Kortizolün önemli bir endojen inflamasyon kontrol yöntemi olması ve glikokortikoid direncinin gelişmesine yol açması MS'de stresle ilgili çelişkili bir durumdur⁴⁸. Bunun dışında yapılan hayvansal deneyler sonucunda üretilmiş pek çok biyolojik mekanizma bulunmaktadır. Başka bir teoriye göre; endotelyumda yerleşmiş olan mast hücreleri stresle ilgili kortikotropin releasing faktördeki bir artış ile aktive olmaktadır. Aktive olmuş mast hücreleri kan-beyin bariyerinin permeabilitesini ve tümör nekrosis faktör salınımı (histaminler ve triptaz) ile inflamasyonu arttırabilir. Bu teorilerin doğruluğu tam olarak kanıtlanamamıştır ancak, travmatik olmayan stresli yaşam olayları MS'li hastalarda atak riskinin artışı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, MS'li pek çok hasta stresli olayların ataklara sebep olduğuna ya da atakların oluşmasına katkıda bulunduğuna inanmaktadır.

Travmatik olmayan stresli yaşam olayları ve ataklar arasındaki ilişki karmaşık ve her birey için farklılık gösterebildiğinden tam olarak belirlenememektedir⁴⁶.

Gebelik: Gebelikte relaps oranı özellikle 3.trimestrde azalmakta ve ilk 3 aylık laktasyon döneminde artmaktadır. Postpartum 3. ayda gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkan atakların gebelikten çok doğum öncesi dönem boyunca meydana gelen yorgunluk ve doğum stresi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir¹⁷. İdman'ın belirttiğine göre; MS'li gebe kadınlarda hastalık aktivitesi ilk dört ayda, gebelik öncesi dönemle karşılaştırıldığında %70 oranında azalmakta ve 4 aylık dönemden sonra relaps sıklığı gebelik öncesi dönemden daha yüksek olmaktadır. Gebelik sırasında annede Th-2 hücrelerinin baskın olmasının, hastalık supresyonuna yol açtığı ve Post-partum dönemde tekrar Th-1 hücrelerin baskın hale gelmesi sonucunda atak sıklığının arttığı düşünülmektedir⁵⁰.

Diğer: Bazı epidemiyolojik çalışmalara göre, doymuş yağ tüketimi fazla olan ülkelerde MS riski daha yüksek iken, çoklu doymamış yağ tüketiminin yüksek olduğu ülkelerde daha düşük olduğu saptanmıştır²⁸.

2.1.5. Klinik Belirti ve Bulgular

MS'de Sklerotik plakların MSS'nde korteksden spinal korda kadar herhangi bir/birçok yerde gelişmesi ve farklı derecelerde harabiyete yol açması nedeniyle ortaya çıkan belirti ve bulgular oldukça değişkendir. MS'de MSS' ne ait çok farklı belirti ve bulgunun farklı zamanlarla ortaya çıktığı çok belirtili ve çok ataklı bir tablo söz konusu olup bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bu nedenle, MS'li iki hastanın etkilenme derecesi birbirinden farklı olabilmektedir^{4,16}.

Hastalar 24 saat içinde ani bir şekilde çeşitli düzeylerde nörolojik fonksiyon bozukluğunun ortaya çıktığı ve belirli bir süresi olmayan ataklar yaşamaktadır. Ataklar sırasında meydana gelen belirtiler haftalar ya da aylar sonra yavaş bir şekilde düzelebilir fakat bazı sekeller kalabilir⁵⁰. MS başlangıcındaki spesifik olmayan belirtiler ve kas zayıflığı/güçsüzlüğü pek çok nörolojik hastalık için karakteristiktir ve nörolojik fonksiyon bozukluğu çoğunlukla minimal düzeydedir. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte daha ciddi sorunlar da meydana gelmektedir²⁸.

MS'li hastalarda *motor* (bir ya da biden fazla ekstremitede kuvvet azlığı, kullanmada beceriksizlik ve/veya uyuşukluk, dengesizlik), *duyusal* (uyuşukluk, parestezi, dizestezi), *görsel* (tek gözde nadiren her iki gözde kısmi ya da total görme kaybı, retroorbital ağrı, çeşitli görme alanı defektleri, renkli görme bozuklukları), *serebellar* (nistagmus, ataksi, tremor, dizatri) *belirtiler* ve bazı *otonomik fonksiyon bozuklukları* (pollaküri, üriner retansiyon, üriner inkontinans) ile birlikte erkek hastalarda parsiyel/komplekt erektil impotans; kadınlarda vajinal ve vulval anestezi, lubrikasyonda azalma ve orgazm olamama gibi *cinsel sağlık problemleri* de ortaya çıkmaktadır. Bu belirtilerin dışında daha az sıklıkla trigeminal nevralji, fasial paralizi, vertigo, tinnitus, işitme kaybı, disfaji, epileptik nöbetler, konstipasyon, gayta inkontinansı, postural hipotansiyon ve *bilişsel belirtiler* (depresyon, öfori, demans, konfüzyon) görülebilmektedir^{4,16}. Ayrıca, Myastenia Gravis, Ankilozan Spondilit ve Diyabetes Mellitus gibi bazı hastalıklar da MS ile birlikte görülme olasılığı olan hastalıklardır⁴.

Duyusal Belirtiler: Algılama bozuklukları, uyuşma ve yanmalar şeklinde tanımlanan rahatsızlık hissini (disestezi) içeren duyusal belirtiler; MS hastaları tarafından en çok tanımlanan belirtilerdir. Bu

belirtiler objektif bozukluklar olmaksızın günler, haftalar veya aylarca devam edebilir⁶.

Motor Belirtiler: Ekstremitelerde kuvvet kaybı, parezi ya da pleji, alt ekstremitelere ait giderek artan kuvvetsizlik ve sertleşme, ilerleme gösteren duruş bozukluğu, paraparezi MS'li hastalarda sıklıkla görülen motor belirtilerdir⁶.

Görme İle İlgili Belirtiler: Optik nöroritis, MS'te başlangıç belirtileri arasında sık görülebilen bir belirti olup; bir gözde ani görme kaybı ve ağrı ile birlikte genellikle tek taraflı başlar. Bu durum etkilenen gözde tam görme kaybına kadar ilerleyebilir. Görme kaybı meydana gelmemişse monooküler bulanıklaşma, santral, parasantral skotom ve/veya renkli görme bozukluğu vardır. Tüm optik nöroritisler MS'e dönüşmemekle birlikte ani başlangıçlı adölesan ve genç erişkinlerin ancak %50' sinde MS gelişmektedir. Optik nöroritis ile ek belirtilerin gelişimi arasındaki sürenin uzun olması prognozun iyi olacağını gösterebilir⁶.

Spinal Kord Belirtileri: MS tanısı alan hastaların çoğunda spinal kord tutulumu ile ilgili bulgular görülmektedir. Her iki alt ekstremitede artmış tonusla birlikte spastik paraparezi, artmış tendon refleksleri ve mesaneye ait fonksiyon bozuklukları sık rastlanılan bulgulardır⁴⁰.

Hafıza Kaybı: MS'de bilişsel işlevlerde bozulma sık görülmektedir. Bu durumda hastalar sıklıkla verbal fonksiyonlarda kayıp ağırlıklı bir hafıza problemi göstermektedirler. Periventriküler bölgedeki beyaz cevherin demiyelinizasyonu bu hastalarda konuşma sırasında uygunsuz gülme ve yersiz ağlama gibi duygusal patlamalara sebep olmaktadır⁴⁰.

Depresyon: Depresyon ve bipolar affektif bozuklukların MS ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bazı MS hastalarında meydana gelen ilk belirtiler arasında yer almaktadır³⁴.

Cinsel Fonksiyon bozukluğu: Cinsel fonksiyonlar MS'li kadın ve erkek hastalarda sıklıkla etkilenmektedir. Erkeklerde azalmış penil his nedeniyle ereksiyon sağlama ya da sürdürmede güçlük ve orgazm olamama; kadınlarda ise, alt ekstremitelerde spastisite, vajinal lubrikasyonda ve vajinal hisde azalma gibi cinsel sağlık sorunları gelişebilmektedir³⁰.

Tonik Spazmlar: Tonik spazmlar herhangi bir motilite veya hiperventilasyon ile başlayan kısa süreli unilateral stereotipik kasılmalardır. 30-90 saniye sürerler ve vücudun bir tarafının tamamını ya da bir kısmını tutabilir. Eller, el parmakları, ayaklar ve ayak parmakları psödodistonik bir postür alabilir⁶.

Lhermitte Bulgusu: Lhermitte bulgusu MS'li hastalar tarafından başın eğilmesi sonucu omurga boyunca ekstremitelere yayılan elektriklenme hissi olarak ifade edilen bir belirtidir⁶.

Yorgunluk: MS'li hastaların büyük bir çoğunluğu yorgunluk sorununu deneyimlemektedir. Yorgunluk nedeniyle hastalar günlük aktivitelerini gerçekleştirmede oldukça zorlanmaktadır. Yorgunluk özellikle yüksek atmosferik sıcaklıklarda tetiklenebilir. Bu nedenle hastaların çoğu yaz aylarında fonksiyonlarının zayıflamasından yakınmakta ve 2/3'ü ısıya karşı hassasiyet göstermektedir³².

Ağrı: MS'te ağrı hastaları sıklıkla etkileyen diğer bir belirtidir. Hastaların %80'inde ağrılı kas spazmları, aralıklı veya sürekli ekstremitte ağrıları ya da omurga ağrıları görülmektedir¹⁶.

Konstipasyon ve Diyare: Hastaların bir kısmında otonom sinirlerin tutulumuna bağlı konstipasyon veya diyare görülebilmekte ve sfinkter bozuklukları ile birlikte meydana gelebilmektedir. Konstipasyon, MS hastalarında çok sık karşılaşılan bir durumdur. Pelvik duvar spastisitesi, sıvı alımının azalması, motilite azlığı, karın kaslarında güçsüzlük, kötü fiziksel durumlar ve kullanılan ilaçlar (antikolinerjikler, antidepresanlar, kalsiyum, antispasitite ilaçları, narkotikler) MS'li hastalarda konstipasyon nedenleri arasında sayılabilir¹⁶.

2.1.6. Prognoz

MS'de hangi belirtilerin ne şiddette olacağının ve nasıl bir seyir göstereceğinin bilinmemesi nedeniyle hastalar prognoz ile ilgili ciddi bir belirsizlik yaşamaktadırlar. MRG lezyon alanları ve sayısı sakatlığın prognozunun tahmin edilmesini sağlamaktadır⁵¹.

Yapılan çalışmalarda, erken başlangıç yaşı, kadın cinsiyeti, görsel ve duysal bulgularla başlangıç, relapsing-remitting prognoz, monosemptomatik başlangıç, ilk belirti süresinin kısa olması, birinci ve ikinci atak süresinin uzun olması, ilk 5 yıldaki düşük özürlülük derecesi iyi prognostik özellikler olarak vurgulanmıştır. Kötü prognozu düşündüren başlangıç özellikleri olarak geç başlangıç yaşı, erkek cinsiyeti, piramidal, serebellar veya sfinkter belirtilerle başlangıç, ilk ataktan kısmi düzelme, ilk iki atak arası sürenin kısa olması, ilk yıllardaki atak sıklığının fazla olması bildirilmiştir. On beşinci yılda % 40-50 hasta orta özürlülük derecesi (EDSS

=6)' ne ulaşmakta ve 25 yıldan sonra % 20 sinden azında ölüm meydana gelmektedir ⁶.

MS santral sinir sisteminde pek çok yeri farklı ya da eşzamanlı olarak etkileyebilen bir hastalıktır. MS inflamatuvar süreç sonucunda ortaya çıkan nörolojik yetersizliklerin ilerleme oranına göre genellikle 4 alt tipe ayrılmaktadır⁶.

2.1.6.1. Relapsing-Remitting Multipl Skleroz (Relaps ve Remisyonlar ile Giden MS-RRMS): Hastaların %70'i hastalığın başlangıcında RR prognoz göstermektedir. Genellikle tam ya da tam olmayan düzelme ile sonuçlanan ağır bir atak ile başlamaktadır. RRMS hastaların %80'ininde 10-15 yıllık bir periyoddan fazla sürmekte ve ilerleyen zamanlarda daha ciddi sakatlığı ifade eden sekonder progresif ya da kronik progresif MS olarak devam etmektedir²⁸.

2.1.6.2. Primer Progresif Multipl Skleroz (PPMS): Hastaların %10-20'si Primer progressif prognoz göstermektedir ve kısa remisyon dönemleri ile birlikte tanıdan sonra²⁸ herhangi bir düzelme izlenmeksizin sürekli ilerleyici bir gidişe sahiptir. İlerleme hızı değişken olup en ağır formunda birkaç yıl içinde ölüm ile sonuçlanabilir^{4, 6, 17, 40}.

2.1.6.3. Sekonder Progresif Multipl Skleroz (SPMS): Erken dönemli relaps ve remisyonlar ile giden klinik form ortalama 5-6 yıl sonra sıklıkla bu forma dönüşebilmektedir. Ataklardan tam düzelme olmaksızın her bir atakta eklenen özürlerle GYA'nde yaşanan kısıtlılıklar giderek artmaktadır^{4, 6, 17, 40}.

2.1.6.4. Relapsing Progresif Multipl Skleroz (RPMS): RPMS'de belirgin düzelme ile sonuçlanmayan ataklar meydana gelmektedir^{4, 6, 17, 40}.

MS ilerlememe ve hızlı bir şekilde ilerleme arasında bir süreklilik göstermektedir. MS’de klinik tip ve prognoz oldukça değişkendir. Bu yaygın olarak görülen 4 tip MS prognozu dışında Benign Multipl Skleroz Spinal Nöromyelitis Optika (Devic Sendromu) ve Marburg Şekli gibi farklı prognozlar da meydana gelmektedir^{4, 6,17,40}.

2.1.7. Tanı

MS’in tanılanması yaşanan belirtilerin çok farklı olabilmesi ve hastalığın seyri nedeni ile zor olabilmektedir. MS tanısı için spesifik olan bir test bulunmamaktadır. Tanı Schumacher, Poser, Paty ya da Mc Donalds Kriterleri’ne göre belirlenmekle birlikte klinik bulgulara dayanmaktadır. Tanının kesinleşmesinde öncelikle MRG, Beyin-Omurilik Sıvısının incelenmesi ve MRG’den sonuç alınamadığında Motor uyarılmış potansiyel (MEP), vizüel uyarılmış potansiyeller (VEP) ve sensoriel uyarılmış potansiyeller (SEP) gibi tanı yöntemleri kullanılmaktadır^{51, 6}.

2.1.8. Tedavi

Multipl skleroz, tedavi ile tamamen ortadan kaldırılabilen bir hastalık olmamakla birlikte hastalık sürecini, atak sıklığını ve bir ölçüde hastalık seyrini değiştiren tedaviler bulunmaktadır⁵¹.

MS tedavisinin üç önemli komponenti vardır. Bunlardan birincisi, atakların önlenmesi, ikincisi akut atak tedavisi ve üçüncüsü ise, semptomatik tedavidir⁵¹.

2.1.8.1. Atakların Önlenmesi: Atakları kesin olarak önlemek bugün için mümkün değildir fakat atak sıklığını azaltan immuno-modulator ilaçlar

bulunmaktadır. Relapsların/atakların azalması için intramüsküler ve subkutan olarak uygulanan İnterferon- β (INF β)-1a subkutan olarak uygulanan İnterferon- β (INF β)-1b, subkutan olarak uygulanan Glatiramer asetat ve intravenöz olarak uygulanan Mitoxantrone kullanılmaktadır. Bu tedavilerle atak sıklığı ortalama % 35 oranında azaltılabilmektedir^{16, 51}.

INF β güçlü bir antiinflamatuvar etkiye sahiptir. Çok merkezli, randomize, plesebo kontrollü ve değişik populasyonlarda yapılan çalışmalarda İNF β -1b ve İNF β -1a 'nın RRMS'li hastalar için pleseboya göre relaps sayısını önemli bir düzeyde azalttığı belirlenmiştir⁵².

Glatiramer asetat immüno-modülatör mekanizmalar aracılığıyla MS üzerinde etkilidir. Çok merkezli, randomize, plesebo kontrollü RRMS'li 251 hasta ile yapılan çalışmada glatiramer asetatın pleseboya göre relaps oranını %29 azalttığı bulunmuştur^{16, 52}.

Mitoxantrone (tip II topoizomeraz inhibitörü olup Özellikle metastatik meme kanseri- akut myeloid lösemi ve non-Hodgkin lenfomada sıklıkla kullanılan antineoplastik bir ajandır.) hem DNA onarımı hem de DNA topoizomerazın inhibisyonu aracılığıyla lenfosit proliferasyonunu engelleyerek genel bir immünosüpresyon sağlar. Bu ilaç ciddi kardiyo toksisiteye yol açabileceği için sadece hızlı, ilerleyici prognoz gösteren MS'li hastalarda kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda Mitoxantrone alan hastaların plesebo alan hastalarla karşılaştırıldığında daha düşük EDSS skorlarına sahip olduğu görülmüştür^{16, 52}.

2.1.8.2. Akut Relaps Tedavisi: Akut atak, 24 saatten uzun süren, beyaz cevheri etkileyen bir fokal fonksiyon bozukluğudur. Tipik olarak birkaç gün boyunca ilerleme göstermeye devam eder, bir haftadan önce maksimuma ulaşır, daha sonra ortalama 30 günde yavaşça azalır. Akut atak

tedavisinde glukokortikoidler ve daha ender olarak adrenokortikotropik hormon (ACTH) kullanılır. Her iki ilacın da anti-inflamatuar ve immunsupresif etkileri olup MS de klinik relaps süresini kısaltırlar. Her atak tedavi gerektirmeyebilir. Buna hastanın klinik durumuna göre karar verilmektedir.^{16, 53}

Steroid tedavisinde intravenöz metilprednizolon 5-10 gün boyunca 1000mg/gün dozunda 150 ml dekstroze veya serum fizyolojik içinde yaklaşık 1-2 saat içinde verilir. Tedaviye oral steroid ile devam edilmesi hastanın durumuna bağlıdır⁵³.

2.1.8.3. Semptomatik Tedavi: Hastalar MS'in ya primer, sekonder ya da üçüncül sonuçları olarak farklı belirtileri birlikte deneyimlemektedirler. Geniş ölçüde belirtileri olan hastaların bu belirtilerle baş etmek için aynı anda pek çok ilaç kullanması gerekmektedir^{16,54}. Brichetto ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya katılan MS hastalarının en çok ağrı (%28), spastisite (%27) ve duyu durum bozukluklarına (%16) yönelik olarak ilaç kullanıldıkları belirlenmiştir^{54,55}. Ağrı ve uyuşma, yorgunluk, spastisite, bağırsak, mesane problemleri ve bilişsel sorunlar gibi belirtilere yönelik olarak farmakolojik tedaviler önerilmekle birlikte spastisite için fizik tedavi; bağırsak problemleri için diyet; bilişsel sorunlar için rehabilitasyon uygulamalarının da faydalı olabileceği de belirtilmektedir^{16, 54, 55}.

2.1.9. Hemşirelik Girişimleri

MS hastalarının bakımında yer verilecek hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde bireyin bakım gereksinimlerine odaklanılmıştır. MS'li bireylerin GYA'nın dolayısıyla ailesinin/yakınlarının ve yaşamının önemli derecede etkilendiği düşünülerek bakım gereksinimleri Nancy Roper, Winifred W. Logan ve Alison J. Tierney

tarafından geliştirilen bir hemşirelik modeli olan GYA modeli çerçevesinde ele alınmıştır.

2.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'ne İlişkin Genel Bilgiler

GYA modeli Nancy Roper tarafından 1976 yılında ortaya konulmuştur⁵⁶. Daha sonra Avrupalı iki teorisyen olan Winifred W. Logan ve Alison J. Tierney ile birlikte Roper; yaşam modelini temel alarak hemşireliğin özünü keşfetmek amacıyla araştırmalar yapmışlar, bir insanın günlük yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan yaşam aktivitelerini gözlemlemişler ve 1980 yılında “Yaşam Modelini” geliştirmişlerdir⁵⁷.

Hemşireliğin çeşitli alanlarında yaygın olarak kullanılan Yaşam Modeli, yaşam için neyin gerekli olduğunu saptama yoludur. Bu hemşirelik modeli beş temel bileşenden oluşmaktadır; a)Yaşam aktiviteleri, b)Yaşam süreci, c) Bağımlılık/bağımsızlığı sürdürme, d) Yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler ve e) Bireysellik ⁵⁷

2.2.1. Yaşam Aktiviteleri

Yaşam aktiviteleri kavramı, modelin esas bileşenini oluşturmaktadır ve *Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme, İletişim, Solunum, Beslenme, Boşaltım, Kişisel Temizlik ve Giyim, Beden Isısının Kontrolü, Hareket, Çalışma ve Eğlenme, Cinselliği Tanımlama, Uyku ve Ölüm* olmak üzere 12 adet yaşam aktivitesini içermektedir^{56,58}. Her bir yaşam aktivitesi birkaç boyutta ele alınabilmekte ve birbiri ile ilişkilidir . Örneğin; iletişim olmadan beslenmeyi, çalışmayı ve eğlenmeyi ve cinselliği tanımlamayı gerçekleştirmek güçtür⁵⁶.

Çevre Güvenliğini Sağlama ve Sürdürme: Yaşam aktivitelerini güvenli biçimde gerçekleştirebilmeyi, istenen ve koruyucu aktiviteleri yerine getirebilmeyi ve bu uygulamaları yaşam süresi boyunca sürdürebilmeyi ifade etmektedir. Beslenme, uyku, ısınma, eğlenme, trafik kurallarına uyma gibi günlük yaşamda bir rutin halinde yapılan pek çok uygulama ve/veya davranış çevre güvenliğini sağlama ve sürdürme aktivitesi kapsamında yer almaktadır⁵⁶.

MS'li hastalarda bir ya da birden fazla ekstremitede kuvvet azlığı ve/veya uyuşukluk, parestezi, dizestezi, nistagmus, ataksi, tremor, spastisite, eklem kontraktürleri gibi pek çok problem dengeli bir şekilde hareket edebilmeyi önleyebilmekte ve düşme ya da travma riskini artırmaktadır¹⁵. Ayrıca bu hastalarda sıkça görülen belirtilerden biri olan mesane fonksiyon bozukluğu nedeniyle idrar yolu enfeksiyonları gelişebilmektedir¹⁶.

Hemşirelik bakım uygulamaları arasında yer alan hastanın duyuşsal ve hareket problemlerinin olup olmadığının belirlenmesi, travmalardan, dekübütten ve hastane enfeksiyonlarından korumak için gerekli önlemlerin alınması gibi girişimler bu aktivite kapsamında ele alınmaktadır⁵⁸.

İletişim: Yaşamın önemli bir boyutu ve esası olan iletişim, tüm kişilerarası ilişkilerde geçerlidir ve diğer yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilebilmesinde oldukça önemlidir⁵⁷.

MS'li bireylerin konuşma kaslarında meydana gelen güçsüzlük ve/veya paralizisi konuşma yeteneğini ve sosyal etkileşimi etkileyebilmektedir. Dizatri bu bireylerde en sık karşılaşılan iletişim problemidir²⁹.

İletişim bireyin/hastanın yaşam aktivitelerinin sağlanmasında gerekli olduğu gibi emosyonel durumunu ve tıbbi tedavisini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle, hastanın iletişim kurma güçlüğü olup olmadığının belirlenmesi ve birey/hasta ile en yüksek düzeyde iletişimin sağlanması ve sürdürülmesi önemli hemşirelik bakım aktiviteleri arasında yer almaktadır⁵⁸.

Solunum: Diğer yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilebilmesi, solunuma bağlıdır⁵⁶.

MS'li hastalar hastalığın ilerleyen aşamalarında solunum ile ilgili sorunlar yaşayabilmektedirler. Paltamaa ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastaların %0,8'inin (n=2) nefes almada güçlük yaşadığı belirlenmiştir²¹.

Bireyin/hastanın yaşamını sürdürebilmesi için zorunlu olan solunumunu izlemek ve solunumu etkileyen faktörleri tanımlayarak gerekli girişimleri planlamak ve uygulamak önemli hemşirelik bakım aktiviteleri arasında yer almaktadır⁵⁸.

Beslenme: Yaşam için temel aktivitelerden biridir. Çok sayıda insan bireysel, çevresel ve/veya ekonomik nedenlerden dolayı beslenme aktivitesini gerçekleştiremediği için ölmektedir⁵⁶.

Payne'in çalışmasında ifade ettiğine göre Hughes, Thomas ve Wiles MS'li hastaların %3-43 arasında değişen sıklıkta Disfaji (yutma güçlüğü) yaşadıklarını belirtmişlerdir^{28,29}.

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), Uluslar arası Hemşireler Birliği (ICN) ve Sağlık Kurumları Birleşik Akreditasyon Komitesi (JCAHO)

tarafından tanınan “Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi’nde” *Beslenme İzlemi, Beslenme Yönetimi, Beslenme Tedavisi ve Beslenme Danışmanlığı* gibi beslenme ile ilgili girişimlere yer verilmiştir⁵⁹. Bu girişimler, bireyin/hastanın beslenme gereksinimlerinin, beslenme alışkanlıklarının ve beslenmeyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi, besin alımının izlenmesi, beslenme konusunda yardım alma gereksiniminin değerlendirilmesi, vücut ağırlığı izleminin yapılması gibi bakım aktivitelerini içermektedir⁵⁹.

Boşaltım: Mesane ve bağırsak fonksiyonlarının değerlendirilmesini ifade etmektedir⁵⁸.

Yeni tanı almış MS hastalarının %80’ni mesane fonksiyon bozukluğunu deneyimlemekte ve bu prevelans 10 ya da daha fazla süredir MS tanısı almış hastalarda %96’ya yükselmektedir. Çoğunlukla Detrüsör Hiperrefleksi sonucunda sıkışma, sıkışma sonucunda idrar kaçırma (urge incontinence), miksiyonu başlatamama, mesanenin tam olarak boşalmaması gibi mesane problemleri ortaya çıkmaktadır. Kas kontrolünde yetersizlik, spastisite, genel olarak hareketsizlik, ve bilişsel bozuklukların varlığı mesane problemlerini daha da kötüleştirmektedir. Ayrıca; bu hastalar üriner inkontinans nedeniyle sıklıkla idrar yolu enfeksiyonları geçirebilmektedirler¹⁶.

“Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi’nde” *Bağırsak Yönetimi, Bağırsak İnkontinansı Bakımı, Üriner İnkontinans Bakımı, Üriner Retansiyon Bakımı, Üriner Kateterizasyon* gibi boşaltım ile ilgili girişimlere yer verilmiştir. Bu girişimler, bireyin/hastanın bağırsak ve üriner boşaltıma yönelik alışkanlıklarının ve boşaltımı etkileyen faktörlerin belirlenmesi, aldığı-çıkarıldığı izleminin yapılması, bağırsak seslerinin dinlenmesi, diyare ya da konstipasyon belirtilerinin ve nedenlerinin belirlenmesi, boşaltıma

yardımcı aletlerin kullanımının öğretilmesi gibi bakım aktivitelerini içermektedir⁵⁹.

Kişisel Temizlik ve Giyim: Kişisel temizlik ve giyinme alışkanlıklarını ve bu alışkanlıkları etkileyen faktörlerin belirlenmesini ifade etmektedir^{57,58}.

Hastalığın gidişi ile bağlantılı olarak, çoklu fiziksel ve psikolojik fonksiyon bozuklukları özellikle üst ekstremit motor koordinasyonunda bozulma, güçsüzlük, duyu kaybı, spastisite, görme ve konuşma bozuklukları MS'li bireylerin giyinme, banyo yapma, özbakım (saç, tırnak, vücut temizliği ile ağız ve diş sağlığının sağlanması ve sürdürülmesi) gibi kişisel temizlik aktivitelerini gerçekleştirmelerini etkilemektedir. Bununla birlikte MS'li bireylerin fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ve yaşam kalitesi azalmaktadır⁶⁰.

Bireyin/hastanın saç, tırnak, vücut temizliği ile ağız ve diş sağlığının sağlanması ve sürdürülmesi, giyinme aktivitesini ve diğer kişisel temizlik uygulamalarını gerçekleştirme durumu ve yardım gereksinimi olup olmadığının değerlendirilmesi ve desteklenmesi gibi hemşirelik bakım aktivitelerini içermektedir^{57,58}.

Beden Isısının Kontrolü: Beden ısını belirlemeye ve değerlendirmeye yönelik uygulamaları ifade etmektedir. Bireyin mevsimlere ya da çevrenin ısısına göre giyinebilme yeteneğini de kapsamaktadır^{57,58}.

MS'li hastaların yaşadıkları fiziksel kısıtlılıklar nedeniyle beden ısılarını kontrol etmede zorlanabilirler. Bu nedenle hemşirelik

bakımında hastanın beden ısısının kontrolüne ilişkin uygulamaları ne ölçüde gerçekleştirebildiğine ilişkin değerlendirmelere ve uygulamalara yer verilmelidir.

Hareket: İnsanın günlük aktiviteleri içinde yer alan hareket beslenme, boşaltım, çalışma ve eğlenme ve diğer yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde oldukça önemlidir⁵⁷. Hareket; fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlar nedeniyle sınırlanabildiği gibi bu sorunların kaynağı da olabilmektedir⁵⁸. MS'li hastalar da hastalığın doğası gereği çeşitli düzeylerde hareket kısıtlılıklarını deneyimlemektedirler. Johansson ve arkadaşlarının²² yaptığı çalışmada hastaların %76,0'sının ellerini kullanmakta, %43,0'ünün yürümede güçlük yaşadığı belirlenmiştir.

Bireyin/hastanın hareket etme düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bireye baston, koltuk değneği gibi yürümeye yardımcı aletleri kullanabilmesi için yardım edilmesi, hareket etmede bağımsızlık düzeyinin artırılmasının desteklenmesi, hareketsizliğin neden olabileceği komplikasyonlardan bireyin korunması gibi hemşirelik girişimleri hareket aktivitesi kapsamında ele alınmaktadır⁵⁸.

Çalışma ve Eğlenme: Bireyin çalışma (önceki ve şimdiki mesleği), eğlence ve rahatlama uğraşlarını ya da alışkanlıklarını ifade etmektedir^{57,58}.

Bireyin çalışma ve eğlenme aktiviteleri fiziksel, ruhsal durumundan, ekonomik koşullardan ve içinde bulunduğu sosyal çevreden olumlu ya da olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Yine, çalışma ve eğlenme aktiviteleri hem bireyin sağlık durumunu etkileyebilmekte hem de bireyin sağlık durumundan etkilenebilmektedir. MS hastalarının çoğunlukla yorgunluk ve hareket kısıtlılıkları nedeniyle sosyal yaşamı etkilenebilmektedir.

Einarsson ve arkadaşları²³ tarafından yapılan çalışmada hastaların %35,0'inin sosyal aktivitelerini normal sıklıkta sürdürebilirken %62,0'sinin ev temizliği, ağır ev işleri ve %68,0'inin bahçe işleri ile ilgilenme durumlarının etkilendiği belirtilmiştir. Sartori ve Edan³³ tarafından yapılan çalışmada bilişsel fonksiyon bozukluğu ile GYA'nin ilişkili olduğu belirlenmiş ve özellikle hastaların %21,0'inin mesleki aktiviteleri gerçekleştirmede güçlük yaşadığı vurgulanmıştır. Bu nedenle, hemşirelik sürecinde (veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme) bireyin/hastanın mesleğinin, çalışma koşullarının, çalışma durumunu etkileyen faktörlerin ve çalışmanın sağlığı üzerindeki etkisinin, eğlenme/boş zaman aktivitelerinin varlığının belirlenmesi ve değerlendirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir^{57,58}.

Cinselliği Tanımlama: Cinselliğin ifade edilmesi aktivitesi, sadece seksüel aktiviteyi değil, erkek ya da kadın bir birey olarak cinsel kimliği ve beden algısını da içermektedir^{57,58}. Cinsel fonksiyon bozuklukları MS'li hastaların sıklıkla deneyimlediği sorunlardan biridir. Akkoç ve arkadaşları³⁰ tarafından yapılan çalışmada kadın hastaların %48,0'inde orgazm olamama, %36,0'ında vajinal duyumda, %24,0'ünde vajinal lubrikasyonda azalma ve %24,0'ünde ağrılı koitus olduğu belirlenmiştir.

MS'li hastalarda cinselliği tanımlama ile ilgili olarak Kuzey Amerika Hemşireler Birliği Hemşirelik Tanıları Sınıflama Sistemi'nde (NANDA) yer verilen *Cinsellik Örüntülerinde Etkisizlik* hemşirelik tanısı kapsamında; cinsel fonksiyonlara ilişkin öykü alınması, konu ile ilişkili olarak duygu ve düşüncelerini ifade etmeye cesaretlendirilmesi, ilgili sağlık profesyonellerine yönlendirilmesi gibi girişimler uygulanabilir⁶¹.

Uyku: Bireyin günlük yaşamdaki stresten uzaklaşmasını ve beden ve ruhen dinlenmesini sağlayan bir yaşam aktivitesi olan uyku

ağrı, fiziksel bir hastalık, kullanılan ilaçlar ve ruhsal problemler gibi faktörlerden etkilenebilmektedir. Uyku düzenin/ alışkanlıklarının değişmesi bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir kısır döngüye sebep olabilmektedir^{57,58}. MS nedeniyle hastaların çeşitli uyku sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Stanton ve arkadaşları⁶⁷; MS'li hastalarda uyku ve yorgunluk üzerine yaptıkları çalışmada hastaların %73,3'ünün haftada iki ya da üç gün kısa uyku molaları verdiğini ve %42,0'sinin uykuya dalmada güçlük yaşadığını belirtmiştir. Hastaların uyku sorunları ile ilgili olarak NANDA'da "Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık ve Uyku Yoksunluğu" olmak üzere 2 hemşirelik tanısı⁹³ ve Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi'nde "Uykunun Güçlendirilmesi" adı altında 25 aktivite yer almaktadır. Bireyin/hastanın uyku ile ilgili alışkanlıklarının, uykuyu etkileyen faktörlerin, uyku problemlerinin olup olmadığının belirlenmesi ve gerekli girişimlerin uygulanması hemşirelik bakım aktivitelerine örnek olarak verilebilir⁵⁹.

Ölüm: Ölüm bireyin günlük yaşamında sürekli deneyimlediği bir aktiviteyi değil, bir sonu ifade etmektedir. Ancak, ölüm kavramı ölme süreci ile ilgili olduğu ve tüm yaşam aktivitelerinin etkilendiği bir durum olduğu için yaşam aktiviteleri içerisinde yer almıştır⁵⁶.

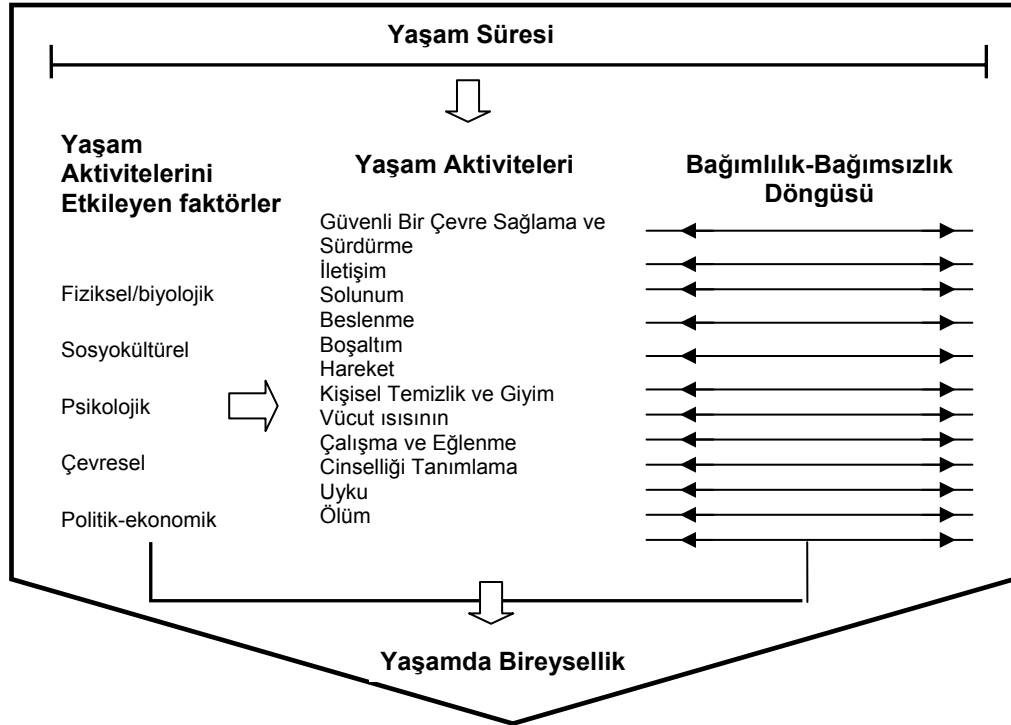
Ölmek üzere olan bir bireyin/hastanın ve yakınlarının fiziksel ve ruhsal gereksinimlerinin karşılanması, birey/hasta ve ailesinin korkularını ve ölümle ilgili düşüncelerini ifade etmelerine olanak sağlanması gibi hemşirelik girişimleri ölüm aktivitesi kapsamında ele alınmaktadır⁵⁸.

2.2.2. Yaşam Süreci

GYA Modeli'nde yaşam süresi, doğum ile ölüm arasında değişmektedir. Birey yaşamı boyunca değişik aktiviteler yapabilme potansiyeline sahiptir. Her birey gelişim dönemlerinde (bebeklik, çocukluk, ergenlik, genç yetişkinlik, orta yaş ve yaşlılık dönemi) meydana gelen yaşam olaylarından (mezun olmak, yeni bir işe girme, işten çıkarılma/ ayrılma, evlenme, boşanma, doğum yapma, bir yakının ölümü, emekli olma vb.) fiziksel, emosyonel, entelektüel ve sosyal açıdan etkilenmektedir^{56,57}.

2.2.3. Bağımlılık/Bağımsızlığı Sürdürme

İnsanlar yaşam aktivitelerini gerçekleştirme konusunda yaşamın bazı dönemlerinde bağımlı hale gelebilmektedir. Bağımlılık veya bağımsızlık, tam bağımlılık ile tam bağımsızlık arasında değişebilmektedir. Örneğin; her çocuk; bireysel yeteneğine göre her bir yaşam aktivitesinde aşamalı olarak bağımsızlık kazanır ve hemen hemen tam bağımlı durumdan tam bağımsız duruma geçebilir. Ayrıca, bağımsızlığın sürdürülmesi hastalık, kaza/travma gibi faktörlerden etkilenebilir. Bu tür durumlarda birey hareket, beslenme gibi yaşam aktivitelerinde kısmen/tam bağımlı hale gelebilir⁵⁶.



Şekil 2.1: Yaşam Modeli Diyagramı⁵⁷

2.2.4 GYA'ni Etkileyen Faktörler

Roper, Logan ve Tierney *biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politikoekonomik faktörlerin* bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyini etkilediğini belirtmişlerdir⁵⁷.

2.2.5. Yaşamda Bireysellik

Yaşamda bireysellik yaşam modelinin diğer dört bileşenini kapsamaktadır. Yaşamda bireysellik bireye özgülüğü ifade etmekte ve bireyin bağımsızlık düzeyi, fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, çevresel, politik ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Roper, Logan ve

Tierney'e göre bir bireyin bireyselliği aşağıda verilen sorularla ortaya çıkarılabilir⁵⁶.

- Birey GYA'ni nasıl gerçekleştirir?
- Birey GYA'ni ne sıklıkla gerçekleştirir?
- Birey GYA'ni ne zaman gerçekleştirir?
- Birey GYA'ni nerede gerçekleştirir?
- Birey GYA hakkında neler bilir?
- Bireyin GYA'sine ilişkin uyguladığı davranış nasıldır?

2.2.6. Günlük Yaşam Aktiviteleri'nin Değerlendirilmesi/Ölçümü

1960'ların başında GYA'nin bağımsız olarak gerçekleştirilebiliyor olması, yeterliliğin standart olarak tanımlanmasında ve değerlendirilmesinde oldukça önemli idi. Bu kavram orijinal olarak tıp alanında temel bağımsız yaşam aktivitelerinin iyileşmesini değerlendirmek üzere kullanılmıştır ve bu nedenle sağlıklı ilişkilidir⁶².

Hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumlarının belirlenebilmesi amacıyla Kantz tarafından tuvalete gitme, banyo yapma, yemek yeme, giyinme, ev içinde yürüme, yatağa girme ve yataktan kalkma aktivitelerini kapsayan Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (TGYA) Ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçeğe ek olarak Lawton ve Brody tarafından telefon kullanma, ulaşım araçlarına binebilme, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, para hesabını bilme ve ilaçları kullanabilme etkinliklerini kapsayan Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) Ölçeği geliştirilmiştir. Her iki ölçek de 1960'ların sonunda psikolojik gerontoloji ve gerionto-psikiyatri alanında sıklıkla kullanılmıştır. 1980'lerin sonunda GYA/EGYA ölçekleri toplumdaki yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaya

başlanmıştır. Bu ölçekler; çok değişik parametrelere karşı duyarlı oldukları için sıklıkla kullanılmaktadır. Literatürde morbiditenin, mortalitenin, bir sağlık kurumuna yatma riskinin ve bakım gereksiniminin iyi bir göstergesi olarak sıklıkla kullanılmaktadır⁶².

Ülkemizde de geriontoloji alanında sıklıkla kullanılan TGYA/EGYA ölçekleri'nin geçerlilik güvenirlik çalışmalarına ulaşılamamıştır. Araştırmamızda TGYA/EGYA ölçekleri hem bu nedenle hem de iletişim, cinselliği tanımlama gibi GYA Modelinde belirtilen alanları kapsamadığı için kullanılmamıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, MS hastalarının GYA'ni gerçekleştirme durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara ili belediye sınırları içinde yer alan, MS'li hasta sayısı yeterli olan ve araştırmanın uygulanmasına izin veren Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ankara Numune Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Gazi Devlet Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi' nin Nöroloji polikliniklerinde yapılmıştır. Bu polikliniklerde MS'li hastaların GYA ile ilgili gereksinimleri doğrultusunda sözel bilgilendirme yapılmaktadır.

Ankara Numune Hastanesi

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 32 yatak kapasiteli (8'i yoğun bakımda) 2 nöroloji servisi, Serebrovasküler Olay, Baş Ağrısı, Elektroensefalografi (EEG), Elektromyografi (EMG), Epilepsi, Davranış Nörolojisi, Hareket Bozuklukları, MS, Nöro-oftalmoloji ve Nöromusküler hastalıklar (kas ve sinir hastalıkları) Üniteleri ile kas ve sinir biyopsisi işlem ünitesi bulunmaktadır.

Hafta içi 08.00-16.00 saatleri arasında hizmet veren polikliniklerde; 1 doçent, 5 uzman, 10 asistan doktor, 1 hemşire, 1 sağlık

memuru, 9 şirket sağlık personeli, 1 EMG teknisyeni ve 2 sekreter görev yapmaktadır.

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 23 yataklı (3' yoğun bakımda) nöroloji servisi, poliklinikler, EEG, EMG laboratuvarları bulunmakta olup nöroloji polikliniğinde 08-16 saatleri arasında 1 doçent, 4 uzman, 4 asistan doktor, 2 hemşire ve 2 sekreter görev yapmaktadır.

Ankara Gazi Devlet Hastanesi

Ankara Gazi Devlet Hastanesi'nde yataklı nöroloji servisi olmayıp 2 nöroloji polikliniği bulunmaktadır. Bu polikliniklerde 2 uzman doktor hafta içi 08.30-16.30 saatleri arasında görev yapmaktadır.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 21 yataklı nöroloji servisi ve yoğun bakım nitesi, EEG ve EMG laboratuvarları, Başağrısı, Epilepsi, Multipl Skleroz, Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları, Demans, Stroke ve Kas hastalıkları Polikliniği gibi özelleşmiş poliklinikler bulunmaktadır.

Hafta içi 08.00-16.00 saatleri arasında hizmet veren nöroloji polikliniğinde; 6 uzman, 18 asistan doktor, 1 hemşire, 2 sağlık memuru ve 1 sekreter görev yapmaktadır.

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji kliniği üç ayrı kliniğe ayrılmıştır. Nöroloji kliniğine ait poliklinikler Etlik ve Dışkapı yerleşkelerinde hizmet vermektedir.

Nöroloji bölümünde 16 yataklı Nöroloji Servisi ve 7 yataklı Yoğun Bakım Ünitesi bulunmakta olup Beyin Damar Hastalıkları, Epilepsi, Hareket Hastalıkları ve Parkinson Hastalığı, Alzheimer, Multipl Skleroz, Periferik Sinir ve Kas Hastalıkları ile Bas Ağrısı tipleri tedavi edilmekte ve EEG, EMG, Botulinum toksin uygulaması ve nörofizyolojik çalışmalar yapılmaktadır. Hafta içi 08.00-16.00 saatleri arasında hizmet veren nöroloji polikliniğinde 2 uzman doktor, 2 doçent, 8 uzman doktor, 10 asistan doktor görev yapmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde 26 yataklı nöroloji servisi, 2 nöroloji polikliniği, EEG, EMG, Kas ve Sinir Hastalıkları laboratuvarları, Serebrovasküler Olay, Hareket Hastalıkları, Nöroftalmoloji, Kas ve Sinir Hastalıkları (nöromüsküler hastalıklar), Epilepsi, Multipl Skleroz, Davranış Nörolojisi alt üniteleri bulunmaktadır.

Hafta içi 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet veren nöroloji polikliniğinde 11 profesör, 3 doçent ve 15 asistan doktor, 2 hemşire, 2 EMG ve 4 EEG teknisyeni ve 6 sekreter görev yapmaktadır.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 18 yataklı nöroloji servisi ve 7 yataklı nöroloji yoğun bakım ünitesi, nöroloji poliklinikleri 1 EEG ve EMG odası bulunmaktadır.

Hafta içi 08.30-17.30 saatleri arasında hizmet vermekte olan poliklinikte 6 profesör, 1 doçent, 2 yardımcı doçent, 13 asistan doktor, 3 teknisyen ve 3 sekreter görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2006 yılında Ankara Numune Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Gazi Devlet Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi' nin Nöroloji polikliniklerine başvuran toplam 2250 MS'li hasta oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi en az bir yıl önce tanı almış, 18 yaşından büyük ve araştırmaya katılmayı kabul eden 93 MS'li hasta oluşturmuş olup örneklem büyüklüğü aşağıdaki formüllere göre tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir⁶¹

a) Örneklem büyüklüğünü saptamak için aşağıdaki formülden yararlanılmıştır.

Olayın görülüş sıklığına göre evrendeki eleman sayısı bilindiği durumda

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

($\alpha = 0.05$ için teorik t değeri 1.96 olarak alınmıştır)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

(0,50 olarak alınmıştır)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

(1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma

(0,10 olarak alınmıştır)

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

$$n = \frac{2250 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{(0,10)^2 \cdot (2250 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}$$

$$n = \frac{486205}{23,4504} \cong 92$$

b) Tabaka ağırlığının hesaplanmasında aşağıdaki formülden yararlanılmıştır.

$$W_i = \frac{N_i}{N}$$

Wi: Tabaka ağırlığı (TA)

Ni: i nolu tabakadaki birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı

$$\text{Ankara Numune Hastanesi TA} = \frac{570}{2250} = 0,25$$

$$\text{Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi TA} = \frac{288}{2250} = 0,13$$

$$\text{Ankara Gazi Devlet Hastanesi TA} = \frac{58}{2250} = 0,03$$

$$\text{Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi TA} = \frac{247}{2250} = 0,11$$

$$\text{Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi TA} = \frac{423}{2250} = 0,19$$

$$\text{Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi TA} = \frac{464}{2250} = 0,21$$

$$\text{Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi TA} = \frac{200}{2250} = 0,09$$

c) Tabakadan alınacak birey sayısının hesaplanmasında aşağıdaki formülden yararlanılmıştır.

$$W_i x n = n_i$$

W_i : Tabaka ağırlığı

n : Örneklem alınacak birey sayısı (HS)

n_i : i nolu tabakadan alınacak birey sayısı

Ankara Numune Hastanesi HS = $0,25 \times 92 \approx 23$

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi HS = $0,13 \times 92 \approx 12$

Ankara Gazi Devlet Hastanesi HS = $0,03 \times 92 \approx 3$

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi HS = $0,11 \times 92 \approx 10$

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi HS = $0,19 \times 92 \approx 17$

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi HS = $0,21 \times 92 \approx 20$

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi = $0,09 \times 92 \approx 8$

Tablo 3.1: Örneklem Alınan Hastaların Hastanelere Göre Dağılımı

Hastanenin Adı	2006'da Nöroloji Plk. Başvuran Hasta Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örneklem Alınacak Hasta Sayısı	Örneklemi Oluşturan Hasta Yüzdesi
Ankara Numune Hastanesi	570	0,25	23	24,7
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	288	0,13	12	12,9
Ankara Gazi Devlet Hastanesi	58	0,03	3	0,03
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	247	0,11	10	0,1
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	423	0,19	17	18,3
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi	464	0,21	20	21,5
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	200	0,09	8	0,08
Toplam	2250 (N)		93 (n)	100,0

3.3. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırmanın verileri literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş Anket Formu (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır;

Birinci bölümde hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, aile yapısı, çalışma durumu, çalışma statüsü, sosyal güvencesi, ekonomik durum, sosyal destek durumu gibi) 14 açık ve kapalı uçlu soru yer almaktadır^{21, 22, 23}.

İkinci bölümde hastalık öyküsüne ilişkin (MS tanısı konulma zamanı, MS tipi, MS atağı geçirme sıklığı ve atakların ortalama süresi, son bir ayda yaşanan sağlık sorunları, kullanılan tedavi, fizyoterapi alma durumu, protez kullanma durumu gibi) 16 açık ve kapalı uçlu soru yer almaktadır^{21, 22, 23, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79}.

Üçüncü bölüm ise; Nancy Roper , Winifred W. Logan ve Alison J. Tierney tarafından geliştirilen GYA Modeli'ne göre belirlenen 12 yaşam aktivitesi ile ilgili (Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme, İletişim, Solunum, Beslenme, Boşaltım, Kişisel Temizlik ve Giyim, Beden Isısının Kontrolü, Hareket, Çalışma ve Eğlenme, Cinselliği Tanımlama, Uyku ve Ölüm) 44 sorudan oluşmaktadır. GYA'ne yönelik soruların anlaşılabilirliğini ve yeterliliğini değerlendirmek amacıyla 3 uzman görüşü alınmıştır^{21, 22, 23, 56, 57, 58, 62, 80, 81}.

3.4.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması

Anket formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla 30.05-08.07.2007 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'nde 6 hastanın katılımı ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket formunda gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veri toplamak amacıyla oluşturulan anket formu 17.08.2007-30.04.2008 tarihleri arasında Ankara merkezde bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı 5 hastane ile 2 üniversite hastanesi'nin Nöroloji polikliniklerine başvuran toplam 93 hastaya uygulanmıştır. Her bir

poliklinikten örneklem kapsamına alınacak hasta sayısı tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş ve polikliniğe başvuran hasta sırasına göre belirlenen sayıya ulaşıncaya kadar uygulamaya devam edilmiştir. Anket formu araştırmacı ve bu konuda eğitim verilen bir anketör tarafından poliklinik ortamında, etkileşimi önlemek amacıyla her bir hasta ile ayrı ayrı yüz-yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur. Anket formunun doldurulması ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 12,0 paket programı ile bilgisayar ortamında analiz edilmiştir.

Araştırmada hastalara ait demografik özellikler ve hastalığa ilişkin sorular çalışmanın bağımsız değişkenlerini, son bir ay içinde yaşadıkları sağlık sorunları ve GYA'ni gerçekleştirme durumlarına yönelik sorular ise; bağımlı değişkenleri oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde sıklık, yüzdelik hesapları, Ki-Kare, Mann-Withney U ve Kruskal-Wallis H, korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında ileri analizler yapabilmek için bir istatistikçiden görüş alınarak, anket formunda yer alan, hastaların son bir ay içinde yaşadığı MS belirtilerine yönelik likert tipindeki ifadelerden; nadiren ve arasıra seçenekleri “arasıra” ve çoğunlukla ve her zaman seçenekleri “her zaman” şeklinde birleştirilerek 3'lü likert tipine (hiçbir zaman, arasıra ve her zaman) dönüştürüldükten sonra, hiçbir zaman ifadesi “0”; ara sıra ifadesi “1” ve her zaman ifadesi “2” puan verilerek bireylerin toplam sorun puanları oluşturulmuştur. GYA'ne ilişkin sorularda da benzer bir uygulama yapılarak evet ve kısmen ifadesi “evet” şeklinde birleştirilmiş; hayır ifadesine “0” ve evet ifadesine “1” puan

verilerek GYA alan ve toplam puanları elde edilmiştir. Toplam sorun puanları minimum 0 ve maksimum 50; GYA toplam puanları minimum 0 ve maksimum 44'tür. Toplam sorun ve GYA toplam Puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ikili gruplarda Mann-WithneyU ve çoklu gruplarda Kruskal-WallisH testleri kullanılmış ve GYA alt grup ve toplam puan ortalamalarının değerlendirilmesinde sıra ortalamaları kullanılmıştır⁶³.

Son Bir Ayda Yaşanan Sorunlar

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Baş dönmesi | 14. Ağrı |
| 2. Ellerde kuvvet azlığı | 15. Denge kaybı |
| 3. Ellerde uyuşma | 16. Yutma problemleri |
| 4. Ayaklarda kuvvet azlığı | 17. Üriner İnkontinans |
| 5. Ayaklarda uyuşma | 18. Kabızlık |
| 6. Elleri/kolları hareket ettirememe | 19. Fekal İnkontinans |
| 7. Ayakları/bacakları hareket ettirememe | 20. Yorgunluk |
| 8. Görme problemleri | 21. Dikkat dağınıklığı |
| 9. İşitme kaybı | 22. Hatırlamada güçlük |
| 10. Konuşma problemleri | 23. Uyku problemleri |
| 11. Nefes almada zorlanma | 24. Cinsel problemler |
| 12. Balgam çıkarmada zorlanma | 25. Tremor |
| 13. Spastisite | |

Günlük Yaşam Aktiviteleri

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme | 7. Beden ısısının kontrolü |
| 2. İletişim | 8. Hareket |
| 3. Solunum | 9. Çalışma ve eğlenme |
| 4. Beslenme | 10. Cinselliği tanımlama |
| 5. Boşaltım | 11. Uyku ¹ |
| 6. Kişisel temizlik ve giyim | 12. Ölüm |

¹ Hasta sayısının az olması nedeniyle analiz yapılamamıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma için Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Yerel Etik Kurulu'ndan, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler için İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve hastanelerin nöroloji bölüm başkanlarından yazılı izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildikten sonra hastaların yazılı/sözel izinleri (Ek 1) alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerine, ilaç kullanma durumlarına, son bir ay içinde sorun yaşama durumlarına ve sıklıklarına, GYA'ni gerçekleştirme durumlarına, GYA alt grup ve toplam puan ortalamalarına; tanıtıcı ve hastalık özelliklerinin, GYA'ni gerçekleştirme durumlarına etkisine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N: 93)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	59	63,4
Erkek	34	36,6
Yaş (37,8±10,4)		
19-29	27	27,0
30-40	26	28,0
41-51	25	26,9
51-63	15	16,1
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	3	3,2
Okur-yazar	2	2,2
İlkokul	31	33,3
Ortaokul	17	18,3
Lise	30	32,3
Üniversite	10	10,7
Medeni Durum		
Bekar	20	21,5
Dul/Boşanmış	11	11,8
Evli	62	66,7
Çocuk Sahibi Olma Durumu (n: 73)*		
Var	69	94,5
Yok	4	5,5
Çocuk Sayısı (2,17±1,10) (n: 73)*		
Yok	4	5,5
2 ve daha az	52	71,2
2'den fazla	17	23,3
Aile Tipi		
Çekirdek aile	72	77,4
Geniş aile	17	18,2
Yalnız yaşıyor	2	2,2
Parçalanmış aile	2	2,2

Tablo 4.1.'in Devamı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	24	25,8
Çalışmıyor	69	74,2
Çalışma Statüsü		
Memur	10	10,8
Serbest meslek/Esnaf	8	8,6
İşçi	6	6,5
Öğrenci	3	3,2
Evhanımı	38	40,9
Emekli	13	14,0
MS nedeniyle Çalışmama Süresi (n: 26) (5,9±5,2)		
≥1 yıl	7	26,9
2-5 yıl	7	26,9
6-9 yıl	5	19,3
10-20 yıl	7	26,9
Sosyal Güvencesi		
Yok	1	1,1
Var	92	98,9
Ekonomik Durumu		
Geliri giderini karşılıyor	56	60,2
Geliri giderini karşılamıyor	37	39,8

* Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %63,4'ünün kadın ve kadın/erkek oranının 1,7 olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması 37,8±10,4 olup yarısından fazlası (%55) 19-40 yaşları arasındadır. Hastaların eğitim durumu incelendiğinde; %33,3'ünün ilkokul, %32,3'ünün lise, %10,7'sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %66,7'si evli, %71,2'si en fazla 2 çocuk sahibi ve büyük çoğunluğu (%77,4) çekirdek aile yapısındadır.

Hastaların %74,2'si çalışmamakta olup %40,9'u ev hanımıdır. Hastaların MS nedeniyle çalışmama süreleri ortalaması 5,9

yıl±5,2 ve çoğunluğunun (%98,8) sosyal güvencesi olup %60,2'si ekonomik durumunu gelirinin giderini karşıladığı şeklinde ifade etmiştir.

Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (N: 93)

Hastalık Özellikleri	Sayı	%
Tanı Süresi (6,5±5,9)		
1-5 yıl	56	60,2
6-10 yıl	18	19,4
11-27 yıl	19	20,4
MS Prognozu		
Relapsing-Remitting Form	75	80,6
Sekonder Progresif Form	16	17,2
Primer Progresif Form	2	2,2
MS Ataklarının Sıklığı (3,3±2,5)		
Atak yok	21	22,5
Yılda 1	10	10,7
Yılda 2	17	18,3
Yılda 3 ≤	18	30,2
Değişken	17	18,3
Son MS Atağından Sonra Geçen Süre (n: 91)* (409,4 gün±908,1)		
> 6 ay	62	68,1
6 ay-2 yıl	18	19,8
3 yıl ≤	11	12,1
MS Ataklarının Ortalama Süresi (26,6 gün±52,3)		
≥ 27 gün	68	73,1
27 gün <	25	26,9
Herhangi Bir Protez Kullanma Durumu		
Kullanıyor**	5	5,4
Kullanmıyor	88	94,6
Fizik-Tedavi Alma Durumu		
Alıyor	12	12,9
Almıyor	81	87,1
Fizik-Tedavi Alma Sıklığı (n: 12)*		
Hergün	9	75,0
15 günde bir	3	25,0
Depresyon Tanısı Alma Durumu (n: 91)*		
Almış	37	39,8
Almamış	56	60,2
Antidepresif ilaç Kullanma Durumu (n: 37)*		
Kullanıyor	30	81,1
Kullanmıyor	7	18,9
Antidepresif ilaç Kullanma Süresi (n: 30)* (14,3± 14,8)		
≥1 yıl	21	70,0
1 yıl<	9	30,0

Tablo 4.2.' nin Devamı

MS Dışında Başka Hastalıkların Varlığı	Sayı	%
Var	14	15,1
Yok	79	84,9
MS Dışında Var Olan Diğer Hastalıklar (n: 16)*		
Solunum sistemi hastalıkları	2	12,4
Kardiyo-vasküler sistem hastalıkları	2	12,4
Sindirim sistemi hastalıkları	3	18,8
Sinir sistemi hastalıkları	3	18,8
Endokrin sistem hastalıkları	3	18,8
Diğer ***	3	18,8
Sosyal Destek Varlığı		
Yok	21	22,6
Var	72	77,4
Sosyal Destek Kaynakları (n: 107)****		
Aile	52	48,6
Eş	29	27,1
Akrabalar	11	10,3
Sağlık Ekibi	2	1,9
Diğer*****	13	12,1

* Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

** Diş protezi

*** Böbrek hastalığı, romatoid artrit, üveit

**** Yüzdelere katlanmış n üzerinden alınmıştır.

*****Arkadaş, kardeş, komşu, çocuklar

Tablo 4.2' de hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırmaya katılan MS'li hastaların tanı süresi ortalaması $6,5 \pm 5,9$ olup, %60,2'si 1-5 yıldır MS hastalığına sahiptir ve büyük bir çoğunluğunun (%80,6) MS prognozu Relapsing-Remitting tiptedir.

Hastaların MS ataklarına ilişkin bulguları incelendiğinde; %22,5' inin uzun süredir atak geçirmediği, %30,2'sinin yılda 3 ve daha fazla atak geçirdiği, %18,3'ünün ise yılda geçirdiği atak sayısının değişken olduğu görülmektedir. Hastaların son ataktan sonra geçen süre ortalaması ($409,4 \pm 908,1$) olup, %68,1'i en fazla 6 ay önce bir MS atağı deneyimlemiştir. Araştırmaya katılan hastaların atak süresi ortalaması ($26,6 \pm 52,3$) olarak hesaplanmıştır ve hastaların %73,1'inin ortalama atak süresi 27 gün ve daha azdır.

Hastaların %94,6'sı herhangi bir protez kullanmamaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %12,9'u fizik tedavi almakta olup %75,0'i her gün fizik-tedavi egzersizleri yaptığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan MS'li hastaların %39,8'i depresyon tanısı almış, %81,1'i antidepresif bir ilaç kullanmaktadır. Hastaların antidepresif ilaç kullanma süreleri ortalaması $14,3 \pm 14,8$ olup; %70,0'i 1 yıl ve daha az süredir antidepresif ilaç kullanmaktadır.

Hastaların %15,1'i MS dışında başka bir hastalığa sahip olup %18,8'inin sindirim, %18,8'inin sinir ve %18,8'inin endokrin sistem hastalığı olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %77,4'ünün en az bir sosyal destek kaynağı bulunmakta olup %48,6'sı ailesini sosyal destek kaynağı olarak görmektedir.

Tablo 4.3: Hastaların MS Tedavisi İçin İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (N: 93)

MS Tedavisi İçin İlaç Kullanma Durumu	Sayı	%
Kullanan	57	61,3
Kullanmayan	36	38,7
MS tedavisinde kullanılan ilaçlar (n: 65)*		
İmmünomodülatör ilaçlar	38	58,5
İmmünosupresif ilaçlar	8	12,3
Belirtiatik tedavi	19	29,2
İlacı Kullanma Yolu (n: 65)*		
Oral yol ile	26	40,0
İnvasif (SC, IM, IV) yol ile	39	60,0
Kullanılan İlacı Bağlı Yan Etki Gelişme Durumu (n: 57)*		
Evet	22	38,6
Hayır	35	61,4
Kullanılan İlacı Bağlı Ortaya Çıkan Yan Etkiler (n: 46)*		
Grip benzeri belirtiler	25	54,3
Yorgunluk/halsizlik	7	15,2
Uyku bozuklukları	5	10,9
Diğer**	9	19,6

* Yüzdelere katlanmış n üzerinden alınmıştır.

** Kusma, saç dökülmesi, vücutta kızarıklık, şişlik, iştahsızlık, anksiyete

Tablo 4.3' de hastaların MS tedavisi için ilaç kullanma durumuna göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %61,3'ü MS tedavisi için bir ilaç kullanmakta olup %58,5'i immünomodülatör ilaç kullanmaktadır. Hastaların ilacı kullanma yolu incelendiğinde; %60,0'ı invazif yol ile ilaç aldıklarını belirtmiştir. Hastaların %38,6'sı kullandıkları ilaca bağlı yan etki ve %54,3'ü grip benzeri belirtiler deneyimlediklerini ifade etmiştir.

Tablo 4.4: Hastaların Son Bir Ay İçinde Sağlık Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı (N: 93)

Sorunlar	Yaşayan		Yaşamayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Yorgunluk	72	77,4	21	22,6
Denge kaybı	69	74,2	24	25,8
Ayaklarda kuvvet azlığı	62	66,7	31	33,3
Ellerde uyuşma	61	65,6	32	34,4
Ellerde kuvvet azlığı	59	63,4	34	36,6
Ayaklarda uyuşma	58	62,4	35	37,6
Hatırlamada güçlük	56	60,2	37	39,8
Ağrı	55	59,1	38	40,9
Dikkat dağınıklığı	53	57,0	40	43,0
Baş dönmesi	50	53,8	43	46,2
Spastisite	50	53,8	43	46,2
Konstipasyon	44	47,3	49	52,7
Üriner inkontinans	41	46,2	52	53,8
Görme problemleri	40	43,0	53	57,0
Uyku problemleri	38	40,9	55	59,1
Ayakları/bacakları hareket ettirememe	37	39,8	56	60,2
Konuşma problemleri	33	35,5	60	64,5
Tremor	32	34,4	61	65,6
Yutma problemleri	26	28,0	67	72,0
Cinsel problemler	25	26,9	68	73,1
Elleri/kolları hareket ettirememe	33	24,7	70	75,3
İşitme kaybı	13	14,0	80	86,0
Nefes almada zorlanma	13	14,0	80	86,0
Fekal inkontinans	13	14,0	80	86,0
Balgam çıkarmada zorlanma	10	10,8	83	89,2
Diğer*	3	3,3	90	96,7

*Kafayı dik tutamama, yüzde his kaybı, mide bulantısı

Tablo 4.4' de hastaların son bir ay içinde sağlık sorunu yaşama durumlarına göre dağılımına ilişkin bulgular görülmektedir. Hastaların çoğunluğu (%77,4) yorgunluk, denge kaybı (%74,2), ellerde kuvvet azlığı (%63,4) ve uyuşma (%65,6), ayaklarda kuvvet azlığı (%66,7) ve uyuşma (%62,4) gibi sorunları yaşadıklarını belirtirken cinsel problemler

(%26,9); işitme kaybı (%14,0); nefes almada zorlanma (%14,0) ve balgam çıkarmada zorlanma (%10,8) gibi sorunları daha az yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.5: Hastaların Son Bir Ay İçinde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarının Sıklığına Göre Dağılımı (N: 93)

Sorunlar	Ara sıra		Her zaman	
	Sayı	%	Sayı	%
Baş dönmesi	30	32,3	20	21,5
Ellerde kuvvet azlığı	20	21,5	39	41,9
Ellerde uyuşma	24	25,8	37	39,8
Ayaklarda kuvvet azlığı	16	17,2	46	49,5
Ayaklarda uyuşma	19	20,4	39	41,9
Elleri/kolları hareket ettirememe	8	8,6	15	16,1
Ayakları/bacakları hareket ettirememe	11	11,8	26	28,0
Görme problemleri	15	16,1	25	26,9
İşitme kaybı	9	9,7	4	4,3
Konuşma problemleri	21	22,6	12	12,9
Nefes almada zorlanma	11	12,0	2	2,2
Balgam çıkarmada zorlanma	8	8,6	2	2,2
Spastisite	27	29,0	23	24,7
Ağrı	28	30,1	27	29,0
Denge kaybı	24	25,8	45	48,4
Yutma problemleri	17	18,3	9	9,7
Üriner inkontinans	22	23,7	21	22,6
Konstipasyon	9	9,7	35	37,6
Fekal inkontinans	9	9,7	4	4,3
Yorgunluk	16	17,2	56	60,2
Dikkat dağınıklığı	18	19,4	35	37,6
Hatırlamada güçlük	20	21,5	36	38,7
Uyku problemleri	14	15,1	24	25,8
Cinsel problemler	7	7,5	18	19,4
Tremor	18	19,4	14	15,1

Tablo 4.5’ de hastaların son bir ay içinde yaşadıkları sağlık sorunlarının sıklığına göre dağılımına ilişkin bulgular görülmektedir.

Hastaların %60,2' si yorgunluk; %48,4'ü denge kaybı; %41,9'u ellerde kuvvet azlığı; %39,8'i uyuşma ve %49,5'i ayaklarda kuvvet azlığı ve %41,9'u uyuşma sorunlarını her zaman yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablolaştırılmamakla birlikte hastaların son bir ayda yaşadıkları 25 soruna ilişkin toplam sorun puan ortalaması $42,7 \pm 9,8$ (24-43) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.6: Hastaların GYA'ni Gerçekleştirmede Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı (N:93)

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Yaşayan		Yaşamayan	
	Sayı	%	Sayı	%
A. Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme				
Kendini güvende hissetme duygusunda değişim	50	53,8	43	46,2
Evde ya da dışarıda düşme	45	48,4	48	51,6
İlaçlarını kullanmada ve/veya uygulamada sorun yaşama (n=57)*	10	17,6	47	82,4
Yanık geçirme	1	1,1	92	98,9
Trafik kazası geçirme	1	1,1	92	98,9
B. İletişim				
Bir konu hakkında düşüncelerini yoğunlaştırmada sorun yaşama	33	35,5	60	64,5
Bir konu hakkındaki düşüncelerini çevresindekilere anlatmada sorun yaşama	25	26,9	68	73,1
Çevresindeki bireylerle iletişim kurmada sorun yaşama	15	16,1	78	83,9
C. Solunum				
Solunum sıkıntısı yaşama	8	8,6	85	91,4
Solunumunu desteklemek için oksijen desteği kullanmaya gereksinim duyma	1	1,1	92	98,9
D. Beslenme				
Beslenme gereksinimini karşılamak için alışveriş yapmada sorun yaşama	33	35,5	60	64,5
Yemek pişirme/hazırlama konusunda sorun yaşama	32	34,4	61	65,6
Çay/kahve vb. içerken fincan/bardağı tutmada sorun yaşama	30	32,3	63	67,7
Yemek yerken çatal, bıçak ya da kaşığı rahat bir şekilde kullanmada sorun yaşama	26	28,0	67	72,0
Beslenme aktivitesi için masayı hazırlama ve toplamada sorun yaşama	25	26,9	68	73,1
E. Boşaltım				
Tuvalete gidip-gelmede sorun yaşama	33	35,5	60	64,5
İdrar yapma ile ilgili sorun yaşama	32	34,4	61	65,6
Defekasyon yapma ile ilgili sorun yaşama	30	32,3	63	67,7
Tuvaleti kullanmadan önce ve sonra giysilerini çıkartıp-giymede sorun yaşama	26	28,0	67	72,0
Tuvaleti kullanmadan önce ve sonra ellerini yıkamada sorun yaşama	14	15,1	79	84,9
F. Kişisel Temizlik ve Giyim				
Banyo yapmada sorun yaşama	29	31,2	64	68,8
Kişisel bakım gereksinimlerini karşılamada sorun yaşama	23	24,7	70	75,3
Giyinmede sorun yaşama	18	19,4	75	80,6

Tablo 4.6.'nın Devamı

G. Beden Isısının Kontrolü				
Beden ısısında değişim	39	41,9	54	58,1
Evinin ısını ayarlama sorun yaşama	12	12,9	81	87,1
İşyerinin ısını ayarlama sorun yaşama (n=24)	7	29,2	17	70,8
Ateşi olduğunda ateşini kontrol etmede sorun yaşama	6	6,5	87	93,5
H. Hareket				
Ayakta dengede durmada sorun yaşama	58	62,4	35	37,6
Yürümede sorun yaşama	57	61,3	36	38,7
Merdiven inip-çıkma sorun yaşama	52	55,9	41	44,1
Ulaşım için taşıma araçlarını kullanmada sorun yaşama	48	51,6	45	48,4
Sandalyeye/koltuğa/yatağa oturup-kalkmada sorun yaşama	44	47,3	49	52,7
Hareket etmeye yardımcı bir araç kullanma gereksinimi	25	26,9	68	73,1
I. Çalışma ve Eğlenme				
Hobi/uğraşı yapmada sorun yaşama	45	48,4	48	51,6
Evdeki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	44	47,3	49	52,7
Sinema, tiyatro, seyahat, tatil gibi sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede sorun yaşama	37	39,8	56	60,2
Komşu-arkadaş-akraba ziyaretlerini gerçekleştirmede sorun yaşama	32	34,4	61	65,6
Mesleki sorumluluklarını yerine getirmede yaşama (n=24)*	16	66,7	8	33,3
J. Cinselliği Tanımlama				
Cinsel yaşamın etkilenmesi (n=86)**	36	41,9	50	58,1
Dış görünümü ile ilgilenmede değişim	28	30,1	65	69,9
K. Uyku				
Uyku ile ilgili sorun yaşama	38	40,9	55	59,1
Uyku sorunu için ilaç kullanma (n=40)	12	30,0	28	70,0
L. Ölüm				
Gelecekle ilgili plânlarda etkilenme	51	54,8	42	45,2
Ölüme ilişkin düşüncelerde değişim	26	28,0	67	72,0

* 57 hasta ilaç kullandığını belirtmiştir.

**24 hasta çalışmaktadır.

***7 hasta cinsel olarak aktif olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.6’da araştırma kapsamına alınan hastaların GYA’ni gerçekleştirmede sorun yaşama durumlarına göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 4.6 incelendiğinde; hastaların güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme ile ilgili olarak %53,8’inin kendini güvende hissetme duygusunda değişim olduğu belirlenmiştir. Tablolaştırılmamakla birlikte hastalara kendini güvende hissetme duygusunda değişim yaşama nedenleri sorulduğunda gelen açıklamaların %42,3’ünün “evde ve dışarıda kendini güvende hissetmeme”, %23,1’inin “kaza (düşme, yaralanma, trafik kazası gibi) geçirmekten korkma” ve %11,5’inin “özgüvenini kaybetme” olduğu saptanmıştır.

Hastaların iletişim ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde; %35,5’inin bir konu hakkındaki düşüncelerini yoğunlaştırmada sorun yaşadığı görülmektedir. Tablolaştırılmamakla birlikte hastalara bu sorunu yaşama nedenleri sorulduğunda gelen açıklamaların %60,8’inin “unutkanlık nedeniyle düşüncelerini toparlayamama” olduğu belirlenmiştir.

Hastaların solunum ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde; %8,6’sı solunum sıkıntısı yaşamakta olup, %1,1’i oksijen desteği kullanmaya gereksinim duymaktadır. Hastaların solunum ile ilgili yaşadığı sorunlara ilişkin ifadeleri incelendiğinde açıklamada bulunan 5 hastadan 3’ünün “nefes alamama hissi”; 2’sinin “merdiven çıkarken nefes almada zorlanma” yaşadığı belirlenmiştir.

Hastaların beslenme ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde; %35,5’inin beslenme gereksinimini karşılamak için alışveriş yapmada sorun yaşadığı görülmektedir. Hastalara bu sorunu

yaşama nedenleri sorulduğunda gelen açıklamaların %64,5'inin "denge-hareket etme ile ilgili sorun yaşama" olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6'da araştırmaya katılan hastaların boşaltım ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde; %35,5'inin tuvalete gidip-gelmede sorun yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların tuvalete gidip-gelmede sorun yaşama nedenleri sorulduğunda gelen cevapların çoğunluğunun (%80,0) "denge-hareket etme" olduğu saptanmıştır.

Hastaların kişisel temizlik ve giyim ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde; %31,2'sinin banyo yapmada sorun yaşadığı görülmektedir. Hastaların bu sorunu yaşama nedenleri sorulduğunda gelen cevapların %35,3'ünün "banyo yapmada yardıma gereksinim duyma" olduğu belirlenmiştir.

Hastaların beden ısısının kontrolü ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde %41,9'u beden ısısında değişim olduğunu belirtmiştir. Hastaların beden ısısında değişim yaşamaya ilişkin açıklamaları incelendiğinde %33,4'ünün "üşüme", ve %28,9'unun "etkilenmiş ekstremitelerde soğukluk" olduğu belirlenmiştir.

Hastaların hareket ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde; %62,4'ü ayakta dengede durmada ve %61,3'ü yürümede, sorun yaşamaktadır. Hastalara bu sorunları yaşama nedenleri sorulduğunda gelen açıklamaların; ayakta dengede durmada %67,8'inin ve yürümede %56,9'unun; "alt ekstremitelerde güç/hareket kaybı" olduğu görülmüştür. Hastaların %26,9'u hareket etmesine yardımcı bir araç (baston, tekerlekli sandalye vb.) kullanmaya gereksinim duymaktadır. Tablolaştırılmamakla birlikte; hareket etmeye yardımcı bir araç kullandığını

belirten hastaların %76,0'sı baston, %36,0'sı tekerlekli sandalye ve %4,0'ü yürüteç kullanmaktadır.

Tablo 4.6'da araştırmaya katılan hastaların çalışma ve eğlenme ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde; %48,4'ü MS tanısı konulmadan önce sürekli gerçekleştirdiği hobi/uğraşları yapmada sorun yaşamaktadır. Hastaların hobi/uğraşı yapmada sorun yaşama nedenleri sorulduğunda gelen açıklamaların %60,6'sının "alt ekstremitede güç/hareket kaybı" olduğu saptanmıştır.

Hastaların cinselliği tanımlama ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde; %41,9'u MS nedeniyle cinsel yaşamının etkilendiğini ifade etmiştir. Tablolaştırılmamakla birlikte hastaların cinsel yaşamlarının etkilenmesine ilişkin nedenler sorulduğunda gelen cevapların kadın hastalarda %42,5'inin, "cinsel ilgi azlığı/kaybı" %17,5'inin "cinsel doyuma ulaşma güçlüğü" ve %15,0'inin "vajinal lubrikasyonda azalma"; erkek hastalarda %35,4'ünün; "cinsel ilgi azlığı/kaybı", %32,3'ünün "ereksiyonda zorluk", ve %19,4'ünün "eşi memnun etmede yetersizlik" olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların uyku ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde; %40,9'unun uyku ile ilgili sorunlar yaşadığı ve uyku ilgili yaşadığı sorunların nedenleri sorulduğunda gelen cevapların %60,5'inin uykuya dalmada güçlük, %28,9'unun gece sık sık uyanma olduğu belirlenmiştir.

Hastaların ölüm ile ilgili olarak sorun yaşama durumları incelendiğinde; %54,8'i MS'in geleceğe yönelik planlarını etkilediğini ve yarısı (%47,5) artık geleceğe yönelik plan yapmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.7: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamaları, Minimum-Maximum ve Standart Sapma Değerleri

GYA	$\bar{x}$	Min	Max	ss
Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme	1,2	0	4	1,0
İletişim	0,8	0	3	1,1
Solunum	0,1	0	2	0,3
Beslenme	1,6	0	5	1,8
Boşaltım	1,5	0	5	1,7
Kişisel Temizlik ve Giyim	0,8	0	3	1,1
Beden Isısının Kontrolü	0,7	0	3	0,8
Hareket	3,1	0	6	2,4
Çalışma ve Eğlenme	2,1	0	7	2,1
Cinselliği Tanımlama	0,7	0	2	0,8
Ölüm	0,8	0	2	0,8
GYA Toplam puanı	13,6	0	38	10,4

Tablo 4.7’de hastaların GYA alt grup ve toplam puan ortalamaları, minimum-maximum ve standart sapma değerleri görülmektedir.

Tablo 4.7 incelendiğinde hastaların hareket, çalışma ve eğlenme, beslenme, boşaltım ve güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme puan ortalamalarının diğer GYA puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görülmekte olup GYA toplam puan ortalaması $13,6 \pm 10,4$ (0-38)’dür.

Tablo 4.8: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı (N: 93)

GYA		N	$\bar{x}$	ss	Sıra Ort.	Mann-Whitney U	p
Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme	Kadın	59	1,1	1,0	44,6	862,5	0,239
	Erkek	34	1,3	0,9	51,1		
İletişim	Kadın	59	0,6	1,0	43,9	823	0,110
	Erkek	34	1,0	1,2	52,3		
Solunum	Kadın	59	0,1	0,3	46,9	997	0,922
	Erkek	34	0,1	0,4	47,2		
Beslenme	Kadın	59	1,5	1,8	45,0	886	0,327
	Erkek	34	1,8	1,8	50,4		
Boşaltım	Kadın	59	1,3	1,6	44,1	831	0,146
	Erkek	34	1,8	1,8	52,1		
Kişisel Temizlik ve Giyim	Kadın	59	0,6	0,9	43,5	798,5	0,067
	Erkek	34	1,0	1,2	53,0		
Beden Isısının Kontrolü	Kadın	59	0,6	0,8	44,3	842,5	0,159
	Erkek	34	0,9	0,9	51,7		
Hareket	Kadın	59	2,8	2,3	44,2	837,5	0,177
	Erkek	34	3,5	2,4	51,9		
Çalışma ve Eğlenme	Kadın	59	2,0	2,1	44,8	875	0,295
	Erkek	34	2,3	2,1	50,8		
Cinselliği Tanımlama	Kadın	59	0,6	0,7	43,7	807	0,088
	Erkek	34	0,9	0,8	52,8		
Uyku	Kadın	59	0,4	0,5	46,9	998	0,963
	Erkek	34	0,4	0,5	47,1		
Ölüm	Kadın	59	0,8	0,8	44,9	880	0,294
	Erkek	34	0,9	0,8	50,6		
Toplam GYA puanı	Kadın	59	12,2	9,7	43,8	814,5	0,132
	Erkek	34	15,9	11,3	52,5		

*p>0,05

Tablo 4.8’de hastaların GYA alt grup ve toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımına ilişkin bulgular görülmektedir. GYA alt grup ve toplam puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p>0,05)

Hastaların GYA’ni gerçekleştirmede sorun yaşama durumlarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; kadın hastaların %42,9’unun sadece “işyerinin ısını ayarlama”; erkek hastaların ise,

%41,2'sinin “bir konu hakkındaki düşüncelerini çevresindekilere anlatmada”, %47,1'inin “çay/kahve vb. içerken fincan/bardağı tutmada” ve %47,1'inin “defekasyon ile ilgili” sorun yaşadığı belirlenmiş olup bu bulgular istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$; Ek Tablo 1)

Tablo 4.9: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (N:93)

GYA	Yaş	N	$\bar{x}$	ss	Sıra Ort.	Kruskal-Wallis H	P
Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme	19-29	27	0,96	0,90	42,2	3,076	0,215
	30-39	26	1,46	1,10	54,2		
	40+	40	1,08	0,92	45,6		
İletişim	19-29	27	0,70	1,07	44,4	1,290	0,525
	30-39	26	0,96	1,15	51,5		
	40+	40	0,73	1,04	45,9		
Solunum	19-29	27	0,07	0,27	46,4	0,201	0,904
	30-39	26	0,08	0,27	46,5		
	40+	40	0,13	0,40	47,7		
Beslenme	19-29	27	1,15	1,54	41,3	2,043	0,360
	30-39	26	1,58	1,68	47,7		
	40+	40	1,85	1,97	50,4		
Boşaltım	19-29	27	1,04	1,40	41,1	2,613	0,271
	30-39	26	1,38	1,75	46,4		
	40+	40	1,78	1,78	51,4		
Kişisel Temizlik ve Giyim	19-29	27	0,56	0,89	43,4	0,859	0,651
	30-39	26	0,81	1,06	48,8		
	40+	40	0,85	1,17	48,3		
Beden Isısının Kontrolü	19-29	27	0,67	0,68	48,5	0,509	0,775
	30-39	26	0,77	0,95	48,7		
	40+	40	0,65	0,89	44,9		
Hareket	19-29	27	2,59	2,32	41,8	1,934	0,380
	30-39	26	3,08	2,28	46,3		
	40+	40	3,35	2,43	50,9		
Çalışma ve Eğlenme	19-29	27	1,48	1,67	40,2	4,310	0,116
	30-39	26	1,85	1,93	44,4		
	40+	40	2,68	2,38	53,3		
Cinselliği Tanımlama	19-29	27	0,48	0,70	40,2	3,466	0,177
	30-39	26	0,88	0,86	52,7		
	40+	40	0,70	0,72	47,9		
Ölüm	19-29	27	0,67	0,73	42,3	2,406	0,300
	30-39	26	1,04	0,92	52,9		
	40+	40	0,80	0,79	46,3		
Toplam GYA puanı	19-29	27	10,63	9,26	39,8	2,856	0,240
	30-39	26	14,23	10,89	48,3		
	40+	40	15,13	10,60	51,0		

*p>0,05

Tablo 4.9’da hastaların GYA alt grup ve toplam puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımına ilişkin bulgular

görülmektedir. GYA alt grup ve toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p>0,05$)

Hastaların GYA'ni gerçekleştirmede sorun yaşama durumlarının yaşa göre dağılımlarına ilişkin bulgular incelendiğinde; yaşı 40'tan fazla olan hastaların yarısının "kendini güvende hissetme duygusunda değişim", %42,5'inin "tuvaleti kullanmadan önce ve sonra giysilerini çıkartıp-giyimde", %55'inin "sinema, tiyatro, seyahat, tatil gibi sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede" ve uyku ile ilgili olarak sorun yaşadıkları belirlenmiş olup bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$; Ek Tablo 2)

Tablo 4.10: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının Tanı Süresine Göre Dağılımı (N: 93)

GYA	Tanı Süresi	N	$\bar{x}$	ss	Sıra Ort.	Mann-Whitney U	P
Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme	1-9 y	68	1,0	1,0	44,0	643	0,060
	10-27 y	25	1,4	0,9	55,3		
İletişim	1-9 y	68	0,8	1,1	47,4	819,5	0,769
	10-27 y	25	0,7	0,9	45,8		
Solunum	1-9 y	68	0,1	0,3	47,7	800	0,373
	10-27 y	25	0,1	0,4	45,0		
Beslenme	1-9 y	68	1,5	1,7	45,9	778,5	0,515
	10-27 y	25	1,8	1,9	49,9		
Boşaltım	1-9 y	68	1,2	1,6	42,4	539,5	0,004*
	10-27 y	25	2,2	1,7	59,4		
Kişisel Temizlik ve Giyim	1-9 y	68	0,6	1,0	42,5	543,5	0,003*
	10-27 y	25	1,2	1,2	59,3		
Beden Isısının Kontrolü	1-9 y	68	0,6	0,8	44,6	689	0,125
	10-27 y	25	0,9	1,0	53,4		
Hareket	1-9 y	68	2,5	2,3	41,1	446,5	0,000*
	10-27 y	25	4,5	1,7	63,1		
Çalışma ve Eğlenme	1-9 y	68	1,7	1,9	42,0	512	0,003*
	10-27 y	25	3,2	2,3	60,5		
Cinselliği Tanımlama	1-9 y	68	0,6	0,8	45,1	721	0,222
	10-27 y	25	0,8	0,6	52,2		
Ölüm	1-9 y	68	0,8	0,8	46,3	801,5	0,653
	10-27 y	25	0,9	0,8	48,9		
Toplam GYA puanı	1-9 y	68	11,9	10,3	42,2	521,5	0,004*
	10-27 y	25	18,2	9,3	60,1		

*p<0,05

Tablo 4.10'da hastaların GYA alt grup ve toplam puan ortalamalarının tanı süresine göre dağılımı yer almaktadır. Tanı süresi 10-27 yıl olan hastaların boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, hareket, çalışma ve eğlenme puanları ve GYA toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmekte olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p<0,05)

Hastaların GYA'ni gerçekleştirmede sorun yaşama durumlarının tanı süresine göre dağılımlarına ilişkin bulgular

incelendiğinde; tanı süresi 10-27 yıl olan hastaların %72,0'sinin kendini güvende hissetme duygusunda değişim, %92,0'sinin ayakta dengede durmada, %88,0'inin yürümede ve %72,0'sinin sandalyeye/koltuğa/yatağa oturup-kalkmada, %68,0'inin komşu-arkadaş-akraba ziyaretlerini ve sinema, tiyatro, seyahat, tatil gibi aktiviteleri gerçekleştirmede sorun yaşadığı belirlenmiş olup bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$; Ek Tablo 3)

Tablo 4.11: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının MS Prognozuna Göre Dağılımı (N:93)

GYA	MS Prognozu	N	$\bar{x}$	ss	Sıra Ort.	Mann Whitney U	P
Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme	RR	75	1,1	1,0	44,5	491	0,060
	SP-PP	18	1,5	0,8	57,2		
İletişim	RR	75	0,8	1,1	47,2	663	0,897
	SP-PP	18	0,7	1,0	46,3		
Solunum	RR	75	0,1	0,4	48,0	603	0,150
	SP-PP	18	0,0	0,0	43,0		
Beslenme	RR	75	1,3	1,7	43,5	414	0,008*
	SP-PP	18	2,5	1,7	61,5		
Boşaltım	RR	75	1,2	1,5	42,9	365,5	0,001*
	SP-PP	18	2,6	1,8	64,2		
Kişisel Temizlik ve Giyim	RR	75	0,6	1,0	44,0	449,5	0,014*
	SP-PP	18	1,3	1,2	59,5		
Beden Isısının Kontrolü	RR	75	0,6	0,8	44,4	480,5	0,037*
	SP-PP	18	1,0	0,8	57,8		
Hareket	RR	75	2,7	2,3	43,1	384	0,004*
	SP-PP	18	4,3	2,1	63,2		
Çalışma ve Eğlenme	RR	75	1,7	1,9	43,0	373,5	0,003*
	SP-PP	18	3,6	2,4	63,8		
Cinselliği Tanımlama	RR	75	0,6	0,7	44,7	501	0,065
	SP-PP	18	1,0	0,8	56,7		
Uyku	RR	75	0,4	0,5	46,6	645	0,732
	SP-PP	18	0,4	0,5	48,7		
Ölüm	RR	75	0,7	0,8	43,3	396	0,004*
	SP-PP	18	1,3	0,8	62,5		
Toplam GYA puanı	RR	75	12,0	10,0	42,7	349,5	0,002*
	SP-PP	18	20,3	9,3	65,1		

*p<0,05

Tablo 4.11’de hastaların GYA alt grup ve toplam puan ortalamalarının MS prognozuna göre dağılımı yer almaktadır. MS prognozu ilerleyici (SPMS-PPMS) olan hastaların olmayanlara göre beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlenme, ölüm puanları ve GYA toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmekte olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p<0,05)

Hastaların GYA'ni gerçekleştirmede sorun yaşama durumlarının MS prognozuna göre dağılımına ilişkin bulgular incelendiğinde; MS prognozu ilerleyici (SPMS-PPMS) olan hastaların %77,8'inin "kendini güvende hissetme duygusunda değişim", %83,3'ünün "ayakta dengede durmada, yürümede, merdiven inip-çıkmada", %72,2'sinin evdeki sorumluluklarını yerine getirmede, %77,8'inin hobi/uğraşı yapmada sorun yaşadığı ve %83,3'ünün gelecekle ilgili planlarının etkilendiği belirlenmiş olup bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$; Ek Tablo 4)

Son Atak Süresinin GYA zerine Etkisi

Araştırmaya katılan hastaların son atak süresi ile GYA alt grup ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. ($p>0,05$)

Tablo 4.12: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının Depresyon Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılımı (N: 93)

GYA	Depresyon Tanısı Alma Durumu	N	$\bar{x}$	ss	Sıra Ort.	Mann-Whitney U	p
Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme	Alan	37	1,5	1,0	55,6	716,5	0,008*
	Almayan	56	0,9	0,9	41,3		
İletişim	Alan	37	0,9	1,1	50,4	908,5	0,266
	Almayan	56	0,7	1,0	44,7		
Solunum	Alan	37	0,1	0,4	48,1	996	0,518
	Almayan	56	0,1	0,3	46,3		
Beslenme	Alan	37	1,8	1,8	50,6	902,5	0,271
	Almayan	56	1,4	1,7	44,6		
Boşaltım	Alan	37	1,7	1,8	50,1	921,5	0,341
	Almayan	56	1,3	1,6	45,0		
Kişisel Temizlik ve Giyim	Alan	37	1,0	1,2	52,3	839,5	0,083
	Almayan	56	0,6	0,9	43,5		
Beden Isısının Kontrolü	Alan	37	0,9	0,9	51,7	863,5	0,136
	Almayan	56	0,6	0,8	43,9		
Hareket	Alan	37	3,6	2,2	53,1	809	0,069
	Almayan	56	2,7	2,4	42,9		
Çalışma ve Eğlenme	Alan	37	2,3	2,1	50,4	910	0,310
	Almayan	56	2,0	2,2	44,8		
Cinselliği Tanımlama	Alan	37	0,7	0,7	47,9	1004,5	0,787
	Almayan	56	0,7	0,8	46,4		
Ölüm	Alan	37	0,9	0,8	48,9	966	0,556
	Almayan	56	0,8	0,8	45,8		
Toplam GYA puanı	Alan	37	15,9	10,4	53,2	808	0,073
	Almayan	56	12,0	10,2	42,9		

*p<0,05

Tablo 4.12' de araştırma kapsamına alınan hastaların GYA alt grup ve toplam puan ortalamalarının depresyon tanısı alma durumuna göre dağılımı görülmektedir. Depresyon tanısı alan hastaların güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme ve GYA toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmekte olup bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. (p<0,05)

Hastaların GYA'ni gerçekleştirmede sorun yaşama durumlarının depresyon tanısı alma durumuna göre dağılımlarına ilişkin bulgular incelendiğinde; depresyon tanısı alan hastaların %73,0'ünün “kendini güvende hissetme duygusunda değişim”, %64,9'unun sandalyeye/koltuğa/yatağa oturup-kalkmada, %54,1'inin uyku ile ilgili sorun yaşadığı ve yarısının uyku ile ilgili sorunlar için ilaç kullandığı belirlenmiş olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p<0,05 Ek Tablo 5)

Tablo 4.13: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Dağılımı (N: 93)

GYA	Sosyal Destek Alma Durumu	N	$\bar{x}$	ss	Sıra Ort.	Mann-Whitney U	P
Güvenli Bir Çevre Sağlama ve ürdürme	Alan	72	1,0	1,0	43,4	496,5	0,012*
	Almayan	21	1,6	0,8	59,4		
İletişim	Alan	72	0,5	0,9	41,8	378,5	0,000*
	Almayan	21	1,6	1,2	65,0		
Solunum	Alan	72	0,1	0,3	46,3	702	0,307
	Almayan	21	0,1	0,4	49,6		
Beslenme	Alan	72	1,3	1,7	43,5	501,5	0,014*
	Almayan	21	2,3	1,8	59,1		
Boşaltım	Alan	72	1,3	1,6	45,7	664	0,371
	Almayan	21	1,8	1,9	51,4		
Kişisel Temizlik ve Giyim	Alan	72	0,6	1,0	43,5	501,5	0,009*
	Almayan	21	1,2	1,1	59,1		
Beden Isısının Kontrolü	Alan	72	0,5	0,8	41,1	329	0,000*
	Almayan	21	1,3	0,7	67,3		
Hareket	Alan	72	2,9	2,3	44,5	574	0,087
	Almayan	21	3,7	2,5	55,7		
Çalışma ve Eğlenme	Alan	72	1,9	2,0	44,3	565	0,072
	Almayan	21	2,8	2,3	56,1		
Cinselliği Tanımlama	Alan	72	0,7	0,8	46,2	699,5	0,571
	Almayan	21	0,8	0,8	49,7		
Ölüm	Alan	72	0,7	0,8	43,6	514	0,017*
	Almayan	21	1,2	0,7	58,5		
Toplam GYA puanı	Alan	72	12,0	9,6	43,3	486,5	0,013*
	Almayan	21	19,0	11,4	59,8		

*p<0,05

Tablo 4.13'de hastaların GYA alt grup ve toplam puan ortalamalarının sosyal destek alma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Sosyal destek almayan hastaların güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, ölüm puanları ve GYA toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmekte olup bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. (p<0,05)

Hastaların GYA'ni gerçekleştirmede sorun yaşama durumlarının sosyal destek alma durumuna göre dağılımına ilişkin bulgular incelendiğinde; sosyal destek almayan hastaların %76,2'sinin MS nedeniyle “kendini güvende hissetme duygusunda değişim”, %90,5'inin “beden ısısında değişim” yaşadığı ve %76,2'sinin “gelecekle ilgili planlarda etkilenme” olduğu görülmüş bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p>0,05$ Ek Tablo 6)

Tablo 4.14: Hastaların GYA Alt Grup ve Toplam Puan Ortalamalarının İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı (N: 93)

GYA	İlaç Kullanma Durumu	N	$\bar{x}$	ss	Sıra Ort.	Mann-Whitney U	p
Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme	Kullanan	57	1,0	0,9	44,1	862,5	0,176
	kullanmayan	36	1,3	1,0	51,5		
İletişim	Kullanan	57	0,7	1,0	46,8	1016,5	0,934
	kullanmayan	36	0,9	1,2	47,3		
Solunum	Kullanan	57	0,1	0,3	46,2	982	0,475
	kullanmayan	36	0,1	0,4	48,2		
Beslenme	Kullanan	57	1,6	1,8	47,7	988,5	0,756
	kullanmayan	36	1,5	1,7	46,0		
Boşaltım	Kullanan	57	1,5	1,8	47,3	1010	0,894
	kullanmayan	36	1,4	1,5	46,6		
Kişisel Temizlik ve Giyim	Kullanan	57	0,8	1,1	48,0	970,5	0,623
	kullanmayan	36	0,7	1,1	45,5		
Beden Isısının Kontrolü	Kullanan	57	0,8	0,9	49,7	872,5	0,183
	kullanmayan	36	0,6	0,8	42,7		
Hareket	Kullanan	57	3,0	2,4	46,9	1019,5	0,958
	kullanmayan	36	3,1	2,3	47,2		
Çalışma ve Eğlenme	Kullanan	57	2,3	2,1	50,0	856,5	0,170
	kullanmayan	36	1,8	2,1	42,3		
Cinselliği Tanımlama	Kullanan	57	0,9	0,8	52,9	692	0,004*
	kullanmayan	36	0,4	0,7	37,7		
Ölüm	Kullanan	57	0,9	0,8	49,7	870,5	0,189
	kullanmayan	36	0,7	0,8	42,7		
Toplam GYA puanı	Kullanan	57	14,1	10,8	48,0	968,5	0,650
	kullanmayan	36	12,8	9,9	45,4		

*p<0,05

Tablo 4.14’de araştırmaya katılan hastaların GYA alt grup ve toplam puan ortalamalarının MS tedavisi için ilaç kullanma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; ilaç kullanan hastaların sadece cinselliği tanımlama puanları ve GYA toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmekte olup bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. (p<0,05)

Tablo 4.15: Hastaların Toplam Sorun Puanları İle GYA Alt Grup ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki (N: 93)

GYA Toplam Puanları		Toplam Sorun Puanı
Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme	r	0,462
	p	0,000*
İletişim	r	0,380
	p	0,000*
Solunum	r	0,284
	p	0,006*
Beslenme	r	0,582
	p	0,000*
Boşaltım	r	0,490
	p	0,000*
Kişisel Temizlik ve Giyim	r	0,490
	p	0,000*
Beden Isısının Kontrolü	r	0,499
	p	0,000*
Hareket	r	0,586
	p	0,000*
Çalışma ve Eğlenme	r	0,528
	p	0,000*
Cinselliği Tanımlama	r	0,406
	p	0,000*
Ölüm	r	0,344
	p	0,001*
Toplam GYA puanı	r	0,677
	p	0,000*

*p<0,05

Tablo 4.15’de GYA puanları ile toplam sorun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve toplam sorun puanları arttıkça GYA alt grup ve toplam puanlarının da arttığı görülmektedir. (p<0,05)

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan MS'li hastalara ilişkin veriler iki ana başlık altında tartışılmıştır;

- Hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerinin, GYA'ni gerçekleştirme durumlarına etkisi

- Hastaların son bir ay içinde yaşadıkları sorunların GYA'ni gerçekleştirme durumlarına etkisi

5.1. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık Özelliklerinin, Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni Gerçekleştirme Durumlarına Etkisi

Cinsiyetin Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni Gerçekleştirme Durumuna Etkisi

MS'in kadınlarda görülme sıklığının daha yüksek ve kadın:erkek oranının 2/1 olduğu belirtilmektedir. Araştırmada kadın erkek:oranı 1,7 (59:34) olarak hesaplanmıştır. (Tablo 4.1) MS'in yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelendiği bir çalışmada; Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne göre (HRQoL) cinsiyetin fiziksel boyutta yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir⁸³. Özellikle hareket alanında kadın hastaların puanlarının daha düşük olduğu ve yaşam kalitesi bakımından erkeklere oranla daha yüksek risk altında oldukları ifade edilmiştir. Janssens ve arkadaşları⁸⁹ erkek hastaların fiziksel sakatlık düzeyinin daha fazla olmasına rağmen; yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında bir ilişki olmadığını vurgulamıştır. Beiske ve arkadaşları⁶⁵ ile İdiman ve arkadaşları⁸³ tarafından yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesinin cinsiyet ile ilişkili olmadığı vurgulanmıştır. Kayıhan ve arkadaşları³¹ tarafından yapılan

çalışmada, MS'li erkek hastaların çoğunluğunun (%83.3); kadın hastaların yarısının seksüel sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir. Sèze ve arkadaşları⁹⁰ tarafından yapılan çalışmada, cinsiyetin üriner komplikasyonlarla ilişkili olmadığı ancak erkek hastaların yaşadıkları üriner sorunlar nedeniyle piyelonefrit gibi enfeksiyonlar için yüksek risk altında oldukları bildirilmiştir. Nortvedt ve arkadaşları⁶⁷ erkeklerin kadınlara göre daha fazla mesane ve seksüel problemler yaşadığını belirlemişlerdir.

Araştırmada hastaların GYA alt grup ve toplam puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,05$; Tablo 4.9.) Cinsiyet ile GYA'nde sorun yaşama durumları incelendiğinde; erkek hastaların iletişim alanında “bir konu hakkındaki düşüncelerini çevresindekilere anlatmada”; beslenme alanında “çay/kahve vb. içerken fincan/bardağı tutmada”; kişisel temizlik ve giyim alanında “giyinmede” ve boşaltım alanında “defekasyon” ile ilgili; kadın hastaların ise sadece çalışma ve eğlenme alanında “işyerinin ısını ayarlamada” daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiş ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Diğer GYA ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,05$; Ek Tablo 1) Literatür ve araştırma sonucunda elde edilen bulgular göz önünde bulundurulduğunda; cinsiyetin hastaların GYA'ni gerçekleştirme durumlarını etkileyebileceği söylenebilir.

Yaşın Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni Gerçekleştirme Durumuna Etkisi

MS insidansı 20-40 yaş olup genç yaşlarda ortaya çıkması; bireylerin en üretken çağlarında çeşitli düzeylerde sakatlık/yetersizlik (disability) yaşamalarına ve sakatlığa bağlı kaybedilen yaşam yılının artmasına yol açmaktadır. Janness ve arkadaşlarının⁸⁹ yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalaması $37,5\pm9,5$; Terzi ve arkadaşları⁸⁴ tarafından

yapılan çalışmada 36,48 (17-61) olarak belirlenmiştir. Einarsson ve arkadaşlarının²³ yaptığı çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak hastaların yaş ortalaması 51±12 (43-60) olarak bulunmuştur. Araştırmada hastaların yaş ortalaması 37,8±10,4 olup yarısından fazlasının 19-40 yaşları arasında olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.1)

İdman ve arkadaşları⁸³ tarafından yapılan ve MS'li hastalarda yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada yaşın yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir⁴⁰. Sèze ve arkadaşları⁹⁰ tarafından yapılan çalışmada üriner sistem komplikasyonları gelişen MS hastalarının yaş ortalamalarının sağlıklı popülasyona göre daha (50,6-46 yaş) yüksek olduğu, bunun MS prognozu ve süresi ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Nortvedt ve arkadaşları⁶⁴ tarafından yapılan çalışmada mesane, bağırsak ve seksüel problemlerle yaş arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır⁷³. Pfaffenberger ve arkadaşlarının²⁰ yaptığı çalışmada uyku alanı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızda da benzer olarak yaşı 40'tan fazla olan hastaların uyku ile ilgili olarak diğer hastalara göre daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir. (Ek Tablo 2) Bieske ve arkadaşları⁶⁵ genç hastalarda daha fazla sosyal izolasyon görüldüğünü belirtmiştir. Bunun aksine araştırmamızda ileri yaşlardaki hastaların çalışma ve eğlenme alanında "sinema, tiyatro, seyahat, tatil gibi sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede" daha fazla sorun yaşadıkları ve bu nedenle sosyal aktivitelerinin kısıtlandığı görülmüştür. Araştırmamızda elde edilen diğer bir bulgu, yaşı 40'tan fazla olan hastaların boşaltım alanında "tuvaleti kullanmadan önce ve sonra giysilerini çıkartıp-giymede" diğer hastalara göre daha fazla sorun yaşadıklarını göstermiştir. Bu durumun MS prognozunun ilerlemesi ile birlikte ilerleme gösteren denge ve hareket problemlerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Diğer GYA ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (p>0,05; Ek Tablo 2)

Tanı Süresinin Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni Gerçekleştirme Durumuna Etkisi

MS'de yaşanan sorunların tanı süresi ile doğrusal bir ilişki içinde olduğu, tanı süresinin artması ile hastaların zamanla yaşadıkları sorunların ve sakatlık düzeylerinin arttığı belirtilmiştir^{67, 68, 90}. Bu nedenle tanı süresi hastaların GYA'nde karşılaşabileceği sorunların boyutunu gösterebileceğinden oldukça önemlidir. Einarsson ve arkadaşları²³ tarafından 166 MS'li hastada yapılan çalışmada tanı süresi ortalaması 31 yıl ± 10 ve Johansson ve arkadaşları²² tarafından yapılan çalışmada 14 yıl ± 10 (0-44), İdiman ve arkadaşlarının⁸³ yaptığı çalışmada 5.87 ± 2.98 olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre; hastaların tanı süresi ortalaması 6,5 yıl $\pm 5,9$ (1-27) olarak bulunmuştur. (Tablo 4.2)

İdiman ve arkadaşları⁸³ tarafından yapılan çalışmada MS'de Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne (MSQoL) göre; tanı süresi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Janssens ve arkadaşları⁹⁰ tarafından yapılan çalışmada ise; tanı süresi hem fiziksel hem de mental boyutlarda hastaların yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Pfaffenberger ve arkadaşlarının²⁰ yaptığı çalışmada tanı süresi ağrı, hareket, enerji ve emosyonel tepkiler ile ilişkili bulunmuştur. Araştırmada tanı süresi 10-27 yıl olan hastaların MS nedeniyle güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, hareket, çalışma ve eğlenme alanlarında daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir. (Tablo 4.11) MS'de yaşanan sorunların 10 yıl gibi bir sürede ilerleme gösterebileceği göz önünde bulundurulduğunda; tanı süresi 10 yıldan fazla olan hastaların fonksiyon kayıplarının daha fazla olabileceği ve GYA'nin daha fazla etkilenebileceği düşünülmektedir.

MS Prognozunun Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni Gerçekleştirme Durumuna Etkisi

MS doğası gereği atak ve remisyonlarla birlikte oldukça değişken bir prognoz gösterebilmektedir²⁸. Einarsson ve arkadaşları²³ tarafından yapılan çalışmada hastaların yaklaşık olarak yarısının (%48,0) SP ve %42,0'sinin RR tipte; Johansson ve arkadaşları²² tarafından yapılan çalışmada hastaların yarısından fazlasının (%58,0) ve Gland ve arkadaşları⁸² tarafından yapılan çalışmada %80'inin RR MS prognozu gösterdiği belirtilmiştir. Çelik ve arkadaşları¹² tarafından yapılan çalışmada hastaların %76,0'sının, İdiman ve arkadaşlarının⁸³ yaptığı çalışmada %83,3' ünün MS prognozunun RR tipte olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda MS prognozuna ilişkin elde edilen bulgu literatürle benzerlik göstermektedir ve hastaların büyük bir çoğunluğunun (%80,6) MS prognozunun RR tipte olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.2)

MS'e ilişkin yapılan çalışmalarda MS prognozunun GYA üzerine etkileri incelendiğinde; Pfaffenberger ve arkadaşlarının²⁰ yaptığı çalışmada MS prognozu hareket ve enerji alanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada RRMS'li hastaların yaşam kalitelerinin diğer hastalara göre daha iyi olmakla birlikte sağlıklı insanlardan düşük olduğu saptanmıştır⁸². Araştırmamızda benzer şekilde MS prognozu ilerleyici (SPMS-PPMS) olan hastaların hareket alanında “ayakta dengede durmada”, “yürümede”, “merdiven inip-çıkma”, “hareket etmeye yardımcı bir araç kullanma gereksinim duyma” gibi sorunları daha sık yaşadıkları belirlenmiştir. (Tablo 4.12) Ayrıca yapılan çalışmalarda MS prognozu ilerleyici tipte olan MS'li hastaların seksüel sorunları, uyku bozukluklarını ve boşaltımla ilgili olarak mesane-bağırsak sorunlarını daha fazla yaşadığı vurgulanmıştır.^{67,68} Araştırma sonucunda da benzer olarak toplam GYA puanlarının MS prognozu ilerleyici olan hastalarda daha

yüksek olduğu, hastaların hareket etme fonksiyonlarının etkileneceği ile birlikte diğer GYA'ni gerçekleştirirken de daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. ($p<0,05$; Tablo 4.12)

Son MS Atağından Sonra Geçen Sürenin Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni Gerçekleştirme Durumuna Etkisi

Bu araştırmada hastaların çoğunluğunun en fazla 6 ay önce bir atak geçirdiği ve ataktan sonra geçen süre ortalamasının 409,4 gün olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.2) 6 ay ve daha az süre önce atak geçirilmiş olması, atak nedeniyle yaşanan fonksiyonel kayıpların/etkilerinin sürebileceğini ve bu nedenle hastaların GYA'nin etkilenebileceğini düşündürmektedir. 3 yıl ve daha uzun süredir atak geçirmediğini belirten hastaların son atak süresi de değerlendirmeye dahil edildiği için son MS atağından sonra geçen sürenin ortalama değeri 1 yıldan fazla bulunmuştur. Literatürde yer alan alan MS'e ilişkin çalışmalarda son MS atağından sonra geçen süreye ilişkin çalışmalara ulaşılamadığı için araştırmamızda elde edilen bulgularla karşılaştırılamamıştır.

Depresyon Tanısı Alma Durumunun Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni Gerçekleştirme Durumuna Etkisi

Depresyon; MS hastalarının hastalığın belirsizliği ve yaşadıkları fonksiyon kayıpları nedeniyle ya da ilişkisi tam olarak açıklanamamakla birlikte; MS plaklarından kaynaklanan nöropsikiyatrik bir belirti olarak sıklıkla deneyimledikleri bir belirtidir^{69,92}. Bu nedenle, MS'e ilişkin literatürde depresyon üzerinde oldukça çok durulmaktadır. Janssens ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Beck Depresyon Ölçeği'ne göre hastaların %48,0'inin, Johansson ve arkadaşları²² tarafından yapılan çalışmada ise %42,0'sinin depresyon belirtileri gösterdiği belirlenmiştir.

Gottberg ve arkadaşları⁶⁹ tarafından yapılan çalışmada hastaların %19,0'unun depresyon tanısı aldığı, tanı alan hastaların %18,0'inin reçete edilmiş bir ilaç kullandığı belirtilmiştir. Araştırmamızda hastaların %39,8'inin depresyon tanısı aldığı ve büyük bir çoğunluğunun antidepresif bir ilaç kullandığı belirlenmiştir. (Tablo 4.2) Bu bulgular Gottberg ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada elde edilen bulgulardan sıklık olarak farklı olmakla birlikte literatürde yer alan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Hastaların depresyonda olma durumunu etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalarda^{89,90} hastaların depresyon düzeyinin fiziksel kısıtlılıklarla ilişkili olduğu belirtilirken; Pfaffenberger ve arkadaşları²⁰ tarafından yapılan çalışmada yaşam kalitesi boyutlarından biri olan emosyonel tepkiler ile hastaların sakatlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Gottberg ve arkadaşları⁶⁹ tarafından yapılan çalışmada depresyonda olduğu belirlenen hastaların %82,0'sinin çabuk yorulma, %54,0'ünün libido kaybı, %51,0'inin uyku bozuklukları, %46,0'sının çalışma güçlüğü ve %46,0'sının huzursuzluk yaşadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada depresif hastalar ile depresif olmayan hastalar arasında bilişsel fonksiyon bozukluğu, yürüme yeteneği, el becerileri, GYA'nde bağımlılık ya da sosyal aktivite sıklığında azalma bakımından önemli bir farklılık olmadığı ifade edilmiştir. Feinstein ve arkadaşları⁹² yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyonun birlikte görüldüğü hastalarda sosyal güçlükler, intiharı düşünme ve planlama durumunun daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamızda; depresyon tanısı alan hastaların çoğunluğunun MS nedeniyle "kendini güvende hissetme duygusunda değişim, sandalyeye/ koltuğa/yatağa oturup-kalkmada, uyku ile ilgili sorun yaşadığı ve yarısının uyku için ilaç kullandığı belirlenmiştir. (Ek Tablo 5) Hastaların yarısının uyku sorunu yaşaması ve bu soruna yönelik farmakolojik tedavi almaları Gottberg ve arkadaşları tarafından

yapılan çalışmada elde edilen bulgularla benzerlik göstermekte olup MS'li hastalarda uyku sorunlarının depresyon ile ilişkili olabileceği söylenebilir.

Depresyon tanısı alan hastaların GYA alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; sadece güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada depresyonun hastaların GYA'ne etkisine ilişkin elde edilen bulguların literatürde yer alan çalışmalarla genel olarak paralellik göstermediği görülmektedir. (Tablo 4.13)

Sosyal Destek Alma Durumunun Hastaların GYA'ni Gerçekleştirme Durumuna Etkisi

Sosyal destek kronik hastalığı olan hastalar için hastalıkları ile başetmede oldukça önemlidir. Olsson ve arkadaşları⁸⁰ tarafından yapılan bir çalışmada; MS'li kadın hastaların hastalıkları ile başetmede ailelerini önemli bir sosyal destek kaynağı olarak gördükleri belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların, hem aile bireylerinin beklentilerini karşılayabilmek için güçlü olmaları gerektiğini hissettiklerini hem de günlük yaşamda karşılaştıkları sorunları onlarla paylaşarak rahatladıklarını ve bu şekilde hastalıkları ile başedebilme gücü bulabildiklerini ifade ettikleri vurgulanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre; hastaların çoğunluğunun (%77,4) sosyal destek kaynağının olduğu ve yarısının ailelerini sosyal destek kaynağı olarak gördükleri belirlenmiştir. (Tablo 4.2)

Tedavisi olmayan kronik hastalıklar hastaların umutsuzluk yaşamalarına, hastalıkları ile başedememelerine ve günlük yaşamı sürdürmede zorlanmalarına neden olabilir. Kelleci'ye⁸¹ göre; umut hastaların tedavisinde oldukça önemlidir ve aile ve arkadaşlarla olan

ilişkilerin boyutları sıklıkla umutla ilişkilidir. Bu bilgi ışığında; araştırmamızda sosyal desteği olmadığını belirten MS'li hastaların pek çok GYA alanlarında puan ortalamalarının yüksek olması; bu hastaların çeşitli fonksiyon kayıplarına yönelik yardım/destek alamamaları ya da yaşadıkları sorunları diğer bireylerle paylaşamamaları dolayısıyla hastalıkla ve GYA'ne ilişkin sorunlarla başetme düzeylerinin yeterli olmamasından kaynaklanabileceği şeklinde açıklanabilir. (Tablo 4.14 ve Ek Tablo 6) Sosyal destek almayan hastaların daha yüksek sıklıkta kendini güvende hissetme duygusunda değişim ve gelecekle ilgili planlarında etkilenme yaşamaları bu hastaların desteklenmesi gerektiğini düşündürmüştür.

MS Tedavisine Yönelik İlaç Kullanma Durumunun Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni Gerçekleştirme Durumuna Etkisi

MS tedavisine yönelik olarak çoğunlukla kullanılan immüno-modülatör ve/veya immünosupresif ilaçlar hastalıkta meydana gelebilecek belirtilerin şiddetini ve sıklığını azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Bu nedenle hastaların GYA'ni gerçekleştirme durumlarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülebilir. Ancak literatürde, tedavide kullanılan bu ilaçların hastalarda grip benzeri belirtiler, uyku ve duygu-durum bozuklukları gibi bir takım yan etkilere neden olabileceği belirtilmektedir. Terzi ve arkadaşlarının⁸⁴ yaptığı çalışmada hastaların %43,2'sinin immünomodülatör ilaç kullandıkları ve bu hastaların ilaç yan etkisi olarak grip benzeri belirtiler yaşadıkları belirtilmiştir. Araştırmamızda elde edilen bulgulara göre; hastaların farmakolojik tedavi alma ve yan etki/etkiler yaşama durumları incelendiğinde; hastaların çoğunluğunun (%70,8) immüno-modülatör ve/veya immünosupresif ilaçlar kullandıkları ve yarısından fazlasının bu ilaçlara yönelik literatürde sıklıkla belirtilen grip benzeri belirtiler yaşadıkları görülmüştür. (Tablo 4.3) İmmüno-modülatör ve/veya immünosupresif ilaçlar tedavi edici etkileri nedeniyle hastaların GYA'ni gerçekleştirme durumlarını olumlu yönde etkileyebilirken yan

etkileri nedeniyle de olumsuz şekilde etkileyebilir. Araştırmada MS tedavisi için ilaç kullanan hastaların sadece cinselliği tanımlama puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüş ve bu durumun ilaçların ve MS’de ortaya çıkan cinsel fonksiyon bozukluklarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

5.2. Hastaların Son Bir Ay İçinde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri’ni Gerçekleştirme Durumlarına Etkisi

Literatürde MS’de yaşanan sorunların hastaların GYA’ni gerçekleştirme durumlarını önemli ölçüde etkilediği belirtilmekle birlikte yorgunluk ve hareket kısıtlılıklarına yönelik çalışmaların daha fazla olduğu görülmüştür^{22, 32, 65}. Soyuer ve arkadaşları³² tarafından 70 MS’li hasta ile yapılan çalışmada hastaların %60,0’ının, Beiske ve arkadaşlarının⁶⁵ 142 hasta ile yaptığı çalışmada son bir ay içinde hastaların %65,5’inin; Johansson ve arkadaşlarının²² yaptığı çalışmada %67,0’sinin yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre; son bir ay içinde en fazla yorgunluk yaşadığı belirlenmiş ve yüzdesinin literatürde yer alan çalışmalara göre daha yüksek (%77,4) olduğu görülmüştür. Sıklık açısından bakıldığında; hastaların %60,2’sinin son bir ayda “her zaman” yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların yorgunluktan sonra yüksek sıklıkta denge kaybı ve hareketle ilgili problemlere neden olabilecek üst ve alt ekstremitelerde uyuşma ve kuvvet azlığı deneyimledikleri görülmüştür. (Tablo 4.4 ve 4.5) Johansson ve arkadaşlarının²² yaptığı çalışmada hastaların %76’sının ellerini kullanmakta, %43,0’ünün yürümede güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Yozbatıran ve arkadaşları⁶⁰ tarafından 31 MS’li 28 sağlıklı hasta ile yapılan ve hastaların üst ekstremit motor fonksiyonlarının yorgunluk, bilişsel fonksiyon ve yaşam kalitesine etkilerinin incelendiği çalışmada, hastaların üst ekstremitelerde fonksiyon kayıpları yaşadıkları ve bunun yorgunlukla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Paltamaa ve arkadaşları²¹ tarafından yapılan

çalışmada hastaların %29,0'unun denge problemleri yaşadıkları belirlenmiştir.

Hareket etme MS'li hastalarda diğer GYA ile karşılaştırıldığında en çok etkilenen alanlardan biridir. Johansson ve arkadaşlarının²² yaptığı çalışmada hastaların %43,0'ünün yürümede güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Einarsson ve arkadaşları²³ tarafından yapılan çalışmada hastaların hareket alanında %16,0'sının tam %24,0'ünün yarı bağımlı olduğu saptanmıştır. Paltamaa ve arkadaşları²¹ tarafından yapılan çalışmada hastaların denge ve yürüme problemleri nedeniyle hareket alanında güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Araştırmamızda literatürden farklı olarak hastaların çoğunluğunun (%61,3) yürümede sorun yaşadığı ve genel olarak hareket ile ilgili diğer sorunların da sıklığının yüksek olduğu görülmüştür. Paltamaa ve arkadaşları²¹ hastaların %15,4'ünün yürüteç ve %15,8'inin tekerlekli sandalye kullanmaya gereksinim duyduğunu belirtmişlerdir. Bunun aksine araştırmamızda tekerlekli sandalye kullanan hastaların daha düşük (%9,6); baston kullanan hastaların daha yüksek sıklıkta (%20,4) olduğu görülmüştür. Bu bulgular MS prognozu, ve tanı süresi ile birlikte düşünüldüğünde araştırmadaki örneklemin bağımsızlık düzeyinin daha yüksek olduğunu gösterebilir.

MS'de GYA'ne ilişkin yapılan çalışmalarda hastaların fiziksel yetersizlikler nedeniyle en çok sosyal aktivitelerinin ve iş yaşamının etkilendiği belirtilmektedir. Paltamaa ve arkadaşları²¹ tarafından yapılan çalışmada hastaların %47,0'sinin sosyal yaşama katılımı ile ilgili hiç bir kısıtlaması olmadığı, %28,0'inin bağımlı olduğu belirtilirken %20,0'sinin çeşitli spor aktiviteleri gerçekleştirdiği buna karşın %40,0'ının hiçbir spor aktivitesine katılamadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların %40,0'ının iş yaşamına devam ettiği belirlenmiştir. Einarsson ve arkadaşları²³

tarafından yapılan çalışmada hastaların %35,0'inin sosyal aktivitelerini normal sıklıkta sürdürebilirken %62,0'sinin ev temizliği, ağır ev işleri ve %68,0'inin bahçe işleri ile ilgilenme durumlarının etkilendiği belirtilmiştir. Araştırmamızda hastaların yarısının mesleki ve ev yaşamındaki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşadıkları ve daha az sıklıkta sosyal aktivitelerinin etkilendiği görülmüştür.

MS'li hastalar bilişsel fonksiyonlarda sıklıkla sorun yaşamaktadırlar. Feinstein'in belirttiğine göre; hastaların %40',0'ında bilgiyi işleme hızında, hatırlamada (hafızayı çalıştırmada), soyut düşünme ve sözel akıcılık gibi bilişsel fonksiyonlar etkilenmiştir. Benedict ve Zivadinov⁸⁷ tarafından 161 hastanın katılımı ile yürütülen çalışmada hastaların MS MSNQ (Neuropsychological Screening Questionnaire) ölçeğine göre; hafıza, bilgiyi işleme süreci, sözel ve görsel öğrenme ve hafıza gibi işlevlerde sorun yaşadıkları gösterilmiştir. Sartori ve Edan³³ tarafından yapılan çalışmada hastaların %36,0'sının hatırlama/hafıza gibi bilişsel yetersizlikler yaşadıkları; hatırlama/hafıza problemleri gibi bilişsel problemlerin hastaların mesleki aktiviteleri ve genel olarak GYA'ni etkilediği belirlenmiştir. belirlenmiştir. Araştırmamızda hastaların bilişsel fonksiyonlarına yönelik olarak klinik bir değerlendirme aracı kullanmaksızın hastaların öz bildirimlerine göre %57,0'sinin dikkat dağınıklığı ve %60,2'sinin hatırlamada güçlük yaşadıkları ve bu sorunları son bir ayda her zaman yaşadığını belirten hastaların sıklığının hiç bir zaman yaşamadığını belirten hastalardan daha az olduğu görülmüştür. Araştırmamızda literatürdeki çalışmalarla benzer olarak hastaların yaşadıkları bilişsel sorunlar nedeniyle çalışma ve eğlenme aktivitelerinin etkilendiği belirlenmiştir. (Tablo 4.4 ve 4.5)

Borello-France ve arkadaşları⁸⁶ 133 MS'li hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların %61'inin idrarını ya da mesanesini kontrol etmede;

sorun yaşadığını ve bu hastaların da çoğunluğunun sık idrar yapma (%71), sıkışma inkontinansı (%83) ve fiziksel aktivite ile ilgili sızıntı (%73) gibi sorunlar yaşadıklarını belirlemişlerdir. Nortvedt ve arkadaşları⁶⁷ I-PSS (International Prostate Symptom Score)'ye göre; erkek hastaların %79,0'unun kadınların %49,0'unun idrarı başlatma ve durdurma; mesaneyi boşaltma, üriner inkontinans gibi orta ya da ciddi mesane problemleri yaşadıklarını belirtmiştir. Aynı çalışmada genel olarak hastaların %45,0'inin bağırsak problemleri ve %32,0'sinin gaz çıkarma, %31,0'inin konstipasyon, %16,0'sinin diyare ve %12,0'sinin fekal inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmamızda hastaların yarısının son bir ayda konstipasyon ve üriner inkontinans daha az sıklıkta fekal inkontinans ve konstipasyon sorununu son bir ayda her zaman yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular Borello-France ve arkadaşlarının bulgularından farklı olup diğer çalışmalarda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir. (Tablo 4.4 ve 4.5) Araştırmada literatürde yer alan çalışmalardan farklı olarak hastaların tuvalete gidip-gelmede sorun yaşama durumları da incelenmiş; %35,5'inin tuvalete gidip-gelmede sorun yaşadığı ve bu sorunların hareket ve denge problemlerinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Cinsel fonksiyon bozukluğu hastaların sıklıkla deneyimlediği belirtilerden biridir. Tzortzis ve arkadaşları⁸⁵ tarafından yeni MS tanısı almış 63 kadın hasta ve sağlıklı 61 bireyin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada hastaların %34,9'unun cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadıkları; Borello-France⁸³ ve arkadaşlarının MS'li kadın hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların %47,0'sinin nörolojik problemler nedeniyle cinsel yaşamının etkilendiğini ifade ettikleri belirtilmiştir. Akkoç ve arkadaşları³⁰ tarafından MS'li kadın hastalarda yapılan çalışmada hastaların %40'ında seksüel fonksiyon bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda hastaların %41,9'unun cinsel yaşamının etkilendiği ve kadın hastaların %30,5'inin erkek hastaların %52,9'unun MS nedeniyle gelişen cinsel

sağlık problemleri yaşadıkları saptanmıştır. (Tablo 4.4 ve 4.5) Bu bulguların literatürdeki çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Literatürde MS'li hastaların sıklıkla uyku ile ilgili sorunlar yaşadıkları ve bu sorunların hastaların GYA'ni gerçekleştirme durumlarını etkileyebileceği belirtilmesine karşın; uyku ile ilgili sorunların sıklığına ilişkin çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Stanton ve arkadaşları⁷⁰; 61 MS'li hasta ile uyku ve yorgunluk üzerine yaptıkları çalışmada son bir haftada hastaların %32,0'sinin aşırı uykusuzluk, %42,0'sinin uykuya dalmada güçlük, %53,0'ünün gece sık uyanma ve %58,0'inin erken uyanma sorunlarını yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırmamızda hastaların genel olarak %40,9'unun; uyku problemleri yaşadığını belirtenlerin yarısının son bir ay içinde her zaman uyku ile ilgili sorun yaşadığı belirlenmiştir. (Tablo 4.4 ve 4.5)

MS ile ilgili literatürde sıklıkla üzerinde durulan konulardan biri de hastaların yaşadığı ağrı deneyimidir. Beiske ve arkadaşları⁶⁵ tarafından yapılan çalışmada son bir ay içinde hastaların %65,5 'inin ağrı deneyimlediği belirtilmiştir. (Tablo 4.4. ve 4.5.) Araştırmamızda ağrının; hastaların son bir ayda sıklıkla yaşadığı sorunlardan biri olduğu ve daha az sıklıkta her gün deneyimledikleri belirlenmiştir. Bu bulgularla birlikte son bir ayda her zaman ağrı yaşadığını belirten hastaların GYA'ni gerçekleştirirken daha çok sorunla karşılaşabileceği düşünülmüştür.

Görme problemleri, İşitme kaybı, konuşma problemleri ve disfaji MS'li hastaların meydana gelen akut ataklarla birlikte deneyimledikleri diğer sorunlar içerisinde yer almaktadır. Görme problemlerinin sıklığı işitme problemlerine göre daha fazla görülmektedir. Terzi ve arkadaşları⁸⁴ tarafından yapılan çalışmada hastalığın başlangıcında hastaların %54,0'ünün duyuşal ve %36,0'sının optik

sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Paltamaa ve arkadaşları²¹ tarafından yapılan çalışmada 38 hastanın görme ve 26 hastanın diğer duyuşsal problemler yaşadığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada 2 hastada disfaji ve 8 hastada konuşma problemleri olduğu belirlenmiştir. Calcagno ve arkadaşları²⁹ tarafından yapılan çalışmada 49 hastada (%34.3) Disfaji olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre; Paltamaa ve arkadaşlarının çalışmasıyla karşılaştırıldığında görme problemlerine ilişkin bulgunun benzerlik gösterdiği görülmekle birlikte işitme kaybının araştırmamızdaki populasyonda daha az sıklıkta olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.4 ve 4.5)

MS’de meydana gelen çeşitli yetersizlikler/sorunlar hastaların GYA ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Literatürden ve araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, MS’de meydana gelen belirtilerin sıklığının değişmekle birlikte genel olarak GYA’ni etkilediği ve hastaların sorun puanları arttıkça GYA puan ortalamalarının arttığı; GYA’ni gerçekleştirme de daha fazla sorun yaşadığı saptanmıştır. (Tablo 4.15) Hastaların hareket, çalışma ve eğlenme, beslenme, boşaltım ve güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiş ve özellikle bu alanlarda genellikle hareket ile ilgili problemler nedeniyle sorun yaşadıkları düşünülmüştür.

6. SONUÇ

6.1. Sonuçlar

Multipl Sklerozlu hastaların günlük yaşam aktivitelerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun kadın, yaş ortalamasının $37,8 \pm 10,4$; yalnızca %10,7'sinin üniversite mezunu, büyük bir çoğunluğunun evli, en fazla 2 çocuk sahibi ve çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğu çalışmamakta olup %40,9'u ev hanımıdır. (Tablo 4.1)

Araştırmaya katılan MS'li hastaların tanı süresi ortalaması $6,5 \pm 5,9$ olup, yarısından fazlasının 1-5 yıldır MS hastalığına sahip olduğu ve büyük bir çoğunluğunun Relapsing-Remitting tipte MS prognozu gösterdiği, %22,5'inin uzun süredir atak geçirmediği, atak geçirdiğini belirtenlerin çoğunluğunun en fazla 6 ay önce bir MS atağı deneyimlediği ve son ataktan sonra geçen süre ortalamasının $(409,4 \text{ gün} \pm 908,1)$ olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların atak süresi ortalaması $(26,6 \text{ gün} \pm 52,3)$ olarak hesaplanmış ve hastaların çoğunluğunun ortalama atak süresinin 27 gün ve daha az olduğu belirlenmiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğunun herhangi bir protez kullanmadığı, sadece %12,9'unun fizik tedavi aldığı, %39,8'inin depresyon tanısı aldığı ve çoğunluğunun ortalama olarak $14,3 \pm 14,8$ aydır antidepresif bir ilaç kullandığı görülmüştür. Hastaların çoğunluğunun en az bir sosyal destek kaynağı olduğu ve yarısının ailesini sosyal destek kaynağı olarak gördüğü belirlenmiştir. (Tablo 4.2)

Araştırma kapsamına alınan hastaların %58,5'inin MS tedavisi için immünomödulator bir ilaç kullandığı, %38,6'sının kullandıkları ilaca bağlı yan etki ve %54,3'ünün grip benzeri belirtiler deneyimledikleri görülmüştür. (Tablo 4.3)

Hastaların son bir ay içinde yaşadığı sorunlar incelendiğinde; çoğunluğunun yorgunluk, denge kaybı, ellerde kuvvet azlığı ve uyuşma, ayaklarda kuvvet azlığı ve uyuşma gibi sorunları yaşadıkları saptanmıştır. (Tablo 4.4) Hastaların son bir ayda yaşadıkları sorunların sıklığına göre dağılımı incelendiğinde; çoğunluğunun yorgunluk, yarısının denge kaybı, %41,9'unun ellerde kuvvet azlığı; %39,8'inin ellerde uyuşma yarısının ayaklarda kuvvet azlığı ve %41,9'unun ayaklarda uyuşma, sorunlarını “her zaman” yaşadıkları görülmüştür. (Tablo 4.5)

6.1.1. Günlük Yaşam Aktiviteleri'ni Gerçekleştirmede Sorun Yaşama Durumu: Hastaların hareket, çalışma ve eğlenme, beslenme, boşaltım ve güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme puan ortalamalarının diğer GYA puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu ve bu alanlarda daha fazla sorun yaşadığı belirlenmiştir. (Tablo 4.7)

6.1.2. Cinsiyetin Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi: Cinsiyet ile GYA alt grup ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p>0,05$; Tablo 4.8)

6.1.3. Yaşın Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi: Yaş ile GYA alt grup ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p>0,05$; Tablo 4.9)

6.1.4. Tanı Süresinin Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi: Tanı süresi ile GYA alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; tanı süresi 10 yıl ve

daha fazla olan hastaların ile boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, hareket ve çalışma ve eğlenme ve GYA toplam puan ortalamaları daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$; Tablo 4.10)

6.1.5. MS Prognozunun Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi: MS prognozu ile GYA alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; SP ve PP MS prognozu gösteren hastaların beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket ve çalışma ve eğlenme, ölüm ve GYA toplam puan ortalamaları daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$; Tablo 4.11)

6.1.6. Son Atak Süresinin Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi: Son atak süresi ile GYA ile ilgili sorunlar, alt grup ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. ($p>0,05$)

6.1.7. Depresyon Tanısı Alma Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi: Depresyon tanısı alma ile GYA alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; depresyon tanısı alan hastaların güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme ve GYA toplam puan ortalamaları daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$ Tablo 4.12)

6.1.8. Sosyal Destek Alma Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi: Sosyal destek alma ile GYA alt grup ve toplam puanları incelendiğinde; sosyal destek almayan hastaların güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, ölüm ve GYA toplam puan ortalamaları daha yüksek olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$; Tablo 4.13)

6.1.9. MS Tedavisi İçin İlaç Kullanma Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi: MS tedavisi için ilaç kullanma durumu ile GYA alt grup ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç kullanan hastaların cinselliği tanımlama puanlarının daha yüksek olduğu görülmüş ve ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$ Tablo 4.14)

6.1.10. Toplam Sorun Puanları ile Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişki: Hastaların GYA puanları ile toplam sorun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve toplam sorun puanları arttıkça GYA toplam ve alt grup puanlarının da arttığı görülmüştür. ($p<0,05$; Tablo 4.15)

6.2. Öneriler

Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hastaların özellikle hareket, çalışma ve eğlenme, beslenme, boşaltım ve güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme ile ilgili olarak GYA'ni gerçekleştirebilmelerini kolaylaştırabilmek amacıyla desteklenmesi ve sosyal destek kaynaklarının güçlendirilmesi,
- Sağlık ekibinin multidisipliner bir yaklaşım ile hastaların GYA'ni gerçekleştirme durumlarını ve yaşadıkları sorunları değerlendirerek hastaları destekleyici, planlı ve sürekli bir hizmet sunması,
- Araştırmanın daha geniş bir popülasyonda tekrarlanması önerilebilir.

7. ÖZET

Akman A., Multipl Skleroz'lu Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma; Multipl Skleroz'lu (MS) hastaların günlük yaşam aktivitelerini (GYA) gerçekleştirme durumlarının belirlenmesi amacıyla, 17.08.2007-30.04.2008 tarihleri arasında Ankara merkezde bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı 5 devlet hastanesi ve 2 üniversite hastanesinin nöroloji polikliniklerinde yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş ve 93 MS hastası araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuş bir anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formunda hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerine, son bir ayda yaşadıkları MS belirtilerine ve GYA'ne ilişkin sorulara yer verilmiştir. Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, Mann-Withney U ve Kruskall-Wallis H ve korelasyon testleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmada MS'li hastaların hareket, çalışma ve eğlenme, beslenme, boşaltım ve güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme alanlarında daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Yaş, cinsiyet, tanı süresi, prognozu ve sosyal destek alma, son bir ayda yaşanan sorunlar GYA ile ilişkili bulunmuştur. Hastaların son bir ayda yaşadıkları sorunlara ilişkin toplam puanları arttıkça GYA alt grup ve toplam puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda; hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede çeşitli sorunlar yaşadıkları belirlenmiş ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede desteklenmelerine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Multipl Skleroz, günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi

8. SUMMARY

Akman A. Determining of Activities of Daily Life of Patients with Multiple Sclerosis, Gazi University, Institute of Health Sciences, Nursing Program, Master Thesis, Ankara, 2008

This descriptive study aimed to determine activities of daily life (ADL) of patients with Multiple Sclerosis (MS). The study has been performed at neurology outpatient clinics from five state and two university hospitals which were located in Ankara between 17.08.2007 and 30.04.2008. The sample was composed stratified sampling method and total of 93 MS patients were included.

Data were collected using a questionnaire which was developed by researcher based on the literature. The questionnaire consists demographic and disease characteristics as well as the questions about patients' ADL in last month. The data was analysed using descriptive statistics, Chi-square, Mann Withney U, Kruskall-Wallis H and correlation tests.

In this study, MS patients have problem about dimensions of mobilizing, working and playing, eating and drinking, eliminating and maintaining a safe environment. The factor effecting patients's ADL were age, gender, time since diagnosis, prognosis having social support and problems in last month. As patients' total points about problems in last month rise, ADL subgroup and total points rise.

The results of this study showed that patients with MS are faced various problems regarding ADL. Suggestions have been made in order to support patients with MS about performing ADL.

Keywords: Multipl Sclerosis, activities of daily life, quality of life

9. KAYNAKLAR

1. Sungur C. [internette]. 2006 (13.07.2006 okundu). elektronik adresi: <http://www.worldkidneyday.org/pages/events>.
2. Tezcan S, Altıntaş H, Kaya M, Koçoğlu GO, Kahveci FO, Alpua M ve Ark. On ulusal günlük gazetede yayınlanan koroner arter hastalığı ve risk faktörleri ile ilgili yazılar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4 (5): 254–264.
3. Kasper J, Köpke S, Mühlhauser I, Heesen C. Evidence-based patient information about treatment of multiple sclerosis—A phase one study on comprehension and emotional responses. Patient Education and Counseling 2006; 62: 56–63.
4. Yaltkaya K, Balkan S, Oğuz Y. Nöroloji ders kitabı. 4. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2000.
5. Costello K, Halper J, Haris C. Nursing practice in multiple sclerosis: A core curriculum. New York: Demos Medical Publishing; 2003.
6. Coles AJ, Compston A. Multiple sclerosis. Medicine 2004; 32(11): 87-92
7. Multiple Sclerosis [online]. [cited 2006 Oct 10]. Available from: URL: <http://www.msif.org>
8. Simmons RD, Hall CA, Gleeson P, Everard G, Casse RF ve O'brien ED. Prevalence survey of multiple sclerosis in the Australian Capital Territory. Internal Medicine Journal 2001; 31: 161–167.
9. Pekmezovic T, Jarebinski M, Drulovic J, Stojavljevic N, Levic Z. Prevalence of multiple sclerosis in Belgrade, Yugoslavia. Acta Neurol Scand 200; 104: 353–357.
10. Pugliatti M, Rosati G, Carton V, Riise T, Drulovic J, Ve'csei L et al. The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. European Journal of Neurology 2006; 13: 700–722.
11. Aksel S. Multipl Skleroz [internette]. 2007 (01.07.2007 okundu). elektronik adresi: <http://www.amerikanhastanesi.com.tr/healthportal>

12. Çelik Y, Birgili O, Kiyat A. Prevalence of multiple sclerosis in the metropolitan area of Edirne city, Turkey. *Multiple Sclerosis* 2003; 9 (suppl. 1): 47–48. Abstract
13. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. Sağlık İstatistikleri 2004. Ankara; 2005.
14. Halper J, Holland NJ. *Comprehensive Nursing Care in Multiple Sclerosis*. 2nd edition. New York: Demos Medical Publishing; 2002.
15. White L, Duncan G. *Medical-surgical nursing: An integrated approach*. 2nd edition. United States of America: Delmar-Thomson Learning; 2002.
16. Crayton H.J, Rossman H.S.S. Managing the symptoms of multiple sclerosis: A multimodal approach. *Clinical Therapeutics* 2006; 28 (4): 445–460.
17. Black JM, Hawks JH. *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. 7th edition. United States of America: Elsevier Saunders; 2006.
18. Winkelmann A, Engel C, Apel A, Zettl UK. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *J Neurol* 2007; 254 [Suppl 2]: II/35–II/42.
19. Van Kessel K, Moss-Morris R. Understanding multiple sclerosis fatigue: A synthesis of biological and psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 61: 583–585.
20. Pfaffenberger N, Pfeiffer K P, Deibl M, Höfer S , Günther V, Ulmer H. Association of factors influencing health-related quality of life in MS. *Acta Neurol Scand* 2006; 114: 102–108.
21. Paltamäa J, Sarasoja T, Wikström J, Malkia E. Physical functioning in multiple sclerosis: a population-based study in central Finland. *J Rehabil Med* 2006; 38: 339–345.
22. Johansson S, Ytterberg C, Claesson I. M, Lindberg J, Hillert J, Andersson M et al. High concurrent presence of disability in Multiple Sclerosis: Associations with perceived health. *J Neurol* 2007; 20:45-48.

23. Einarsson U, Gottberg K, Fredrikson S, Koch LV, Holmquist LW. Activities of daily living and social activities in people with multiple sclerosis in Stockholm County. *Clinical Rehabilitation* 2006; 20: 543–551.
24. Kesselring J and Beer S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis *Lancet Neurol.* 2005; 4: 643–652.
25. Kurne A. Multipl sklerozda sık karşılaşılan belirtiler ve tedavi prensipleri *Yaşamsal* 2004; 2: 3–5.
26. Ehde DM, Gibbons EL, Chwastiak L, Bombardier CH, Sullivan MD and Kraft GH. Chronic pain in a large community sample of persons with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2003; 9: 605-611.
27. Kalia LV and O'Connor PW. Severity of chronic pain and its relationship to quality of life in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11: 322–327.
28. Payne A. Nutrition and diet in the clinical management of Multiple sclerosis. *J Hum Nutr Dietet* 2001; 14: 349–357.
29. Calcagno P, Ruoppolo G, Grasso M G, De Vincentiis M, Paolucci S. Dysphagia in multiple sclerosis-prevalence and prognostic factors. *Acta Neurol Scand* 2002; 105:40–43.
30. Akkoç Y, Kirazlı Y, Yaltırık H, Yüceyar N, Özkaya A. Multipl Sklerozlu Kadın Hastalarda Seksüel Fonksiyon bozukluğu. *Ege Fiz Tıp Reh Der* 2001; 7 (1–2): 35–38.
31. Kayıhan H, Soyuer F, Armutlu K, Uyanık M, Bumin G, Düğer T. Multipl Sklerozlu Hastalarda Fonksiyonel Değerlendirme. *Erciyes Tıp Dergisi* 2003; 25 (1): 28–37.
32. Soyuer F, Mirza M, Öztürk A. Multiple Sklerozda yaşam kalitesi üzerine yorgunluk ve yetersizliğin etkisi. *Erciyes Tıp Der* 2005, 27(4): 147–151.
33. Sartori E, Edan G. Assessment of cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2006; 245(1–2): 169–75.

34. Solom AC, Kneebone II. Treatment of depression in people who have multiple sclerosis. *Mult Scler* 2007; 13: 632–635.
35. Emre U, Ergün U, Yıldız H, Gedikoğlu Ü, Vargel S, Gürel D ve ark. Multipl Sklerozda Depresyon. *Düşünen Adam* 2003; 16(1): 53–56.
36. Burden of Disease statistics [online].[cited 2007 Oct 22]. Available from: URL: <http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html>
37. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu. Ankara. 2004.
38. Fassas A, Nash R. Multiple sclerosis. *Best Practice&Research Clinical Haematology* 2004; 17 (2): 247–262.
39. Hafler DA, Slavik JM, Anderson DE, O'Conner KC, De Jager P, Baecher-Allan C. Multiple sclerosis. *Immunological Reviews* 2005; 204: 208–23.
40. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD. *Neurology in clinical practice: the neurological disorders*. 2nd Edition. USA: Butterworth-hainemann publishing; 1996.
41. Porth CM. *Essentials of Pathophysiology-Concepts of Altered Health States*. USA:Lippincott Williams&Wilkins publishing 2004.
42. Sumelahti L-L, Tienari P, Wikstrom J, Palo J, Hakama M. Increasing prevalence of multiple sclerosis in Finland. *Acta Neurol Scand* 200; 103: 153–158.
43. Dahl OP, Aarseth JH, Myhr KM, Nyland H, Midgard R. Multiple sclerosis in Nord-Trøndelag County, Norway. A prevalence and incidence study. *Acta Neurol Scand* 2004; 109: 378–384.
44. Orme M, Kerrigan J, Tyas D, Russell N, Nixon R, .The Effect of Disease, Functional Status, and Relapses on the Utility of People with Multiple Sclerosis in the UK. *Value in Health* 2007; 10 (1):54–60.

45. Orlewskaa E. A prospective study of the financial costs of multiple sclerosis at different stages of the disease. *European Journal of Neurology* 2005; 12: 31–39.
46. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Cox D, Pelletier D. Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis *BMJ*. 2004; 328–731- originally published online 19 Mar 2004- Downloaded from bmj.com on 1 October 2007
47. Eraksoy M. Multipl sklerozun genetiği. *Türkiye Klinikleri J Neur* 2004; 2:166-70.
48. Mohr DC. Stress and multiple sclerosis. *J Neurol* 2007; 254 [Suppl 2]: II/65–II/68.
49. Nisipeanu P and Korczyn AD. Psychological stress as risk factor for exacerbations in multiple sclerosis. *Neurology* 1993; 43: 1311–12.
50. İdiman E. Multipl Skleroz ve Gebelik. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 21–5.
51. Murray TJ. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *BMJ* 2006; 332: 525–527.
52. Koch-Henriksen N, Sørensen PS, Christensen T, Frederiksen J, Ravnborg M, Jensen K, et al. A randomized study of two interferonbeta treatments in relapsing–remitting. *Mult Scler. Neurology* 2006; 66: 1056-60.
53. Patzold T, Schwengelbeck M, Ossege LM, Malin JP and Sindern E. Changes of the MS functional composite and EDSS during and after treatment of relapses with methylprednisolone in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2002; 105: 164-168.
54. Brichetto G, Uccelli MM, Mancardi GL and Solaro C. Symptomatic medication use in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2003; 9: 458-460.
55. Tremlett HL, Wiles CM, Luscombe DK. Nonprescription medicine use in a multiple sclerosis clinic population. *Br J Clin Pharmacol* 50: 55-60.
56. Velioğlu, P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul. 1999

57. Tomey AM, Alligood MR. Nursing theorists and their work. 6th edition. Mosby; 2006.
58. Birol L. Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 3.Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık. 2004.
59. Editors Doctreman JM, Bulechek GM, editors. Nursing interventions classification (NIC). 4th edition. USA: Mosby; 2004
60. Yozbatıran N, Başkurt F, Başkurt Z, Özakbaş S, İdiman E. Motor assessment of upper extremity function and its relation with fatigue, cognitive function and quality of life in Multiple sclerosis patients. Journal of the Neurological Sciences 2006; 246:117-122.
61. Carpenito-Moyet LJ. Handbook of Nursing Diagnosis, Erdemir F (Çev), 2. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2005.
62. Wilms HU, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC. Limitations in activities of daily living and instrumental activities of daily living capacity in a representative sample: disentangling dementia- and mobility-related effects. Comprehensive Psychiatry. 2007, 48: 95– 101
63. Özdamar K. Paket Programlar ile istatistiksel veri analizi 1. 5. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2004.
64. Karataş N, Erefe İ, editör. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. 3. baskı. Ankara: Odak ofset; 2004
65. Beiske A G, Pedersen E D, Czujko B, Myhr K-M. Pain and sensory complaints in multiple sclerosis. European Journal of Neurology 2004; 11: 479–82.
66. Ehde DM, Osborne TL, Hanley MA, Jensen MP and Kraft GH. The scope and nature of pain in persons with multiple sclerosis. Mult Scler 2006; 12: 629-38.
67. Nortvedt W, Riise T, Fruga J, Mohn J, Bakke A, Ska AB et al. Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. Mult Scler 2007; 13: 106-112.

68. Rizzo MA, Hadjimichael OC, Preiningerova J and Vollmer TL. Prevalence and treatment of spasticity reported by multiple sclerosis patients. *Mult Scler* 2004; 10: 589-96.
69. Gottberg K, Einarsson U, Fredrikson S, von Koch L, Holmqvist LW. A population-based study of depressive symptoms in multiple sclerosis in Stockholm county: association with functioning and sense of coherence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78:60–65.
70. Stanton BR, Barnes F and Silber E. Sleep and fatigue in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2006; 12: 481-86.
71. McAuley E, Motl RW, Morris KS, Hu L, Doerksen SE, Elavsky S et al. Enhancing physical activity adherence and well-being in multiple sclerosis: a randomised controlled trial. *Mult Scler* 2007; 13: 652-59.
72. Freeman JA. Improving mobility and functional independence in persons with Multiple sclerosis. *J Neurol* 2001; 248:255-59.
73. Burnfield A, Robinson I, Rose FC. Managing your multiple sclerosis: Practical advice to help you manage your multiple sclerosis. London: Class Publishing; 2003.
74. Akkuş Y. Multipl skleroz hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgileri. Yüksek Lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2004.
75. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Elhan AH, Sonel B, Tennat A. Adaptation of the Functional Independence Measure for use in Turkey. *Clin Rehabil* 2001; 15 (3): 311-9.
76. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennat A, Suldur N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Clin Rehabil* 2000; 32 (2): 87-92.
77. Nicholl L, Hobart J, Dunwoody L, Cramp F, Lowe-Strong A. Measuring disability in Multiple sclerosis: is the Community Dependency Index an improvement on the Barthel Index. *Mult Scler* 2004; 10: 447–50.

78. Yavuzer G, Sldr N, Kkdeveci A, Elhan A. Trkiye’de nrrehabilitasyon hastalarının değerlendirilmesinde fonksiyonel bağımsızlık leği ve modifiye bartel indeksi’nin yeri. Romatol Tıb Rehab 2000; 11 (1): 26-31.
79. Wang T J. Concept analysis of functional status. International Journal of Nursing Studies 2004; 41: 457-62.
80. Olsson M, Lexell J and Sderberg S. The meaning of women’s experiences of living with multiple sclerosis. Health Care for Women International. 2008; 29:416–430.
81. Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine ynelik hemşirelik girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6: 41-47.
82. Glad S, Nyland H, Myhr KM. Benign multiple sclerosis. Acta Neurol Scand 2006; 113 (Suppl. 183): 55–57.
83. İdiman E, zakbaş S, ağıran I, rmeci B, Correlations between multipl sclerosis functional composite, expanded disability status scale and health-related quality of life during and after treatment of relapses in patients with multiple sclerosis. Journal of the Neurological Sciences 2004; 218: 3–7.
84. Terzi M, Onar M. Multiple Sklerozda Klinik ve Demografik zellikler. O.M.. Tıp Dergisi 2004; 21(4): 149–55.
85. Tzortzis V, Skriapas K, Hadjigeorgiou G, Mitsogiannis I, Aggelakis K, Gravas S et al. Sexual dysfunction in newly diagnosed multiple sclerosis women. Mult Scler 2007; 00: 1–3.
86. Borello-France D, Leng W, O’Leary M, Xavier M, Erickson J, Chancellor MB et al. Bladder and sexual function among women with multiple sclerosis. Mult Scler 2004; 10: 455-60.
87. Benedict R.H.B. and Zivadinov R. Predicting neuropsychological abnormalities in multiple sclerosis. Journal of the Neurological Sciences 2006; 245: 67-72.
88. Korostil M and Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. Mult Scler 2007; 13: 67.

- 89.** Janssens A C J W, de Boer J B, van Dooorn P A, van der Ploeg H M, van der Meché F G A, Passchier J, Hintzen R Q. Expectations of wheelchair-dependency in recently diagnosed patients with Multiple sclerosis and their partners. *European Journal of Neurology* 2003; 10: 287-93.
- 90.** Sèze M, Ruffion A, Denys P, Joseph PA and Perrouin-Verbe B. The neurogenic bladder in multiple sclerosis: review of the literature and proposal of management guidelines. *Mult Scler* 2007; 13: 915-28.
- 91.** Tsivgoulis G, Triantafyllou N, Papageorgiou C, Evangelopoulos M.E, Kararizou E, Sfagos et al. Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. *Acta Neurol Scand* 2007; 115: 67–72.
- 92.** Feinstein A, O'Connor P, Gray T and Feinstein K. The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 1999; 5: 323.
- 93.** Yurtsever S. Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 4 (1):16-20.
- 94.** Ehde DM, Gibbons EL, Chwastiak L, Bombardier CH, Sullivan MD and Kraft GH. Chronic pain in a large community sample of persons with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2003; 9: 605-09.

10. EKLER

EK 1

GÖNÜLLÜ DENEK BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU MULTİPLE SKLEROZ' LU HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ GERÇEKLEŞTİRME DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerçekleştirdikleri beslenme, hareket, giyinme, banyo yapma, boşaltım gibi aktiviteler *Günlük yaşam aktiviteleri* olarak adlandırılmaktadır. MS nedeniyle gelişen kol ve/veya bacaklarda fonksiyon kaybı ya da duyu kaybı, denge kaybı, ağrı, görme problemleri, barsak ya da mesane kontrolünün kaybı, depresyon ve yorgunluk gibi belirtiler MS'li hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumlarını, sosyal etkileşimlerini, iş yaşamlarını çeşitli düzeylerde etkilemektedir.

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Tez çalışması kapsamında yürütülmekte olan bu araştırma ile Multipl Skleroz'lu bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın Multipl Skleroz'lu hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini desteklemek ve yaşam kalitelerini arttırmak için gerekli hemşirelik bakım uygulamalarının belirlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmayı Yürüten
Arş. Gör. Arzu AKMAN

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda, konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
	<i>İmza</i>
VELİ , VASI VEYA VEKİL	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
Yakınlığı:	<i>İmza</i>
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)

EK 2

MULTİPL SKLEROZ' LU HASTALARIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ
GERÇEKLEŞTİRME DURUMLARININ BELİRLENMESİ
ANKET FORMU

I. Bölüm (Tanıtıcı Özellikler)

Tarih:..... Protokol No:.....
Anket Form No:..... Tanı:.....
Kurum Adı: Tedavi:.....

1- Yaşınız:.....

2- Cinsiyetiniz

() Kadın () Erkek

3- Eğitim durumunuz

- () Okur-yazar değil
() Okur-yazar
() İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu
() Lise mezunu
() Üniversite mezunu (yüksekokul/fakülte)

4- Medeni durumunuz

- () Bekâr
() Dul/Boşanmış
() Ayrı yaşıyor
() Evli

5- Evli ya da dul iseniz çocuğunuz/ çocuklarınız var mı?

() Var (Sayısını belirtiniz)..... () Yok

6- Aile yapısı

- () Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar)
() Geniş aile (yakın akraba(lar), anne, baba ve çocuklar)
() Parçalanmış aile (ebeveynlerden herhangi biri, çocuklar)
() Yalnız yaşıyorum

7- Çalışma Statüsü

- () Öğrenci () Çiftçi
() Ev hanımı () Serbest meslek/esnaf
() Memur () İşçi
() Emekli () Diğer.....

8- MS nedeniyle çalışamıyorsanız ne kadar süredir çalışmadığınızı belirtiniz:

.....hafta/ay/yıl

9- Sosyal güvenceniz

() Yok () Var

10- Ekonomik durumunuz

- () Geliri giderini karşılıyor
() Geliri giderini karşılamıyor

11- Herhangi bir probleminiz olduğunda size yardımcı olabilecek/destek olabilecek yakınlarınız/tanıdıklarınız var mı ?

() Evet () Hayır

(Cevabınız hayır ise; II. Bölüme geçiniz)

12- Herhangi bir probleminiz olduğunda size yardımcı olabilecek/destek olabilecek yakınlarınız/tanıdıklarınız kimlerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- () Ailem
() Eşim
() Akrabalarım
() Sağlık ekibi
() Diğer (Açıklayınız).....

II. Bölüm (Hastalığa İlişkin Bilgiler)

1- MS tanısı ne zaman konuldu?

2- Hangi tip MS tanısı konuldu?

- () Ataklar ve iyileşmeler şeklinde olan (Relapsing-Remitting Form)
() Başlangıçta ataklar ve iyileşmeler şeklinde başlayıp giderek kötüleşen (Sekonder Progresif Form; İkincil İlerleyici tip)
() İlk ataktan itibaren ilerleme gösteren (Primer Progresif Form; birincil ilerleyici tip)
() Her atakta artarak kötüleşen (Progresif Relapsing Form; İlerleyici atakların olduğu tip)
() Bilmiyorum

3- Hastalık (MS) ataklarını ne sıklıkla yaşıyorsunuz?

- () Atak yok
() Değişken
() Yılda.....defa
() Diğer.....

4- En son ne zaman MS atağı geçirdiniz?

5- Her bir MS atağınız ortalama ne kadar sürüyor?

.....gün/hafta/ay

6- MS hastalığının belirti ve bulgularını azaltmak için herhangi bir ilaç tedavisi kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır (Cevabınız Hayır ise 8. soruya geçiniz)

7- Kullandığınız ilaç/ilaçlara yönelik olarak aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

İlacın Kullanma Yolu		İlacın Yan Etkisi/Etkileri
Tablet şeklinde	Enjeksiyon şeklinde	

- 8- Aşağıdaki tabloda MS'li hastaların sıklıkla yaşadığı sağlık sorunları yer almaktadır. Son bir ay içerisinde yaşadığınız sorun/sorunları ve bu sorun/sorunları hangi sıklıkta yaşadığınızı işaretleyerek (✓) belirtiniz.

Sorun/sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
Baş dönmesi					
Ellerde kuvvet azlığı					
Ellerde uyuşma/karınçalanma					
Ayaklarda kuvvet azlığı					
Ayaklarda uyuşma/karınçalanma					
Elleri/kolları hareket ettirememe					
Ayakları/bacakları hareket ettirememe					
Görme problemleri					
İşitme kaybı					
Konuşma/iletişim problemleri					
Nefes almada zorlanma					
Balgam çıkarmada zorlanma					
Spastisite/spazm(kas kasılması)					
Ağrı					
Denge kaybı					
Yutma problemleri					
İdrar kaçırma					
Kabızlık					
Büyük abdestini kaçırma					
Yorgunluk					
Dikkat dağınıklığı/dikkatini verememe					
Hatırlamada güçlük					
Uyku problemleri					
Cinsel problemler					
Titreme					
Diğer.....					

9- Herhangi bir protez kullanıyor musunuz?

- () Evet () Hayır
(Cevabınız Hayır ise 11. soruya geçiniz)

10- Protez kullanıyorsanız hangi protezi/protezleri kullandığınızı belirtiniz.

- () İşitme Cihazı
() Lens
() Diş
() Korse
() Diğer.....

11- Fizyoterapi (fizik-tedavi) alıyor musunuz?

- () Evet (sıklığını belirtiniz).....
() Hayır

12- MS tanısı konulduktan sonraki dönemde depresyon tanısı aldınız mı?

() Evet () Hayır

(Cevabınız Hayır ise 16. soruya geçiniz)

13- Depresyon tedavisi için doktorunuz tarafından reçete edilmiş bir ilaç alıyor musunuz?

() Evet () Hayır

(Cevabınız Hayır ise 16. soruya geçiniz)

14- Depresyona yönelik olarak doktorunuz tarafından reçete edilen ilacı ne kadar süredir kullanıyorsunuz?.....

15- Multipl Skleroz (MS) dışında tanı konulan başka bir hastalığınız/hastalıklarınız var mı?

() Evet () Hayır

(Cevabınız Hayır ise III. Bölüme geçiniz)

16-MS dışındaki hastalığınız/hastalıklarınız nedir/nelerdir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| () Kalp Hastalığı | () Böbrek Hastalığı |
| () Hipertansiyon | () Ankilozan Spondilit |
| () Diyabet (şeker hastalığı) | () Myastenia Gravis |
| () Diğer (Açıklayınız)..... | |

III. BÖLÜM (GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ GERÇEKLEŞTİRME DURUMLARINA İLİŞKİN SORUNLAR)

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Evet	Kısmen	Hayır	Cevabınız “Evet” ya da “Kısmen” ise; yaşadığınız sorunu/sorunları açıklayınız.
A. Güvenli Bir Çevre Sağlama ve Sürdürme				
1) MS nedeniyle kendinizi güvende hissetme duygunuzda değişim oldu mu?				
2) MS nedeniyle ilaçlarınızı kullanmada ve/veya uygulamada sorun yaşıyor musunuz?				
3) MS tanısı konulduktan sonra evde ya da dışarıda hiç düştünüz mü?	Evet		Hayır	
4) MS tanısı konulduktan sonra hiç yanık geçirdiniz mi?				
5) MS tanısı konulduktan sonra hiç trafik kazası geçirdiniz mi?				
Diğer (Açıklayınız)				
B. İletişim				
6) MS nedeniyle bir konu hakkında düşüncelerinizi yoğunlaştırmada sorun yaşıyor musunuz?				
7) MS nedeniyle bir konu hakkındaki düşüncelerinizi çevrenizdekilere anlatmada sorun yaşıyor musunuz?				
8) MS nedeniyle çevrenizdeki bireylerle iletişim kurmada sorun yaşıyor musunuz?				
Diğer (Açıklayınız)				
C. Solunum				
9) MS nedeniyle solunum sıkıntısı yaşıyor musunuz?				
10) MS nedeniyle solunumunuzu desteklemek için oksijen desteği kullanmaya gereksinim duyuyor musunuz?				
Diğer (Açıklayınız)				
D. Beslenme				
11) MS nedeniyle beslenme gereksiniminizi karşılamak için alışveriş yapmada sorun yaşıyor musunuz?				
12) MS nedeniyle yemek pişirme/hazırlama konusunda sorun yaşıyor musunuz?				

D. Beslenme	Evet	Kısmen	Hayır	Cevabınız “Evet” ya da “Kısmen” ise; yaşadığınız sorunu/sorunları açıklayınız.
13) MS nedeniyle yemek yerken çatal, bıçak ya da kaşığı rahat bir şekilde kullanmada sorun yaşıyor musunuz?				
14) MS nedeniyle çay/kahve vb. içerken fincan/bardak tutmada sorun yaşıyor musunuz?				
15) MS nedeniyle beslenme aktivitesi için masayı hazırlama ve toplamada sorun yaşıyor musunuz?				
Diğer (Açıklayınız)				
E. Boşaltım				
16) MS nedeniyle tuvalete gidip-gelmede sorun yaşıyor musunuz?				
17) MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra giysilerinizi çıkartıp-giymede sorun yaşıyor musunuz?				
18) MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra ellerinizi yıkamada sorun yaşıyor musunuz?				
19) MS nedeniyle idrar yapma ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?				
20) MS nedeniyle defekasyon/büyük abdest yapma ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?				
Diğer (Açıklayınız)				
F. Kişisel Temizlik ve Giyim				
21) MS nedeniyle saçını tarama, el-yüz yıkama, diş fırçalama, tıraş olma, makyaj yapma gibi kişisel bakım gereksinimlerinizi karşılamada sorun yaşıyor musunuz?				
22) MS nedeniyle giyinmede sorun yaşıyor musunuz?				
23) MS nedeniyle banyo yapmada sorun yaşıyor musunuz?				
Diğer (Açıklayınız)				

G. Beden Isısının Kontrolü	Evet	Kısmen	Hayır	Cevabınız “Evet” ya da “Kısmen” ise; yaşadığınız sorunu/sorunları açıklayınız.
24) MS nedeniyle beden ısıınızda değişiklik oldu mu?				
25) MS nedeniyle ateşiniz olduğunda ateşinizi kontrol etmede (derece ile ateşi ölçme, üzerindikileri çıkarma, ılık duş alma gibi) sorun yaşıyor musunuz?				
26) MS nedeniyle evinizin ısınıı ayarlama da sorun yaşıyor musunuz?				
27) Çalışıyorsanız, MS nedeniyle işyerinizin ısınıı ayarlama da sorun yaşıyor musunuz?				
Diğer (Açıklayınız)				
H. Hareket				
28) MS nedeniyle ayakta dengede durmada sorun yaşıyor musunuz?				
29) MS nedeniyle yürümede sorun yaşıyor musunuz?				
30) MS nedeniyle sandalyeye / koltuğa / yatağa oturup- kalkmada sorun yaşıyor musunuz?				
31) MS nedeniyle ulaşım için taşıma araçlarını kullanmada sorun yaşıyor musunuz?				
32) MS nedeniyle merdiven inip-çıkma da sorun yaşıyor musunuz?				
33) MS nedeniyle hareket etmenize yardımcı bir araç (baston, tekerlekli sandalye vb.) kullanmaya gereksiniminiz oluyor mu?				
Diğer (Açıklayınız)				
I. Çalışma ve Eğlenme				
34) MS nedeniyle mesleki sorumluluklarınızı yerine getirmede sorun yaşıyor musunuz?				
35) MS nedeniyle evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmede sorun yaşıyor musunuz?				
36) MS tanısı konulmadan önce sürekli gerçekleştirdiğiniz bir hobi/uğraşınız var ise, MS nedeniyle yapmada sorun yaşıyor musunuz?				
37) MS nedeniyle komşu-arkadaş-akraba ziyaretlerini gerçekleştirmede sorun yaşıyor musunuz?				

I. Çalışma ve Eğlenme	Evet	Kısmen	Hayır	Cevabınız “Evet” ya da “Kısmen” ise; yaşadığınız sorunu/sorunları açıklayınız.	
38) MS nedeniyle sinema, tiyatro, seyahat, tatil gibi sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede sorun yaşıyor musunuz?					
Diğer (Açıklayınız)					
J. Cinselliği Tanımlama					
39) MS tanısı aldıktan sonra dış görünümünüzle ilgilenmede değişiklik oldu mu?					
40) MS nedeniyle cinsel yaşamınız etkilendi mi?				Kadın hastalar için	Erkek hastalar için
				Cinsel ilgi azlığı/kaybı	Cinsel ilgi azlığı/kaybı
				Yetersiz vajinal ıslanma (haznede ıslanma)	Sertleşme veya sertleşmeyi sürdürmede zorluk
				Cinsel doyuma ulaşma güçlüğü	Cinsel doyuma ulaşma güçlüğü
				Eşi memnun etmede yetersizlik	Eşi memnun etmede yetersizlik
				Cinsel ilişki sırasında ağrı	
Diğer (Açıklayınız)					
K. Uyku					
41) MS nedeniyle uyku ile ilgili sorun/sorunlar yaşadınız mı?				1. Gece sık sık uyanma 2. Uykuya dalmada güçlük 3. Gündüz aşırı uyuma 4. Normalden az uyuma 5. Uykudan dinlenmemiş olarak uyanma	
42) Yaşadığınız uyku sorunu/sorunlarına yönelik herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır			
Diğer (Açıklayınız)					
L. Ölüm					
43) MS gelecekle ilgili yaptığınız planları etkiledi mi?					
44) MS tanısı aldıktan sonra ölüme ilişkin düşüncelerinizde / bakış açınızda değişiklik oldu mu?					
Diğer (Açıklayınız)					

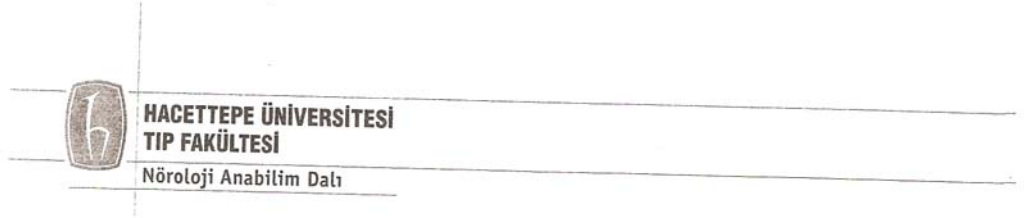


T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ YEREL ETİK KURULU
RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF MEDICAL FACULTY, GAZİ UNIVERSITY
ANKARA-TÜRKİYE
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI
İLACI DIŞI KLİNİK ÇALIŞMALAR

		PROTOKOL ADI	" Multiple Skleroz'lu Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Durumlarının Belirlenmesi"			
BAŞVURU BİLGİLERİ		SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI, / ADI	Yrd.Doç.Dr.Sevinç Kutlutürkan			
		Belge Adı	Tarihi / değişiklik No.su		Dili Türkçe	
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				
KARAR BİLGİLERİ		Karar No: 284	Tarih: 24 Eylül 2007			
G.Ü Hemşirelik Yüksekokulu'nda yapılması tasarlanan ve yukarıdaki künyede kayıtlı araştırma projesine ait dosya incelenmiş, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler yönünden uygun olduğuna karar verilmiştir.						
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI		İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU, İA YÖNETMELİĞİ, BİYOEĞİTİK SÖZLEŞMESİ				
ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof.Dr.Türkiz GÜRSEL BAŞKAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji	G.Ü.T.F Çocuk Sağ.ve Hast.A.D.	K	x E	xx E	
Prof.Dr.Leyla MEMİŞ ÜYE	Patoloji	G.Ü.T.F Patoloji A.D.	K	x H	xx E	
Prof.Dr.Ceyda KARADENİZ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Onkoloji	G.Ü.T.F Çocuk Sağ.ve Hast.A.D.	K	x E	xx E	
Prof. Dr. Aysel ARICIOĞLU ÜYE	Tıbbi Biyokimya	G.Ü.T.F Tıbbi Biyokimya A.D.	K	x E	xx E	
Prof.Dr.Ayila GÜLEKON ÜYE	Dermatoloji	G.Ü.T.F Dermatoloji A.D.	K	x H	xx E	
Prof.Dr.Fatma AKAR ÜYE	Ecz.Fak. Farmakoloji	G.Ü.E.F Ecz.Fak. Farmakoloji	K	x H	xx E	
Prof.Dr.Candan TUNCER ÜYE	Gastroenteroloji	G.Ü.T.F İç Hast. A.D.	K	x H	xx E	
Prof.Dr.Reha KURUOĞLU ÜYE	Nöroloji	G.Ü.T.F Nöroloji A.D.	E	x H	xx E	
Prof.Dr.E.Ferda PERÇİN ÜYE	Tıbbi Genetik	G.Ü.T.F Tıbbi Genetik A.D.	K	x H	xx E	
Doç.Dr.Canan ULUOĞLU ÜYE	Tıbbi Farmakoloji	G.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	x H	xx E	
Doç.Dr.Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Etiği ve Tıp Tarihi	G.Ü.T.F Tıp Etiği ve Tıp tarihi A.D.	K	x H	x H	Katılmadı
Doç.Dr.Kenan HİZEL ÜYE	Enfeksiyon	G.Ü.T.F Enfeksiyon Hast. A.D.	E	x H	xx E	
Yrd.Doç.Dr.Birol DEMİREL ÜYE	Adli Tıp	G.Ü.T.F Adli Tıp A.D.	E	x H	xx E	
Hukuk Müşaviri Adem GELİR ÜYE	Hukuk Müşaviri	G.Ü.Rektörlük Hukuk Müşavirliği	E	x H	xx E	

* Araştırma ile İlişki
* Toplantıda Bulunma

EK-3 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HASTANELERDEN ALINAN İZİN YAZILARI



Sayı: B.30.2.HAC.0.01.00.29/ 313

17.08.2007

Hastaneler Genel Direktörlüğüne,

İlgi: 30.07.2007 tarih ve 4344 sayılı yazınız.

İlgi yazıda belirtilen Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Arzu Akman tarafından yapılacak tezin HÜTF Nöroloji Anabilim Dalı Nöroimmunoloji Polikliniği sırasında yapılması uygun görülmüştür. Çalışma sırasında ve tamamlandıktan sonra hasta gizliliğine özen göstererek, Anabilim dalımız ilgili öğretim üyelerini sonuçlardan aktif olarak haberdar ederek çalışması uygun olacaktır.

Bilgilerinize arz ederim

Saygılarımla.

Prof.Dr. Bülent Elibol
Nöroloji Anabilim Dalı
Başkan V.

EK-3 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HASTANELERDEN ALINAN İZİN YAZILARI

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

028161 03.08.2007

Sayı : B.10.4.ISM.4.06.00.09-773.99
Konu : Tez Çalışma İzni

VALİLİK MAKAMINA

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Arzu AKMAN'ın, Yard. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN danışmanlığında "Multiple Sklerozlu Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Durumlarının Belirlenmesi" konulu tezi ile ilgili yapacağı anket çalışmasını aşağıda belirtilen hastanelerin Nöroloji Polikliniklerinde uygulayabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Selahattin SAHİN
Sağlık Müdürü

OLUR

03.08.2007

Hakkı LOĞOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

ARAŞTIRMA YAPILACAK HASTANELER

Ankara EAH.
Ankara Numune EAH.
Ankara Atatürk EAH.
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH.
Ankara Gazi Devlet Hastanesi
Ankara Ulus Devlet Hastanesi
Ankara Etlik İhtisas Hastanesi

EK : Yazı Örneği 15 (Onbeş) Sayfa

S.B. GAZİ DEVLET HASTANESİ
Nöroloji Polikliniği
Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN
Danışman

Doç. Dr. Ömer ANLAR
Nöroloji Polikliniği Şefi
Ankara Gazi Devlet Hastanesi
Doç. Dr. Zeynep AKKARA
Nöroloji Polikliniği Şefi

T.C.S.B. GAZİ DEVLET HASTANESİ
Dr. Ömer ANLAR
Nöroloji Polikliniği Şefi
Tescil No: 32341

S.B. GAZİ DEVLET HASTANESİ
Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN
Nöroloji Polikliniği Şefi
Din. Tes. No: 32341

ANKARA NUMUNE EĞİTİM HASTANESİ
Doç. Dr. Fikri AK
Nöroloji Kl. Şefi
Din. Tes. No: 32707

EK-4 EK TABLOLAR

Ek Tablo 1: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirmede Sorun Yaşama Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları (N: 93)

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle kendini güvende hissetme duygusunda değişim	Evet	28	47,5	22	64,7
	Hayır	31	52,5	12	35,3
	X²=2,581 Sd=1 p=0,108>0,05				
MS nedeniyle ilaçlarını kullanmada ve/veya uygulamada sorun yaşama	Evet	7	13,0	3	9,1
	Hayır	47	87,0	30	90,9
	X²=0,302 Sd=1 p=0,583>0,05				
MS nedeniyle düşme	Evet	27	45,8	18	52,9
	Hayır	32	54,2	16	47,1
	X²=0,445 Sd=1 p=0,505>0,05				
MS nedeniyle yanık geçirme	Evet	0	0,0	1	2,9
	Hayır	59	100,0	33	97,1
	Fisher's Exact p=0,366>0,05				
MS nedeniyle trafik kazası geçirme	Evet	0	0,0	1	2,9
	Hayır	59	100,0	33	97,1
	Fisher's Exact p=0,366>0,05				
MS nedeniyle bir konu hakkında düşüncelerini yoğunlaştırmada sorun yaşama	Evet	20	33,9	13	38,2
	Hayır	39	66,1	21	61,8
	X²=0,177 Sd=1 p=0,674>0,05				
MS nedeniyle bir konu hakkındaki düşüncelerini çevresindekilere anlatmada sorun yaşama	Evet	11	18,6	14	41,2
	Hayır	48	81,4	20	58,8
	X²=5,572 sd=1 p=0,018<0,05*				
MS nedeniyle çevresindeki bireylerle iletişim kurmada sorun yaşama	evet	7	11,9	8	23,5
	hayır	52	88,1	26	76,5
	X²=2,170 sd=1 p=0,141>0,05				
MS nedeniyle solunum sıkıntısı yaşama	Evet	5	8,5	3	8,8
	Hayır	54	91,5	31	91,2
	Fisher's Exact p=0,616>0,05				
MS nedeniyle solunumunu desteklemek için oksijene ihtiyaç duyma	Evet	0	0,0	1	2,9
	Hayır	59	100,0	33	97,1
	Fisher's Exact p=0,366>0,05				
MS nedeniyle beslenme gereksinimini karşılamak için alışveriş yapmada sorun aşama	Evet	20	33,9	13	38,2
	Hayır	39	66,1	21	61,8
	X²=0,177 sd=1 p=0,674>0,05				
MS nedeniyle yemek pişirme/ hazırlama konusunda sorun yaşama	Evet	22	37,3	10	29,4
	Hayır	37	62,7	24	70,6
	X²=0,593 sd=1 p=0,441>0,05				
MS nedeniyle yemek yerken çatal, bıçak ya da kaşığı rahat bir şekilde kullanmada sorun yaşama	Evet	13	22,0	13	38,2
	Hayır	46	78,0	21	61,8
	X²=2,811 sd=1 p=0,094>0,05				
MS nedeniyle çay/kahve vb. içerken fincan/bardağı tutmada sorun yaşama	Evet	14	23,7	16	47,1
	Hayır	45	76,3	18	52,9
	X²=5,373 sd=1 p=0,020<0,05*				
MS nedeniyle beslenme aktivitesi için masayı hazırlama ve toplamada sorun yaşama	Evet	17	29,3	8	25,8
	Hayır	41	70,7	23	74,2
	X²=0,123 sd=1 p=0,726>0,05				

Ek Tablo 1'in Devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle tuvalete gidip-gelmede sorun yaşama	Evet	20	33,9	13	38,2
	Hayır	39	66,1	21	61,8
	X²=0,177 sd=1 p=0,674>0,05				
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra giysilerini çıkartıp-giymede sorun yaşama	Evet	15	25,4	11	32,4
	Hayır	44	74,6	23	67,6
	X²=0,517 sd=1 p=0,473>0,05				
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra ellerini yıkamada sorun yaşama	Evet	8	13,6	6	17,6
	Hayır	51	86,4	28	82,4
	X²=0,282 sd=1 p=0,595>0,05				
MS nedeniyle idrar yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	17	28,8	15	44,1
	Hayır	42	71,2	19	55,9
	X²=2,238 sd=1 p=0,135>0,05				
MS nedeniyle defekasyon yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	14	23,7	16	47,1
	Hayır	45	76,3	18	52,9
	X²=5,373 sd=1 p=0,020<0,05*				
MS nedeniyle kişisel bakım gereksinimlerini karşılamada sorun yaşama	Evet	13	22,0	10	29,4
	Hayır	46	78,0	24	70,6
	X²=0,631 sd=1 p=0,427>0,05				
MS nedeniyle banyo yapmada sorun yaşama	Evet	15	25,4	14	41,2
	Hayır	44	74,6	20	58,8
	X²=2,494 sd=1 p=0,114>0,05				
MS nedeniyle giyinmede sorun yaşama	Evet	7	11,9	11	32,4
	Hayır	52	88,1	23	67,6
	X²=5,801 sd=1 p=0,016<0,05*				
MS nedeniyle beden ısısında değişim	Evet	21	35,6	18	52,9
	Hayır	38	64,4	16	47,1
	X²=2,666 sd=1 p=0,103>0,05				
MS nedeniyle ateşi olduğunda ateşini kontrol etmede sorun yaşama	Evet	3	5,2	3	8,8
	Hayır	55	94,8	31	91,2
	Fisher's Exact p=0,666>0,05				
MS nedeniyle evinin ısını ayarlamada sorun yaşama	Evet	5	8,5	7	20,6
	Hayır	54	91,5	27	79,4
	Fisher's Exact p=0,115>0,05				
MS nedeniyle işyerinin ısını ayarlamada sorun yaşama	Evet	6	42,9	1	6,7
	Hayır	8	57,1	14	93,3
	Fisher's Exact p=0,035<0,05*				
MS nedeniyle ayakta dengede durmada sorun yaşama	Evet	34	57,6	24	70,6
	Hayır	25	42,4	10	29,4
	X²=1,544 sd=1 p=0,214>0,05				
MS nedeniyle yürümede sorun yaşama	Evet	34	57,6	23	67,6
	Hayır	25	42,4	11	32,4
	X²=0,913 sd=1 p=0,339>0,05				
MS nedeniyle sandalyeye/koltuğa/yatağa oturup- kalkmada sorun yaşama	Evet	26	44,1	18	52,9
	Hayır	33	55,9	16	47,1
	X²=0,681 sd=1 p=0,409>0,05				

Ek Tablo 1'in Devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		Cinsiyet			
		Kadın		Erkek	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle ulaşım için taşıma araçlarını kullanmada sorun yaşama	Evet	30	50,8	18	52,9
	Hayır	29	49,2	16	47,1
	$X^2=0,038$ sd=1 p=0,846>0,05				
MS nedeniyle merdiven inip-çıkma sorun yaşama	Evet	30	50,8	22	64,7
	Hayır	29	49,2	12	35,3
	$X^2=1,681$ sd=1 p=0,195>0,05				
MS nedeniyle hareket etmeye yardımcı bir araç kullanma gereksinimi	Evet	12	20,3	13	38,2
	Hayır	47	79,7	21	61,8
	$X^2=3,315$ sd=1 p=0,061>0,05				
MS nedeniyle mesleki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	8	47,1	8	47,1
	Hayır	9	52,9	9	52,9
	$X^2=0,001$ sd=1 p>0,05				
MS nedeniyle evdeki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	28	47,5	16	47,1
	Hayır	31	52,5	18	52,9
	$X^2=0,001$ sd=1 p=0,970>0,05				
MS nedeniyle hobi/uğraşı yapmada sorun yaşama	Evet	26	44,8	19	55,9
	Hayır	32	55,2	15	44,1
	$X^2=1,048$ sd=1 p=0,306>0,05				
MS nedeniyle komşu-arkadaş-akraba ziyaretlerini gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	17	28,8	15	44,1
	Hayır	42	71,2	19	55,9
	$X^2=2,238$ sd=1 p=0,135>0,05				
MS nedeniyle sinema, tiyatro, seyahat gibi sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	23	39,0	14	41,2
	Hayır	36	61,0	20	58,8
	$X^2=0,043$ sd=1 p=0,835>0,05				
MS nedeniyle dış görünümü ile ilgilenmede değişim	Evet	16	27,1	12	35,3
	Hayır	43	72,9	22	64,7
	$X^2=0,685$ sd=1 p=0,408>0,05				
MS nedeniyle gelişen ve cinsel yaşamını etkileyen cinsel sağlık problemleri yaşama	Evet	18	34,6	18	52,9
	Hayır	34	65,4	16	47,1
	$X^2=2,837$ sd=1 p=0,092>0,05				
MS nedeniyle uyku ile ilgili sorun yaşama	Evet	24	40,7	14	41,2
	Hayır	35	59,3	20	58,8
	$X^2=0,002$ sd=1 p=0,962>0,05				
Uyku sorunu için ilaç kullanma	Evet	6	23,1	6	42,9
	Hayır	20	76,9	8	57,1
	$X^2=1,685$ sd=1 p=0,193>0,05				
MS nedeniyle gelecekle ilgili planlarda etkilenme	Evet	30	50,8	21	61,8
	Hayır	29	49,2	13	38,2
	$X^2=1,038$ sd=1 p=0,308>0,05				
MS nedeniyle ölüme ilişkin düşüncelerinde değişim	Evet	15	25,4	11	32,4
	Hayır	44	74,6	23	67,6
	$X^2=0,514$ sd=1 p=0,473>0,05				

*p<0,05

Ek Tablo 2: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirmede Sorun Yaşama Durumlarının Yaşa Göre Dağılımları

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		Yaş					
		19-29		30-39		40+	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle kendini güvende hissetme duygusunda değişim	Evet	11	40,7	19	73,1	20	50,0
	Hayır	16	59,3	7	26,9	20	50,0
	X²=5,971 Sd=2 p=0,051>0,05*						
MS nedeniyle ilaçlarını kullanmada ve/veya uygulamada sorun yaşama	Evet	2	7,4	5	20,8	3	8,3
	Hayır	25	92,6	19	79,2	33	91,7
	**						
MS nedeniyle düşme	Evet	13	48,1	12	46,2	20	50,0
	Hayır	14	51,9	14	53,8	20	50,0
	X²=0,094 Sd=2 p=0,954>0,05						
MS nedeniyle yanık geçirme	Evet	0	0,0	1	3,8	0	0,0
	Hayır	27	100,0	25	96,2	40	100,0
	**						
MS nedeniyle trafik kazası geçirme	Evet	0	0,0	1	3,8	0	0,0
	Hayır	27	100,0	25	96,2	40	100,0
	**						
MS nedeniyle bir konu hakkında düşüncelerini yoğunlaştırmada sorun yaşama	Evet	7	25,9	11	42,3	15	37,5
	Hayır	20	74,1	15	57,7	25	62,5
	X²=1,677 Sd=2 p=0,432>0,05						
MS nedeniyle bir konu hakkındaki düşüncelerini çevresindekilere anlatmada sorun yaşama	Evet	9	33,3	8	30,8	8	20,0
	Hayır	18	66,7	18	69,2	32	80,0
	X²=1,735 Sd=2 p=0,419>0,05						
MS nedeniyle çevresindeki bireylerle iletişim kurmada sorun yaşama	Evet	3	11,1	6	23,1	6	15,0
	Hayır	24	88,9	20	76,9	34	85,0
	**						
MS nedeniyle solunum sıkıntısı yaşama	Evet	2	7,4	2	7,7	4	10,0
	Hayır	25	92,6	24	92,3	36	90,0
	**						
MS nedeniyle solunumunu desteklemek için oksijene ihtiyaç duyma	Evet	0	0,0	0	0,0	1	2,5
	Hayır	27	100,0	26	100,0	39	97,5
	**						
MS nedeniyle beslenme gereksinimini karşılamak için alışveriş yapmada sorun yaşama	Evet	8	29,6	10	38,5	15	37,5
	Hayır	19	70,4	16	61,5	25	62,5
	X²=0,575 Sd=2 p=0,749>0,05						
MS nedeniyle yemek pişirme/ hazırlama konusunda sorun yaşama	Evet	7	25,9	9	34,6	16	40,0
	Hayır	20	74,1	17	65,4	24	60,0
	X²=1,415 Sd=2 p=0,492>0,05						
MS nedeniyle yemek yerken çatal, bıçak ya da kaşığı rahat bir şekilde kullanmada sorun aşama	Evet	4	14,8	8	30,8	14	35,0
	Hayır	23	85,2	18	69,2	26	65,0
	X²=3,402 Sd=2 p=0,182>0,05						
MS nedeniyle çay/kahve vb. içerken fincan/bardağı tutmada sorun yaşama	Evet	7	25,9	8	30,8	15	37,5
	Hayır	20	74,1	18	69,2	25	62,5
	X²=1,02 Sd=2 p=0,599>0,05						
MS nedeniyle beslenme aktivitesi için masayı hazırlama ve toplamada sorun yaşama	Evet	5	19,2	6	25,0	14	35,9
	Hayır	21	80,8	18	75,0	25	64,1
	X²=2,300 Sd=2 p=0,316>0,05						

Ek Tablo 2'nin Devamı

Günlük Yaşam Aktivitelerini İle İlgili Sorunlar		Yaş Grubu					
		19-29		30-39		40+	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle tuvalete gidip-gelmekte sorun yaşama	Evet	5	18,5	10	38,5	18	45,0
	Hayır	22	81,5	16	61,5	22	55,0
	$X^2=5,077$ Sd=2 p=0,078>0,05						
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra giysilerini çıkartıp-giyimde sorun yaşama	Evet	4	14,8	5	19,2	17	42,5
	Hayır	23	85,2	21	80,8	23	57,5
	$X^2=7,498$ Sd=2 p=0,023<0,05*						
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra ellerini yıkamada sorun yaşama	Evet	2	7,4	5	19,2	7	17,5
	Hayır	25	92,6	21	80,8	33	82,5
	**						
MS nedeniyle idrar yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	9	33,3	8	30,8	15	37,5
	Hayır	18	66,7	18	69,2	25	62,5
	$X^2=0,335$ Sd=2 p=0,845>0,05						
MS nedeniyle defekasyon yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	8	29,6	8	30,8	14	35,0
	Hayır	19	70,4	18	69,2	26	65,0
	$X^2=0,249$ Sd=2 p=0,883>0,05						
MS nedeniyle kişisel bakım gereksinimlerini karşılamada sorun yaşama	Evet	6	22,2	6	23,1	11	27,5
	Hayır	21	77,8	20	76,9	29	72,5
	$X^2=0,294$ Sd=2 p=0,863>0,05						
MS nedeniyle banyo yapmada sorun yaşama	Evet	5	18,5	9	34,6	15	37,5
	Hayır	22	81,5	17	65,4	25	62,5
	$X^2=2,904$ Sd=2 p=0,234>0,05						
MS nedeniyle giyinmede sorun yaşama	Evet	4	14,8	6	23,1	8	20,0
	Hayır	23	85,2	20	76,9	32	80,0
	$X^2=0,597$ Sd=2 p=0,741>0,05						
MS nedeniyle beden ısısında değişim	Evet	13	48,1	11	42,3	15	37,5
	Hayır	14	51,9	15	57,7	25	62,5
	$X^2=0,753$ Sd=2 p=0,686>0,05						
MS nedeniyle ateşi olduğunda ateşini kontrol etmede sorun yaşama	Evet	1	3,7	3	11,5	2	5,1
	Hayır	26	96,3	23	88,5	37	94,9
	**						
MS nedeniyle evinin ısını ayarlama da sorun yaşama	Evet	2	7,4	4	15,4	6	15,0
	Hayır	25	92,6	22	84,6	34	85,0
	**						
MS nedeniyle işyerinin ısını ayarlama da sorun yaşama	Evet	2	28,6	2	16,7	3	30,0
	Hayır	5	71,4	10	83,3	7	70,0
	**						
MS nedeniyle ayakta dengede durmada sorun yaşama	Evet	17	63,0	17	65,4	24	60,0
	Hayır	10	37,0	9	34,6	16	40,0
	$X^2=0,200$ Sd=2 p=0,905>0,05						
MS nedeniyle yürümede sorun yaşama	Evet	16	59,3	16	61,5	25	62,5
	Hayır	11	40,7	10	38,5	15	37,5
	$X^2=0,072$ Sd=2 p=0,965>0,05						
MS nedeniyle sandalyeye/koltuğa /yatağa oturup- kalkmada sorun yaşama	Evet	8	29,6	13	50,0	23	57,5
	Hayır	19	70,4	13	50,0	17	42,5
	$X^2=5,127$ Sd=2 p=0,077>0,05						

Ek Tablo 2'nin Devamı

Günlük Yaşam Aktivitelerini İle İlgili Sorunlar		Yaş Grubu					
		19-29		30-39		40+	
		n	%	N	%	n	%
MS nedeniyle ulaşım için taşıma araçlarını kullanmada sorun yaşama	Evet	10	37,0	15	57,7	23	57,5
	Hayır	17	63,0	11	42,3	17	42,5
	$X^2=3,236$ Sd=2 p=0,198>0,05						
MS nedeniyle merdiven inip-çıkma sorunu yaşama	Evet	12	44,4	16	61,5	24	60,0
	Hayır	15	55,6	10	38,5	16	40,0
	$X^2=2,045$ Sd=2 p=0,359>0,05						
MS nedeniyle hareket etmeye yardımcı bir araç kullanma gereksinimi	Evet	7	25,9	3	11,5	15	37,5
	Hayır	20	74,1	23	88,5	25	62,5
	$X^2=5,421$ Sd=2 p=0,066>0,05						
MS nedeniyle mesleki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	3	37,5	8	61,5	5	38,5
	Hayır	5	62,5	5	38,5	8	61,5
	**						
MS nedeniyle evdeki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	8	29,6	13	50,0	23	57,5
	Hayır	19	70,4	13	50,0	17	42,5
	$X^2=5,127$ Sd=2 p=0,077>0,05						
MS nedeniyle hobi/uğraşı yapmada sorun yaşama	Evet	11	40,7	11	42,3	23	59,0
	Hayır	16	59,3	15	57,7	16	41,0
	$X^2=2,755$ Sd=2 p=0,252>0,05						
MS nedeniyle komşu-arkadaş-akraba ziyaretlerini gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	6	22,2	7	26,9	19	47,5
	Hayır	21	77,8	19	73,1	21	52,5
	$X^2=5,459$ Sd=2 p=0,065>0,05						
MS nedeniyle sinema, tiyatro, seyahat gibi sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	6	22,2	9	34,6	22	55,0
	Hayır	21	77,8	17	65,4	18	45,0
	$X^2=7,631$ Sd=2 p=0,022<0,05*						
MS nedeniyle görünümü ile ilgilenmede değişim	Evet	4	14,8	11	42,3	13	32,5
	Hayır	23	85,2	15	57,7	27	67,5
	$X^2=4,948$ Sd=2 p=0,084>0,05						
MS nedeniyle gelişen ve cinsel yaşamını etkileyen cinsel sağlık problemleri yaşama	Evet	9	37,5	12	50,0	15	39,5
	Hayır	15	62,5	12	50,0	23	60,5
	$X^2=0,929$ Sd=2 p=0,628>0,05						
MS nedeniyle uyku ile ilgili sorun yaşama	Evet	7	25,9	9	34,6	22	55,0
	Hayır	20	74,1	17	65,4	18	45,0
	$X^2=6,221$ Sd=2 p=0,044<0,05*						
MS nedeniyle uyku için ilaç kullanma durumu	Evet	0	0,0	4	40,0	8	36,4
	Hayır	8	100,0	6	60,0	14	63,6
	**						
MS nedeniyle gelecekle ilgili planlarda etkilenme	Evet	13	48,1	16	61,5	22	55,0
	Hayır	14	51,9	10	38,5	18	45,0
	$X^2=0,959$ Sd=2 p=0,618>0,05						
MS nedeniyle ölüme ilişkin düşüncelerde değişim	Evet	5	18,5	11	42,3	10	25,0
	Hayır	22	81,5	15	57,7	30	75,0
	$X^2=4,02$ Sd=2 p=0,133>0,05						

* p<0,05

** İstatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Ek Tablo 3: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirmede Sorun Yaşama Durumlarının Tanı Süresine Göre Dağılımları (N:93)

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		Tanı Süresi			
		1-9		10-27	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle kendini güvende hissetme duygusunda değişim	Evet	32	47,1	18	72,0
	Hayır	36	52,9	7	28,0
	X²=4,574 Sd=1 p=0,032<0,05*				
MS nedeniyle ilaçlarını kullanmada ve/veya uygulamada sorun yaşama	Evet	8	12,7	2	8,3
	Hayır	55	87,3	22	91,7
	Fisher's Exact p=0,721>0,05				
MS nedeniyle düşme	Evet	30	44,1	15	60,0
	Hayır	38	55,9	10	40,0
	X²=1,846 Sd=1 p=0,174>0,05				
MS nedeniyle yanık geçirme	Evet	1	1,5	0	0,0
	Hayır	67	98,5	25	100,0
	**				
MS nedeniyle trafik kazası geçirme	Evet	0	0,0	1	4,0
	Hayır	68	100,0	24	96,0
	**				
MS nedeniyle bir konu hakkında düşüncelerini yoğunlaştırmada sorun yaşama	Evet	23	33,8	10	40,0
	Hayır	45	66,2	15	60,0
	X²=0,304 Sd=1 p=0,581>0,05				
MS nedeniyle bir konu hakkındaki düşüncelerini çevresindekilere anlatmada sorun yaşama	Evet	21	30,9	4	16,0
	Hayır	47	69,1	21	84,0
	X²=2,06 Sd=1 p=0,151>0,05				
MS nedeniyle çevresindeki bireylerle iletişim kurmada sorun yaşama	Evet	12	17,6	3	12,0
	Hayır	56	82,4	22	88,0
	Fisher's Exact p=0,752>0,05				
MS nedeniyle solunum sıkıntısı yaşama	Evet	7	10,3	1	4,0
	Hayır	61	89,7	24	96,0
	Fisher's Exact p=0,678>0,05				
MS nedeniyle solunumunu desteklemek için oksijene ihtiyaç duyma	Evet	0	0,0	1	4,0
	Hayır	68	100,0	24	96,0
	**				
MS nedeniyle beslenme gereksinimini karşılamak için alışveriş yapmada sorun yaşama	Evet	20	29,4	13	52,0
	Hayır	48	70,6	12	48,0
	X²=4,07 Sd=1 p=0,04<0,05*				
MS nedeniyle yemek pişirme/ hazırlama konusunda sorun yaşama	Evet	24	35,3	8	32,0
	Hayır	44	64,7	17	68,0
	X²=0,008 Sd=1 p=0,766>0,05				
MS nedeniyle yemek yerken çatal, bıçak ya da kaşığı rahat bir şekilde kullanmada sorun yaşama	Evet	19	27,9	7	28,0
	Hayır	49	72,1	18	72,0
	X²=0,009 Sd=1 p=0,995>0,05				
MS nedeniyle çay/kahve vb. içerken fincan/bardağı tutmada sorun yaşama	Evet	20	29,4	10	40,0
	Hayır	48	70,6	15	60,0
	X²=0,937 Sd=1 p=0,332>0,05				
MS nedeniyle beslenme aktivitesi için masayı hazırlama ve toplamada sorun yaşama	Evet	17	25,8	8	34,8
	Hayır	49	74,2	15	65,2
	X²=0,687 Sd=1 p=0,407>0,05				

Ek Tablo 3.'ün Devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		Tanı Süresi			
		1-9		10-27	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle tuvalete gidip-gelmede sorun yaşama	Evet	21	30,9	12	48,0
	Hayır	47	69,1	13	52,0
	X²=2,339 Sd=1 p=0,126>0,05				
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra giysilerini çıkartıp-giyimede sorun yaşama	Evet	16	23,5	10	40,0
	Hayır	52	76,5	15	60,0
	X²=2,462 Sd=1 p=0,116>0,05				
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra ellerini yıkamada sorun yaşama	Evet	9	13,2	5	20,0
	Hayır	59	86,8	20	80,0
	Fisher's Exact p=0,514>0,05				
MS nedeniyle idrar yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	18	26,5	14	56,0
	Hayır	50	73,5	11	44,0
	X²=7,06 Sd=1 p=0,007<0,05*				
MS nedeniyle defekasyon yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	15	22,1	15	60,0
	Hayır	53	77,9	10	40,0
	X²=12,04 Sd=1 p=0,0005<0,05*				
MS nedeniyle kişisel bakım gereksinimlerini karşılamada sorun yaşama	Evet	14	20,6	9	36,0
	Hayır	54	79,4	16	64,0
	X²=2,332 Sd=1 p=0,126>0,05				
MS nedeniyle banyo yapmada sorun yaşama	Evet	16	23,5	13	52,0
	Hayır	52	76,5	12	48,0
	X²=6,904 Sd=1 p=0,008<0,05*				
MS nedeniyle giyinmede sorun yaşama	Evet	9	13,2	9	36,0
	Hayır	59	86,8	16	64,0
	Fisher's Exact p=0,020<0,05*				
MS nedeniyle beden ısısında değişim	Evet	28	41,2	11	44,0
	Hayır	40	58,8	14	56,0
	X²=0,005 Sd=1 p=0,806>0,05				
MS nedeniyle ateşi olduğunda ateşini kontrol etmede sorun yaşama	Evet	3	4,4	3	12,5
	Hayır	65	95,6	21	87,5
	Fisher's Exact p=0,180>0,05				
MS nedeniyle evinin ısını ayarlamada sorun yaşama	Evet	6	8,8	6	24,0
	Hayır	62	91,2	19	76,0
	Fisher's Exact p=0,078>0,05				
MS nedeniyle işyerinin ısını ayarlamada sorun yaşama	Evet	4	17,4	3	50,0
	Hayır	19	82,6	3	50,0
	Fisher's Exact p=0,131>0,05				
MS nedeniyle ayakta dengede durmada sorun yaşama	Evet	35	51,5	23	92,0
	Hayır	33	48,5	2	8,0
	X²=12,793 Sd=1 p=0,000<0,05*				
MS nedeniyle yürümede sorun yaşama	Evet	35	51,5	22	88,0
	Hayır	33	48,5	3	12,0
	X²=10,281 Sd=1 p=0,001<0,05*				
MS nedeniyle sandalyeye/ koltuğa /yatağa oturup- kalkmada sorun yaşama	Evet	27	39,7	17	68,0
	Hayır	41	60,3	8	32,0
	X²=5,870 Sd=1 p=0,015<0,05*				
MS nedeniyle ulaşım için taşıma araçlarını kullanmada sorun yaşama	Evet	30	44,1	18	72,0
	Hayır	38	55,9	7	28,0
	X²=5,690 Sd=1 p=0,017<0,05*				

Ek Tablo 3.'ün Devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		Tanı Süresi			
		1-9		10-27	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle merdiven inip-çıkma da sorun yaşama	Evet	34	50,0	18	72,0
	Hayır	34	50,0	7	28,0
	X²=3,589 Sd=1 p=0,058>0,05				
MS nedeniyle hareket etmeye yardımcı bir araç kullanma gereksinimi	Evet	11	16,2	14	56,0
	Hayır	57	83,8	11	44,0
	X²=14,749 Sd=1 p=0,000<0,05*				
MS nedeniyle mesleki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	14	51,9	2	28,6
	Hayır	13	48,1	5	71,4
	Fisher's Exact p=0,405>0,05				
MS nedeniyle evdeki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	28	41,2	16	64,0
	Hayır	40	58,8	9	36,0
	X²=3,819 Sd=1 p=0,051>0,05				
MS nedeniyle hobi/uğraşı yapmada sorun yaşama	Evet	29	43,3	16	64,0
	Hayır	38	56,7	9	36,0
	X²=3,127 Sd=1 p=0,077>0,05				
MS nedeniyle komşu-arkadaş-akraba ziyaretlerini gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	17	25,0	15	60,0
	Hayır	51	75,0	10	40,0
	X²=9,917 Sd=1 p=0,001<0,05*				
MS nedeniyle sinema, tiyatro, seyahat gibi sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	20	29,4	17	68,0
	Hayır	48	70,6	8	32,0
	X²=11,361 Sd=1 p=0,000<0,05*				
MS nedeniyle dış görünümü ile ilgilenmede değişim	Evet	18	26,5	10	40,0
	Hayır	50	73,5	15	60,0
	X²=1,590 Sd=1 p=0,207>0,05				
MS nedeniyle gelişen ve cinsel yaşamını etkileyen cinsel sağlık problemleri yaşama	Evet	26	40,6	10	45,5
	Hayır	38	59,4	12	54,5
	X²=0,156 Sd=1 p=0,692>0,05				
MS nedeniyle uyku ile ilgili sorun yaşama	Evet	29	42,6	9	36,0
	Hayır	39	57,4	16	64,0
	X²=0,334 Sd=1 p=0,563>0,05				
Uyku için ilaç kullanma	Evet	7	22,6	5	55,6
	Hayır	24	77,4	4	44,4
	Fisher's Exact p=0,097>0,05				
MS nedeniyle gelecekle ilgili planlarda etkilenme	Evet	35	51,5	16	64,0
	Hayır	33	48,5	9	36,0
	X²=1,157 Sd=1 p=0,281>0,05				
MS nedeniyle ölüme ilişkin düşüncelerde değişim	Evet	20	29,4	6	24,0
	Hayır	48	70,6	19	76,0
	X²=0,265 Sd=1 p=0,606>0,05				

* p<0,05

** İstatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Ek Tablo 4: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirmede Sorun Yaşama Durumlarının MS Prognozuna Göre Dağılımları

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		MS Prognozu			
		RRMS		SPMS-PPMS	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle kendini güvende hissetme duygusunda değişim	Evet	36	48,0	14	77,8
	Hayır	39	52,0	4	22,2
	X²=5,178 sd=1 p=0,022<0,05*				
MS nedeniyle ilaçlarını kullanmada ve/veya uygulamada sorun yaşama	Evet	9	12,9	1	5,9
	Hayır	61	87,1	16	94,1
	X²=0,654 sd=1 p=0,418>0,05				
MS nedeniyle düşme	Evet	33	44,0	12	66,7
	Hayır	42	56,0	6	33,3
	X²=2,986 sd=1 p=0,08>0,05				
MS nedeniyle yanık geçirme	Evet	1	1,3	0	0,0
	Hayır	74	98,7	18	100,0
	**				
MS nedeniyle trafik kazası geçirme	Evet	1	1,3	0	0,0
	Hayır	74	98,7	18	100,0
	**				
MS nedeniyle bir konu hakkında düşüncelerini yoğunlaştırmada sorun yaşama	Evet	28	37,3	5	27,8
	Hayır	47	62,7	13	72,2
	X²=0,578 sd=1 p=0,446>0,05				
MS nedeniyle bir konu hakkındaki düşüncelerini çevresindekilere anlatmada sorun yaşama	Evet	20	26,7	5	27,8
	Hayır	55	73,3	13	72,2
	Fisher's Exact p=0,923>0,05				
MS nedeniyle çevresindeki bireylerle iletişim kurmada sorun yaşama	Evet	12	16,0	3	16,7
	Hayır	63	84,0	15	83,3
	Fisher's Exact p=0,594>0,05				
MS nedeniyle solunum sıkıntısı yaşama	Evet	8	10,7	0	0,0
	Hayır	67	89,3	18	100,0
	Fisher's Exact p=0,346>0,05				
MS nedeniyle solunumunu desteklemek için oksijene ihtiyaç duyma	Evet	1	1,3	0	0,0
	Hayır	74	98,7	18	100,0
	**				
MS nedeniyle beslenme gereksinimini karşılamak için alışveriş yapmada sorun yaşama	Evet	22	29,3	11	61,1
	Hayır	53	70,7	7	38,9
	X²=6,403 Sd=1 p=0,011<0,05*				
MS nedeniyle yemek pişirme/hazırlama konusunda sorun yaşama	Evet	26	34,7	6	33,3
	Hayır	49	65,3	12	66,7
	X²=0,01 Sd=1 p=0,915>0,05				
MS nedeniyle yemek yerken çatal, bıçak ya da kaşığı rahat bir şekilde kullanmada sorun yaşama	Evet	17	22,7	9	50,0
	Hayır	58	77,3	9	50,0
	X²=5,384 Sd=1 p=0,02<0,05*				
MS nedeniyle çay/kahve vb. içerken fincan/bardağı tutmada sorun yaşama	Evet	19	25,3	11	61,1
	Hayır	56	74,7	7	38,9
	X²=8,503 Sd=1 p=0,003<0,05*				
MS nedeniyle beslenme aktivitesi için masayı hazırlama ve toplamada sorun yaşama	Evet	17	23,3	8	50,0
	Hayır	56	76,7	8	50,0
	Fisher's Exact p=0,061>0,05				

Ek Tablo 4'ün Devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		MS Prognozu			
		RRMS		SPMS-PPMS	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle tuvalete gidip-gelmede sorun yaşama	Evet	21	28,0	12	66,7
	Hayır	54	72,0	6	33,3
	X²=9,480 Sd=1 p=0,002<0,05*				
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra giysilerini çıkartıp-giymede sorun yaşama	Evet	17	22,7	9	50,0
	Hayır	58	77,3	9	50,0
	X²=5,384 Sd=1 p=0,02<0,05*				
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra ellerini yıkamada sorun yaşama	Evet	9	12,0	5	27,8
	Hayır	66	88,0	13	72,2
	Fisher's Exact p=0,136>0,05				
MS nedeniyle idrar yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	21	28,0	11	61,1
	Hayır	54	72,0	7	38,9
	X²=7,051 Sd=1 p=0,008<0,05*				
MS nedeniyle defekasyon yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	20	26,7	10	55,6
	Hayır	55	73,3	8	44,4
	X²=5,543 Sd=1 p=0,018<0,05*				
MS nedeniyle kişisel bakım gereksinimlerini karşılamada sorun yaşama	Evet	18	24,0	5	27,8
	Hayır	57	76,0	13	72,2
	Fisher's Exact p=0,715>0,05				
MS nedeniyle banyo yapmada sorun yaşama	Evet	18	24,0	11	61,1
	Hayır	57	76,0	7	38,9
	X²=9,316 Sd=1 p=0,002<0,05*				
MS nedeniyle giyinmede sorun yaşama	Evet	11	14,7	7	38,9
	Hayır	64	85,3	11	61,1
	X²=5,456 Sd=1 p=0,019<0,05*				
MS nedeniyle beden ısısında değişim	Evet	28	37,3	11	61,1
	Hayır	47	62,7	7	38,9
	X²=3,370 Sd=1 p=0,066>0,05				
MS nedeniyle ateşi olduğunda ateşini kontrol etmede sorun yaşama	Evet	5	6,8	1	5,6
	Hayır	69	93,2	17	94,4
	Fisher's Exact p=0,916>0,05				
MS nedeniyle evinin ısını ayarlamada sorun yaşama	Evet	6	8,0	6	33,3
	Hayır	69	92,0	12	66,7
	Fisher's Exact p=0,010<0,05*				
MS nedeniyle işyerinin ısını ayarlamada sorun yaşama	Evet	7	28,0	0	0,0
	Hayır	18	72,0	4	100,0
	Fisher's Exact p=0,546>0,05				
MS nedeniyle ayakta dengede durmada sorun yaşama	Evet	43	57,3	15	83,3
	Hayır	32	42,7	3	16,7
	X²=4,180 Sd=1 p=0,040<0,05*				
MS nedeniyle yürümede sorun yaşama	Evet	42	56,0	15	83,3
	Hayır	33	44,0	3	16,7
	X²=4,571 Sd=1 p=0,032<0,05*				
MS nedeniyle sandalyeye/koltuğa/yatağa oturup-kalkmada sorun yaşama	Evet	32	42,7	12	66,7
	Hayır	43	57,3	6	33,3
	X²=3,354 Sd=1 p=0,067>0,05				

Ek Tablo 4'ün Devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		MS Prognozu			
		RRMS		SPMS-PPMS	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle ulaşım için taşıma araçlarını kullanmada sorun yaşama	Evet	37	49,3	11	61,1
	Hayır	38	50,7	7	38,9
	X²=0,806 Sd=1 p=0,369>0,05				
MS nedeniyle merdiven inip-çıkma sorun yaşama	Evet	37	49,3	15	83,3
	Hayır	38	50,7	3	16,7
	X²=6,807 Sd=1 p=0,009<0,05*				
MS nedeniyle hareket etmeye yardımcı bir araç kullanma gereksinimi	Evet	15	20,0	10	55,6
	Hayır	60	80,0	8	44,4
	Fisher's Exact p=0,007<0,05*				
MS nedeniyle mesleki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	14	45,2	2	66,7
	Hayır	17	54,8	1	33,3
	Fisher's Exact p=0,591>0,05				
MS nedeniyle evdeki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	31	41,3	13	72,2
	Hayır	44	58,7	5	27,8
	X²=5,556 Sd=1 p=0,018<0,05*				
MS nedeniyle hobi/uğraşı yapmada sorun yaşama	Evet	31	41,9	14	77,8
	Hayır	43	58,1	4	22,2
	X²=7,461 Sd=1 p=0,006<0,05*				
MS nedeniyle komşu-arkadaş-akraba ziyaretlerini gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	21	28,0	11	61,1
	Hayır	54	72,0	7	38,9
	X²=7,051 Sd=1 p=0,008<0,05*				
MS nedeniyle sinema, tiyatro, seyahat gibi sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	25	33,3	12	66,7
	Hayır	50	66,7	6	33,3
	X²=6,732 Sd=1 p=0,009<0,05*				
MS nedeniyle görünümü ile ilgilenmede değişim olması	Evet	19	25,3	9	50,0
	Hayır	56	74,7	9	50,0
	X²=4,197 Sd=1 p=0,04<0,05*				
MS nedeniyle gelişen ve cinsel yaşamını etkileyen cinsel sağlık problemleri yaşama	Evet	27	39,7	9	50,0
	Hayır	41	60,3	9	50,0
	X²=0,619 Sd=1 p=0,431>0,05				
MS nedeniyle uyku ile ilgili sorun yaşama	Evet	30	40,0	8	44,4
	Hayır	45	60,0	10	55,6
	X²=0,118 Sd=1 p=0,730>0,05				
Uyku için ilaç kullanma durumu	Evet	9	28,1	3	37,5
	Hayır	23	71,9	5	62,5
	Fisher's Exact p=0,677>0,05				
MS nedeniyle gelecekle ilgili planlarda etkilenme	Evet	36	48,0	15	83,3
	Hayır	39	52,0	3	16,7
	X²=7,317 p=1 p=0,007<0,05*				
MS nedeniyle ölüme ilişkin düşüncelerde değişim	Evet	17	22,7	9	50,0
	Hayır	58	77,3	9	50,0
	X²=5,384 p=1 p=0,02<0,05*				

* p<0,05

** İstatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Ek Tablo 5: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirmede Sorun Yaşama Durumlarının Depresyon Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılımları (N: 93)

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		Depresyon Tanısı Alma Durumu			
		Alan		Almayan	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle kendini güvende hissetme duygusunda değişim	Evet	27	73,0	23	41,1
	Hayır	10	27,0	33	58,9
	X²=9,121 Sd=1 p=0,002<0,05*				
MS nedeniyle ilaçlarını kullanmada ve/veya uygulamada sorun yaşama	Evet	7	21,9	3	5,5
	Hayır	25	78,1	52	94,5
	X²=5,361 Sd=1 p=0,02<0,05*				
MS nedeniyle düşme	Evet	19	51,4	26	46,4
	Hayır	18	48,6	30	53,6
	X²=0,216 Sd=1 p=0,641>0,05				
MS nedeniyle yanık geçirme	Evet	1	2,7	0	0,0
	Hayır	36	97,3	56	100,0
	Fisher's Exact p=0,697>0,05				
MS nedeniyle trafik kazası geçirme	Evet	1	2,7	0	0,0
	Hayır	36	97,3	56	100,0
	Fisher's Exact p=0,397>0,05				
MS nedeniyle bir konu hakkında düşüncelerini yoğunlaştırmada sorun yaşama	Evet	15	40,5	18	32,1
	Hayır	22	59,5	38	67,9
	X²=0,686 Sd=1 p=0,407>0,05				
MS nedeniyle bir konu hakkındaki düşüncelerini çevresindekilere anlatmada sorun yaşama	Evet	13	35,1	12	21,4
	Hayır	24	64,9	44	78,6
	X²=2,219 Sd=1 p=0,144>0,05				
MS nedeniyle çevresindeki bireylerle iletişim kurmada sorun yaşama	Evet	6	16,2	9	16,1
	Hayır	31	83,8	47	83,9
	X²=0,0001 Sd=1 p=0,985>0,05				
MS nedeniyle solunum sıkıntısı yaşama	Evet	4	10,8	4	7,1
	Hayır	33	89,2	52	92,9
	Fisher's Exact p=0,708>0,05				
MS nedeniyle solunumunu desteklemek için oksijene ihtiyaç duyma	Evet	1	2,7	0	0,0
	Hayır	36	97,3	56	100,0
	Fisher's Exact p=0,398>0,05				
MS nedeniyle beslenme gereksinimini karşılamak için alışveriş yapmada sorun yaşama	Evet	16	43,2	17	30,4
	Hayır	21	56,8	39	69,6
	X²=1,613 Sd=1 p=0,203>0,05				
MS nedeniyle yemek pişirme/hazırlama konusunda sorun yaşama	Evet	16	43,2	16	28,6
	Hayır	21	56,8	40	71,4
	X²=2,125 Sd=1 p=0,144>0,05				
MS nedeniyle yemek yerken çatal, bıçak ya da kaşığı rahat bir şekilde kullanmada sorun yaşama	Evet	10	27,0	16	28,6
	Hayır	27	73,0	40	71,4
	X²=0,02 Sd=1 p=0,871>0,05				
MS nedeniyle çay/kahve vb. içerken fincan/bardağı tutmada sorun yaşama	Evet	13	35,1	17	30,4
	Hayır	24	64,9	39	69,6
	X²=0,232 Sd=1 p=0,629>0,05				

Ek Tablo 5'in Devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		Depresyon Tanısı Alma Durumu			
		Alan		Almayan	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle beslenme aktivitesi için masayı hazırlama ve toplamada sorun yaşama	Evet	11	31,4	14	25,9
	Hayır	24	68,6	40	74,1
	X²=0,318 Sd=1 p=0,572>0,05				
MS nedeniyle tuvalete gidip-gelmede sorun yaşama	Evet	17	45,9	16	28,6
	Hayır	20	54,1	40	71,4
	X²=2,937 Sd=1 p=0,086>0,05				
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra giysilerini çıkartıp-giymede sorun yaşama	Evet	12	32,4	14	25,0
	Hayır	25	67,6	42	75,0
	X²=0,611 Sd=1 p=0,434>0,05				
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra ellerini yıkamada sorun yaşama	Evet	6	16,2	8	14,3
	Hayır	31	83,8	48	85,7
	X²=0,06 Sd=1 p=0,798>0,05				
MS nedeniyle idrar yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	15	40,5	17	30,4
	Hayır	22	59,5	39	69,6
	X²=1,023 Sd=1 p=0,311>0,05				
MS nedeniyle defekasyon yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	13	35,1	17	30,4
	Hayır	24	64,9	39	69,6
	X²=0,232 Sd=1 p=0,629>0,05				
MS nedeniyle kişisel bakım gereksinimlerini karşılamada sorun yaşama	Evet	11	29,7	12	21,4
	Hayır	26	70,3	44	78,6
	X²=0,824 Sd=1 p=0,363>0,05				
MS nedeniyle banyo yapmada sorun yaşama	Evet	15	40,5	14	25,0
	Hayır	22	59,5	42	75,0
	X²=1,250 Sd=1 p=0,113>0,05				
MS nedeniyle giyinmede sorun yaşama	Evet	11	29,7	7	12,5
	Hayır	26	70,3	49	87,5
	X²=4,237 Sd=1 p=0,03<0,05*				
MS nedeniyle beden ısısında değişim	Evet	19	51,4	20	35,7
	Hayır	18	48,6	36	64,3
	X²=2,237 Sd=1 p=0,134>0,05				
MS nedeniyle ateşi olduğunda ateşini kontrol etmede sorun yaşama	Evet	3	8,1	3	5,5
	Hayır	34	91,9	52	94,5
	X²=0,255 Sd=1 p=0,613>0,05				
MS nedeniyle evinin ısını ayarlama sorun yaşama	Evet	9	24,3	3	5,4
	Hayır	28	75,7	53	94,6
	X²=7,132 Sd=1 p=0,007<0,05*				
MS nedeniyle işyerinizin ısını ayarlama sorun yaşama	Evet	1	10,0	6	31,6
	Hayır	9	90,0	13	68,4
	X²=1,666 Sd=1 p=0,196>0,05				
MS nedeniyle ayakta dengede durmada sorun yaşama	Evet	26	70,3	32	57,1
	Hayır	11	29,7	24	42,9
	X²=1,635 Sd=1 p=0,200>0,05				
MS nedeniyle yürümede sorun yaşama	Evet	25	67,6	32	57,1
	Hayır	12	32,4	24	42,9
	X²=1,02 Sd=1 p=0,312>0,05				

Ek Tablo 5'in Devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlgili Sorunlar		Depresyon Tanısı Alma Durumu			
		Alan		Almayan	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle sandalyeye/koltuğa/ yatağa oturup-kalkmada sorun yaşama	Evet	24	64,9	20	35,7
	Hayır	13	35,1	36	64,3
	$X^2=7,594$ $Sd=1$ $p=0,005<0,05^*$				
MS nedeniyle ulaşım için taşıma araçlarını kullanmada sorun yaşama	Evet	23	62,2	25	44,6
	Hayır	14	37,8	31	55,4
	$X^2=2,738$ $Sd=1$ $p=0,09>0,05$				
MS nedeniyle merdiven inip-çıkma da sorun yaşama	Evet	25	67,6	27	48,2
	Hayır	12	32,4	29	51,8
	$X^2=3,385$ $Sd=1$ $p=0,065>0,05$				
MS nedeniyle hareket etmeye yardımcı bir araç kullanma gereksinimi	Evet	11	29,7	14	25,0
	Hayır	26	70,3	42	75,0
	$X^2=0,253$ $Sd=1$ $p=0,614>0,05$				
MS nedeniyle mesleki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	4	36,4	12	52,2
	Hayır	7	63,6	11	47,8
	$X^2=0,746$ $Sd=1$ $p=0,387>0,05$				
MS nedeniyle evdeki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	21	56,8	23	41,1
	Hayır	16	43,2	33	58,9
	$X^2=2,198$ $Sd=1$ $p=0,138>0,05$				
MS nedeniyle hobi/uğraşı yapmada sorun yaşama	Evet	22	61,1	23	41,1
	Hayır	14	38,9	33	58,9
	$X^2=3,521$ $Sd=1$ $p=0,060>0,05$				
MS nedeniyle komşu-arkadaş-akraba ziyaretlerini gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	13	35,1	19	33,9
	Hayır	24	64,9	37	66,1
	$X^2=0,001$ $Sd=1$ $p=0,904>0,05$				
MS nedeniyle sinema, tiyatro, seyahat gibi sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	16	43,2	21	37,5
	Hayır	21	56,8	35	62,5
	$X^2=0,306$ $Sd=1$ $p=0,579>0,05$				
MS nedeniyle görünümü ile ilgilenmede değişim	Evet	11	29,7	17	30,4
	Hayır	26	70,3	39	69,6
	$X^2=0,004$ $Sd=1$ $p=0,948>0,05$				
MS nedeniyle gelişen ve cinsel yaşamını etkileyen cinsel sağlık problemleri yaşama	Evet	15	40,5	21	42,9
	Hayır	22	59,5	28	57,1
	$X^2=0,04$ $Sd=1$ $p=0,819>0,05$				
MS nedeniyle uyku ile ilgili sorun yaşama	Evet	20	54,1	18	32,1
	Hayır	17	45,9	38	67,9
	$X^2=4,426$ $Sd=1$ $p=0,035<0,05^*$				
Uyku sorunu için ilaç kullanma durumu	Evet	11	50,0	1	5,6
	Hayır	11	50,0	17	94,4
	$X^2=9,312$ $Sd=1$ $p=0,002<0,05^*$				
MS nedeniyle gelecekle ilgili planlarda etkilenme	Evet	21	56,8	30	53,6
	Hayır	16	43,2	26	46,4
	$X^2=0,09$ $Sd=1$ $p=0,762>0,05$				
MS nedeniyle ölüme ilişkin düşüncelerin değişim	Evet	12	32,4	14	25,0
	Hayır	25	67,6	42	75,0
	$X^2=0,611$ $Sd=1$ $p=0,434>0,05$				

*p<0,05

Ek Tablo 6: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirmede Sorun Yaşama Durumlarının Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Dağılımları (N:93)

Günlük Yaşam Aktiviteleri		Sosyal Destek Alma Durumu			
		Alan		Almayan	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle kendini güvende hissetme duygusunda değişim	Evet	34	47,2	16	76,2
	Hayır	38	52,8	5	23,8
	X²=5,488 Sd=1 p=0,019<0,05*				
MS nedeniyle ilaçlarını kullanmada ve/veya uygulamada sorun yaşama	Evet	7	10,1	3	16,7
	Hayır	62	89,9	15	83,3
	Fisher's Exact p=0,425>0,05				
MS nedeniyle düşme	Evet	31	43,1	14	66,7
	Hayır	41	56,9	7	33,3
	X²=3,629 Sd=1 p=0,057>0,05				
MS nedeniyle yanık geçirme	Evet	1	1,4	0	0,0
	Hayır	71	98,6	21	100,0
	**				
MS nedeniyle trafik kazası geçirme	Evet	1	1,4	0	0,0
	Hayır	71	98,6	21	100,0
	**				
MS nedeniyle bir konu hakkında düşüncelerini yoğunlaştırmada sorun yaşama	Evet	18	25,0	15	71,4
	Hayır	54	75,0	6	28,6
	X²=15,309 Sd=1 p=0,000<0,05*				
MS nedeniyle bir konu hakkındaki düşüncelerini çevresindekilere anlatmada sorun yaşama	Evet	14	19,4	11	52,4
	Hayır	58	80,6	10	47,6
	X²=8,973 Sd=1 p=0,003<0,05*				
MS nedeniyle çevresindeki bireylerle iletişim kurmada sorun yaşama	Evet	7	9,7	8	38,1
	Hayır	65	90,3	13	61,9
	X²=9,675 Sd=1 p=0,002<0,05*				
MS nedeniyle solunum sıkıntısı yaşama	Evet	5	6,9	3	14,3
	Hayır	67	93,1	18	85,7
	**				
MS nedeniyle solunumunu desteklemek için oksijene ihtiyaç duyma	Evet	1	1,4	0	0,0
	Hayır	71	98,6	21	100,0
	**				
MS nedeniyle beslenme gereksinimini karşılamak için alışveriş yapmada sorun yaşama	Evet	21	29,2	12	57,1
	Hayır	51	70,8	9	42,9
	X²=5,558 Sd=1 p=0,018<0,05*				
MS nedeniyle yemek pişirme/hazırlama konusunda sorun yaşama	Evet	20	27,8	12	57,1
	Hayır	52	72,2	9	42,9
	X²=6,612 Sd=1 p=0,013<0,05*				
MS nedeniyle yemek yerken çatal, bıçak ya da kaşığı rahat bir şekilde kullanmada sorun yaşama	Evet	19	26,4	7	33,3
	Hayır	53	73,6	14	66,7
	X²=0,389 Sd=1 p=0,533>0,05				
MS nedeniyle çay/kahve vb. içerken fincan/bardağı tutmada sorun yaşama	Evet	22	30,6	8	38,1
	Hayır	50	69,4	13	61,9
	X²=0,423 Sd=1 p=0,515>0,05				

Ek Tablo 6'nın Devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri		Sosyal Destek Alma Durumu			
		Alan		Almayan	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle beslenme aktivitesi için masayı hazırlama ve toplamada sorun yaşama	Evet	Evet	15	21,7	10
	Hayır	Hayır	54	78,3	10
	X²=6,131 Sd=1 p=0,013<0,05*				
MS nedeniyle tuvalete gidip-gelmede sorun yaşama	Evet	23	31,9	10	47,6
	Hayır	49	68,1	11	52,4
	X²=1,745 Sd=1 p=0,187>0,05				
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra giysilerini çıkartıp-giymede sorun yaşama	Evet	18	25,0	8	38,1
	Hayır	54	75,0	13	61,9
	X²=1,384 Sd=1 p=0,239>0,05				
MS nedeniyle tuvaleti kullanmadan önce ve sonra ellerini yıkamada sorun yaşama	Evet	8	11,1	6	28,6
	Hayır	64	88,9	15	71,4
	X²=3,876 Sd=1 p=0,049<0,05*				
MS nedeniyle idrar yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	25	34,7	7	33,3
	Hayır	47	65,3	14	66,7
	X²=0,014 Sd=1 p=0,906>0,05				
MS nedeniyle defekasyon yapma ile ilgili sorun yaşama	Evet	23	31,9	7	33,3
	Hayır	49	68,1	14	66,7
	X²=0,014 Sd=1 p=0,905>0,05				
MS nedeniyle kişisel bakım gereksinimlerini karşılama sorun yaşama	Evet	17	23,6	6	28,6
	Hayır	55	76,4	15	71,4
	X²=0,215 Sd=1 p=0,643>0,05				
MS nedeniyle banyo yapmada sorun yaşama	Evet	16	22,2	13	61,9
	Hayır	56	77,8	8	38,1
	X²=11,930 Sd=1 p=0,001<0,05*				
MS nedeniyle giyinmede sorun yaşama	Evet	11	15,3	7	33,3
	Hayır	61	84,7	14	66,7
	Fisher's Exact p=0,112>0,05				
MS nedeniyle beden ısısında değişim	Evet	20	27,8	19	90,5
	Hayır	52	72,2	2	9,5
	X²=26,248 Sd=1 p=0,0001<0,05*				
MS nedeniyle ateşi olduğunda ateşini kontrol etmede sorun yaşama	Evet	5	7,0	1	4,8
	Hayır	66	93,0	20	95,2
	X²=0,138 Sd=1 p=0,710>0,05				
MS nedeniyle evinin ısını ayarlama sorun yaşama	Evet	6	8,3	6	28,6
	Hayır	66	91,7	15	71,4
	Fisher's Exact p=0,025<0,05*				
MS nedeniyle işyerinizin ısını ayarlama sorun yaşama	Evet	6	27,3	1	14,3
	Hayır	16	72,7	6	85,7
	Fisher's Exact p=0,646>0,05				
MS nedeniyle ayakta dengede durmada sorun yaşama	Evet	44	61,1	14	66,7
	Hayır	28	38,9	7	33,3
	X²=0,214 Sd=1 p=0,644>0,05				
MS nedeniyle yürümede sorun yaşama	Evet	43	59,7	14	66,7
	Hayır	29	40,3	7	33,3
	X²=0,330 Sd=1 p=0,565>0,05				

Ek Tablo 6'nın Devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri		Sosyal Destek Alma Durumu			
		Alan		Almayan	
		Sayı	%	Sayı	%
MS nedeniyle sandalyeye/koltuğa/ yatağa oturup-kalkmada sorun yaşama	Evet	32	44,4	12	57,1
	Hayır	40	55,6	9	42,9
	X²=1,052 Sd=1 p=0,305>0,05				
MS nedeniyle ulaşım için taşıma araçlarını kullanmada sorun yaşama	Evet	34	47,2	14	66,7
	Hayır	38	52,8	7	33,3
	X²=2,461 Sd=1 p=0,117>0,05				
MS nedeniyle merdiven inip-çıkma da sorun yaşama	Evet	37	51,4	15	71,4
	Hayır	35	48,6	6	28,6
	X²=2,649 Sd=1 p=0,104>0,05				
MS nedeniyle hareket etmeye yardımcı bir araç kullanma gereksinimi	Evet	16	22,2	9	42,9
	Hayır	56	77,8	12	57,1
	X²=3,522 Sd=1 p=0,061>0,05				
MS nedeniyle mesleki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	12	44,4	4	57,1
	Hayır	15	55,6	3	42,9
	X²=0,360 Sd=1 p=0,549>0,05				
MS nedeniyle evdeki sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşama	Evet	29	40,3	15	71,4
	Hayır	43	59,7	6	28,6
	X²=6,329 Sd=1 p=0,012<0,05*				
MS nedeniyle hobi/uğraşı yapmada sorun yaşama	Evet	33	45,8	12	60,0
	Hayır	39	54,2	8	40,0
	X²=1,257 Sd=1 p=0,262>0,05				
MS nedeniyle komşu-arkadaş-akraba ziyaretlerini gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	23	31,9	9	42,9
	Hayır	49	68,1	12	57,1
	X²=0,858 Sd=1 p=0,354>0,05				
MS nedeniyle sinema, tiyatro, seyahat gibi sosyal aktiviteleri gerçekleştirmede sorun yaşama	Evet	27	37,5	10	47,6
	Hayır	45	62,5	11	52,4
	X²=0,695 Sd=1 p=0,405>0,05				
MS nedeniyle görünümü ile ilgilenmede değişim	Evet	19	26,4	9	42,9
	Hayır	53	73,6	12	57,1
	X²=2,095 Sd=1 p=0,148>0,05				
MS nedeniyle gelişen ve cinsel yaşamını etkileyen cinsel sağlık problemleri	Evet	29	43,3	7	36,8
	Hayır	38	56,7	12	63,2
	X²=0,252 Sd=1 p=0,615>0,05				
MS nedeniyle uyku ile ilgili sorun yaşama	Evet	28	38,9	10	47,6
	Hayır	44	61,1	11	52,4
	X²=0,513 Sd=1 p=0,474>0,05				
Uyku sorunları için ilaç kullanma durumu	Evet	8	27,6	4	36,4
	Hayır	21	72,4	7	63,6
	X²=0,293 Sd=1 p=0,589>0,05				
MS nedeniyle gelecekle ilgili plarlarda etkilenme	Evet	35	48,6	16	76,2
	Hayır	37	51,4	5	23,8
	X²=4,993 Sd=1 p=0,025<0,05*				
MS nedeniyle ölüme ilişkin düşüncelerde değişim	Evet	17	23,6	9	42,9
	Hayır	55	76,4	12	57,1
	X²=2,990 Sd=1 p=0,084>0,05				

* p<0,05

** İstatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

11. TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın gerçekleştirilmesinde destek ve katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN'a,

Veri toplama formunda yer alan GYA'ne ilişkin soruların oluşturulmasındaki katkılarından dolayı Prof. Dr. Ayla BAYIK'a Doç. Dr. Hatice FESCI'ye, Doç. Dr. Firdevs ERDEMİR'e,

Araştırmanın yapılmasına izin verdikleri için Ankara Numune Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Gazi Devlet Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi başhekimlikleri'ne, ve nöroloji bölüm başkanlarına/klinik şeflerine,

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizindeki katkılarından dolayı Sayın Ahmet GÜL'e, Yard. Doç. Dr. Meriç ÇOLAKOĞLU'na,

Araştırma süresince sevgi ve sabırla yanımda oldukları için aileme teşekkür ederim.

Arzu AKMAN

2008

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı Arzu

Soyadı: Akman

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara 80.01.1981

Eğitimi:

2004-Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü

1998-Dikmen Lisesi

1992-27 Aralık İlköğretim Okulu

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Türk Hemşireler Derneği

Türkiye Tıp Bilişimi Derneği

E-Posta Adresi: arzu.akman@yahoo.com