

DERLEME/REVIEW

MULTİPL SKLEROZ’ DA ÜÇ SEMPTOM VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ:
YORGUNLUK, MESANE PROBLEMLERİ, CİNSELLİK

Filiz DİLEK* Deniz Ezgi BİTEK** Özgül EROL*** Serap ÜNSAR****

| Alınış Tarihi/Received | Kabul Tarihi/Accepted | Yayın Tarihi/Published |
|------------------------|-----------------------|------------------------|
| 14.09.2018 | 15.10.2019 | 16.12.2019 |

Bu makaleye atıfta bulunmak için/To cite this article:

Dilek F, Bitek DE, Erol Ö, Ünsar S. Multipl skleroz’ da üç semptom ve hemşirelik yönetimi: Yorgunluk, mesane problemleri, cinsellik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;22(4):297-302. DOI: 10.17049/ataunihem.431464

ÖZ

Multipl Skleroz genç erişkinleri etkileyerek özürüllüğe yol açan merkezi sinir sisteminin inflamatuvar bir hastalığıdır. İş gücü kaybına yol açması, sosyal ve ekonomik sorunlara neden olması, yüksek tedavi maliyetleriyle önemli bir halk sağlığı problemidir. Belirti ve bulgular tutulan bölgeye göre ve aynı bireyde ataktan atağa farklılık göstermektedir. Hastalığın kontrol altına alınması ve semptom yönetiminde etkin hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmalık hizmetleri bireylerin yaşam kalitesini arttırmaktadır. Bu makalede; en sık görülen bireylerin iş-aile ve sosyal yaşantısını etkileyen üç semptom yorgunluk, mesane işlev bozuklukları ve cinsel işlev bozukluklarında hemşirelik bakımına yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Multiple Skleroz; hemşirelik; yorgunluk; mesane işlev bozukluğu; cinsellik

ABSTRACT

Three Symptoms and Nursing Management of Multiple Sclerosis: Fatigue, Bladder Problems and Sexuality

Multiple sclerosis is an inflammatory disease of central nervous system that influences younger adults and causes disability. It is an important public health problem with its loss of labor force, social and economic problems, high treatment costs. Its symptoms and findings depend on the influenced area and attack of the same patient. Effective nursing care, education and counseling services improve the quality of life of individuals in controlling disease and symptom management. This article deal with nursing services for the three most common symptoms that effect business, family and social life of patients; fatigue, bladder problems and sexuality.

Keywords: Multiple Sclerosis; nursing; bladder problem; fatigue; sexuality

***Sorumlu yazar:** Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (Öğr. Gör), Orcid ID: 0000-0002-0245-0713, e-posta: fdilek@nku.edu.tr

**Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu(Öğr. Gör.), ORCID: 0000-0002-9006-11860, e-posta: ezgi8@hotmail.com

***Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD (Prof. Dr.), ORCID: 0000-0001-9676-7115, e-posta: ozgulerol@trakya.edu.tr

****Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD (Prof. Dr.), ORCID: 0000-0001-7723-8816, e-posta: serapunsar@trakya.edu.tr

GİRİŞ

Kronik ve ilerleyici bir hastalık olan, Multiple skleroz (MS), tekrarlayıcı nörolojik fonksiyon bozukluğu ile seyreden merkezi sinir sisteminin demiyelinizan otoimmün bir hastalığıdır (Yurttaş ve Bek 2016; Kapucu, Akkuş ve Akdemir 2011; Mirza 2002). Nörolojik disfonksiyon nedeniyle; yetersizlik ve iş gücü kaybına yol açması, genç erişkinlerde meydana gelmesi, sosyal ve ekonomik sorunlara neden olması, yüksek tedavi maliyetleriyle MS önemli bir halk sağlığı problemidir (Kapucu, Akkuş ve Akdemir 2011; Corso, Gondim, D’Almeida ve Albuquerque 2013; Şahin Onat, Ünsal Delialioğlu, Özişler ve Özel 2015). Dünya çapında 2.5 milyon insanı etkilemektedir (Corso, Gondim, D’Almeida ve Albuquerque 2013). Türkiye’de gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalarda, MS prevalansı 41- 101,4/100.000 arasında izlenmiştir (Hatiopoğlu, Canbaz Kabay, Güngör Hatipoğlu 2015). MS hastaların 3 de 2 sinde 20 ve 40 yaşları arasında başlamakta ve kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görülmektedir (Kapucu, Akkuş ve Akdemir 2011; Cristopherson, Moore, Foley ve Warren 2005; Karadakovan 2011). 15 yaşın altında soğuk iklimde yaşama, 20-40 yaş arasında olmak, ailede MS öyküsü olması, beyaz ırk, immün immün reaksiyona neden olabilecek viral enfeksiyonlara maruz kalmak, kadın cinsiyet MS de risk faktörleri arasında yer almaktadır (Karakadovan 2011). Hücre duvarında insan lökosit antijeninin (HLA) özel bir kümesinin genetik olarak yatkınlığa yol açtığı bilinmektedir. Enfeksiyon, fiziksel yaralanma, gebelik ve duygusal stres gibi çevresel faktörler ile genetik yatkınlığın kombinasyonu olduğuna inanılmaktadır (Sorenson Çeviri: Çoşkun 2014). Ataklarla seyreden (RRMS), Sekonder progresif (SPMS), Progresif- Relapsing, Primer progresif (PPMS) olmak üzere dört başlık altında tanımlanan klinik seyir 2013 yılında Lublin ve ark. tarafından yapılan çalışmalar ile Klinik izole sendrom (KİS), relapsing (ataklı) MS ve progresif (ilerleyici) MS olarak üç başlık altında tanımlanmıştır (Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016; Lublin, Reingold, Cohen, Cutter, Sorensen, Thompson ve ark 2014; Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2013). Atak belirti ve bulguları, miyelin kılıf hasarı ile sinir iletiminin blokaja uğraması sonucu ortaya çıkmakta hastadan hastaya ve aynı hastada ataktan atağa farklılık göstermektedir (Tülek 2007). Belirti ve bulgular tutulan bölgeye göre; motor (parezi, paralizi kaslarda spastik kasılmalar), duysal (hipoestezi, anestezi, parestezi, Ihermitte

bulgusu), görsel (çift görme, bulanık görme, nistagmus), cinsel (cinsel işlevde azalma, orgazm sorunları), duyu durum ile ilgili (depresyon, uygunsuz ağlama-gülme nöbetleri), bilişsel (dikkat eksikliği, bellek sorunları, düşünce sürecinde zorlanma), serebellumdan kaynaklı (denge ve koordinasyon kaybı, tremor, konuşmada bozulma) olmaktadır. Hastalarda idrar inkontinansı, sık idrara çıkma ve patolojik yorgunluk görülmektedir (Sorenson Çeviri: Çoşkun 2014; Tülek 2007). Tanısı zor bir hastalıktır. Tanıda; atak sırasında yapılan fizik muayene, kan tetkikleri, nörokognitif testler, BOS incelemesi (IgG ve oligoklonal bant görülmesi), beyin ve spinal korddaki beyaz madde lezyonlarını (MS plaklarını) saptamak için manyetik rezonans görüntüleme yöntemi, uyarılmış potansiyel testlerinden yararlanılmaktadır (Akdemir ve Birol 2004; Tülek 2007; Mollaoğlu ve Üstün 2009; Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016) Tanı koymayı kolaylaştırmak için, İlk kez 1965 yılında Schumacher Paneli ile kesin MS tanı kriterleri belirlenmiştir. 1983 yılında Poser tanı kriterleri geliştirilmiş ve Schumacher kriterlerinin yerini alarak, uzun yıllar MS tanısında kullanılmıştır. Daha sonra; 2001 yılında hastaları MS, olası MS ve MS değil kategorilerine ayıran McDonald kriterleri geliştirilmiştir. 2005 ve 2010 yılında McDonald kriterleri revizyon edilmiştir. McDonald kriterleri atak sayısı, objektif klinik bulgulu lezyon sayısı MS tanısı için gerekli ek veri olarak 3 başlık altında toplanmaktadır. 2010 yılındaki revizyon ile 2001 ve 2005 McDonald kriterlerinin özgüllüğü korunurken duyarlılığı artırılmıştır (Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2018). MS ile ilgili elde edilen yeni veriler ve gelişen teknolojiler sebebi ile “International Advisory Committee on Clinical Trials in Multiple Sclerosis” McDonald 2010 kriterlerini güncellemiş ve 2017 revizyonunu yayınlamıştır. 2017 revizyonunda 2010 revizyonundan farklı olarak, MRG’de yayılım kriterlerine kortikal lezyonlar jukstakortikal lezyonların eşdeğeri olarak girmiştir (Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2018). Atak sıklığını azaltmak, ataklardan kaynaklanan özürüllüğü ve ilerleyici kötüleşmeyi önlemek MS de tedavinin amacını oluşturmaktadır (Mollaoğlu ve Üstün 2009). Tedavi immünmodülatör (immün yanıtı düzenleyen), immünsupresif (İmmün yanıtı baskılayan) tedavi, atak tedavisi ve belirtilere yönelik tedaviden oluşmaktadır. Günümüzde MS

hastaları açısından, ender uygulanabilecek bir tedavi seçeneği olarak kök hücre tedavisi yer almaktadır. T. C. Sağlık Bakanlığı 2014 tarihinde belirlenen kriterlere göre seçilmiş MS hastalarında miyeloablative kemoterapi sonrası olog kök hücre transplantasyonunu onaylamıştır (Tülek 2007; Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016).

MS bireyleri çoğunlukla çalışma dönemlerinde etkileyerek yaşam kalitesini azaltmaktadır (Vijayasingham ve Fanna Mairami 2018). Hemşireler, MS in teşhis ve tedavisinde multidisipliner ekip yaklaşımını benimseyerek bireylerin yaşam kalitesini arttırmada ve semptom kontrolünde önemli yer almaktadır (Corso, Gondim, D’Almeida ve Albuquerque 2013). Hastalarda; %50-%90 oranında yorgunluk, %80’inde mesane fonksiyon bozukluğu görülmekte ve erkeklerin %91’inin kadınların %72’sinin cinsel fonksiyonunun etkilendiği bildirilmektedir (Bostanoğlu 2016; Mollaoğlu 2012, Tan ve Dayapoğlu 2011). Makalede MS hastalarında en sık görülen üç semptom; yorgunluk, mesane sorunları ve cinsellik konularına yer verilmiştir.

MS ve Yorgunluk

En sık görülen, en çok göz ardı edilen yorgunluğun nedeni tam olarak belirlenemese de; demiyelinizasyon ve akson kaybı gibi merkezi sinir sistemiyle ilişkili ve otoimmün faktör olan sitokin üretimi ile açıklanmaktadır (Bostanoğlu 2016). Birey tarafından yorgunluk günlük aktiviteler sırasında deneyimlediği fiziksel ve zihinsel enerjinin azlığı olarak tanımlanabilir (Tan ve Dayapoğlu 2011). Depresyon, şiddetli egzersiz, spazite, ataksi, zayıflık, yaş, stres, enfeksiyon, uyku problemleri, kullanılan ilaçlar yorgunluk tablosunu ağırlaştırmakta ve bireyin sosyal ilişkilerini, günlük yaşam aktivitelerini, bilişsel-fiziksel fonksiyonlarını etkilemektedir (Bostanoğlu 2016; Mollaoğlu 2012; Mollaoğlu ve Üstün 2009). Mollaoğlu ve Üstün (2009) çalışmalarında yaş arttıkça enerji seviyesinin azaldığını, kadınların erkeklerden daha az enerjiye sahip olduğunu ve daha fazla yorgunluk yaşadıklarını, Olsson, Lexell ve Soderberg. (2005) kadınların günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla yorgunluk deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Kadınların ev işleri, çocuk bakımı gibi işlevlerde sorumluluklarının daha fazla olması erkeklerden daha fazla yorgunluk deneyimlemelerinin nedeni olabilir (Mollaoğlu ve Üstün 2009). Hastalık nedeniyle ortaya çıkan özürülük durumunu belirlemek üzere genişletilmiş özürülük durumu ölçeği (EDSS) kullanılmaktadır. 0-10 arasında değerlendirilen ölçekte alınan puan arttıkça özürülük artmaktadır (Baklacioğlu, İçağasioğlu,

Haliloğlu, Çoban, Demir ve Öcal Eriman 2009). Hastalar özürülük nedeniyle daha fazla yorgunluk yaşamakta ve günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı ya da bağımlı hale gelmektedir (Tan ve Dayapoğlu 2011). Bu nedenle hastaların gün içindeki enerji düzeylerine göre aktivite planlaması önemlidir. Hastaların enerji seviyeleri sabah saatlerinde yüksek iken öğleden sonra şiddetli şekilde azalabilmektedir (Kapucu, Akkuş ve Akdemir 2011; Sorenson Çeviri: Çoşkun 2014). Bireylerin gün içerisinde enerjisinin düşük ve yüksek olduğu saatleri belirleyerek günlük aktiviteleri buna göre planlamaları önerilmektedir (Mollaoğlu 2012). Yorgunluk iskelet kaslarını yoran fiziksel aktivitelerden kaynaklanabileceğinden bireylerde yorgunluk ve aktivite arasındaki ilişki sorgulanmalıdır (Sorenson Çeviri: Çoşkun 2014). Hastaların enerji koruyucu yöntemler, farmakoterapi, progresif gevşeme egzersizleri, ortam ve ekipman modifikasyonu ve aromaterapi masajından fayda sağladığı belirtilmektedir (Mollaoğlu 2012; Dayapoğlu ve Tan 2012; Howard 2002). Aromaterapi masajı hastaların kas-eklem ağrılarını azaltmakta ve kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır (Howard 2002).

Yorgunluk bireyin iş ve aile yaşantısını da etkilemektedir. Şahin Onat, Ünsal Delialioğlu, Özişler ve Özel (2014) yaptıkları çalışmada hastaların %82 sinin aktif olarak çalışmadığı belirtilmiştir. Orta yaşlarda başlayıp ileri yaşları etkilediğinden iş ve aile yaşamı ile ilgili planlar yapılmalıdır. Bu planlamada ileri yaşlardaki MS hastalarının deneyimlerinden faydalanılabilir (Wallack, Wiseman ve Ploughman 2017). Çalışma yaşantısında sorunlar yaşayabileceğinden hastalara yarı zamanlı, enerji gerektirmeyen işler önerilmeli ve emeklilik- sosyal haklar hakkında bilgilendirilmelidir (Tülek 2007). Yorgunluğu azaltmaya yönelik iş ve evde düzenli dinlenme periyotları önerilmektedir (Kapucu, Akkuş ve Akdemir 2011).

Uyku problemleri yorgunluğa yol açabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda hastaların %42-60 oranında insomnia problemi yaşadığı belirtilmiştir (Kaynak, Altıntaş, Kaynak, Uyanık, Saip, Ağaoglu ve ark. 2006; Merlino, Fratticci, Lenchig, Valente, Cargnelutti, Picello ve ark. 2009). Kapucu, Akkuş, ve Akdemir (2011) yaptıkları çalışmada hastaların %59.4 ‘ ünün uyku sorunu yaşadığı, uyku sorunu ile birlikte yorgunluk problemlerinin de arttığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada uyku sorunu yaşayan hastaların %54’ü ilaç kullandığını belirtmektedir. Mollaoğlu ve Üstün (2009) ile Kapucu, Akkuş ve Akdemir (2011) çalışmalarında yalnızca birkaç

hastanın uyku sorunu için ılık banyo, kitap okuma ve televizyon izleme gibi non-farmakolojik yöntemler kullandığı belirtilmektedir. Sıcak yorgunluğu arttırdığı için sıcak duş önerilmemektedir (Mollaoğlu 2012). Hemşireler tarafından hastaların uyku alışkanlıklarını değerlendirerek, yatmadan önce mesanenin boşaltılması, uyku saatlerinin düzenlenmesi ve uykuya geçişi kolaylaştıracak non-farmakolojik yöntemler (ılık duş, hayal kurma vb.) hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir (Akkuş ve Kapucu 2006).

Hastaların %60'ından fazlasında spazm gelişmekte ve aktiviteyi azaltarak ağrı ve yorgunluğa neden olmaktadır. Hemşire, doktor ve fizyoterapist spazm tedavisi ve önlenmesinde hasta ve ailesi ile işbirliği içinde en iyi tedaviyi belirlemelidir (Kapucu, Akkuş ve Akdemir 2011; Akkuş ve Kapucu 2006). Spazmı rahatlatmak için medikal tedavi ile birlikte; ROM, kavrama, germe, derin solunum egzersizleri dikkati başka yöne çekme, hayal kurma gibi gevşeme teknikleri konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir (Akkuş ve Kapucu 2006). Çalışmalarda; romatoid artrit, diyabet gibi kronik hastalıkların MS hastalarında yorgunluk düzeyini etkilediği bulunmuştur. Bu nedenle, öykü alınırken hasta da var olan kronik hastalıklar ile birlikte mental durum ve eğitim seviyeleri sorgulanmalıdır (Mollaoğlu ve Üstün 2009). Lerdal, Celius ve Moum (2003), Mollaoğlu ve Üstün (2009) çalışmalarında eğitim düzeyi azaldıkça yorgunluk düzeyinin arttığını belirlemişlerdir. Bunu nedeni, eğitim düzeyi yükseldikçe bireyler var olan sorunların çözümü için daha fazla çözüm arayışına girişebileceklerdir (Mollaoğlu ve Üstün 2009).

Yorgunluğun seviyesinin belirlenmesinde ve aktivitelerin planlanmasında hemşireler önemli rol oynamaktadır (Mollaoğlu ve Üstün 2009). MS te yorgunluğa yol açan sebepler ve azaltmaya yönelik alınacak önlemler planlanırken hasta ve ailesi multidisipliner ekip yaklaşımı içinde bir bütün olarak ele alınmalıdır (Tülek 2007).

MS ve Mesane Sorunları

MS'li hastaların % 90' nından fazlasında pons ve spinal korddaki miksiyon kontrol bölgelerindeki lezyonlara bağlı olarak mesanenin depolama/boşaltma işlevlerinde sorunlar görülmektedir (Mollaoğlu 2012; Akkuş ve Kapucu 2006). Detrusor hiperrefleksisi klinik olarak sık idrara çıkma, idrara sıkışmaya yol açarken detrusor sfinkter dissinerjisi kesik kesik idrar yapma, taşma inkontinansı ve üriner retansiyona yol açmaktadır (Mollaoğlu 2012). Ürolojik semptomlar hastaların %5' inde ilk semptom olarak ortaya çıkmakta ve hastalık

ilerledikçe sıklığı artmaktadır (Bostanoğlu 2016). Mesane difonksiyonu kişinin sosyal-aile ve cinsel yaşamını etkilemekte, yaşam kalitesini azaltmaktadır (Corso, Gondim, D'Almeida ve Albuquerque 2013; Bostanoğlu 2016). Ataklar döneminde kötüleşme ve remisyon döneminde iyileşme gösterebilmektedir (Akkuş ve Kapucu 2006). Hemşirelik bakımının amacı; normal miksiyon fonksiyonunu sürdürmek, renal işlevleri korumak, enfeksiyonu önlemek ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Corso, Gondim, D'Almeida ve Albuquerque 2013; Akkuş ve Kapucu 2006). MS tanısı almış tüm hastalar yılda en az bir kez mesane işlevleri açısından değerlendirilmelidir (Mollaoğlu 2012). İnkontinansı olan bireylerde gece yatmadan 1-2 saat önce sıvı alımını kısıtlamalı fakat gün içinde sıvı alımını kısıtlamamasının böbrek fonksiyonlarının korunması açısından önemi vurgulanmalı ve mesane kaslarını güçlendirmek için kegel egzersizleri önerilmelidir (Corso, Gondim, D'Almeida ve Albuquerque 2013; Mollaoğlu 2012; Akkuş ve Kapucu 2006). Üriner retansiyon da en sık karşılaşılan sorun olan; üriner enfeksiyonu önlemek için hasta enfeksiyon belirtileri açısından takip edilmeli sorunun derecesine göre kalıcı veya aralıklı kateterizasyon, idrarın asidifikasyonu, gerekirse koruyucu antibiyoterapiden yararlanılmaktadır (Mollaoğlu 2012; Tülek 2007). Kapucu, Akkuş ve Akdemir (2011) yaptıkları çalışmada hastaların % 39.6' sının mesane problemi yaşadığı belirtilmiştir. Mesane problemi yaşayanların %40.9 'unun yatmadan önce mesanesini boşalttığını ve sıvı alımını azalttığını, %36.3'ü pelvik bölge kas egzersizi yaptığını, % 13.6' sının düzenli aralıklarla kateter kullandığını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak; mesane işlev bozukluğu hastaların sıvı alımını kısıtlayan, dışarı çıktıklarında tuvalet arama gibi nedenlerle sosyal yaşamdan uzaklaşmalarına neden olan bir sorundur (Mollaoğlu 2012). MS'li hastalara bakım veren hemşire; hastanın mesane boşaltım alışkanlığı, aldığı – çıkardığı sıvı miktarı ve beslenme şeklini değerlendirmeli ve soruna yönelik hemşirelik bakımını planlamalıdır. Üriner retansiyonu olan hastalarda var olan sorunun derecesine göre, mesane kateterizasyonunun nasıl uygulanacağı ve enfeksiyonlardan korunma konusunda alınacak önlemler hakkında bilgi verilmeli ve kateterizasyon konusunda hastanın beceri kazanması sağlanmalıdır (Mollaoğlu 2012; Akkuş ve Kapucu 2006).

MS ve Cinsellik

Cinsellik hipotalamus, limbik sistem, beyin sapı, spinal kord, otonom sinir sistemi ve genital

organları ilgilendiren karmaşık bir konudur ve bu nörofizyolojik yoldaki aksonal hasar sonucunda cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Mollaoğlu 2012; Dişsiz, Kızılkaya Beji ve Yeşiltepe Oskay 2013). MS kadın ve erkek oranlarında değişiklik olmakla birlikte %50-90 arasında görülmekte olan cinsel sorunların sağlık çalışanları ile tartışılması bir tabu olarak görülmekte, hasta ve partneri arasında konuşması zor bir durum olup ihmal edilmektedir (Kapucu, Akkuş ve Akdemir 2011; Bostanoğlu 2016). MS cinsel işlev bozukluğu; genital sınırlarda meydana getirdiği hasara bağlı olarak birincil işlev bozukluğu (libidoda azalma, erkekte erektil işlev bozukluğu, orgazm şiddet ve frekansında azalma v.b), hastalık süreci ve kullandığı ilaçların yan etkilerine bağlı olarak ikincil işlev bozukluğu (inkontinans, yorgunluk, spastisite, koordinasyon bozukluğu v.b), birincil ve ikincil işlev bozukluğu sonrasında görülen üçüncül işlev bozukluğu (benlik saygısında azalma, red edilmekten korkma, sosyal izolasyon, depresyon v.b) olmak üzere üç şekilde görülebilmektedir (Akkuş ve Kapucu 2006; Dişsiz, Kızılkaya Beji ve Yeşiltepe Oskay 2013). Cristopherson, Moore, Foley ve Warren (2005) yaptıkları çalışmada libidoda azalma, orgazm şiddet ve frekasında azalma en sık görülen birincil işlev bozukluğu olarak bulunmuştur. En yaygın görülen ikincil işlev sorunları; ağrı, yorgunluk, koordinasyon eksikliği ve %45 mesane problemleri olarak belirtilmiştir. Hastanın kendine güveninin artırılması ve partneri memnun etme endişesinin azaltılmasının üçüncül işlev bozukluğunun giderilmesinde önemi vurgulanmıştır. Ashtari, Rezvani ve Afshar (2014) yaptıkları çalışmada kadınların % 63.5'inin cinsel sorunlar yaşadığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada, kadınların % 52.4' ü birincil, % 37.5'i ikincil, %41'i üçüncül cinsel işlev bozukluğu yaşadığı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda Genişletilmiş Özürlülük Durumu Ölçeği (EDSS) skorları ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olabileceği belirtilmektedir (Hutler ve Lundberg 1995; Zivadinov, Zorzon, Locatelli,

Stival, Monti, Nasuelli ve ark. 2003). Odabaş, Gümüş, Akkurt, Uca ve Yılmaz (2018) erkek, Ashtari, Rezvani ve Afshar (2014) kadın hastalarda yaptıkları çalışmalarda MS hastalarında özürlülük düzeyi arttıkça cinsel disfonksiyonun attığı belirtmişlerdir. MS'de prognoz belirsizliği, atak yaşama, yeti yitimi olasılığı nedeniyle hastanın geleceğini planlayamama korkusu hastada emosyonel stres yaratmakta ve ilişkilerini de etkilemektedir. Hasta terk edilme korkusu yaşarken, eşi sağlığı ile ilgili endişe yaşayabilmektedir (Tülek 2007). MS üretkenlik döneminde bireyleri etkilediğinden, ikili ilişkiler dışında çocuk sahibi olma konusunda ve bekar hastalar evlenme kararlarında danışmanlığa ihtiyaç duyabilirler. İlişkinin sağlıklı yürüyebilmesi için destek gruplarına ve aile terapistine yönlendirme önemlidir (Bostanoğlu 2016; Tülek 2007).

Hemşireler tarafından cinselliğin yaşam kalitesinin önemli bir unsuru olduğu düşünülerek cinsel işlev bozukluğuna ilişkin sorunlar önemsenmeli ve hastanın cinsel yaşam özellikleri sorgulanmalıdır (Mollaoğlu 2012). MS hastalarına cinsel aktiviteden birkaç saat önce mesane ve bağırsakları boşaltma, kalıcı üriner kateter kullanan hastaların cinsel aktivite öncesi kateteri çıkarması hakkında bilgi verilmeli ve beden imajı etkilenen hastalar duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri için desteklenmelidir (Mollaoğlu 2012; Akkuş ve Kapucu 2006). Hastalar, cinsel işlev bozukluğu polikliniklerine veya psikiyatriste yönlendirilmelidir (Mollaoğlu 2012).

Sonuç olarak; çoğunlukla genç erişkinleri etkileyen MS hastalarında görülen yorgunluk, mesane problemleri ve cinsel işlev bozukluğu bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, iş ve aile hayatını olumsuz olarak etkilemektedir. MS hastalarına bakım veren hemşirelerin hastayı ailesi ile birlikte ele alarak bütüncül bakış açısıyla değerlendirmesi, farklı sağlık disiplinleri ile birlikte çalışarak hemşirelik bakımını planlamasını önermekteyiz.

KAYNAKLAR

Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 2. Baskı. Ankara. Sistem Ofset 2004; p.848-53.
Akkuş Y, Kapucu S. Multipl skleroz ve hasta eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;57-63.
Ashtari F, Rezvani R, Afshar H. Sexual dysfunction in womwn with multiple sclerosis: Dimensions and contributory factors. Journal of Research in Medical Sciences 2014;19(3):228-33.
Baklacioğlu HŞ, İçağasioğlu A, Haliloğlu S, Çoban RŞ, Demir Y, Öcal Eriman E. Multiple skleroz

hastalarında genişletilmiş durum özürlülük skalası ile anksiyete depresyon ilişkisi. Göztepe Tıp Dergisi 2009;24(4): 178-82.

Bostanoğlu H. Sinir sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Editör: Bedük, T. İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. 1. Basım. Güneş Tıp Kitabevleri. 2016 p.277-82.

Corso NAA, Gondim APS, D'Almeida CR, Albuquerque MGF. Nursing care systematization for outpatient treatment care of patients with multiple sclerosis. Revista da Escola de Enfermagem da U S P

2013;47(3):531-6.

Cristopherson JM, Moore K, Foley FW, Warren KG. A comparasion of written materials vs. materials and counselling for women with sexual dysfunction and multiple sclerозis. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(6):742-75.

Dayapoğlu N, Tan N. Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2012;18(10):983-7.

Dişsiz M, Kızılkaya Beji N, Yeşiltepe Oskay Ü. Multipl sklerozun kadın yaşamı üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 2013;1:1-10.

Hatiipoğlu H, Canbaz Kabay S, Güngör Hatiipoğlu M. Multipl skleroz ve dış hekimliği: güncel bir değerlendirme. *Turk J Neorol*. 2015;21(1):1-6.

Howard AL. Will aromatherapy be a useful treatment strategy for people with multiple sclerosis who experience pain? *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* 2002;8(3):138-41.

Hutler BM, Lundberg PO. Sexual function in women with advanced multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1995;5(1):83-6.

Kapucu S, Akkuş Y, Akdemir N. Knowledge of patients with multiple sclerosis about their disease and prevention of complications. *Journal of Neurological Sciences Turkish* 2011;28(3):362-75.

Karadakovan A. Sinir sistemi hastalıkları. Editörler: Karadakovan, A. Eti, Arslan, F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 1. Basım. Adana Nobel Kitabevi 2011; p.1203-7.

Kaynak H, Altıntaş A, Kaynak D, Uyanik O, Saip S, Ağaoğlu J, ark. Fatigue and sleep disturbance in multiple sclerosis. *European Journal of Neurology* 2006; 13(12):1333-9.

Lerdal A, Celius EG, Moum T. Fatigue and its association with sociodemographic variables among multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis* 2003;9(5):509-14.

Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA, Cutter GR, Sorensen PS, Thompson AJ, et al. Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revisions. *Neurology*. 2014;83(3):278-86.

Merlino G, Fratticci L, Lenchig C, Valente M, Cargnelutti D, Picello M, et al. Prevalence of 'poor sleep' among patients with multiple sclerosis: An independent predictor of mental and physical status. *Sleep Medicine* 2009;10(1):26-34.

Mirza M. Multipl sklerozun etyolojisi ve epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2002;24(1):40-7.

Mollaoğlu M, Üstün E. Fatigue in multiple sclerosis patients. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18(9):1231-8.

Mollaoğlu M. Multiple skleroz ve bakım. Editör: Durna, Z. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. 1. Basım. Nobel Tıp Kitabevleri 2012; p.261-77.

Multiple Skleroz tanı ve tedavi klavuzu 2013. https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/M_S%27KILAVUZ%282%29.pdf. (05.09.2019).

Multiple Skleroz tanı ve tedavi klavuzu 2016. <http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/tnd-ms-k%C5%BElavuzu.pdf> (06.07.2017).

Multiple Skleroz tanı ve tedavi klavuzu 2018. https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/M_S_tan%C4%B1%20ve%20tedavi%202018.pdf (13.09.2019)

Odabaş FÖ, Gümüş H, Akkurt HE, Uca AU, Yılmaz E. The assessment of sexual dysfunction in male patients with multiple sclerosis. *Arch Neuropsychiatry* 2018;55(4):349-53.

Olsson M, Lexell J, Soderberg S. The meaning of fatigue for women with multiple sclerosis. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49(1):7-15

Sorenson M. Çeviri: Çoşkun, H. Nörolojik bozukluklar. Editörler: Sütçü Çiçek H, Özdemir L. *Rehabilitasyon Hemşireliği Uygulamaya Güncel Yaklaşım*. 1. Basım. Nobel Akademik Eğitim Danışmanlık 2014; p.344-59.

Şahin Onat Ş, Ünsal Delialioğlu S, Özışler Z, Özel S. Demographic and clinical features of hospitalized multiple sclerosis patients undergoing a rehabilitation program at our clinic. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 2015;61:23-9.

Tan N, Dayapoğlu N. Multiple sklerozlu hastalarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011;19(2):105-8.

Tülek, Z. Multiple sklerozlu hastanın hemşirelik bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 11(2):25-32.

Wallack EM, Wiseman HD, Ploughman M. Healty aging from the perspectives of 683 older people with multiple sclerosis. *Hindawi Publishing Corporation Multiple Sclerosis İnternational*.2016; 1-10. <https://www.hindawi.com/journals/msi/2016/1845720/> (25.01.2017).

Vijayasingham L, Fanna Mairami. Employment of patients with multiple sclerosis: the influence of psychosocial–structural coping and context. *Degenerative Neurological and Neuromuscular Disease* 2018;26(8):15–24.

Yurttaş A, Bek S. Multiple skleroz hastalarının öncesi ve sonrası beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2016;17(8): 8-12.

Zivadinov R, Zorzon M, Locatelli L, Stival B, Monti F, Nasuelli D. et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: A MRI, neurophysiological and urodynamic study. *Journal of the Neurological Sciences* 2003;15;210(1-2):73-6.