

ARAŞTIRMA

MULTİPLE SKLEROZ HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ VE RUHSAL DURUMLARI

Sevgi BULUNMAZ GÜLER* Fatma ERSİN**

Alınış Tarihi: 25.12.2017

Kabul Tarihi: 10.04.2018

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, bir araştırma ve uygulama hastanesi'nde tedavi görmekte olan Multiple Skleroz hastalarında yaşam kalitesi, ruhsal durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini bir Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Hastalıkları Kliniğinde tedavi görmekte olan ve poliklinikte takip edilen MS tanısı olan çalışmaya katılmayı kabul eden 45 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Kısa Form SF-36 ve Genel Sağlık Anketi - 12 kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların %64.6'sı kadın, %64.4'ü evli, %44.4'ü çalışmamaktadır. Hastaların %11.1'inin ailelerinde MS öyküsü olup %13.3'ü yardımcı alet kullanmaktadır. Çalışan hastaların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol alt boyutu puan ortalaması ve çocuğu olmayanların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). Hastaların %26.8'inin yüksek ruhsal sorun yaşama riskine sahip oldukları saptanmıştır. Yardımcı alet kullanan hastaların Genel Sağlık Anketi-12 ölçek puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre MS hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğu, hastaların yarıya yakınının ruhsal durumunun iyi olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Multiple skleroz; yaşam kalitesi; mental mtates; hemşirelik.

ABSTRACT

Life Quality and Mental States of Patients with Multiple Sclerosis

Objective: This descriptive study was conducted for the purpose of determining the affecting factors and life quality, mental states in patients with Multiple Sclerosis receiving treatment at a research and practice hospital.

Methods: The study sample consisted of 45 patients diagnosed with MS that were receiving treatment at Harran University Medical Faculty Research and Application Hospital Neurological Diseases Clinic, were followed in polyclinics and accepted to participate in the study. The data were analyzed by using descriptive statistics, independent samples t-test and Mann Whitney U test.

Results: Among the patients who participated in the study; 64.6% were women, 64.4% married and 44.4% unemployed. 11.1% of patients had MS history in their families and 13.3% used assistive devices. Employed patients obtained significantly higher scores from the lower dimension of physical role of the Life Quality Scale and patients who had no children obtained significantly higher scores from the lower dimension of physical function ($p<0.05$). It was determined that 26.8% of patients had a high risk of mental problems. It was observed that patients using assistive devices obtained significantly higher scores from the General Health Questionnaire-12 scales ($p<0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that MS patients had a lower life quality and almost half of patients had the symptoms of mental problems.

Keywords: Multiple sclerosis; life quality; mental states; nursing.

GİRİŞ

Multipl Skleroz (MS) merkezi sinir sisteminin (MSS) fiziksel özürülülüğe neden olan, daha çok genç nüfusu etkileyen, ataklar ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalıdır (Bilgi, Özdemir ve Bulut, 2013). Prevalansı coğrafi özelliklere bağlı olarak değişmekle

birlikte (Ünal, Mavioğlu, Emre, 2016), dünyada MS prevalansının 300/100.000'lere kadar çıktığı belirtilmektedir (Nielsen, Westergaard, Rostgaard, Frisch, Hjalgrim, Wohlfahrt at al., 2005). Ülkemizde MS epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalar henüz sürdürülmekte olup 30-

* Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Şanlıurfa (Hemşire)

ORCID-ID: 0000-0003-2197-2688

** Sorumlu Yazar: Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD., Şanlıurfa (Dr.Öğr.Üyesi) ORCID-ID: 0000-0001-7851-8625, e-posta: fatmaersin1@gmail.com

40/100.000 olabileceği tahmin edilmektedir (Mirza, 2002).

MS'li hastalarda zamanla gelişebilen ve gözlemlenen birçok sorun yaşanmaktadır. Sıklıkla yaşanan sorunlar; boşaltım sorunları, cinsel sorunlar, yutma sorunları, bilişsel sorunlar, hareket sorunları, yorgunluk, denge problemleri, spazm, travmaya yatkınlık, uyku sorunları, ağrı, depresyon ve anksiyetedir (Akkuş ve Kapucu, 2006; O'Sullivan and Hardman, 2006). Bu sorunların daha çok psikolojik kaynaklı olduğu ve hastaların yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (Karataş, 2008).

MS'de psikiyatrik sorunların diğer kronik hastalıklara göre daha sıklıkta yaşandığı belirtilmektedir (Wilken and Sullivan, 2007). Hastalığın ilk aşamasında; hasta tanıyı öğrendiğinde hastada şok tepkisi meydana gelmektedir (Kocaman, 2008). Bunu takiben hastada; hastalığın seyri ve geleceğe dair belirsizlikler, nüks endişesi nedeniyle kaygılar oluşabilmekte, hasta yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine kapılabilmekte ve kontrol kaybı yaşamaktadır (Isaksson and Ahlstrom, 2006). Bu durum hastaların yaşam kalitesini ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Diğer kronik hastalığı olan gruplarla karşılaştırıldığında MS'de yüksek depresyon (Feinstein and Feinstein, 2001) ve ansiyete (Emre, Ergün, Yıldız, Gedikoğlu, Vargel, Gürel ve ark. 2003) prevalansı görülmektedir. Depresyon, MS'in klinik tablosunda en sık ortaya çıkan psikiyatrik bozukluktur. MS'li hastalarda depresyon görülme sıklığının diğer nörolojik hastalıklara ve genel popülasyona göre daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür (Feinstein and Feinstein, 2001). Yapılan bir çalışmada, MS hastalarında yaşam boyu major depresyon görülme oranının %22-54 arasında olduğu belirtilmiştir (Azzimondi, Stracciari, Rinaldi, D'Alessandro and Pazzaglia, 1994). MS'de asıl olan bu bozukluğun kişinin günlük yaşam aktivitelerini ve iş verimini olumsuz etkilemesidir (Gottberg, Einarsson, Fredrikson at al., 2007). Fiziksel özürüllüğe neden olan diğer kronik hastalıklarla yapılan karşılaştırmalı araştırmalarda MS'de hem depresyon daha yaygın, hem de yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur (Janssens, de Boer and van Doorn, 2003; Pattent and Metz, 2001). Ayrıca hasta ve hasta yakınları için hastalığın seyriyle ilgili belirsizlik anksiyeteye neden olmaktadır. İki yıl boyunca 197 MS hastasının değerlendirildiği bir çalışmada, depresyon (%72,1), anksiyete (%17,3), intihar girişimi (%7,1), mani (%6,6), psikoz (%5,1) gibi

sorunların sıklıkla yaşandığı belirtilmektedir (Stepleman, Jumb, Shelton, ve Hughes 2009). MS hastalarında depresyon ve anksiyete yanında psikozda sıklıkla yaşanan ruhsal sorunlar içinde yer almakta (Paparrogopoulos, Ferentinos, Kouzoupis, Koutsis ve Papadimitriou 2010) hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

MS hastalarının yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve yaşadıkları ruhsal sorunların en aza indirilmesinde hemşireler kilit rol oynamaktadırlar. Hemşireler MS hastalarının tedaviye başlamalarında, tedaviye devam etmelerinde ve tedavi esnasındaki endişelerini ve oluşabilecek komplikasyonların tanınması, farkındalığın geliştirilmesi ve uygun müdahalelerle sorunların ele alınmasını sağlamada yardımcı olacaklardır. Ayrıca MS hastalarının sağlığını koruma ve geliştirme aşamasında etkin hemşirelik hizmetlerinin sunulması önemlidir. Bu nedenle çalışma, bir Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde tedavi görmekte olan Multiple Skleroz (MS) hastalarında yaşam kalitesi, ruhsal durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Çalışma Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiş olup Ocak 2015 - Aralık 2016 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Hastalıkları Kliniği'nde tedavi görmekte olan ve poliklinikte takip edilen kesin MS tanısı almış ve 18 yaş üstü çalışmaya katılmayı kabul eden 45 hasta örnekleme oluşturmuştur. Polikliniğe gelen MS ön tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın bağımlı değişkenleri Kısa Form SF -36 Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) puan ortalamalarıdır. Bağımsız değişkenleri ise hastanın demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleridir (ilaç kullanma durumu, yardımcı alet kullanma durumu).

Veri Toplama Araçları: Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu, Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi – 12 kullanılmıştır.

Anket Formu: Anket formu hastaya ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren toplam 15 sorudan oluşmuştur. Hastaya ilişkin özellikler; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk durumu, çalışma durumu, gelir düzeyine ait bilgileri içermektedir. Hastalığa ilişkin özellikler ise ailede MS öyküsü durumu, kullandığı ilaçlar, kullanılan ilaçların uygulama yolu, ilacı kullanma sıklığı, günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı alet kullanma durumu, yaşam aktivitelerini etkileyen hastalık bulgularının varlığı ve MS tanısını ne zaman aldıklarını içeren bilgilerden oluşmaktadır.

Kısa Form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği: Araştırmada katılımcıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla, 1987 yılında Ware tarafından geliştirilen (Ware, 2004) ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmış olan SF-36 ölçeği kullanılmıştır. Sağlığın sekiz bileşende incelendiği bu ölçekte yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret etmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Alt boyutlar; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanmasıdır. SF-36 ölçeğinde 100 puan üzerinden puanlama yapılmaktadır ve alınan puanlar her bileşen için 0 ile 100 puan arasında değişmektedir. Bu ölçekte yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir. Ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmasında alt boyutları Cronbach's Alpha değerleri .79-.99 arasında değişmektedir (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez ve Memiş, 1998). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri .89 olarak saptanmıştır.

Genel Sağlık Anketi (GSA-12): 1972 yılında Manchester Üniversitesi'nden David Goldberg tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketi-12, toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruhsal sorunları saptamak amacı ile oluşturulmuş, hastanın kendisinin doldurduğu bir tarama testidir. Kısa, uygulaması kolay bir test olması ve ruhsal sorunu olduğu halde kişiyi psikiyatri dışı bir kliniğe başvurmaya sevk edecek türden rahatsızlıkları saptaması amaçlanmıştır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada 12 soruluk formu kullanılmıştır. Her bir soru, " her zamankinden az" ile " her zamankinden çok fazla" arasında değişen dört

derecelendirmeden oluşmaktadır. GSA tipi puanlama adı verilen yöntemle her sorunun ilk iki yanıtına 0 ve son 2 yanıtına 1 puan verilir. GSA 12'de GSA tipi puanlama yöntemine göre toplam puan 0 – 12 arasındadır. Elde edilen değerler risk gruplarını gösterir. 12 madde üzerinden bireylerin aldıkları puanlar, ruhsal sorunlar açısından düşük, orta ve yüksek risk taşıdıkları göstermektedir. Ölçekten 2'den az puan alanlar düşük, 2-3 arası puan alanlar orta ve 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek risk taşımaktadırlar (Demirüstü, Binboğa, Öner ve Özdamar, 2009). Alınan puanların yüksek olması bireylerin ruhsal yönden (depresyon, anksiyete) değerlendirilmesini gerektirmektedir. Ölçek Cronbach's Alpha değeri .78'dir (Kılıç, 1996). Bu çalışmada Chronbach Alpha değeri .92 olarak saptanmıştır.

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

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

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hastaların %68.9'u 40 yaş altı olup, %64.4'ü kadın, %35.6'sı evli, %44.4'ü çalışmamaktadır (Tablo 1).

Hastaların %11.1'inin ailelerinde MS öyküsü olduğu, %86.7' sinin ilaç kullandığı %13.3'ünün yardımcı alet kullandığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %64.6'sının birden fazla şikayeti olduğu belirlenmiş olup, %80.0'ı yorgunluk, %44.4'ü denge problemleri, %35.6'sı ağrı, %20.0'ı cinsel sorunlar, %17.8'i barsak problemleri ve %8.9'u yutma güçlüğü yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 2). Literatürde MS hastalarının %75-87'si yorgunluktan yakınmıştır. Bu hastaların 2/3'ü hastalıklarının en kötü üç semptomundan biri olarak yorgunluğu belirtmiştir. MS'deki yorgunluk, sağlıklı yetişkinler ya da diğer hastalıkları olan bireylerde görülen yorgunluğa kıyasla daha sıktır ve günlük yaşam aktivitesini daha fazla etkilemektedir (Kaya, Çelebi, Vardar ve Gürsoy, 2015). Kelleci, Aştı ve Küçük (2003) çalışmalarında, bu çalışmaya benzer olarak yorgunluk, %22.0 oranında sıklıkla ifade edilen sorunlar içinde yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda MS'li hastalarda yorgunluk ve

denge semptomlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Kaya, Çelebi, Vardar ve Gürsoy, 2015; Kelleci, Aştı ve Küçük, 2003; Lesley and Rudolph, 2004; Pittion-Vouyovitch, Debouverie, Guillemin, Vandenberghe, Anxionnat and Vespignani, 2006; Soyuer, Ünalın ve Mirza, 2005;). Çalışmada yorgunluk, ağrı ve denge sorunların sık görülmesi literatürle uyumlu olarak beklenen bir sonuçtur.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=45)

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

Çalışmada SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği en düşük puan ortalaması ağrı alt boyutunda olup (28.89±27.07), en yüksek puan ortalaması mental rol alt boyutundadır (60.00±45.84). Hastaların fiziksel sağlık özet skoru puan ortalaması 41.74(±6.35), mental sağlık özet skoru puan ortalaması 37.62(±6.92), GSA-12 puan ortalaması 2.69(±3.66) bulunmuştur (Tablo 3). SF-36 ve GSA-12 ölçeklerinden en yüksek alınabilecek puanlar düşünüldüğünde elde edilen ortalama puanların istenen düzeyde olmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda MS hastalarının fiziksel ve mental sağlığının, sosyal yaşamının, vitalite ve genel sağlığının etkilendiği açıkça vurgulanmıştır (Koçer E, Koçer A, Yaman M ve ark., 2011; Mitchell, Benito-León, González and Rivera-Navarro, 2005). Bu çalışmadan farklı olarak Koçer ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışmada ağrı, vitalite, sosyal işlev ve mental işlev puan ortalamaları

daha yüksek olup, fiziksel rol, fiziksel işlev, genel sağlık ve mental rol puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür (Koçer, Yaman, Eryılmaz, Özdem ve Börü, 2011).

Tablo 2. Hastaların Hastalık İle İlgili Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar (n=45)

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%
Ailede MS Öyküsü Varlığı		
Evet	5	11.1
Hayır	40	88.9
İlaç Kullanma Durumu		
Kullanıyor	39	86.7
Kullanmıyor	6	13.3
Yardımcı Alet Kullanma Durumu		
Hayır	39	86.7
Evet	6	13.3
Yaşanan Sorunlar		
Yok	7	15.6
Bir şikayet var	9	20.0
Birden fazla şikayet var	29	64.6
Yorgunluk		
Yok	9	20.0
Var	36	80.0
Ağrı		
Yok	29	64.4
Var	16	35.6
Mesane Bozuklukları		
Yok	35	77.8
Var	10	22.2
Barsak Problemleri		
Yok	37	82.2
Var	8	17.8
Denge Bozuklukları		
Yok	25	55.6
Var	20	44.4
Yutma Güçlüğü		
Yok	41	91.1
Var	4	8.9
Cinsel Sorunlar		
Yok	36	80.0
Var	9	20.0

Başka bir çalışmada da multipl sklerozlu hastalarda yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı kişilere ve başka bir kronik tıbbi-nörolojik hastalığı olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Hammoud and Grindstaff, 1992). Çalışmadan elde edilen sonuçlar hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda ağrı alt

boyutundan düşük puan alınması ağrının aktivitesini yerine getirmede sıkıntılar şiddetine bağlı hastanın günlük yaşam yaşayacağına bir göstergesi olabilir.

Tablo 3. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve GSA- 12 Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Min	Max	$\bar{X} \pm SS$
Yaşam Kalitesi Ölçeği			
Fiziksel İşlev	00	100	58.10 ± 32.81
Fiziksel Rol	00	100	53.85 ± 46.15
Ağrı	00	90	28.89 ± 27.07
Genel sağlık	35	85	55.56 ± 11.14
Vitalite	20	70	52.40 ± 9.27
Sosyal İşlev	00	87.5	49.70 ± 15.42
Mental Rol	00	100	60.00 ± 45.84
Mental İşlev	16	80	53.30 ± 12.68
Fiziksel Sağlık Özet Skoru	52.27	59.06	41.74 ± 6.35
Mental Sağlık Özet Skoru	52.11	55.08	37.62 ± 6.92
Genel Sağlık Anketi	0	2	2.69±3.66

Çalışmada hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak hastaların çalışma durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4). Bu durumda çalışan hastaların fiziksel aktiviteleri yerine getirebildiklerini söyleyebiliriz. Bu çalışmadan farklı olarak Onat, Delialioğlu ve Özel'in (2015) yapmış oldukları çalışmanın sonucunda da aktif çalışan ve aktif çalışmayan hastaların yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çocuk sahibi olma durumuna göre hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmayan hastaların daha yüksek puan aldıkları görülmektedir (Tablo 4). Bu nedenle çocuk sahibi olmayan hastaların yüksek puan almaları iş ve günlük aktivitelerine daha fazla zaman ayırabildiklerini düşündürmektedir.

GSA-12 ölçeğine ilişkin puanlar hastaların, ruhsal sorunlar açısından risk taşıdıklarını göstermektedir. Çalışmada hastaların %57.8'inin düşük risk, %15.5'i orta risk, %26.8'inin yüksek riske sahip oldukları saptanmıştır. Nicholl ve arkadaşları tarafından GSA-12 kullanılarak yapılan bir çalışmada MS hastaların %16-48 arasında depresyon oranının değiştiği belirtilmektedir. Forman ve Lincoln'un (2010) çalışmasında depresyon oranı %45.7 olarak saptanmıştır. Ancak Emre, Ergün, Yıldız, Gedikoğlu, Vargel, Gürel ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada 23 MS hastasının 13'ünde orta/yüksek düzeyde depresyon saptandığı belirtilmiştir. Bilgi, Özdemir ve Bulut (2013) tarafından yapılan başka bir çalışmada da MS hastalarının %19.5'inde depresyon tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlarda hastaların neredeyse yarısının orta ve yüksek risk taşıdığı düşünüldüğünde hastaların hemşireler tarafından yakından izlenmesinin ve psikiyatrik tanılama yönünden değerlendirilmelerinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Tablo 4. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Fiziksel Fonksiyon $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel Rol $\bar{X} \pm SS$	Ağrı $\bar{X} \pm SS$	Genel Sağlık Algısı $\bar{X} \pm SS$	Vitalite $\bar{X} \pm SS$	Sosyal İşlev $\bar{X} \pm SS$	Mental Rol $\bar{X} \pm SS$	Mental İşlev $\bar{X} \pm SS$
Yaş								
40 yaş altı	59.67 ± 32.53	60.48 ± 44.14	27.74 ± 25.39	54.51 ± 11.85	53.38 ± 9.77	47.98 ± 15.17	55.22 ± 10.45	64.51 ± 44.66
40yaş ve üstü	54.64 ± 34.38	39.80 ± 48.74	31.42 ± 31.34	57.85 ± 9.34	50.35 ± 7.95	53.77 ± 15.83	49.14 ± 16.26	50.00 ± 48.48
Istatistiki Değer*	U= 201.000 p= .694	U=165.500 p= .173	U= 210.500 p=.872	U=178.000 p= .332	U= 161.500 p=.166	U= 179.500 p= .328	U= 188.500 p= .480	U=178.500 p= .296
Cinsiyet								
Erkek	66.88 ± 26.20	59.38 ± 46.40	20.63 ± 24.60	56.57 ± 9.40	51.56 ± 7.24	51.56 ± 15.05	51.50 ± 13.61	66.67 ± 42.16
Kadın	53.28 ± 35.44	50.87 ± 46.50	33.40 ± 27.69	55.00 ± 12.10	52.93 ± 10.31	48.71 ± 15.79	54.34 ± 12.26	56.32 ± 48.06
Istatistiki Değer*	U= 188.50 p= .301	U= 207.50 p= .530	U= 162.00 p= .093	U=215.50 p= .692	U= 197.50 p= .405	U= 224.00 p= .840	U= 219.50 p= .765	U= 204.50 p= .471
Medeni Durum								
Evli	61.21 ± 34.45	57.76 ± 44.37	26.21 ± 2.83	56.90 ± 12.13	53.28± 7.23	50.86 ± 17.97	52.41 ± 14.71	52.07 ± 45.18
Bekar	52.50 ± 29.83	46.88 ± 49.90	33.75 ± 24.73	53.13 ± 8.92	50.94 ± 12.28	47.66 ± 9.38	55.00 ± 7.93	56.25 ± 48.26
Istatistiki Değer*	U= 186.50 p= .279	U= 205.50 p= .497	U= 179.00 p= .203	U= 186.00 p= .269	U= 209.00 p= .579	U= 190.00 p= .290	U= 205.50 p= .526	U= 214.50 p= .646
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	65.00 ± 30.89	67.00 ± 43.13	25.20 ± 25.51	52.60 ± 10.01	51.80 ± 10.10	50.00 ± 10.83	51.20 ± 12.39	69.33 ± 41.86
Çalışmıyor	49.50 ± 33.87	37.50 ± 45.52	33.50 ± 28.89	59.25 ± 11.62	53.25 ± 8.32	49.36 ± 20.06	56.00 ± 12.85	48.33 ± 48.94
Istatistiki Değer*	U=184.50 p= .133	U= 165.00 p= .036	U= 208.50 p= .337	U= 168.50 p= .059	U= 235.50 p= .736	U= 247.50 p= .952	U= 204.00 p= .289	U= 193.00 p= .150
Çocuk Durumu								
Var	41.56 ± 31.18	43.75 ± 45.18	33.12 ± 30.27	56.88 ± 7.93	52.19 ± 13.03	44.53 ± 15.12	57.25 ± 10.80	50.00 ± 47.14
Yok	67.24 ± 30.46	59.48 ± 46.49	26.55 ± 25.39	54.83 ± 12.64	52.57 ± 6.63	52.57 ± 15.08	51.17 ± 13.28	65.52 ± 44.97
Istatistiki Değer*	U= 123.500 p= .010	U= 189.00 p= .271	U= 206.00 p= .533	U= 191.50 p= .330	U= 223.50 p=.837	U= 176.50 p= .162	U= 195.50 p= .382	U= 194.50 p= .325

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Çalışmada, GSA-12 ölçek puan ortalaması 40 yaş üstü hastalarda 3.07(±3.97), kadınlarda 3.10(±4.07), bekarlarda 3.19(±4.01), çalışmayanlarda 2.90(±3.92), çocuğu olmayanlarda 2.41 (±3.93) ilaç kullanmayanlarda 3.00(±4.05) ve yardımcı alet kullananlarda 7.00(±4.52) olarak bulunmuştur. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, çocuk durumu, ilaç kullanma durumuna göre GSA-12 ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 5).

Bu çalışmaya benzer olarak Galeazzi, Ferrari, Giaroli ve Mackinnon (2005) ve Forman ve Lincoln'un (2010) çalışmalarında yaş ile depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Şen, Genç, Aydın, Kılınçel, Köle ve Eker (2015) ve Soyuer Ünal ve Mirza'nın (2010) yapmış oldukları çalışmalarda da yaşın depresyon ile ilişkisi bulunmamıştır. Ancak yaşın ilerlemesi ile fiziksel ve mental fonksiyonlar olumsuz etkilenmektedir.

McGian ve Hutchinsan'ın (2005) yapmış olduğu çalışma sonucunda cinsiyet ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptanmıştır. Norveçte yapılan başka bir çalışmada hastaların depresyon düzeyi değerlendirilmiş ve bu çalışmaya benzer olarak cinsiyet ile depresyon durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Dahl, Stordal, Lydersen ve Midgard, 2009). Hakim Bakheit, Bryant, Roberts, McIntosh-Michaelis, Spackman et al. (2000), depresyon oranının kadınlara oranla erkeklerde daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Literatür incelendiğinde cinsiyetin depresyon ile ilişkisinin çalışma sonuçlarında farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu durum kullanılan ölçeklerin ve kültürel değerlerin farklılığı ile açıklanabilir.

Bu çalışmaya benzer olarak; Şen, Genç, Aydın, Kılınçel, Köle ve Eker'in (2015) yaptığı çalışma sonucunda medeni durum ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca Soyuer Ünal ve Mirza'nın (2010) çalışmalarında da medeni durumun ruhsal durumu etkilemedi belirtilmektedir. Literatür değerlendirildiğinde bu çalışma da medeni durumun ruhsal durumu etkilememiş olması beklenen bir sonuçtur.

Tablo 5. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Genel Sağlık Anketi-12 Puan Ortalamalarının Dağılımı

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

*Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Airlie, Baker, Smith ve Young (2001) tarafından yapılan bir çalışmada 100 MS hastasının %28.0'nun özürüllükleri nedeniyle

çalışma yaşamını tamamen bırakmak zorunda kaldığı belirtilmiştir. MS tanısı aldıktan sonra hastalıktan dolayı hastanın çalışmaması, artan

sağlık harcamaları nedeniyle hem gelirin azaldığı, hem de giderin arttığı literatürde belirtilmektedir (Courts, Newton and McNeal, 2005). Bu çalışmada da çalışmayan hastaların GSA-12 puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. MS hastalığı genç yetişkinleri daha çok etkilemektedir. Genç hastalar hastalık nedeniyle ortaya çıkan sorunlardan dolayı işten ayrılmak zorunda kalmakta, üretken olamamakta, hastalık nedeniyle artan maliyet ailenin yükünü arttırmakta ve hastalarda suçluluk duygusunun ön plana çıkmasına neden olmaktadır.

Ayrıca yardımcı alet kullanan hastaların, yardımcı alet kullanmayan hastalara oranla GSA-12 ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 5). Hastaların günlük aktivitelerini yaparken yardımcı alet kullanmaları, kendilerini yetersiz hissetmelerine ve ruhsal sorunlar yaşamalarına neden olmuş olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların MS nedeniyle en sık yaşadıkları sorunların yorgunluk, denge bozuklukları ve ağrı olduğu görülmüştür. Ayrıca hastaların yaşam kalitesi alt boyutları içinde en düşük puanı ağrı alt boyutundan aldıkları saptanmıştır. Hemşireler hem hastane ortamında hem de hastanın evde bakımında yorgunluğun değerlendirilmesi için hastanın ifadesini dikkate almalı, yaşam bulgularında değişiklik, yürüme, merdiven çıkma gibi günlük aktiviteleri sırasında yaşadığı güçlükleri içeren objektif kriterleri göz önünde bulundurmalıdır. Yorgunluk, ağrı ve denge sorunları ile baş etme konusunda bireye

direk sorumluluk verilmeli, kendini rahat hissettiği yöntemleri geliştirmesi konusunda desteklemelidir. Ayrıca hemşireler denge sorunları nedeniyle hasta ve ailesine olası travmaları önlemek için çevre düzenlemesi konusunda eğitim programları düzenlemeli ve uygulamalıdır.

Hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle ülkemizde MS hastalarında yaşam kalitesini belirlemeye yönelik hemşirelik çalışmalarının yaygınlaştırılarak daha geniş örnekleme çalışmalar yapılmalı ve var olan mevcut duruma göre girişimsel çalışmalar planlanmalıdır.

Genel sağlık anketi – 12 doğrultusunda elde edilen verilere göre hastaların çoğunun (%26.8) yüksek düzeyde ruhsal sorun yaşama riski olduğu görülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda hastaların sadece tedavileri için değil ruhsal yönden de değerlendirilmelerinin gerekliliği görülmektedir. GSA – 12 olası psikiyatrik sorunları belirlemede yol gösterici niteliktedir. Bu nedenle daha geniş örnekleme GSA – 12 kullanılarak yapılacak çalışmalar toplumun ruh sağlığının korunması aşamasında planlanacak girişimlere yol gösterebilir.

Çalışmada yardımcı alet kullanan hastaların yüksek düzeyde ruhsal sorunlarının olduğu görülmüştür. Bu nedenle hastalara yardımcı alet kullanmanın bir yetersizlik olmadığı, aksine bireyin hayatını kolaylaştırdığı hemşireler tarafından eğitimlerle anlatılarak hastaların yetersizlik duyguları azaltılmaya çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Airlie J, Baker GA, Smith SJ, Young CA.** Measuring The Impact Of Multiple Sclerosis On Psychosocial Functioning: The Development Of A New Self-Efficacy Scale Clinical Rehabilitation 2001;15:259-65.
- Akkuş Y, Kapucu S.** Multipl Skleroz ve Hasta Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;13(2):57-63.
- Azzimondi G, Stracciari A, Rinaldi R, D'Alessandro R, Pazzaglia P.** Multiple Sclerosis With Very Late Onset: Report of Six Cases And Review of The Literature. European Neurology 1994;34(6):332-6.
- Bilgi E, Özdemir HH, Bulut S.** Multipl Sklerozlu Hastalarda Depresyon ve Kognitif Fonksiyon Bozukluğu Sıklığının Belirlenmesi. Türk Nöroloji Dergisi 2013;19:11-4.
- Courts, NF, Newton AN, McNeal, LJ.** Husbands and Wives Living with Multiple Sclerosis. Journal of Neuroscience Nursing 2005;37 (1):20-5.

- Dahl OP, Stordal E, Lydersen S, Midgard R.** Anxiety and Depression in Multiplesclerosis. A Comparative Population Based Study in Nord, Trøndelag County, Norway. Multiple Sclerosis 2009;15(12):1495-501.
- Demirüstü C, Binboğa D, Öner S ve Özdamar K.** Üniversite Öğrencilerinin Genel Sağlık Anketi Skorları ve Stresle Başetme Yöntemleri Arasındaki İlişki. Türkiye Klinikleri 2009;29:70-6.
- Emre U., Ergün U, Yıldız H, Gedikoğlu Ü, Vargel S, Gürel D ve ark.** Multipl Sklerozda Depresyon, Düşünen Adam 2003;16(1):53-6.
- Feinstein A, Feinstein K.** Depression Associated with Multiple Sclerosis Looking Beyond Diagnosis to Symptom Expression. Journal of Affective Disorders 2001;66:193-8.
- Forman AC, Lincoln NB.** Evaluation Of An Adjustment Group For People With Multiple Sclerosis: A Pilot Randomized Controlled Trial. Clinical Rehabilitation 2010;24:211–21.

- Galeazzi GM, Ferrari S, Giaroli G, Mackinnon A.** Psychiatric Disorders and Depression in Multiple Sclerosis Outpatients: Impact of Disability and Interferon Beta Therapy. *Neurological Sciences* 2005;26(4):255-62.
- 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(1):60-5.
- Hakim EA, Bakheit AM, Bryant TN, Roberts MW, McIntosh-Michaelis SA, Spackman AJ, et al.** The Social Impact of Multiple Sclerosis: A Study of 305 Patients and Their Relatives. *Disability and Rehabilitation* 2000;22(6):288-93.
- Hammoud AM, Grindstaff CF.** Socio-demographic Characteristics of The Physically Disabled in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 1992;83(1):57-60.
- Isaksson AK, Ahlstrom G.** From symptom to Diagnosis; Illness Experiences of Multiple Sclerosis Patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 2006;38(4):229-37.
- Janssens ACJW, De Boer JB, Van Doorn PA, Van Der Ploeg HM, Van Der Meché FGA, Passchier J et al.** Expectations of Wheelchair-Dependency in Recently Diagnosed Patients with Multiple Sclerosis and Their Partners. *European Journal of Neurology* 2003; 10: 287-93.
- Karataş M.** Multiple Sklerozda Ayırıcı Tanı. *Journal of Neurological Sciences*. 2008;25:(2) 15;171-84.
- Kaya AS, Çelebi A, Vardar N, Gürsoy E.** Multipl Skleroz Hastalarında Yorgunluğun Depresyon, Özürlülük ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Arch Neuropsychiatr* 2015;52:247-51.
- Kelleci M, Aştı N, Küçük L.** Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7(2): 11-5.
- Kılıç C.** Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(1): 3-9.
- Kocaman N.** Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;71(2):52-8
- Koçer E, Koçer A, Yaman M, Eryılmaz M, Özdem Ş, Börü ÜT.** Multipl Skleroz Olgularında Yaşam Kalitesi: Fiziksel Özürlülük ve Depresyonun Etkisi? *Journal of Mood Disorders* 2011;1(2): 63-70.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A.** Kısa Form-36 (KF-36)' nın Türkçe versiyonunun Güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1998; 12(2): 102-6.
- Lesley JW and Rudolph H.** Dressendorferi. Exercise and Multiple Sclerosis. *Sports Medicine* 2004 34(15):1077-100
- Mirza M.** Multipl Sklerozun Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2002; 2 (1):40-7.
- Mc Guigan C, Hutchinsan M.** Unrecognised Symptoms of Depression in A Community-Based Population with Multiple Sclerosis. *Journal of Neurology* 2005; 253(2): 219-23.
- Mitchell AJ, Benito-León J, González JMM, Rivera-Navarro J.** Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing, *The Lancet Neurology* 2005; 4(9): 556-66.
- Nicholl CR, Catherine R, Lincoln NB, Francis VM, Stephan TF.** Assessment of Emotional Problems in People with Multiple Sclerosis. *Clinical Rehabilitation* 2001; 15(6): 657-68.
- Nielsen NM, Westergaard T, Rostgaard K, Frisch M, Hjalgrim H, Wohlfahrt J et al.** Familial Risk of Multiple Sclerosis: A Nationwide Cohort Study. *American Journal of Epidemiology* 2005; 162(8): 774-8.
- Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S.** Multiple Sklerozda Depresyon, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi FTR. *Bilimleri Dergisi* 2015; 18: 139-45.
- O'Sullivan SS, Hardman O.** Detection Rates of Sexual Dysfunction Amongst Patients With Multiple Sclerosis in An Outpatient Setting-Can This Be Improved? *Irish Medical Journal* 2006; 99(10): 304-6.
- Pattent SB, Metz LM.** İnterferon b-1a and Depression in Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis: An Analysis of Depression Data From The Pirims Clinical Trial. *Multiple Sclerosis Journal* 2001; 7:243-24.
- Paparrigopoulos T, Ferentinos P, Kouzoupis A, Koutsis G, Papadimitriou G.** The Neuropsychiatry of Multiple Sclerosis: Focus on Disorders of Mood, Affect and Behaviour. *International Review of Psychiatry* 2010;22(1):14-21.
- Pittion-Vouyovitch S, Debouverie M, Guillemin F, Vandenberghe N, Anxionnat R, Vespignani H.** Fatigue in Multiple Sclerosis is Related to Disability, Depression and Quality of Life. *Journal of the Neurological Sciences*,2006;243(1-2):39-45.
- Soyuer F, Ünal D, Mirza M.** Multiple Sklerozda Yaşam Kalitesi Üzerine Yorgunluk ve Yetersizliğin Etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2005; 27(4): 147-51.
- Stepleman LM, Jumb R, Shelton SF, Hughes MD.** Psychological Consultation Services at a Multiple Sclerosis Clinic. *Internal Journal of MS Care* 2009; 11:180-6
- Şen N, Genç ŞG, Aydın N, Kılınçel Ş, Köle İH, Eker SS.** Multiple Sklerozda Depresyon ve Anksiyete. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015; 41(2): 73-7.
- Ünal A, Mavioglu H, Emre U.** Multiple Skleroz, Ed. İdman, Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu, İstanbul, Galenos Yayınevi, 2016,ss:1-13.
- Ware JE.** SF-36 Health Survey Update. In: Maruish ME, ed. *The use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment 3rd ed.* USA: Lawrence Erlbaum Associates.2004; p:693-718.
- Wilken JA, Sullivan C.** Recognizing and Treating Common Psychiatric Disorders in Multiple Sclerosis. *The Neurologist* 2007; 13(6):343- 54.