



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MULTİPL SKLEROZ YAKINLIK VE CİNSELLİK ANKETİ-19'UN  
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN BELİRLENMESİ**

ALEV DOĞAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ

2019-İSTANBUL





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MULTİPL SKLEROZ YAKINLIK VE CİNSELLİK ANKETİ-19'UN  
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN BELİRLENMESİ**

ALEV DOĞAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ

2019-İSTANBUL

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı  
Tez Sahibi : Alev DOĞAN  
Tez Başlığı : Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi- 19' un Geçerlik ve Güvenirliğinin Belirlenmesi  
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Başbüyük Sağlık Yerleşkesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 34854 Maltepe/ İSTANBUL  
Sınav Tarihi : 03.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman	Kurumu	İmza
Doç. Dr. Sıdika OĞUZ	M.Ü. SBF Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD	
<b>Sınav Jüri Üyeleri</b>		
Prof. Dr. Vesile ÜNVER	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR	M.Ü. SBF Fakültesi Hemşirelik Esasları Hemşireliği AD	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 31.07.2019 tarih ve 89 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Y.

## I. BEYAN FORMU

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Alev DOĞAN

03.07.2019



## II. TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, olumlu, içten, profesyonel, anlayışlı yaklaşımıyla her zaman destekleyen ve bu çalışmada çok büyük emeği olan **Sayın Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ' a,**

Nöroloji Kliniği profesyonel çalışma sürecimde sürekli bana destek olup, yönlendiren, her türlü problemde yanımda olan hocam **Sayın Doç. Dr. Hülya TİRELİ'ye,**

Multipl Skleroz hastalarına kolayca ulaşmamı sağlayan, her türlü desteği sağlayan hocam **Sayın Prof. Dr. Recai TÜRKOĞLU'na,**

Tez savunma jürimde bulunan hocalarım **Sayın Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a ve Sayın Prof. Dr. Vesile ÜNVER'e,**

Yüksek lisans eğitiminin aralıklı aşamasında yanımda olan, bana destek olan Hemş. Kevser DURDU' ya, Hemş. Işıl İLERİ, Hemş. Döndü Özlem GÜVEN'e, Hem. Esra DEMİREL'e, Hemş. Hicran Konak'a, Hem. Gönül Gel'e, Hemş. Zehra GÜNGÖR'e, Fizik Tedavi Tek. Ayşe SEYMEN'e,

Çalışmaya katılmayı kabul eden çok değerli hastalarım,

Yüksek lisans sürecim boyunca bütün sabrıyla beni destekleyen, sürekli yanımda olan sevgili eşim Eren DOĞAN'a, çocuklarımın doğduktan sonraki her anımda hem benim hem çocuklarımın yanımda olan, bana ve çocuklarıma her türlü desteği sağlayan sevgili kayınvalidem Hatice DOĞAN'a ve sevgili kayınpederim Eren DOĞAN'a, daha onlar doğmadan başladığım yüksek lisans sürecimi onlarla beraber tamamladığım çocuklarım Yaman DOĞAN'a ve Ece DOĞAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

### **III. İÇİNDEKİLER**

<b>I. • BEYAN FORMU</b> .....	<b>i</b>
<b>II. TEŞEKKÜRLER</b> .....	<b>ii</b>
<b>III. İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ii</b>
<b>IV. KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>V. ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>1. ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>2. SUMMARY</b> .....	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>2</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
4.1.Tanım .....	5
4.2. Multipl Skleroz' un Epidemiyolojisi .....	5
4.3. Multipl Skleroz' un Fizyopatolojisi.....	5
4.4 Multipl Sklerozda Klinik Belirti ve Bulgular.....	6
4.5. Multipl Sklerozda Tedavi.....	10
4.6. Multipl Skleroz' lu Hastalarda Bakım.....	11
4.7. Multipl Skleroz' lu Hastalarda Cinsel Sorunlar.....	13
4.8. Multipl Skleroz Hastalığında Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Ve Cinsel Yaşam ile İlişkili Faktörler.....	14
<b>5.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>19</b>
5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	19
5.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi: .....	19
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: .....	19

5.4. Araştırmanın Soruları.....	20
5.5. Veri Toplama Araçları .....	20
5.5.1. Multipl skleroz yakınlık ve cinsellik anketi-19 (MSISQ-19) (Ek-1).....	20
5.5.2. Hasta bilgi formu (Ek-2) .....	22
5.5.3. Gönüllü bilgilendirme formu (Ek-3).....	22
5.5.4. Gönüllü onay formu (Ek-4).....	22
5.6. Verilerin Toplanması .....	22
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	26
5.8. Etik.....	27
<b>6. BULGULAR .....</b>	<b>28</b>
6.1. Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19 'un Geçerliğine İlişkin Bulgular.....	28
6.1.1. Kapsam geçerliği.....	28
6.2. Multipl Skleroz' un Güvenirliğine İlişkin Bulgular .....	28
6.3. Olguların Bireysel ve Hastalıklarına İlişkin Bulgular.....	32
<b>7.TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>40</b>
7.1.Türkçe'ye Uyarlaması Yapılan MSISQ-19 Anketinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması .....	40
7.1.1. MSISQ-19 ölçeğinin geçerlik bulgularının tartışılması .....	40
7.1.2. Türkçe'ye Uyarlaması Yapılan MSISQ-19 Anketinin Güvenirlik Bulgularının Tartışılması.....	41
7.2. Olguların bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin tartışılması.....	44
<b>8.KAYNAKLAR .....</b>	<b>48</b>

<b>9.EKLER.....</b>	<b>57</b>
Ek 1. Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi- 19 (MSISQ-19) <sup>TR(TÜRKİYE)</sup> .....	57
Ek 2. Hasta Bilgi Formu .....	59
Ek 3. Gönüllü Bilgilendirme Formu .....	60
Ek 4. Gönüllü Onay Formu.....	62
Ek.5. Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19' un Yazarı ile Yapılan Yazışma.....	63
Ek.6. Çalışma İzni İçin Kuruma Gönderilen Yazı .....	65
Ek. 7. Kurum İzni.....	66
Ek. 8. Etik Kurul Onayı.....	67
Ek. 9. Kongre Bildiri Özeti .....	68
Ek. 10. Kapsam Geçerliği Yapan Uzmanlar .....	70
<b><u>10. ÖZGEÇMİŞ.....</u></b>	<b><u>71</u></b>

#### IV. KISALTMALAR LİSTESİ

CFB	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu
CIS	Klinik İzole Sendrom
ICC	Sınıf İçi Korelasyon
INFB	Interferon Beta 1a-1b
IVMP	Intravenöz Metilprednizolon
MRG	Magnetik Rezonans Görüntüleme
MS	Multipl Skleroz
MSISQ-19	Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19
MSS	Merkezi Sinir Sistem
OKB	Oligoklonal Bant
RR	Yineleyici- Düzelen Sendrom
SD	Seksüel Disfonksiyon
SSS	Santral Sinir Sistemi

## V. ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. MS Hastalarında Görülebilecek Belirtilerin Tedavi Seçenekleri .....	11
Tablo 5.1. MSISQ-19 Anketinin Alt Boyutları ve Alt Boyutlarda Bulunan Maddeler .....	22
Şekil 1. Araştırma Planı.....	25
Tablo 5.2. Metodolojik Çalışmanın İstatistiksel Analizleri.....	26
Tablo 6.1. MSISQ-19' un İntraçlass Korelasyon ve Cronbach $\alpha$ Değerleri.....	29
Tablo 6.2. MSISQ-19' un Test Yeniden Test Puan Ortalamaları ve Aralarındaki Fark (N=100).....	30
Tablo 6.3. MSISQ-19 Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerleri.....	31
Tablo 6.4. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N= 100).....	32
Tablo 6.5. Medeni Durum İle MSISQ-19 Alt Boyutlar Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=100).....	35
Tablo 6.6. Cinsiyet İle MSISQ-19 Alt Boyutları Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=100).....	35
Tablo 6.7. Şu Anda Yaşadığı Yer İle MSISQ-19 Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=100).....	36
Tablo 6.8. Ailede Başka MS Varolması İle MSISQ-19 Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=100).....	37
Tablo 6.9. Tanılı Olduğu MS Yılı İle MSISQ-19 Alt Boyutlarını Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=100).....	37
Tablo 6.10. Oligoklonal Bant (OKB) İle MSISQ-19 Alt Boyutlar Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu (N=100).....	38

# Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19' un Geçerlik ve Güvenirliğinin Belirlenmesi

**Öğrencinin Adı:** Alev DOĞAN  
**Danışmanı:** Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ  
**Anabilim Dalı:** Hemşirelik

## 1. ÖZET

**Amaç:** Gri cevher demiyelinizasyonu olarak bilinen multipl skleroz (MS) nöroimmün bir hastalıktır. Araştırma Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19 'un [ (The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19) ] Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin belirlenmesi amacıyla metodolojik olarak yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** MSISQ-19' un yazarı ile iletişim kurularak, Türk toplumunda kullanılabilmesi için izin alındı. Araştırmaya; 18 yaş ve üzeri, Mc Donald kriterlerine göre multipl skleroz tanısı almış, iletişim sorunun olmayan, son bir ay içinde atak geçirmemiş hastalar katıldı. Araştırma İstanbul ilinde bulunan bir eğitim araştırma hastanesi MS polikliniğine, 15.04.2015-15.06.2015 tarihlerinde başvuran; çalışmaya katılmayı kabullenen 100 hastayla gerçekleştirildi. Veriler "Hasta Bilgi Formu" ve "MSISQ-19 Ölçeği" kullanılarak toplandı. Dil geçerliği için on uzmandan görüşleri alındı. Davis yöntemi ile kapsam geçerliği yapıldı. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama, minimum, maksimum, standart sapma), intraclass korelasyon, Cronbach alfa, madde toplam puan korelasyonu (pearson's momentler korelasyon katsayısı), Student's t testi kullanılarak bulundu.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $37 \pm 9$ ' du. Olguların % 82' si kadın, % 18' i erkektir. Ölçeğin content validity indeksi ,98 olarak belirlendi. Genel toplam MSISQ-19 cronbach  $\alpha$  değeri ,97; birincil alt boyut ,98; ikincil alt boyut ,92; üçüncül alt boyut ,94 olarak bulundu. Genel toplam MSISQ-19 test yeniden test değeri ,94; birincil alt boyut ,96; ikincil alt boyut ,85; üçüncül alt boyut ,89 olarak bulundu. Ölçeğin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptandı.

**Sonuç:** Bu çalışmada MSISQ-19' un Türkiye'deki MS hastalarının yakınlık ve cinsellik değerlendirmesinde kullanılabileceği bulundu.

**Anahtar Kelime:** MSISQ-19, MS, geçerlik, güvenirlilik, cinsellik.

# **Turkish Reliability and Validity of The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19-**

**Student's Name:** Alev Doğan

**Thesis Advisor:** Doç. Dr. Sıdıka Oğuz

**Department:** Department of Nursing

## **2. SUMMARY**

**Objective:** Gray matter demyelination known as Multiple Sclerosis (MS) is a the neuroimmune disease. The research was conducted methodologically to determine the validity and reliability of the Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19).

**Methods and Materials:** The author of MSISQ-19 was contacted to obtain permission to use it in Turkish society. According to the McDonald 's criteria, patients who were diagnosed with multiple sclerosis aged 18 years or older, who had no communication problem and had not attacked in the last month were included in the study. The study was conducted between dates on 15.04.2015-15.06.2015 at the MS policlinic of a training and research hospital in Istanbul. A hundred patients accepted to participate in the study. Data were collected using "Patient Information Form" and "MSISQ-19 Scale". Opinions were obtained from ten experts for language validity. Scope validity was performed with Davis method. Data analysis were found using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, minimum, maximum, standard deviation), intraclass correlation, Cronbach alpha, item total score correlation (pearson's moments correlation coefficient) and Student's t test.

**Results:** The mean age of the participants was  $37 \pm 9$  years. For this study, 82% of the cases were female and 18% were male. Content validity index of the total MSISQ-19 scale was determined as .98. Cronbach  $\alpha$  value was .97; primary subscale .98; secondary subscale .92; the tertiary subscale was found .94. Total MSISQ-19 test retest value was .94; primary subscale .96; secondary subscale .85; tertiary subscale was found to be .89. The scale was found to be a valid and reliable tool for Turkish society.

**Conclusions:** This study shows that MSISQ-19 scale have found to be useful in evaluation intimacy and sexuality for MS patients in Turkey.

**Keywords:** MSISQ-19, MS, Validity, reliability, sexuality

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Nörolojik sistemi ilgilendiren kronik hastalıkların birçoğu bireylerde önemli derecede sınırlılık ve yetersizlik yaratan hastalıklar olarak bilinmektedir. Bu hastalıklardan biri de multipl skleroz (MS) dir. MS inflamasyon ve nöronların etrafında yer alan miyelin kılıf kaybı ve bazen miyelin kılıfın altında bulunan aksonun hasarı ile kendini gösteren nöroimmün bir merkezi sinir sistemi hastalığıdır (Forbes et al., 2006; Vercellino et al., 2009).

Cinsellik ise hipotalamus, limbik sistem, beyin sapı, spinal kord, otonom sinir sistemi ve genital organları ilgilendiren karmaşık bir konudur. Seksüel fonksiyonun tüm evrelerinin olabilmesi için nöral yapılar arasındaki etkileşimin tam olması ve uyum içinde çalışmaları gerekmektedir. Bu nörofizyolojik yoldaki aksonal hasar sonucunda görülen cinsel işlev bozukluğu birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç şekilde görülebilmektedir (Costello & Haris, 2003; Tülek, 2007). MS’de nörofizyolojik yoldaki hasar sonucu görülebilen cinsel işlev bozukluğu, birincil düzeyde MS’in genital sinirlerde meydana getirdiği hasara bağlı olarak kadında libidoda azalma, genital duyu değişikliği, vajinal lubrikasyonda, orgazm şiddetinde ve frekansında azalma şeklinde görülebilir. İkincil düzeyde; hastalık sürecine ve bazı ilaçların yan etkilerine bağlı olarak görülen kas güçsüzlüğü, spastisite koordinasyon bozukluğu, inkontinans, patolojik yorgunluk gibi fiziksel semptomlar cinsel yaşamı etkileyebilmektedir. Üçüncül düzeyde ise; birincil ve ikincil nedenlerin sonucunda görülen benlik algısında değişme, kendini çekici hissetmeme, reddedilmekten korkma, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon cinsel işlevi etkilemektedir (Costello et al., 2003).

Ülkemizde, cinsellikle ilgili konuların gerek kültürel yapının etkisi, gerek bu konudaki bilgisizlik nedeniyle göz ardı edildiği bilinmektedir. Ayrıca ülkemizde yerleşik cinsellik anlayışının bir parçası olan utanma, çekinme, gizleme davranışları, sorunun ortaya konması ve sorun saptandığında bu konuda yardım almayı ve uygun

kaynağa yönelmeyi zorlaştırır. Cinsellik hem hasta hem de sağlık profesyonelleri acısında konuşulmaktan kaçınılan bir kavramdır (Tülek, 2007).

Bu alışmada Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19' un geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapıldı.

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1.Tanım**

Gri cevher demiyelinizasyonu olarak bilinen Multipl Skleroz (MS) nöroimmün bir hastalıktır, merkezi sinir sistemindeki inflamasyon ve nöronları saran miyelin kılıf kaybı, ilerleyen zamanlarda akson kaybı ile karakterizedir; gri cevher demiyelinizasyonu yine ilerleyen zamanlarda engelliliğin ve bilişsel defisitinin sebebidir. Gri cevher demiyelinizasyonunun serabral kortekste, serebellar kortekste, hipokampüste ve spinal kordda olduğu bildirilmiştir (Vercellino et al., 2009).

### **4.2. Multipl Skleroz' un Epidemiyolojisi**

Ülkemizde yaklaşık 35.000 MS hastası bulunmaktadır (Mollaoğlu ve Üstün, 2009). MS riski taşıyan kişilerin özellikleri: Beş yaş altında ılıman iklimde yaşama, yüksek sosyo ekonomik düzeyde olma, 30-40 yaşlar arasında olma, ırk faktörü, ailede MS öyküsünün olması, kadın cinsiyet. MS'de hem otoimmün, hem de infeksiyöz mekanizmaların rol oynayabileceği düşünülmektedir (Ebers, 2008). Kuzey Amerika'da yaklaşık 300.000, Türkiye'de 20.000-30.000 MS hastası olduğu bildirilmektedir. İngiltere'de MS prevalansı 100.000' de 100, dünyada MS insidansı %0.1' dir. MS gençlerde özellikle 20-40 yaş arası görülmektedir. Vakalar 21-25 yaş grubunda en üst seviyede görülmekte olup, 41-45 yaş grubunda vakalarda daha az seviyede artış görülmektedir. Genç erişkinlerde edinilmiş nörolojik engelliğin en sık rastlanan nedenidir (Compston & Coles, 2002). MS görülme sıklığı cinsiyete göre şöyledir: kadın-erkek oranı 1.4/ 3.1.

### **4.3. Multipl Skleroz' un Fizyopatolojisi**

Beyin ve omurilikteki aksonların etrafını saran koruyucu miyelin kılıf, şiddetli bir geçirgenliğe sahip lipid ve protein yapıdadır ve akson boyunca sinir iletilerinin geçişini sağlar. Yatkinlığı olan kişilerde immünolojik reaksiyonu başlatan bir süreçte (çoğunlukla viral bir enfeksiyon) duyarlılığı artmış T hücreleri kan beyin bariyerini aşarak merkezi sinir sistemi (MSS)' e geçip harabiyete sebep olurlar. Tüm bu olaylar sebebiyle MSS' deki miyelin kılıfında harabiyet olur ve oligodendrioglial

hücreler oluşur. Miyelin kılıfının yapısının bozulduğu aksonlarda sklerotik plaklar oluşarak ve uyarıların iletimi bozuklukları görülür. Miyelin kılıfı yenilenebilir yapıda olduğundan başlangıçta uyarıların iletilmesi geri dönüşümlüdür. Birbirini izleyen ataklarla sinir liflerindeki harabiyet kalıcı nörolojik bulguları oluşturur. Nörolojik semptomlar etkilenen sinir hücrelerinin bulunduğu alana bağlı olarak değişir. Çoğunlukla etkilenen bölgeler optik sinir, beyin, beyin sapı ve beyinciktir (Gilroy, 2002).

#### **4.4 Multipl Sklerozda Klinik Belirti ve Bulgular**

McDonald ve ark. tarafından yapılan çalışmada MS başlangıç bulguları; bir veya daha fazla ekstremitede güçsüzlük %40, optik nörit %22, parestezi %21, çift görme %12, vertigo %5, idrar yapmada güçlük %5, diğerleri %5 oranlarında gözlenmiştir. Ayrıca hastalık süresi boyunca ortaya çıkan bulgularla ilgili üç ayrı çalışmanın değerlendirilmesi ile yapılan bir çalışmada; kas güçsüzlüğü %80, optik atrofi %44-70, sfinkter bozukluğu %56-74, mental bulgular %30 olarak bulunmuştur. MS' de klinik belirti ve bulgular skleroze lezyonların bulunduğu alan ve lezyonların sayısına bağlı olarak çok çeşitli ve çok sayıdadır (McDonald et al., 2005).

Duyusal belirtiler;

Multipl skleroz hastaları en çok duysal belirtilerden yakınır. Bu yakınmalar; hastanın vücudunun herhangi bir bölgesinde yanma ve hissizlik şeklinde tariflenen şikayettir. Objektif duysal bulgular muayenede olmayabilir, uzun sürelerce devam edebilir. Kalıcı duyu kusuru ise; sıklıkla alt ekstremitte ucunda derin duyu kusuru şeklindedir. Alt ekstremitelerin uçlarındaki vibrasyon duyusundaki azalma, hastalığın erken evre belirtilerindedir. Lhermitte belirtisi, başın öne fleksiyonu ile birlikte elektriklenme hissi, ağrı, iğnelenme şeklinde tanımlanır ve MS'te oldukça fazla görülür (McDonald et al., 2005).

Motor belirti ve bulgular;

Alt ekstremitelerde daha sıklıkla görülen kuvvet kaybı ve paraparezidir. Nörolojik muayenede birinci motor nöron bozukluğuna işaret eden kasların şiddetli bir şekilde kasılması hali, refleks çekici ile bir kasın tendonuna vurulduğunda o

kasta oluşan kısa süreli kasılmanın artmış halinin artması, belirli bir kas veya kas grubunda birbiri arkasına meydana gelen istem dışı kasılma ve gevşeme hareketleri, ayak tabanı ucu künt bir cisimle dış kenarı boyunca topuktan orta parmak metatarsofalengeal eklemine doğru çizildiğinde beklenen yanın fleksiyon olmasına rağmen ekstansör yanıt görülmesi (bir yaşına kadar olan çocuklar hariç) saptanabilir. İlk atakta %32-41 oranında motor bulgusuna rastlandığı görülmüştür (McDonald et al., 2005; Berger, 2004). Yüz ve çene kaslarındaki motor nöron bozukluğuna işaret eden kasların şiddetli bir şekilde kasılması hali yeme bozukluğuna neden olur.

Görme ile ilgili belirtiler;

Gözün hareket etmesi esnasında ortaya çıkan ağrı, optik optik sinirlerin şişmesi ve iltihaplanması (optik nörit), ani görme kaybı yapılan çalışmalarda % 14-23 olarak saptanmış olan şikayetlerdir. Bulgular sıklıkla tek yönlüdür. Diplopi (çift görme); üçüncü, altıncı ve nadiren dördüncü kranial sinir tutulumundan kaynaklanır. İnternükleer oftalmopleji (Medial longitudinal fasciculus / MLF) (sağda MLF lezyonu olan bir hasta sola baktırıldığında sağ göz içe gelmez ve dışa bakan sol gözde nistagmus ortaya çıkar) ise, MS için oldukça tanı koydurucu bir bulgudur (Adams & Victor, 2000; Gilroy, 2002). Kurtzke optik atağı görülen vakaların %40'ından fazlasında MS hastası olduğunu bulmuştur. Optik nörit atağı ile MS gelişimi arasında geçen süre hastadan hastaya değişkenlik gösterir (McDonald et al., 2005).

Yürütücü işlevlerde bozukluk;

Soyutlamadaki zorluklar, bellek bozulması, kavramları özetlemede zorluklar, dikkatsizlik yürütücü işlevlerdeki harabiyettendir (Ruchkin et al., 1994). Hastalığın süresi, gidişi, fiziksel özürülük, depresyon, tedavide kullanılan ilaçların olası etkileri, MRG' deki lezyon yükü ve lokalizasyonu mental bozulmalara neden olur. Vakaların yaklaşık %50'sinde görülen demansiyel semptomlar progresif formlarda sıklıkla rastlanır (Gadea et al., 2004).

Serebellum ve beyin sapı bulguları;

Serebellar yollarda MS semptomları sebebiyle sıklıkla sorun yaşanır. Ortaya çıkan belirtiler dizartri, tremor, gövde ataksisi, ardı sıra hareketlerde bozulma, ekstremitelerde ataksisidir. Dizartri geveleyerek konuşma şeklindedir. Daha sonra patlayıcı, kesik ve anlaşılmaz nitelik kazanır. Yavaş ve heceleyerek konuşma MS'in karakteristik bulgusudur. Motor güçsüzlük, spastisite, duysal defisit ve vertigo nedeniyle oluşacak klinik belirtilerle karışabileceğinden gerçek oranı bulmak zordur. McAlpine serisinde %37 oranında serebellar bozukluklardan bahsedilir. İki yanlı fasiyal paralizisi, farenks refleksinin artması, palatal hareketlerde azalma, disfaji, dil hareketlerinin yavaşlaması, dokuzuncu ve onuncu sinir etkilenmesine bağlı nazone konuşma görülebilir. Nistagmus çok sıklıkla görülür, horizontal planda en sık olmakla birlikte yukarı bakışta daha fazla olmak üzere vertikal bakışta, rotatuar ve karışık tipte nistagmuslar gelişebilir (McDonald et al., 2005). MS'da nistagmus, tremor ve dizartri bulgusu "Charcot triyadı" olarak tanımlanan üçlü bulgudur.

Duygulanım bozuklukları;

Duygulanım bozuklukları, MS'de normal popülasyona göre daha fazladır. Depresyon, anksiyete, anlamsız ağlama daha nadir gülme atakları görülür (Adams & Victor, 2000; Gilroy, 2002). Depresyon ve anksiyete en sık görülen psikiyatrik tablodur ek olarak psikoz, öfori gibi belirtilere de rastlanır. Nöropsikiyatrik belirtiler ile demiyelinizan plakların lokalizasyonu ve sayısı arasında pozitif korelasyon, yapılan çalışmalarda gözlenmiştir. MS tanısı konmuş hastalarda intihara bağlı ölüm toplumda aynı yaş grubundaki bireylerle karşılaştırıldığında yedi buçuk kez fazladır (Berg et al., 2000).

Otonomik bulgular;

Mesane ve barsak fonksiyonları bozukluğu birçok MS vakasında görülen bozukluklardır (Adams & Victor, 2000; Gilroy, 2002; Berg et al., 2000). Mesane fonksiyon bozukluğu; sık idrara çıkma, yetiştirememe ve inkontinanstır. Bu fonksiyon bozukluğu malesef kalıcıdır. Barsak işlev bozukluğu ise, sıklıkla konstipasyon ek olarak gaita inkontinansıdır. Hastaların üçte ikisinde cinsel işlev

bozukluğu görülür. Cinsel fonksiyon bozukluğu (CFB) daha sıklıkla; kadınlarda vajinal his olarak azalma, erkeklerde ereksiyon olma ve sürdürme güçlük şeklinde ortaya çıkar (Adams & Victor, 2000; Gilroy, 2002; Burina & Sinanovic, 2006).

Paroksizmal semptomlar;

Hastalık süreci boyunca, fasiyal spazmlar, blefarospazm, trigeminal nevralji, Lhermitte bulgusu, akinezi, tonik spazmlar, dizartri, ataksi, nistagmus, yüzde miyokimi, narkolepsi, epilepsi, sensorimotor nöbetler, Uthoff fenomeni gibi paroksizmal bulgular olabilir (Berger, 2004). Bunların dışında hastaların kayde değer sayısınca yorgunluk görülür. Onlar için oldukça basit işleri yapamayacak kadar kendilerini halsiz ve yorgun hissederler. Yorgunluk yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlamaktadır (Skerrett & Moss-Morris, 2006). MS'li hastalarda, normal popülasyondan daha sık nöbete rastlanır (%1-5). Bunun sebebi ise kortikal ya da subkortikal alandaki odaklar kaynaklıdır. Jeneralize tonik klonik nöbet, parsiyel nöbetlere göre fazladır (McDonald et al., 2005).

Multipl sklerozda spazite, yorgunluk, tremor, halsizlik, kol ve bacaklardaki güçsüzlük, yutma ve konuşma bozukluğu, ataksi, bilişsel, seksüel, mesane ve bağırsak fonksiyonlarında bozulma, diplopi, denge problemleri gibi santral sinir sisteminde demyelinizasyona (miyelin kılıf hasarı) bağlı gelişen belirti ve bulgulardır. Ateşli hastalıklarda, çevre ısısının artmasında, sıcak banyo ve öğleden sonra normal vücut ritim değişikliğine bağlı olarak vücut ısısının artması yorgunluğu artırır. Hastaların % 66' sında ağrı liflerinin miyelin kılıfının bozulmasına bağlı olarak, kaslar, kemikler ve eklemlerde yorgunluğun neden olduğu mekanik gerilim ve tedaviye bağlı olarak ağrı şikayetleri vardır. Ağrı hastaların yaklaşık % 50' sinde varolan şikayettir. MS' li hastalarda trigeminal nevralji gene normal popülasyondan üç yüz kez daha sık görülür. Hastalığın kronik ve ilerliyici olması ile de bireyde üriner sistem enfeksiyonları, dekibütüs ülseri, osteoporoz, uykusuzluk, obesite, optik nörit gibi semptomların görülmesi ve bununla birlikte, iş ve aile hayatındaki değişimler, psiko-sosyal sorunlar sebebiyle kişinin yaşam tarzı ve gelecek planları değişmektedir (Miller & Dishon, 2006).

Ayrıca hareketsizlik ve uzun süreli steroid tedavisi nedeniyle gelişen osteoporozda da ağrı gelişebilmektedir (Kesselring, 2004; Crayton & Rossman, 2006).

#### **4.5. Multipl Sklerozda Tedavi**

Multipl sklerozde kesin tedaviden söz edilememektedir. Tedavi hastaya özel olarak bulguların kontrol altına alınması, akut atakların tedavisi, sürekli destek sağlanması, bilişsel işlevlerle ilgili kayıplar için destek sağlanması amaçlıdır.

Atak tedavisi: Antienflamatuar ve immünosupresif etkileri olan kortikosteroidler MS ataklarının tedavisinde sıklıkla başvurulur. Atak döneminde intravenöz metilprednizolon (IVMP) dozu 0.5-1-2 g/gün olarak ve 3-5-10 gün süreyle uygulanmakta, gerektiğinde idame tedaviye 6-120 mg/gün oral prednizolon eklenip, azaltılarak tedaviye devam edilmektedir. Kısa süreli yüksek doz IVMP tedavisinde ciddi yan etkiler rastlanmazken, oral prednizolon ile tedaviye devam edilen hastalarda bazı yan etkiler rastlanır. Bu nedenle kısa süreli kortikosteroid tedavisi önerilmektedir (Sellebjerg et al., 1998; Barnes et al., 1997).

İmmünoterapi: MS otoimmün kökenli hastalık olduğu için MS tedavisinde immünosüpresif ajanlar atakları kontrol etmek, yeni lezyon oluşumunu önlemek ve lezyonların sayısını azaltarak atak sıklığını azaltmakta kullanılır. Bu amaçla kullanılan ilaçlar: İnterferon beta-1 a (Avonex, 2005; Rebif, 2005), interferon bet-1 b (betaferon) vurgulanmaktadır. İnterferon beta-1 b (Betaferon) , MİTOXANTRONE (novantrone) immünosüpresif etkisi nedeniyle ilerleyici MS tedavisinde 2000 yılından bu yana kullanılan ajanlardandır. Ticari ismi Tysabri® olan Natalizumab (Biogen, Cambridge, USA) bir monoklonal antikordur (Steinman, 2005).

**Tablo 4.1. MS Hastalarında Görülebilecek Belirtilerin Tedavi Seçenekleri**

Spastisite	Lokal enjeksiyonlar (botulinum toksini, fenol, alkol), baklofen, dantrolen, gabapentin, baklofen, tizanidine, diazepam
Serebellar tremor	Gabapentin, klonazepam, izoniyazid, karbamazepin, klonazepam
Üriner belirtiler	İdrar depolanmasında yetersizlik durumlarında;antikolerjikler (propantheline bromide,oxybutynin chloride,tolterodine tartrate ) ve desmopressin acetate kullanılır. Trisiklik antidepresanlar da antikolinerjik özellikleri ile kullanılabilir.Mesane boşaltımının yetersizliğinde ise;intermittan kateterizasyon veya cerrahi girişimler uygulanabilir.
Ağrı	Fenitoin, baklofen, trisiklik antidepresanlar (en sık amitriptilin), misoprostol, topiramate, lamotirijin, gabapentin, karbamazepin
Erektile disfonksiyon	Alprostabil, sildenafil
Aşırı yorgunluk, kas güçsüzlüğü	Pemolin, 4-aminopyridine, amantadin

**Kaynak:** Noseworthy J, Miller D, Compston A. Disease modifying Treatments in multiple sclerosis. 4th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier. 2005; p.729-802.

#### 4.6. Multipl Skleroz' lu Hastalarda Bakım

##### Bireysel Yönetim Programı

Multipl skleroz hastaları günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmaları hastalığın başlangıç döneminde yaşamaya başlarlar; duygusal, bilişsel ve emosyonel sorunlar tanıdan on yıl sonra, ince ve kaba motor aktivite bozukluğu da tanıdan beş yıl sonra görülür (Berg et al., 2000). Nörotransmisyonun bozulması ve kullanmama sendromuna bağlı olarak kas gücünde azalma (parezi) görülebilmektedir. En sık karşılaşılan motor sorun lezyonlar tarafından refleks aktivitesinin supraspinal kontrolünün inhibisyonuna bağlı olan spastisite olup özellikle bacakları etkileyen bu sorun işlevsel bağımsızlığı önemli oranda etkilemektedir (Habek et al., 2006).

Spastisitede, iskelet kaslarını uyaran motor nöronların aşırı uyarılabilirliği ve bu nöronların normalde motor yanıtı neden olmayacak uyarılarla aktivite olması söz konusudur. Sinerjistik kasların koordinasyonsuzluğu veya antagonist kasların inhibisyonunun gerçekleşilememesi sonucu kasın kasılma ve gevşeme aktivitesinde yavaşlama ve istemli hareketleri yapamama ile ortaya çıkmaktadır (Burina & Sinanovic, 2006). Hastada yarattığı etki, lezyonun yerine, kronik olup olmamasına ve nörolojik sistemin bozulan işlevi hangi yolla kompanse ettiğine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Agonist/ antagonist kasların aynı anda aktive olduğu, sıklıkla ağrılı olan ve basınç ülserlerine yol açabilen istemsiz spazmlarla karakterize olan bu sorun yorgunluk, ısınmadan egzersiz, ani pozisyon değişikliği, iyi oturmayan ortez, kateter torbası, sıkı giysi veya ayakkabı gibi kutanöz stimülasyona yol açan faktörler, ağrı, üriner enfeksiyon, fekal tıkaç, kontraktür, cilt ülserasyonu ve pasif germe gibi birçok faktör ile tetiklenebilmektedir. Klinik uygulamada, spastisiteyi azaltmak için, etkili olduğu bilinmesine rağmen botulünüm toksin enjeksiyonu pahalılığı nedeniyle çok tercih edilememektedir. Artan tonüsü azaltma ve ağrılı spazmları gidermede etkili olan birçok ilaç (baclofen, diazepam, dantrolene ve tizanidine) vardır. Bu ilaçların etkinliğini değerlendiren meta analiz çalışmasında spastisitenin çok farklı özellikler göstermesi ve geçerliği/ güvenilirliği iyi kanıtlanmış değerlendirme araçlarının eksikliği nedeniyle çalışmaları karşılaştırmanın mümkün olmadığı ve yaygın şekilde kullanılan ilaçlara ait uygulamayı değiştirecek önerilerde bulunmanın zorluğu belirtilmiştir (Habek et al., 2006). İlaç tedavisinde genel ilke tek bir ilacın kullanılmasıdır. Tüm antispastiklerin çeşitli yan etkileri olduğundan özellikle hareketli hastalarda doz minimumda tutulmalıdır . MS'li hastaların %58'inde yüzeysel ve derin duyu kusur görülebilmektedir. Duyusal semptomlar değişken olup karıncalanma, iğne batması, ağrılı yanma hissi şeklindeki parestezilerden ve duyu azalmasından (hipoestezi) oluşmaktadır. Spinal kord tutulumlarına bağlı hastaların bedenlerini şişmiş, ıslak, hamlaşmış, sıkıştırılmış gibi hissetmeleri yaygındır. Bu tabloya ayrıca bedende bant şeklinde bir sıkışma/ basınç hissi de eşlik edebilir. Boynun fleksiyonuyla görülen ve vücuda elektrik yayılması şeklinde tanımlanan lhermitte bulgusu da önemli oranda görülmektedir. Bazen günler ve haftalar süren ve spontan olarak kaybolan ayaklarda yanma veya batma hissi yakınması durumunda order edilen gabapentin kullanımına

ilave olarak ayakkabı ve çorap giymemek, yatarken çarşaf temasını ortadan kaldırmak, topikal anestetiklerle ayak masajı veya buz uygulaması yarar sağlayabilmektedir. İleri hipoestezisi olan hastalarda ısı kaynaklarından uzak durma ve belli aralarla cilt kontrolü önemlidir. MS'li hastalarda ağrı, diplopi, görme keskinliğinde azalma, görme alanının merkezinde bulanıklık veya renk algısında azalma, nistagmus, horizontal bakış kısıtlılığı ve kortikosteroid kullanıma bağlı olarak katarakt şeklinde görme sorunları görülebilmektedir. Yutma güçlüğü MS'li hastaların %45'inde görülen önemli bir komplikasyondur. Yutma sorunu yaşayan MS hastalarında en önemli komplikasyon; aspirasyon ve pulmoner enfeksiyondur. Özellikle yemek yeme esnasında boynun fleksiyonda tutulması, yutmayı kolaylaştırır ve dilin arka kısmı ile trakeanın korunmasını sağlamaktadır. MS'li hastaların %90'dan fazlasında pons ve spinal korddaki miksiyon (idrar boşaltma) kontrol bölgelerindeki lezyonlara bağlı olarak mesane işlev sorunları görülmekte ve hastaların üçte birinde işlev bozukluğu haftalık inkontinans epizodlarına (belli bir dönem) varacak denli ileri düzeyde olmaktadır (Ruchkin et al., 1994). Parasempatik yollardaki hasar detrusor hipoaktivitesine yol açarak mesanenin boşaltma işlevini etkilerken, parasempatik iletimi inhibe eden spinal yollardaki hasar detrusor hiperaktivitesine yol açmakta, yani kasın çok az miktardaki idrarla kontrakte olarak mesanenin depolama işlevini yerine getirmesini engellemektedir. Bazen de detrusor ve sfinkter kasları arasındaki senkronizasyonun bozulması nedeniyle idrar akımını başlatma ve/ veya durdurma güçlüğü ile karşılaşmaktadır. Detrusor hiperrefleksisi klinik olarak pollaküri (sık idrara çıkma), urgency (idrara sıkışma) ve noktüriye (gece idrara çıkma) yol açarken ,detrusor sfinkter dissinerjisi hesitancy (kesik kesik idrar yapma), üriner retansiyon ve taşma (overflow) inkontinansına neden olmaktadır (Hauser & Goodin, 2005).

#### **4.7. Multipl Skleroz' lu Hastalarda Cinsel Sorunlar**

Multipl sklerozlu hastalarda bu nörofizyolojik iletim sistemindeki bozukluklar birincil, ikincil ve üçüncül fonksiyon bozukluğu olarak adlandırılır. Birincil işlev bozukluğu: MS'in genital sinirlerde sebep olduğu tahribata bağlı olarak erkekte işlev bozukluğu, prematüre, gecikmiş, retrograd ejakülasyon; kadında genital duyu değişikliği, vaginal lubrikasyonda, orgazm şiddet ve frekansında azalma,

libidoda azalma şeklinde görülebilir. MS'te hastalığın kendi gidişatı kaynaklı ve bazı ilaçların yan etkilerine bağlı olarak görülen inkontinans, spastisite, koordinasyon bozukluğu, kas güçsüzlüğü, patolojik yorgunluk gibi fiziksel değişiklikler cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir; bunlar ikincil cinsel işlev bozukluğu olarak isimlendirilirler. Üçüncül cinsel işlev bozukluğu: Birincil ve ikincil nedenlerin sonucunda görülen reddedilmekten korkma, depresyon, benlik algısında değişme, anksiyete, kendini çekici hissetmeme ve sosyal izolasyon üçüncül işlev bozukluğu olarak adlandırılır. Cinselliğin yaşam kalitesinin önemli bir unsuru olduğu düşünülerek cinsel işlev bozukluğuna ilişkin sorunlar önemsenmeli, yaşam kalitesini artırmak için diğer işlevlerin yanında cinsel işlev de düzeltilmelidir. Birçok hastanın dile getirmekte güçlük çektiği, hatta bazen sağlık profesyonellerince dahi sorgulanmaktan kaçınılan bu sorunlar ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir. Yapılan bir çalışmada MS hastalarının bakımına katılan hemşirelerin yalnızca % 15'inin CFB için yardım önerdiği tespit edilmiştir (Kılıç ve ark., 2011). Bunun nedenle hastanın cinsel yaşam özellikleri sorgulanmalı, kadında değerlendirme menstrüel siklus, vaginal lubrikasyon ve orgazm kapasitesini, erkekte ise ereksiyon ve ejakülasyonu kapsamalıdır. Hastaya psikolojik destek sağlanmalı, danışmanlık /hasta eğitimi verilmeli ve cinsel işlev bozukluğu polikliniklerine veya psikiyatriste yönlendirilmelidir. Hasta oral, intraüretal veya intrakavernöz yolla alınan bazı vazoaktif ajanlardan yarar görebileceği gibi, refleks arkı koruyan masturbasyon ve klitor/ penil vakum cihazlarının da kullanılabileceği belirtilmektedir. Çalışmalar şunu göstermiştir ki çoğunlukla hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılayan kişi çoğunlukla eşleridir. Eş bakıcı ise, çiftin cinsel yaşamı olumsuz olarak etkilenebilir (McCabe et al., 1996; Alshubaili et al., 2008).

#### **4.8. Multipl Skleroz Hastalığında Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Ve Cinsel Yaşam ile İlişkili Faktörler**

Cinsel fonksiyon bozukluğu, MS'in yaygın bir semptomu olup hastaların %75' inden fazlasını etkilemektedir (Campagnolo et al., 2005). Farklı kaynaklarda değişen oranlar olmakla birlikte erkeklerde % 91, kadınlarda % 85'e ulaşan sıklıkta bildirilmiştir. Ortalama olarak erkek MS hastalarında görülen CFB prevalansının % 50 ve % 90 arasında , kadın MS hastalarında görülen CFB prevalansının ise % 40 ve

%80 arasında olduğu bildirilmiştir (Foley & Sanders, 1997). Bildirilen en sık semptomlar kadınlarda, genital duyuda azalma %43-62, cinsel içgüdüde (libido) azalma %37-86, ereksiyon sorunları %34-80, seksüel ilgide azalma %29-86, orgazm kapasitesinde azalma %24-58, vaginal kuruluk %12-40, cinsel birleşme korkusu (disparoni) %6-40 iken, erkeklerde; ejakülasyon sorunları %34-61'dir (Lundberg et al., 2001).

Seksüel fonksiyonda tam işlev için nöral yapılar arasında eksiksiz etkileşim zorunludur. Hipotalamik ve limbik yapılar ile lumbosakral spinal merkezler uyum içinde olmalıdır. Multipl sklerozlu hastalarda yaşam kalitesi üzerine fiziksel, sosyolojik ve psikolojik faktörlerin etkisinin olduğu bilinmektedir (Campagnolo et al., 2005; Zivadinov et al., 1999). MS'li hastalarda CFB; primer, sekonder ve tersiyer CFB olmak üzere üç grupta sınıflandırmıştır (Foley & Iverson, 1992).

Buna göre MS'de;

Primer CFB, santral sinir sisteminde (SSS) demiyelinizan lezyonların doğrudan sonucu olarak kabul edilmiştir. Primer CFB, erkek ve kadınlarda azalmış yada kaybolmuş libidoyu, azalmış yada zevksiz genital his ve azalmış orgazmik yanıtı içerir (Foley & Iverson, 1992; Foley & Werner, 2000). MS'li erkeklerde ereksiyon oluşturma ve sürdürme, ejakülasyon sıklığının azalması gibi problemler olabilir (Foley et al., 2000). Kadınlarda ise azalmış lubrikasyon, inorgasmi ve azalmış libido görülebilir (White et al., 1993).

Sekonder CFB, genital sistemin nöral yapısını etkilemeyen, MS'in diğer semptomlarının seksüel fonksiyonu dolaylı olarak etkilemesi ile oluşan SD'na verilen isimdir. Bu semptomlar, yorgunluk, kas güçsüzlüğü, spastisite, mesane ve barsak problemleri, hareket kısıtlılığı, tremor, kognitif değişiklikler, sfinkter disfonksiyonu, sensorial değişikliklerdir (Foley & Werner, 2000; Foley et al., 2000). Sekonder CFB, MS'in veya semptomlarının tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi sonucu da görülebilir (Foley et al., 2000).

Tersiyer CFB ise psikolojik, emosyonel, sosyal ve kültürel faktörlerle ilgili olarak seksüel yaşamın etkilenmesidir (Foley & Werner, 2000; Foley et al., 2000).

Bu faktörler ailenin rolü, kendine güvende azalma, dış görünüşe güvende azalma, depresyon, öfke, partnerin kendisini reddedeceği korkusu, kadınsı veya erkeksi hissetmede azalma, çekiciliğinin kaybolduğu hissine kapılma, yalnız kalma korkusu, terkedilme korkusu veya birilerine bağımlı olma korkusudur (Foley & Iverson, 1992; Foley et al., 2000). Seksüel disfonksiyonun ortaya çıkmasında iki genel eğilim vardır; seksüel aktivitede azalma ve sessizlik (Kievman & Blackmun, 1989). Hastalar, tatmin etme performanslarında yetersiz hissetme veya reddedilme korkusu nedeniyle seksüel aktiviteden kaçınırlar. Aynı zamanda sağlık personeli ve partnerleri ile seksüel hayatlarında olan bu değişiklikler hakkında konuşmakta zorlanırlar (Foley & Iverson, 1992).

Multipl sklerozda hastalığın epizodik ve hastalık seyrinin öngörülemez oluşu, iş ve aile hayatının etkilenmesi, semptom fazlalığı, eşlik edebilen kronik hastalıklarla birliktelik ve tam bir tedavi şansının bulunmayışı gibi çeşitli faktörler, hastaların günlük psikolojik durumunu belirgin olarak etkilemektedir (Anthony, 2006). Fakat lezyonlar ve lokalizasyonlarla ilgili verileri desteklemeyen yayınlar da bulunduğundan MS hastalarındaki depresyonun multifaktöriyel olduğunu kabul etmek en doğrusudur (Carson et al., 2005).

Multipl skleroz hastaları %30-80 oranında yorgunluktan şikayet ederler (Joffe, 2005; Krupp & Pollina, 1996). Yorgunluk, hastalığın erken evrelerinde işlevselliğin düşmesine neden olan semptomlardan biridir. Depresif duygu durumdan bağımsız olarak ortaya çıkar ve depresyon tedavisine iyi yanıt vermez (Joffe, 2005). İlginçtir ki; yorgunluğun varlığı ve şiddeti, hastaların nörolojik bulguları ile veya magnetik rezonans görüntüleme (MRG) lezyonlarıyla doğrudan ilişkili görülmemektedir (Joffe, 2005; Vercoulen et al., 1996; Gottschalk et al., 2005). Fraser ve ark'nın yaptığı, 251 MS hastasını içeren yakın tarihli bir çalışmada kadın MS hastalarında SD ile tüm MS semptomları arasında belirgin pozitif ilişki saptanmış, en güçlü pozitif korelasyon ise SD ve yorgunluk arasında tesbit edilmiştir (Fraser et al., 2008). Yapılan bir çalışma, INFβ kullanan MS hastalarının %40'ında depresyon ve yorgunluk olduğunu ortaya çıkarmıştır (Neilley et al., 1996). Bununla birlikte tedavi edilmemiş MS hastalarında da depresyon sıklığı yüksektir ve INFβ tedavisi ile aslında artmadığı hatta hastalığın tedavisi nedeniyle azaldığını söyleyen çalışmalar

da mevcuttur (Gold et al., 2005). 2006 yılında yapılan başka bir gözden geçirme çalışmasında INFβ tedavisinin depresyon ve intihar riski gibi yan etkileri kapsamlı bir şekilde incelenmiş ve hastaların %2-12,5'inde çoğunlukla tedavinin erken evrelerinde (özellikle tedavi başladıktan sonraki ilk iki ay) depresyonun ortaya çıktığı ve ilaç kesimiyle düzeldiği belirtilmiştir (Goeb et al., 2006). Ancak alınan 16 çalışmanın 14 tanesinde INFβ tedavisinin depresyon ve intihar riskiyle doğrudan ilişkili olmadığı düşünülmüştür. Fakat özellikle önceden depresyon öyküsü olanlarda riskin söz konusu olduğu ve INFβ tedavisi altındayken ciddi intihar düşünce ve girişimlerinin bildirildiği unutulmamalıdır (Goeb et al., 2006).

Seksüel disfonksiyon multipl sklerozda yaygın bir problem olmasına karşın, dile getirilmediğinden ve sorgulanmadığından tedavi de edilmemiş bir konudur (Campagnolo et al., 2005; Griswold et al., 2003). Hekimler tarafında da sıklıkla hastalığın bu kısmı unutulmuştur. Bir çalışmada hastaların %94'üne hastalıklarına ilişkin seksüel sorunlar hakkında hiç soru sorulmadığı rapor edilmiştir (Guest & DasGupta, 2002). Sonuç olarak MS ile yaşayan hastaların ve partnerlerinin yaşam kalitesi derinden etkilenmektedir (Guest & DasGupta, 2002; Dupont, 1996). SD yalnızca yaşam kalitesini etkilemez, aynı zamanda diğer problemlere de neden olur, bu problemler şunlardır:

- Partneri ile çatışma: evlilik problemleri SD'li MS'li hastaların %71'inde bildirilmiş (McCabe et al., 1996).
- Depresyon, sıkıntı, yalnız kalma, umutsuzluk (Janardhan & Bakshi, 2002).
- Performans anksiyetesi,
- Birlikteliklerden ve seksüel karşılaşmalardan korkma ve kaçınma (Miller, 2003).

Hekimler, MS hastaları ile seksüel fonksiyonları hakkında konuşmayı genellikle gözardı etmektedirler. Konu hakkında konuşmaya başlarken beceriksizlik veya sıkıntı hissedebilirler, SD hakkında rahat konuşabilmek için yeterli bilgileri olmayabilir, hastanın seksle meşgul olmak için etkisiz veya çok yaşlı olduğunu düşünebilirler, konunun kendi pratik kapsamının dışında olduğuna inanabilirler, konunun tartışmak için çok gereksiz olduğuna inanabilirler, hastaların sınırlı tedavi

kapsamının olduğuna veya tedaviye gücünün yetmeyeceğine inanabilirler (Campagnolo et al., 2005; White et al., 1993). Bütün bu sebepler nedeniyle hastaları seksüel disfonksiyonu gölgede kalmıştır.

Multipl sklerozda seksüel disfonksiyon tedavisinde ilk adım; hastaları SD'nin hayatlarını önemli bir biçimde etkileyen ve tedavi edilebilir bir sağlık problemi olduğu konusunda bilgilendirmektir (Campagnolo et al., 2005; Griswold & Foley, 2003). İkinci adım; MS ile ilgilenen bütün sağlık ekibine, hasta ile SD tartışabilecek eğitimi vermektir. Fizyoterapistlere hasta ve yakınlarının seksüel konforunu artırmak için pozisyon teknikleri öğretmeleri, psikologların kişisel veya çiftlerle seksüel performansı artırmak için seksüel-sensitif ilişkinin çalışılabilmesi, terapistlerin seksüel zevk almayı artırmak için seksüel aletlerin kullanımının hastalara öğretilmesi gibi eğitimler bu konuda yardımcı olabilir. Ayrıca oral ilaçlar (sildenafil, vardenafil, tadalafil), topikal hormonlar, sex terapileri, tavsiyeler verme, yardımcı seksual aletler (vibratörler, lubrikantlar), penise ilacın intracorporeal enjeksiyonu (vakumla şişlik oluşturan penis pompaları) ve erektil disfonksiyon cerrahisi de (semirijid rod implantasyonu) SD'nin tedavisinde kullanılır (Foley & Werner, 2000; Dupont, 1996; Landtblom, 2006). Hastanın görünümünü nasıl algıladığı, kendisine ve yakınlarına çekici görünüp görünmediği, ilişkileri, beden imajı, öz saygısı, kabul görme duygusu gibi seksüaliteye ilişkin duygularını yeniden yapılandırmada da hastaya destek olunmalıdır (Guest & DasGupta, 2002).

## **5.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Çalışma Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19'un [ (The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19) ] geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacı ile metodolojik olarak yapıldı.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi:**

Araştırma İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesi Nöroloji Polikliniği'nde 15.04.2015- 15.06.2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### **5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:**

Araştırmanın evrenini; bir eğitim ve araştırma hastanesi Multipl Skleroz poliklinik hastaları oluşturdu.

Bir ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının 5-10 katı olarak hesaplanması önerilmektedir (Tavşancıl, 2014; Gözüm ve Aksayan, 2003). Bu çalışmada, metodolojik araştırma MSISQ-19 ölçeğinin, 19 maddeden oluştuğu göz önüne alınarak toplam 95 hasta almak yeterli olacaktı, çalışma 100 hasta ile gerçekleştirildi.

Örneklemi ise; 18 yaş ve üzeri, Mc Donald kriterlerine göre Multipl Skleroz tanısı almış, iletişim sorunu bulunmayan, son bir ay içinde atak geçirmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmaktadır.

#### **Araştırmaya Alınma Ölçütleri**

18 yaş ve üzeri,

Mc Donald kriterlerine göre multipl skleroz tanısı almış,

İletişim sorunun bulunmayan,

Son bir ay içinde atak geçirmemiş,

Araştırmaya katılmayı kabul eden erişkin hastalar çalışmaya dahil edilecektir.

### **Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri**

Multipl Skleroz tanısı almamış olması durumunda araştırmaya dahil edilmeyecektir.

### **5.4. Araştırmanın Soruları**

1- Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19 (MSISQ-19) MS olan hastalarda kullanılabilir geçerli bir araç mıdır?

2- Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19 (MSISQ-19) MS olan hastalarda kullanılabilir güvenilirlik bir araç mıdır?

### **5.5. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19 (MSISQ-19) (Ek-1), araştırmacı tarafından hazırlanan hasta bilgi formu (Ek-2), hastaları çalışma hakkında bilgilendirmek için gönüllü bilgilendirme formu (Ek-3), hastalardan çalışma yapabilmek için alınan onay formu (Ek-4) kullanıldı.

#### **5.5.1. Multipl skleroz yakınlık ve cinsellik anketi-19 (MSISQ-19) (Ek-1)**

Foley ve ark.'nın çalışmasında tüm yakınlık ilişkilerinin kalitesinin üzerinde algılanan etki belirtilerinin ölçülebildiği bir anket geliştirmek amaçlanmıştır. Birincil, ikincil ve üçüncül alt boyutlu olan bu ölçek 19 maddeden oluşmaktadır (Foley, 2000).

Birincil, ikincil, üçüncül cinsel fonksiyon bozukluğu Foley tarafından birincil, ikincil, üçüncül açıdan cinsel belirtileri açıklayan kavramsal bir model olarak geliştirilmiştir (Foley, 2000). Birincil cinsel fonksiyon bozukluğu MS'le ilişkili nörolojik değişikliklerin bir sonucu olarak oluşur, bu doğrudan cinsel duyguları ve cinsel tepkiyi etkiler. Bu değişikliklerin doğrudan bir sonucu olarak erkekler bozulmuş genital organ hissi, libido azalması, ereksiyonu başarma ya da korumada başarısızlık ve boşalma sıklığında ya da boşalma gücünde azalma yaşayabilirler. Kadınlar azalmış libido, uyuşma, ağrı, yanma ve rahatsızlığı içeren genital değişiklik hissi, azalmış vajinal ıslanma ve azalmış orgazm yoğunluğu ya da sıklığını tecrübe

edebilirler (Foley, 2000). Birincil cinsel işlev bozukluğu 12, 16, 17, 18, 19 maddelerinde incelenmektedir, düşük puan 5, en yüksek toplam puan 25'dir.

İkincil cinsel fonksiyon bozukluğu genital sistemin sinir sistemi ile ilgili yollarında MS belirtilerinin dolaylı olarak sebep olmasıdır. Bu belirtiler en sık olarak şunları içerir: yorgunluk, kas sıkılığı, halsizlik ya da spazmlar; mesane ve barsak fonksiyon bozukluğu; koordinasyon bozukluğu; mobilize olmada zorluk; MS ilaçlarının yan etkileri; kognitif zorluklar; genital olmayan vücut bölgelerinde uyuşma, ağrı, yanma ve rahatsızlık (Foley, 2000). İkincil cinsel işlev bozukluğu 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11 maddelerinde incelenmektedir, ölçeği aldığı en düşük puan 9 olup, en yüksek toplam puan ise 45'dir.

Üçüncül cinsel fonksiyon bozukluğu MS'in psikolojik, duygusal, sosyal ve kültürel yönlerinin cinsellik üzerindeki etkisini gösterir. Üçüncül cinsel belirtiler şunları içerir: kendi bedeni ve ruh halindeki olumsuz değişiklikler, depresyon ve kızgınlık, daha az seksi ya da çekici hissetmek, daha az erkeksi ya da kadınsı hissetmek, cinselliği hakkında daha az güvenli hissetmek, cinsellik konusunda reddedilme korkusu, partnerini tatmin etme konusunda endişe, partneriyle iletişim kurma konusunda zorluk. Dışlanma ve terkedilme korkusu, suçluluk, değişen cinsellik rolleri, yaşanmış ve yaşanan cinsellik ve yakın ilişkiyi etkileyen bağımlılık duygularını etkilemesidir (Foley, 2000). Üçüncül cinsel işlev bozukluğu 7, 9, 13, 14, 15 maddelerinde incelenmektedir, en düşük puan 5, en yüksek toplam puan 25'dir.

Beşli likert tipi olan ölçek, hiç 1 puan, hemen hemen hiç 2 puan, zaman zaman 3 puan, hemen hemen her zaman 4 puan, her zaman 5 puan verilmiştir, puan arttıkça işlev bozukluğu artmaktadır. Bir semptomda 3 ya da daha yüksek puanlar daha fazla müdahale için sonrasında daha detaylı sorgulanmalıdır. Ölçeğin uygulama süresi 5-8 dakika arasındadır.

**Tablo 5.1. MSISQ-19 Anketinin Alt Boyutları ve Boyutlarda Bulunan Maddeler**

<b>Alt Boyutlar</b>	<b>Maddeler</b>
<b>Birincil Cinsel Fonksiyon Bozukluğu</b>	<b>12, 16, 17, 18, 19</b>
<b>İkincil Cinsel Fonksiyon Bozukluğu</b>	<b>1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11</b>
<b>Üçüncül Cinsel Fonksiyon Bozukluğu</b>	<b>7, 9, 13, 14, 15</b>

### **5.5.2. Hasta bilgi formu (Ek-2)**

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formunda sosyo-demografik özellikler (bireyin yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, vb.), bireyin hastalığıyla ilgili özellikler (ne kadar zamandır MS hastası olduğu, ailesinde MS tanılı başka hasta olup olmadığı, vb.) ile ilgili bilgileri içeren 15 soru bulunmaktadır.

### **5.5.3. Gönüllü bilgilendirme formu (Ek-3)**

Çalışmanın amacını, yöntemini, çalışmaya katılma ve çalışmadan çıkmayı, hasta hakkında edinilen bilgilerin saklı tutulacağına anlatıldığı gizlilik ve mahremiyet başlıklarını ve araştırmacının iletişim bilgilerini içermektedir.

### **5.5.4. Gönüllü onay formu (Ek-4)**

Çalışma hakkında hastanın bilgilendirilip onayının alındığı formdur.

## **5.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile formlar uygulandı. Görüşmeler poliklinikte yüz yüze gerçekleştirildi. Araştırmayı kabul eden bireylere Hasta Bilgi Formu, 19 maddelik MSISQ-19, Gönüllü Bilgilendirme Formu ve Gönüllü Onay Formu olmak üzere dört form uygulandı.

## **Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19' un Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**

Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19'un yazarı olan Frederick W. Foley ile mail yolu ile iletişim kurularak, ölçeğin Türk toplumunda kullanılabilmesi için izin alındı. Daha sonra dil geçerliği çalışmalarına başlandı. Ölçeğin 2000 yılında oluşturulmuş olan hali kullanıldı (Ek-1). Geri çeviri yöntemi kültürel olarak denk bir yöntem olarak düşünülmektedir. Bu yöntemde en az iki çevirmen gereklidir. Birinci çevirmen orjinalinden istenen dile çevirir. İkinci çevirmen ise orijinal dildeki ölçeği meydana getirmek için istenilen dilden orijinal dile geri çeviri yapar. Her bir çevirmen birbirinden bağımsız olarak çalışır ve birbirlerine danışmalarına izin verilmez. Araştırmacı herhangi bir çelişkiyi düzeltebilmek için her iki çevirmenin fikri alınabilir (Burns & Grove, 1993).

Ölçeğin dil geçerliğinde geri çeviri yöntemi uygulandı, önce ölçekler her iki dili de anadili gibi bilen alanında iki uzman tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevirildi. Yine alanında uzman ve İngilizceyi hem konuşabilen hem de okuyabilen farklı iki uzman tarafından Türkçe'den İngilizce'ye çevirildi. İngilizce'ye çevirilmiş olan ölçek bir akademisyene asıl MSISQ-19 ölçeği ile birlikte gönderilerek karşılaştırılma istenildi. Ölçekler birbirine benzer bulundu. Çevirinin uygunluğu ve kapsam yönünden incelemesi için iyi İngilizce bilen dokuz uzman ve bir hemşirelik öğretim üyesinden uzman görüşleri alındı. Uzmanlar tarafından yapılan geri dönüşler ile ölçek son halini aldı. Ölçeğin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için MS tanısı almış ve araştırmaya katılabilme uygunluğunda olan 10 hastaya pilot çalışma yapıldı. Böylece ölçeğin dil ve kapsam geçerliği yapıldı.

Ölçeği meydana getiren psikometrik özellikleri ortaya çıkarabilmek için nitel bir çalışma olan uzman görüşlerine başvurulur. Bu nitel çalışma kapsam geçerlik oranları ve indeksleri yöntemleri ile nicel çalışmalara dönüştürülür (Yurdugül, 2005). Ölçek maddesinin anlaşılır olması, hedef kitleye uygun olması, önsel çalışmalardaki uzman görüşleri arasındaki uyum ölçek geçerliğini etkileyen faktörlerdir. Lawshe ve Davis (1992) kapsam geçerliği konusunda kullanılan tekniklerdendir. Davis tekniği uzman görüşlerini;

(a) "Uygun"

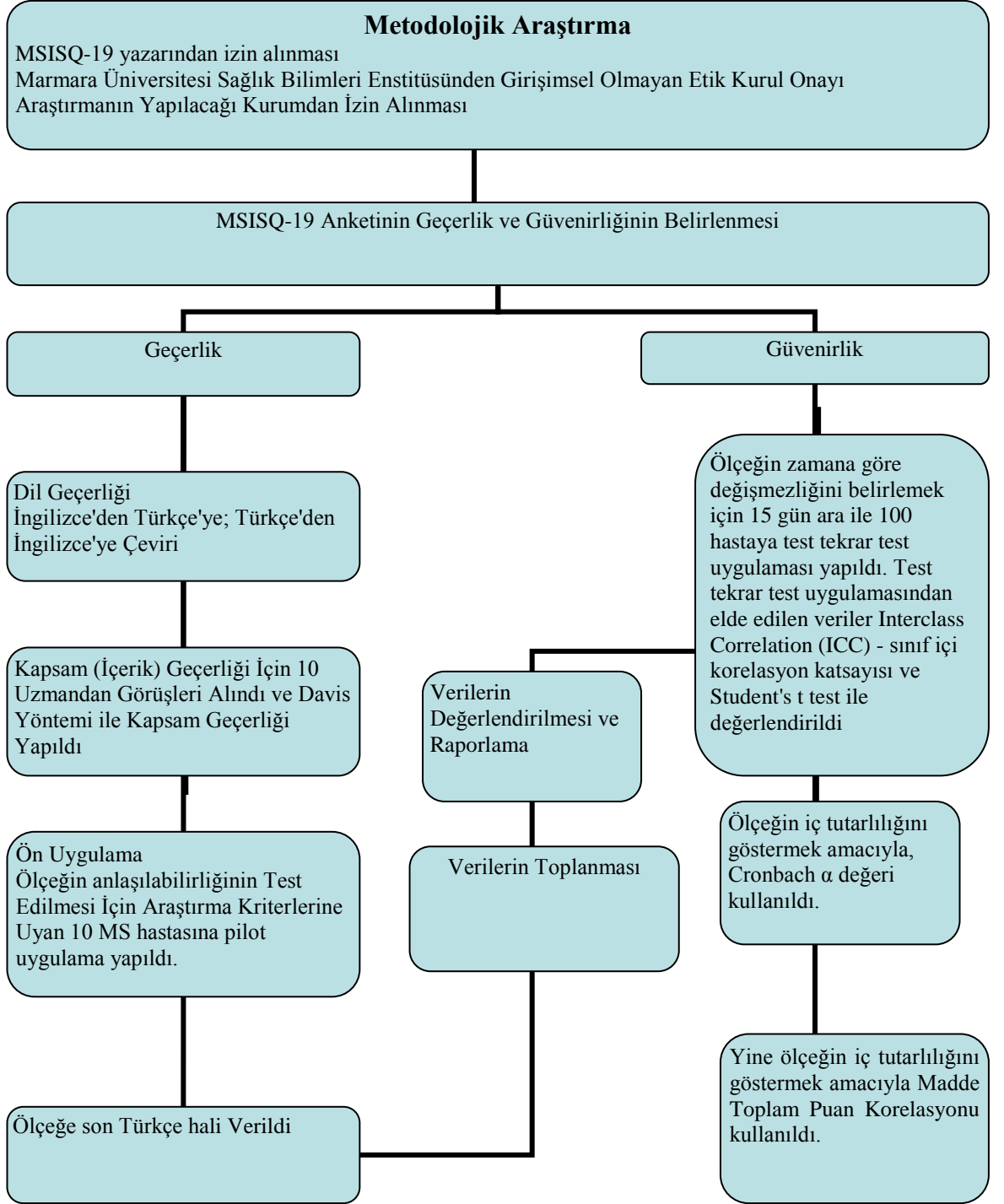
(b) "Madde hafifçe gözden geçirilmeli"

(c) "Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli"

(d) "Madde uygun değil" şeklinde derecelendirir. Bu yöntemle maddeye ilişkin "kapsam geçerlik indeksi" (a) ve (b) şıkkını seçen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek elde edilir ve ,80 değeri ölçüt alınarak karşılaştırılır. Ölçeğin türkçe formunun uzman görüşleri alındı ve Davis tekniğine uygun puanlamaları yapıldı.

Uzman görüşleri ile ölçeğin kapsam içerik geçerliği (CVI) ,98 olarak değerlendirilip hesaplandı. Geçerlik, ölçme aracının ne derece iyi ölçtüğünü anlatan bir kavramdır. Türkçe versiyonunun anlaşılabilirliğini denemek adına 10 hastaya uygulandı. Dolayısıyla bu yöntemle kapsam geçerliği kanıtlanmış oldu.

Ölçeğin zamana göre değişmezliğini belirlemek için 15 gün ara ile 100 hastaya test tekrar test uygulaması yapıldı. Test tekrar test uygulamasından elde edilen veriler [(Interclass Correlation (ICC)] sınıf içi korelasyon katsayısı ve t test ile değerlendirildi. Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla, Cronbach Alfa ve madde toplam puan korelasyon katsayıları hesaplandı.



**Şekil 1. Araştırma Planı**

## 5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS 16.0 programı kullanıldı. Metodolojik çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 1’de sunuldu. Olguların bireysel ve hastalık ile ilgili araştırma için çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) ve nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test kullanıldı.

**Tablo 5.2. Metodolojik Çalışmanın İstatistiksel Analizleri**

<b>Değişkenler</b>	<b>Kullanılan İstatistiksel Yöntemler</b>
<b>Ölçek Geçerlik</b>	
Kapsam Geçerliği	İçerik Geçerlik İndeksi
<b>Ölçek Güvenirliği</b>	
Test-tekrar test	Sınıf İçi Korelasyon (ICC) Student's t test
İç Tutarlık	Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı Madde Toplam Puan Korelasyonu

## **5.8. Etik**

Ölçeğin Türkçe uyarlamasının yapılması için ölçeğin yazarlarından Frederick W. Foley' den mail yoluyla izin alındı (Ek-5). Araştırmayı gerçekleştireceğimiz hastane yöneticiliğinden çalışma için 14.04.2015 tarihinde izin alındı (Ek-7). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Kurulu 30 protokol numaralı olarak 22.04.2015 tarihinde çalışmaya onay verdi (Ek-8).

## **6. BULGULAR**

### **6.1. Multipl Skeroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19 'un Geçerliğine İlişkin Bulgular**

#### **6.1.1. Kapsam geçerliği**

Kapsam geçerliği, ölçek maddelerinin, ölçmeyi amaçladığı konuları iyi ve dengeli biçimde temsil etme derecesidir (Tavşancıl, 2005). Bu temsilin belirlenmesi için uzman görüşlerine başvurmanın en iyi yöntem olduğu belirtilmektedir (Beaton et al., 2000; Sekaran & Bougie, 2010; Tavşancıl, 2005). Uzman sayısının 5-40 arasında olması önerilmektedir (Alpar, 2010).

Ölçeğin kapsam geçerliği için on uzman görüşüne başvuruldu. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Content Validity Index (CVI) kullanıldı. Uzmanlardan, her bir ölçek maddesi ; (4) uygun, (3) madde hafifçe gözden geçirilmeli, (2) madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve (1) madde uygun değil şeklinde puanlanmaktadır. Değerlendirmede, 3 ve 4 seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her bir maddeye ilişkin Content Validity Index (CVI) elde edilir (Davis, 1992). Literatürde, kullanılan ölçeğin kapsam geçerliğine sahip olması için bu değerin 1,00'e yakın olması tercih edilmekle birlikte, ,80 değerinin kesme noktası olduğu belirtilmektedir (Alpar, 2010; Sealy et al., 2016; Tavşancıl, 2005). Değerlendirme sonucunda ölçeğin CVI değeri ,98 olarak bulundu.

### **6.2. Multipl Skleroz' un Güvenirliğine İlişkin Bulgular**

Ölçeğin tüm alt grupları için güvenirlilik katsayıları; "Intraclass Correlation (ICC)" kullanılarak hesaplandı ve iç tutarlık hesaplamaları Cronbach  $\alpha$  değerleri Tablo 6.1' de gösterildi.

**Tablo 6.1. MSISQ-19' un İntraçlass Korelasyon ve Cronbach  $\alpha$  Değerleri**

Görüşme Zamanı	MSISQ-19 Alt Boyutları			
	Birincil CFB*	İkincil CFB*	Üçüncül CFB*	Genel Toplam
İç Tutarlık♦	,98	,92	,94	,97
Test Yeniden Test ¶				
Birinci ve İkinci Görüşme ♣	,96	,85	,89	,94
♦ Cronbach $\alpha$ *CFB= Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ¶ İntraçlass (sınıfiçi) Korelasyon-ICC ♣ P< 0.0001 N=100				

Tablo 6.1' de iç tutarlılık ve test yeniden test "intraçlass" korelasyon katsayıları verilmiştir. İç tutarlılığını saptamak için yapılan Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayıları MSISQ-19 ölçeğinin birincil cinsel fonksiyon bozukluğu alt boyutunun; ,98 olduğu saptandı. MSISQ-19 ölçeğinin ikincil cinsel fonksiyon bozukluğu alt boyutunun; ,92 olduğu saptandı. MSISQ-19 ölçeğinin üçüncül cinsel fonksiyon bozukluğu alt boyutunun; ,94 olduğu görüldü. MSISQ-19 ölçeğinin genel toplamının; ,97 olduğu saptandı.

İyi bir güvenilirlik tahmin yöntemi olan Anova sınıf içi korelasyon katsayısının (ICC) hesaplamasında MSISQ-19 ölçeğinin birincil CFB alt boyutunun ; ,96, ikincil CFB alt boyutunun; ,85, üçüncül CFB alt boyutunun; ,89, CFB genel toplamının ise ,94 ve ölçeğin güvenilir olduğu bulundu.

**Tablo 6.2. MSISQ-19' un Test Yeniden Test Puan Ortalamaları ve Aralarındaki Fark (N=100)**

ÖLÇEK	Alt Boyutları	Görüşmeler	Ort	SS	t	p
MSISQ-19	Birincil CFB	1.Görüşme	9,53	5,000	-,570	,709
		2.Görüşme	9,94	5,177		
	İkincil CFB	1.Görüşme	18,52	6,406	-1,954	,56
		2.Görüşme	20,34	6,763		
	Üçüncül CFB	1.Görüşme	8,55	3,865	-,616	,074
		2.Görüşme	8,91	4,379		
	Genel Toplam CFB	1.Görüşme	36,82	12,785	-1,288	,575
		2.Görüşme	39,21	13,447		

Tablo 6.2.' de görüldüğü gibi 15 gün ara ile uygulanan MSISQ-19 ölçeğinin birincil CFB alt boyutunun ( $t = -,570$ ,  $p = ,709$ ) toplam puanları arasında, MSISQ-19 ölçeğinin ikincil CFB alt boyutunun ( $t = -1,954$ ,  $p = ,56$ ) toplam puanları arasında, MSISQ-19 ölçeğinin üçüncül CFB alt boyutunun ( $t = -,616$ ,  $p = ,074$ ) toplam puanları arasında, MSISQ-19 ölçeğinin genel toplam CFB' nin ( $t = -1,288$ ,  $p = ,575$ ) toplam puanları arasında fark olmadığı belirlendi. Bu durum MSISQ-19 ölçeğinin güvenilir olduğu göstermektedir ( $p > ,05$ ).

**Tablo 6.3. MSISQ-19 Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerleri**

Alt Grup ve Madde No				
		Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde cronbach $\alpha$	p
1	Kollarım,bacaklarım veya bedenimde kas sertliği veya spazmları	,47	,89	,001
2	Mesane veya idrar yolu semptomları	,42	,89	,001
3	Bağırsak semptomları	,30	,89	,001
4	MS'ye bağlı bağımlılık duygusu	,34	,89	,001
5	El veya vücudumda tremor veya titreme	,42	,89	,001
6	Vücudumda ağrı,yanma veya rahatsızlık hissi	,50	,89	,001
7	Vücudumun daha az çekici olduğu düşüncesi	,56	,89	,001
8	Cinsel aktivite esnasında vücudumu istediğim şekilde hareket ettirirken zorlanma	,64	,88	,001
9	MS nedeniyle daha az erkeksi veya kadınsı hissetme	,58	,89	,001
10	Konsantrasyon,hafıza veya düşünme sorunları	,54	,89	,001
11	MS'de alevlenme veya ciddi kötüleşme	,39	,89	,001
12	Cinsel organımda his azalması veya hissizlik	,65	,88	,001
13	MS nedeniyle cinsel olarak reddedilme korkusu	,49	,89	,001
14	Partnerimi cinsel olarak tatmin etme konusunda duyduğum kaygı	,52	,89	,001
15	MS nedeniyle cinsellik konusunda güven eksikliği	,69	,88	,001
16	Cinsel ilgi ve isteğin olmaması	,64	,88	,001
17	Daha az şiddetli veya daha az zevk veren orgazmlar	,65	,88	,001

18	Orgazm veya doyuma ulaşana kadar geçen sürenin çok uzun olması	,55	,89	,001
19	Yetersiz vajinal ıslanma veya kayganlık (kadınlar)/tatmin edici bir sertleşme sağlanamaması veya bunun korunamaması (erkekler)	,55	,89	,001

Pearson Korelasyonu

Tablo 6.3.' de görüldüğü üzere 19 maddelik MSISQ-19 ölçeğinin madde toplam puan korelasyonu incelendiğinde; maddelerin korelasyon katsayılarının 0,30 ile 0,69 arasında olduğu, pozitif yönde bir ilişki içinde oldukları görüldü. En düşük madde toplam puan korelasyonu 0,30 ile 3. madde olan "Bağırsak semptomları" maddesidir ve bu madde atıldığında ortaya çıkan değer; çıkarıldığında en büyük değer olarak görülen 0,89' dr. En yüksek madde toplam puan korelasyonu 0,69 ile 15. madde olan "MS nedeniyle cinsellik konusunda güven eksikliği" maddesi bulundu. En düşük madde toplam puan korelasyonu .20 değerinden büyük olduğu için uygulanan ölçeklerden herhangi birini çıkarmak gerekmemektedir ve "Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19" un güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir ( $p<001$ ).

### 6.3. Olguların Bireysel ve Hastalıklarına İlişkin Bulgular

**Tablo 6.4. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N= 100)**

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	82	82
	Erkek	18	18
Yaş (Ort ±ss yıl)	37±9	(range: 28-46)	
Medeni Durum	Evli	75	75
	Bekar	25	25
Çocuk Sayısı	Yok	36	36
	2 çocuk	26	26
	1 çocuk	24	24
	3 çocuk ve üzeri	14	14

Eğitim Durumu	Lise	40	40
	İlk ve ortaokul	32	32
	Lisans ve üzeri	28	28
Memleketleri	Marmara Bölgesi	43	43
	Karadeniz Bölgesi	22	22
	Doğu Anadolu Bölgesi	17	17
	İç Anadolu Bölgesi	15	15
	Akdeniz Bölgesi	2	2
	Ege Bölgesi	1	1
Şu Anda Yaşadığı Yer	Şehir	93	93
	Kasaba	7	7
Mesleği	Ev Hanımı	41	41
	Diğer	16	16
	İşçi	14	14
	Serbest	9	9
	Memur	8	8
	Emekli	6	6
	Yönetici	6	6
	Ailesinde Başka MS' li Birey	Yok	97
Var		3	3
MS Tanı Yılı	5 yıl ve üzeri	54	54
	0-5 yıl	46	46
İlk MS Tanısı	CIS*	100	100
	RR**	0	0
Son MS Tanısı	RR**	99	99
	CIS*	1	1
Kan Biyokimyası	Normal	71	71
	D vitamini düşük	9	9
	B 12 düşük	8	8
	Haşimato	8	8
	Düşük B12+ düşük D vitamini	4	4
Kan İmmünolojisi	Özellik Yok	97	97
	Hepatit B taşıyıcısı	3	3

Oligoklonal (OKB)	Bant	Okb negatif	50	50
		Okb tip pozitif	50	50
*CIS= Klinik İzole Sendrom				
**RR= Yineleyici- Düzelen Sendrom				

Tablo 6.4 incelendiğinde; olguların % 82' sinin kadın, % 18' inin erkektir. Kadın ve erkek sayısını eşit tutmak istedik ancak erkek hastaların çoğunluğu anketin sorularına cevap vermek istemediler. Yaş ortalamasının  $37 \pm 9$  (range 28-46), 75' inin evli, 25' ininse bekar olduğu saptandı. Ancak bekar olan hastaların son 6 ayda cinsel ilişkiye girebilecek partnerleri vardı.

Çocuk sayısına bakıldığında; %36' sının çocuğunun olmadığı, % 26' sının iki çocuğunun olduğu, % 24' ünün bir çocuğunun olduğu, % 14' ünün de üç veya daha fazla çocuğunun olduğu görüldü.

Olguların eğitim durumlarına bakıldığında; % 40' ının lise, % 32' sinin ilk ve ortaokul mezunu, % 28' inin lisans ve üzeri mezunu olduğu saptandı.

Memleketleri incelendiğinde marmara bölgesinin % 43' lük dilimde olduğu, % 93' ünün şehirde yaşadığı, % 41' inin ev hanımı olduğu belirlendi.

Ailesinde başka MS tanılı birey var mı diye bakıldığında; % 97' sinde olmadığı, % 3' ünde var olduğu saptandı.

Tanı yılı incelendiğinde; 5 yıl ve üzeri MS tanılı hastanın % 54 olduğu, 0-5 yıl tanılı hastaların % 46 olduğu görüldü.

İlk MS tanısının ne olduğu incelendiğinde % 100' ünün klinik izole sendrom olduğu saptandı. Son MS tanısının ne olduğu incelendiğinde ise % 99' unun yineleyici-düzelen sendrom olduğu göze çarpmaktadır.

Kan biyokimya değerleri incelendiğinde; % 71' inin normal olduğu, % 9' unun D vitamininin düşük olduğu, % 8' inin B12 düşüklüğünün olduğu, % 8' inin haşimatosunun olduğu, % 4' ünün hem D vitamini hem de B12 düşüklüğünün olduğu belirlendi.

Oligoklonal bant sonuçları değerlendirildiğinde ise % 50' sinin OKB değerinin pozitif, % 50' sinin de OKB değerinin negatif olduğu sonucu çıktı.

**Tablo 6.5. Medeni Durum İle MSISQ-19 Alt Boyutlar Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=100)**

ÖLÇEK	Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort	SS	t	p
MSISQ-19	Birincil CFB	Evli	75	9,80	5,188	,935	,352
		Bekar	25	8,72	4,383		
	İkincil CFB	Evli	75	18,04	6,536	-1,302	,196
		Bekar	25	19,96	5,891		
	Üçüncül CFB	Evli	75	8,69	3,959	,640	,523
		Bekar	25	8,12	3,609		
	Genel Toplam CFB	Evli	75	36,83	13,430	,009	,993
		Bekar	25	36,80	10,870		

Tablo 6.5. incelendiğinde MSISQ-19' un birincil CFB toplam puanı ile evli ve bekar arasında fark yoktur (  $t = ,935$ ,  $p = ,352$ ). MSISQ-19' un ikincil CFB toplam puanı ile evli ve bekar arasında fark yoktur (  $t = -1,302$ ,  $p = ,196$ ). MSISQ-19' un üçüncül CFB toplam puanı ile evli ve bekar arasında fark yoktur (  $t = ,640$ ,  $p = ,523$ ). MSISQ-19' un genel toplam CFB ile evli ve bekar arasında fark yoktur (  $t = ,009$ ,  $p = ,993$ ).

**Tablo 6.6. Cinsiyet İle MSISQ-19 Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=100)**

ÖLÇEK	Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort	SS	t	p
MSISQ-19	Birincil CFB	Kadın	82	9,65	5,141	,495	,622
		Erkek	18	9,00	4,393		
	İkincil CFB	Kadın	82	18,44	6,540	-,269	,789
		Erkek	18	18,89	5,920		
	Üçüncül CFB	Kadın	82	8,49	3,917	-,342	,733
		Erkek	18	8,83	3,714		

	Genel Toplam CFB	Kadın	82	36,84	13,022	,036	,972
		Erkek	18	36,72	11,999		

Tablo 6.6 incelendiğinde MSISQ-19' un birincil CFB toplam puanı ile kadın ve erkek arasında fark yoktur (  $t = ,495$ ,  $p = ,622$ ). MSISQ-19' un ikincil CFB toplam puanı ile kadın ve erkek arasında fark yoktur (  $t = -,269$   $p = ,789$ ). MSISQ-19' un üçüncül CFB toplam puanı ile kadın ve erkek arasında fark yoktur (  $t = -,342$   $p = ,733$ ). MSISQ-19' un genel toplam CFB ile kadın ve erkek arasında fark yoktur (  $t = ,036$   $p = ,972$ ).

**Tablo 6.7. Şu Anda Yaşadığı Yer İle MSISQ-19 Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=100)**

ÖLÇEK	Alt Boyutlar	Şu Anda Yaşadığı Yer	n	Ort	SS	t	p
MSISQ-19	Birincil CFB	Şehir	93	9,60	5,033	,524	,601
		Kasaba	7	8,57	4,791		
	İkincil CFB	Şehir	93	18,16	6,225	-2,075	<b>,041</b>
		Kasaba	7	23,29	7,387		
	Üçüncül CFB	Şehir	93	8,55	3,772	-,015	,988
		Kasaba	7	8,57	5,318		
	Genel Toplam CFB	Şehir	93	36,55	12,526	-,773	,442
		Kasaba	7	40,43	16,582		

Tablo 6.7. incelendiğinde MSISQ-19' un birincil CFB toplam puanı ile yaşadığı yer olan şehir ve kasaba arasında fark yoktur (  $t = ,524$ ,  $p = ,601$ ). MSISQ-19' un ikincil CFB toplam puanı ile yaşadığı yer olan şehir ve kasaba arasında fark olduğu belirlendi (  $t = -2,075$ ,  $p = ,041$ ). Bu sonuca bakıldığında kasabada yaşayan MS tanılı hastaların şehirde yaşayanlara göre ikincil cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğu gözlemlendi. MSISQ-19' un üçüncül CFB toplam puanı ile yaşadığı yer olan

şehir ve kasaba arasında fark bulunmadı (  $t= ,015$ ,  $p= ,988$ ). MSISQ-19' un genel toplam CFB ile yaşadığı yer olan şehir ve kasaba arasında fark yoktur (  $t= -,773$   $p= ,442$ ).

**Tablo 6.8. Ailede Başka MS Varolması İle MSISQ-19 Alt Boyutlarının Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=100)**

ÖLÇEK	Alt Boyutlar	Ailede başka MS' li Birey	n	Ort	SS	t	p
MSISQ-19	Birincil CFB	var	3	15,67	7,506	2,200	<b>,030</b>
		yok	97	9,34	4,837		
	İkincil CFB	var	3	18,67	,577	,040	,968
		yok	97	18,52	6,505		
	Üçüncül CFB	var	3	10,00	4,000	,658	,512
		yok	97	8,51	3,873		
	Genel Toplam CFB	var	3	44,33	10,786	1,034	,304
		yok	97	36,59	12,819		

Tablo 6.8. incelendiğinde MSISQ-19' un birincil CFB toplam puanı ile ailede MS tanılı başka bireyin olması arasında fark olduğu belirlendi (  $t= 2,200$ ,  $p= ,030$ ). Bu sonuca bakıldığında ailesinde MS tanılı birey olan hastaların birincil alt boyutlarında cinselliğin daha iyi olduğu saptandı.

MSISQ-19' un ikincil CFB toplam puanı ile ailede MS tanılı başka bireyin olması arasında fark yoktur (  $t= ,040$ ,  $p= ,968$ ). MSISQ-19' un üçüncül CFB toplam puanı ile ailede MS tanılı başka bireyin olması arasında fark yoktur (  $t= ,658$ ,  $p= ,512$ ). MSISQ-19' un genel toplam CFB ile ailede MS tanılı başka bireyin olması arasında fark yoktur (  $t= 1,03$ ,  $p= ,304$ ).

**Tablo 6.9. Tanılı Olduğu MS Yılı İle MSISQ-19 Alt Boyutlarını Toplam Puanları Arasındaki Fark (N=100)**

ÖLÇEK	Alt Boyutlar	MS Tanı Yılı	n	Ort	SS	t	p
MSISQ-19	Birincil CFB	0-5 yıl	46	9,85	5,325	,585	,560
		5 yıl ve üzeri	54	9,26	4,739		
	İkincil CFB	0-5 yıl	46	18,85	6,222	,470	,639
		5 yıl ve üzeri	54	18,24	6,605		
	Üçüncül CFB	0-5 yıl	46	8,91	4,016	,866	,389
		5 yıl ve üzeri	54	8,24	3,741		
	Genel Toplam CFB	0-5 yıl	46	37,87	12,882	,756	,451
		5 yıl ve üzeri	54	35,93	12,754		

Tablo 6.9. incelendiğinde MSISQ-19' un birincil CFB toplam puanı ile kaç yıldır MS tanılı olduğu arasında fark yoktur (  $t = ,585$   $p = ,560$ ). MSISQ-19' un ikincil CFB toplam puanı ile kaç yıldır MS tanılı olduğu arasında fark yoktur (  $t = ,470$ ,  $p = ,639$ ). MSISQ-19' un üçüncül CFB toplam puanı ile kaç yıldır MS tanılı olduğu arasında fark yoktur (  $t = ,866$   $p = ,389$ ). MSISQ-19' un genel toplam CFB ile kaç yıldır MS tanılı olduğu arasında fark yoktur (  $t = ,756$   $p = ,451$ ).

**Tablo 6.10. Oligoklonal Bant (OKB) İle MSISQ-19 Alt Boyutlar Toplam Puanları Arasındaki Fark Durumu (N=100)**

ÖLÇEK	Alt Boyutlar	OKB	n	Ort	SS	t	p
MSISQ-19	Birincil CFB	OKB negatif	50	9,62	5,170	,179	,858
		OKB pozitif	50	9,44	4,875		
	İkincil CFB	OKB negatif	50	16,84	5,673	-2,705	<b>,008</b>
		OKB pozitif	50	20,20	6,707		
	Üçüncül CFB	OKB negatif	50	7,94	3,717	-1,590	,115
		OKB	50	9,16	3,951		

		pozitif					
	Genel Toplam CFB	OKB negatif	50	34,64	12,165	-1,722	,088
		OKB pozitif	50	39,00	13,137		

Tablo 6.10. incelendiğinde MSISQ-19' un birincil CFB toplam puanı ile OKB değeri arasında fark yoktur (  $t = ,179$ ,  $p = ,858$ ). MSISQ-19' un ikincil CFB toplam puanı ile OKB değeri arasında fark olduğu saptandı (  $t = -2,705$ ,  $p = ,008$ ). Bu sonuç doğrultusunda OKB' si pozitif olan hastaların ikincil cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğu saptandı.

MSISQ-19' un üçüncül CFB toplam puanı ile OKB değeri arasında fark yoktur (  $t = -1,590$ ,  $p = ,115$ ). MSISQ-19' un genel toplam cinsel fonksiyon bozukluğu ile yaşadığı yer olan şehir ve kasaba arasında fark yoktur (  $t = -1,722$ ,  $p = ,088$ ).

## 7.TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamız Türk toplumunda yaşayan MS tanılı hastaların CFB' sini değerlendirmek üzere MSISQ-19 ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirliğinin yapılmasıdır.

Çalışmamız iki bölümde tartışıldı.

1. MSISQ-19 'un geçerlik ve güvenilirlik bulgularının tartışılması
2. Olguların bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin tartışılması

### 7.1.Türkçe'ye Uyarlaması Yapılan MSISQ-19 Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

#### 7.1.1. MSISQ-19 ölçeğinin geçerlik bulgularının tartışılması

Geçerlik, ölçme aracının ölçmek istediği hangi özelliği varsa, diğer bir özelliklerle karışmasını önleyerek tam ve doğru biçimde ölçebilme derecesidir (Aker ve ark., 2005; Ercan ve Kan, 2004). Çalışmamızda geçerliği değerlendirmek için dil ve kapsam geçerliği yöntemi kullanıldı.

#### Dil ve Kapsam Geçerliği

MSISQ-19 ölçeğinin geçerli bir araç olduğunu belirlemek amacıyla dil geçerliği çalışması yapıldı. Dil geçerliğinin ardından kapsam geçerliği yapıldı. Ölçeğin content validity indeksi ,98 olduğu bulundu. Kapsam geçerliği, ölçek araç maddelerinin ölçme aracının ölçmeyi istediği konuları dengeli bir biçimde temsil etme derecesidir (Tavşancıl, 2014). Kapsam geçerliği için konu hakkında yetkili uzmanlardan görüş alınır. Uzman sayısının en az üç en fazla yirmi kişiden olması önerilmektedir (Esin, 2015). Bu çalışmada çevirinin uygunluğu ve kapsam incelemesi için on uzmandan görüş alındı (Ek-10).

Uzman görüşleri Content Validity Indeks (CVI) kullanılarak değerlendirildi. CVI tekniğinde, her bir ölçek maddesi; 1 puan: uygun değil, 2 puan: uygun hale getirilmesi gerekir, 3 puan: uygun fakat küçük değişiklik gerekli, 4 puan:

çok uygun şekilde puanlanmaktadır. Alınan uzman görüşlerinin % 80' ninin 3 ve 4 puan olması beklenir. Sonucun .80 üzeri olması ölçeğinin kapsam geçerliğinin olduğunu gösterir (Esin, 2015; Erefe, 2012). Bu çalışmanın kapsam geçerliğinin olduğu bulundu.

### **7.1.2. Türkçe'ye uyarlaması yapılan MSISQ-19 ölçeğinin güvenirlik bulgularının tartışılması**

Güvenirlik, ölçme aracının kendi içinde kararlılığı, tutarlılığı, standart hatanın az olması aynı zamanda ölçüm işlemlerinin tekrarlanması durumunda benzer sonuçların elde edilmesi ve zamana göre değişmezlik ölçütüdür (Alpar, 2016; Aktürk ve Acemoğlu, 2012). Bir çalışmanın güvenirliğinin değerlendirilebilmesi için birçok yöntem bulunmaktadır; MSISQ-19 ölçeğinin güvenirliğini değerlendirebilmek için bu çalışmada kullandıklarımız ise iç tutarlık ve test tekrar test yöntemleridir.

### **Zamana göre değişmezlik (Süreklilik/ Stabilite/ Test Yeniden Test Güvenirliği)**

Bu çalışmada yapılan iki görüşmede ölçeğin üç alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında fark olmadığı görüldü  $p>.05$  (Tablo 6.2). Zamana karşı değişmezlik, söz konusu olan ölçeğin aynı koşullar sağlanmaya çalışılarak, belli bir zaman aralığında tekrarlanılarak, test yeniden test yoluyla benzer değerlerin sağlanmasıdır (Erefe, 2002; Gözüm ve Aksayan, 2002). Test tekrar test zaman aralığına dikkat edilmesi gereken bir testtir. Ölçmesi gereken özelliğe göre değişkenlik gösterir ancak uygulamada ortaya çıkabilecek problemler göz önüne alındığında, uygulamanın iki ile dört hafta arasında önerilmektedir (Erefe, 2002; Aker, 2005; Aktürk ve Acemoğlu, 2012; Karasar, 2014). Test tekrar test analizi; en az 30 kişiye yapılacak olan birinci ve ikinci ölçümün arasındaki zamana karşı değişmezliğin belirlenmesinde kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2005; Polit ve Beck, 2010).

Çalışmada test tekrar test uygulaması 100 hasta ile iki hafta ara ile yapıldı. Zamana göre değişmediği belirlendi (Tablo 6.2).

### **Sınıf içi korelasyon katsayısı**

Yaptığımız çalışmada birincil CFB alt boyutunun ilk ve son ölçümleri arasında ,96, ikincil CFB alt boyutunun ilk ve son ölçümleri arasında ,85, üçüncül CFB alt boyutunun ilk ve son ölçümleri arasında ,89 ve genel toplam CFB' nun ilk ve son ölçümleri arasında ,94 seviyesinde uyum görüldü (Tablo 6.1).

Sınıf içi korelasyon analizinde temel amaç, aynı veri grubundan elde edilen çoklu ölçümlerin uyumunun değerlendirilmesidir (Ateş ve ark., 2009).

ICC katsayısı; < ,40 kötü ,40-,59 arasında orta ,60-,74 arasında iyi, ,75-1.00 arasında mükemmel olarak yorumlanmaktadır (Cicchetti, 1994).

Bu çalışmada, test tekrar test sonuçlarının sınıf içi korelasyon katsayıları, MSISQ-19 toplam ve alt boyutlarının tekrarlanan ölçümlerde, uyumlu, ölçeğin tutarlı ve uygulanabilir güvenilirlikte olduğunu göstermektedir ( $p<,0001$ ).

### **İç tutarlık**

Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi- 19' un birincil cinsel fonksiyon bozukluğu alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değerinin ,98, ikincil cinsel fonksiyon bozukluğu alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değeri ,92, üçüncül cinsel fonksiyon bozukluğu alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değeri ,94, genel cinsel fonksiyon bozukluğu toplam puanın Cronbach  $\alpha$  değeri ,97 olduğu bulundu (Tablo 6.1).

İç tutarlılık demek her ölçme yönteminin belirli bir amaç çerçevesinde deneysel olarak birbirlerinden farklı olan bölmelerden oluştuğu ancak çerçevenin tamamına bakıldığında bilinen ve birbirleriyle eşit ağırlıklara sahip olduklarının hipotezidir (Erefe, 2002).

Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, likert tipi anketlerde iç tutarlılığın belirlenmesinde kullanılan bir tekniktir. +1' e yaklaşması anket maddelerinin birbiriyle uyumunu gösterir ( Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2005; Polit ve Beck, 2010). Cronbach alfa katsayısı, ölçeğin ,80- 1.00 arası yüksek güvenilir olduğunu ,60-,79 arası oldukça güvenilir ,40-,59 arası güvenilirliğin düşük ve ,00-,39 arası güvenilir olmadığını göstermektedir (Alpar, 2016; Tavşancıl,2014). Foley ve

ark.' ın yapmış olduğu, orjinal ölçekte birincil CFB alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değeri ,82, ikincil CFB alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değeri ,85, üçüncül CFB alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değeri ,87, genel toplam CFB alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değeri ,91 olarak bulunmuştur (Foley et al., 2000). Mohammadi ve ark.' ın 226 MS' li kadın hastayla yaptığı Farsça ölçekte  $\alpha$  kat sayısı genel CFB için ,90; birincil CFB için ,85; ikincil için ,90; üçüncül CFB için ,78 olarak bulunmuştur (Mohammadi et al., 2014).

Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Ölçeği-19' dan elde ettiğimiz veriler orjinal ölçekle benzer özelliktedir.

### **Madde toplam puan korelasyonu**

Ölçek madde toplam puan korelasyon değerlerinin ,30 ile ,69 arasında olduğu görüldü (Tablo 6.3).

En düşük madde toplam puan korelasyonu ,30 ile 3. madde olan "Bağırsak semptomları" maddesidir ve bu madde atıldığında ortaya çıkan değer; çıkarıldığında en büyük değer olarak görülen ,89' dür. En yüksek madde toplam puan korelasyonu ,69 ile 15. madde olan "MS nedeniyle cinsellik konusunda güven eksikliği" maddesi bulundu (Tablo 6.3).

Madde toplam puan korelasyonları ölçek maddeleri ve alt boyutları arasındaki uyumu incelemek için yapıldı. Anketin toplam puanı ile madde toplam puan korelasyonu anket maddelerinden alınan puanlar aralarındaki uyumu anlatır. Madde toplam puan korelasyon katsayısı için "alt seviye" olarak 0,20; "iyi" seviye olarak 0,30-0,40, çok iyi" seviye olarak 0,40 ve üzerinin güvenilir olduğunu bildirmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003; Tavşancıl, 2005).

Korelasyon kat sayısının en az ,20 olması ve negatif olmaması istenir. Madde toplam puan korelasyonu düşük olan maddenin diğer maddelerle aynı özelliği ölçmediğini düşündürür ve o maddenin ölçekten çıkarılmasını gerektirir (Tavşancıl, 2014).

Bizim çalışmamızda 19 maddenin de ,20' nin üzerinde olduğu bulundu. Hiçbir madde ölçekten çıkarılmadı ve bütün maddelerin aynı özelliği ölçtüğü sonucuna varıldı (Tablo 6.3).

Dil ve kapsam geçerliği, test tekrar test, sınıf içi korelasyon, madde toplam puan korelasyon katsayısı, cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı sonuçlarına göre Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi- 19' un Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir araç olduğu görüldü. Çalışmamızın sonunda birinci araştırma sorusu olan MSISQ-19 MS hastalarında kullanılabilecek geçerli bir araç mıdır ve ikinci araştırma sorusu olan MSISQ-19 güvenilir bir araç mıdır sorularını yanıtladı.

## **7.2. Olguların Bireysel ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Tartışılması**

Yaptığımız çalışmada MS' li hastaların cinsel fonksiyon bozukluğu toplam puanları incelendiğinde kadın ve erkekler arasında fark bulunmadı ( $p=,972$ ). Cinsiyet farklılıklarını araştıran çalışmalarda, cinsel fonksiyon bozukluğunun erkeklerde daha yaygın olduğunu vurgulanmaktadır (Foley et al., 2001; Foley et al., 2014; Zivadinov et al., 1999). Özakbaş ve ark.' in (2012) yapmış olduğu çalışmada kadınların cinsel fonksiyon bozukluğu toplam puanları erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Kılıç ve ark.' in (2011) başka bir MS' li hasta CFB ölçeğinde yapmış araştırmada CFB sıklığının da kadınlarda erkek hastalara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Kılıç ve ark., 2011). Önceki Demirkıran ve ark' in (2006) yapmış olduğu çalışmada MSISQ-19 anketi kullanılmış ve bu çalışmada da her iki cinsiyetin cinsel fonksiyon bozuklukları incelendiğinde fark bulunmamış ve bizim çalışmamızı desteklemiştir.

Bizim çalışmamızda hastaların CFB toplam puanları ve medeni durumları arasında fark gözlenmedi ( $p= ,993$ ). Hakim ve ark.' in (2000) yapmış olduğu çalışmada MS semptomlarının hastanın evli olup olmamasıyla ilişkisinin olmadığını göstermiştir. Yaptığımız çıkarım Hakim ve ark.' in (2000) çalışması ile uyumludur.

Bizim çalışmamıza 18 'i erkek 82' si kadın toplam 100 hasta dahil edildi. Foley ve ark.' in (2000) yapmış olduğu çalışmaya 46 'sı erkek 109 'u kadın olmak üzere toplamda 155 hasta dahil edilmiştir. Özakbaş ve ark.' in (2012) yapmış olduğu

çalışmada 44' ü kadın 45'i erkek olmak üzere toplam 89 MS hastasına, seksüel disfonksiyonu bulabilmek için MSISQ-19 ve ASEX anketleri uygulanmıştır. Demirkıran ve ark.' in (2006) yapmış olduğu çalışmaya 33 'ü kadın 18 'i erkek olmak üzere toplamda 51 hasta dahil edilmiştir. Akkuş ve Duru 'nun (2011) yapmış olduğu çalışmada 59 hasta dahil edilmiştir. Yaptığımız çalışma diğer çalışmalardaki hasta sayısına benzerdir.

Yaptığımız çalışmada 5 yıla kadar ve 5 yıldan daha uzun süredir MS tanısına sahip olan hastaların cinsel fonksiyon bozukluk puanları arasında fark tespit edilmedi ( $p=,451$ ). Kılıç ve ark.' in (2011) başka bir MS' li hasta CFB ölçeğinde yapmış MS'li kadınlarda MS süresi ile CFB arasında çok düşük korelasyon bulundu ( $r = 0.07$ ) (Kılıç ve ark., 2011). Barak ve ark.' in (1996) ve Zivadinov ve ark.' in (1999) yapmış olduğu çalışma hastalık süresi ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir. Fraser ve ark.' in (2008) 251 hasta ile yaptığı çalışmada da hastalık süresi ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında ilişki bulmamıştır. Demirkıran ve ark.' in (2006) 51 hasta ile yapmış olduğu çalışmada ise hastalık süresi ile birincil cinsel fonksiyon bozukluğu arasında farka rastlanmış, hastalık süresi ilerledikçe birincil cinsel fonksiyon bozukluğunun arttığı tespit edilmiştir. Tihan MS'li hastalarda CFB' nun, hastalığın kronik evresinde, başlangıç evresinin aksine, daha sık yaşandığını savunmaktadır (Tihan, 2008). Bu çıkarımlara bakıldığında cinsel fonksiyon bozukluğu ile hastalık süresi arasında çelişkili sonuçlar göze çarpmaktadır.

Bizim çalışmamızda en sık şikayet edilen semptom, 15. madde olan MS nedeniyle cinsellik konusunda güven eksikliğidir. Barak ve ark.' in (1996) ve Demirkıran ve ark.' in (2006) yapmış oldukları çalışmalarda ise en sık şikayet edilen semptom, 16. madde olan cinsel ilgi ve isteğin olmaması olarak saptanmıştır. Çalışmamız bu iki çalışma sonucundan farklıdır.

Bizim çalışmamızda hastaların ailesinde başka MS' li birey varolma oranına bakıldığında bu oranın % 3 olduğu görüldü. Multipl skleroz' da ailevi vakanın oranının %3 ve % 23 arasında değiştiği bildirilmektedir (Andreoli et al., 2008). Çalışmamız Andreoli ve ark.' in çalışması ile uyumludur.

Anketimizin ikincil cinsel fonksiyon bozukluğu toplam puanı ile yaşadığı yer olan şehir ve kasaba arasında olumlu ilişki olduğu belirlendi (  $p= ,041$ ). Bu sonuca bakıldığında kasabada yaşayan MS tanılı hastaların şehirde yaşayanlara göre ikincil cinselliklerinin daha iyi olduğu gözlemlendi. Yapılan bir çalışmada doğanın ve doğal yaşamın insan psikolojine ve fizyolojisine olumlu etki yaptığı görülmektedir (Özgüner, 2004). Yapılan diğer çalışmalarda kentsel alanda yaşayan bireylerin kırsal alanda yaşayan bireylere göre depresyon prevalans oranları yüksek bulunmuştur (Önen, Kaptanoğlu ve Seber, 1995). İranlı Mohammadi K. ile arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada ikincil CFB ile Beck Depresyon Ölçek sonuçlarının ilişkili bulunmuştur. Dolayısıyla sonucumuz diğer çalışmalarla uyumludur.

Sonuç olarak bu çalışma MSISQ-19 ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını ve Türk toplumu için uygunluğunu belirlenmesi amacıyla yapıldı. MS hastalarına cinsel fonksiyon bozukluğu adına verilen eğitim ve danışmanlığın bu ölçekle belirlenerek hastanın yaşam kalitesinin artırılması amacı ile yapıldı.

Multipl Skeröz Yakınlık ve Cinsellik Anketi- 19 Türk toplumunda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olarak belirlendi.

Yaptığımız bu çalışmada iç tutarlık yöntemi ve Cronbach  $\alpha$  katsayısı kullanıldı. MSISQ-19 ölçeğinin birincil CFB alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değerinin ,98 olduğu; ikincil CFB alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değeri ,92; üçüncül CFB alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değeri ,94 olduğu; genel toplamının Cronbach  $\alpha$  değeri ,97 olduğu ve güvenilir olduğu saptandı.

Çalışmamızda MS' li hastaların cinsel fonksiyon bozukluğu toplam puanları incelendiğinde kadın ve erkekler arasında fark bulunmadı ( $p=,972$ ).

Yine hastaların CFB toplam puanları ve medeni durumları arasında fark gözlenmedi ( $p= ,993$ ).

Yaptığımız çalışmada 5 yıla kadar ve 5 yıldan daha uzun süredir MS tanısına sahip olan hastaların cinsel fonksiyon bozukluk puanları arasında fark tespit edilmedi ( $p=,451$ ).

Bizim çalışmamızda en sık şikayet edilen semptom, 15. madde olan MS nedeniyle cinsellik konusunda güven eksikliğidir.

Anketimizin ikincil cinsel fonksiyon bozukluğu toplam puanı ile yaşadığı yer olan şehir ve kasaba arasında olumlu ilişki olduğu belirlendi (  $p= ,041$ ). Bu sonuca bakıldığında kasabada yaşayan MS tanılı hastaların şehirde yaşayanlara göre ikincil cinselliklerinin daha iyi olduğu gözlemlendi.

Sonuç olarak cinsel fonksiyon bozukluğu MS tanılı hastaların dile getirmekte zorlandığı bir sorundur. Hastaların konu hakkında samimi yanıtlar verebilmeleri için uygun bir ortam olmalıdır. Mesane disfonksiyonu hakkında bir tartışma esnasında CFB' den bahsetmek uygun olabilir. Yine eğitilmiş bir terapist veya danışman ile tedavi uygun olabilir. CFB hakkındaki istişareler sırasında eşin de dahil edilmesi mutlaka faydalı olacaktır. Çalışmamızda yapılan gözlemlerde sağlık çalışanlarının hastaların cinsel sorunlarını dile getirmekte bile çekindikleri görülmüş, Kılıç ve ark.'ın (2011) yapmış olduğu çalışma olan sağlık çalışanlarının hastaların cinsel sorunları ile ilgili algılarını ve anlayışlarını iyileştirmesi gerektiğini göstermektedir sonucu ile benzer özellik göstermiştir (Kılıç ve ark., 2011).

Mevcut örneklem İstanbul' da yaşayan bir nüfustan alındı. Gelecekteki araştırmalar konu hakkında bilgimizi daha geniş bir coğrafi alana taşıyabilir.

## 8.KAYNAKLAR

Adams RD, Victor M. Principles of Neurology. 7th ed. Mc Graw-Hill international ed. 2000; 954-979.

Alshubaili AF, Ohaeri JU, Awadalla AW, Mabrouk AA. Family caregiver quality of life in multiple sclerosis among Kuwaitis a controlled study. BMC Health Serv. Res. 2008. 7(8); 206.

Aker S, Dündar C, Pekşen Y. Ölçme Araçlarında İki Yaşamsal Kavram: Geçerlik ve güvenilirlik. O.M.Ü. Tıp Dergisi. 2005; 22(1): 50-60.

Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelik araştırma dergisi. 2002; 4(1): 9-14.

Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003; 5(1):3-14.

Akkuş Y., Duru G. (2011). Problems and Factors Affecting the Sexual Lives of Patients with Multiple Sclerosis Living in Turkey. Sex Disabil 29(1): 55–63.

Alpar R. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik- Güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık; 2016, ss:501-623

Anthony WA. Personal Accounts: What my MS has taught me about severe mental illnesses. Psychiatr Serv. 2006; 57:1081-2.

Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. Dicle Tıp Dergisi. 2012; 39(2): 316-319.

Avonex (INFB-1a). Cambridge, MA: Biogen Idec, Inc; 2005.

- Barak Y, Achiron A, Elizur A, Gabbay U, Noy S, Sarova-Pinhas I. Sexual dysfunction in relapsing□/ remitting multiple sclerosis: magnetic resonance imaging, and clinical, psychiological correlates. *J Psychiatry Neurosci.* 1996; 21(4): 255-258.
- Barnes D, Hughes RAC, Morris RW, et al. Randomised trial of oral and intravenous methylprednisolone in acute relapses of multiple sclerosis. *Lancet.* 1997; 29, 349: (9056): 902-906.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Feraz MB. Guidelines for the Process of Cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000; 25(24), 3186-3191.
- Berg D, Supprian T, Thomae J, et al. Lesion pattern in patients with multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis.* 2000; 6(3):1 56-162.
- Berger T. *Multiple Sclerosis.Autoimmunity.* 2004; 37(4): 312-24.
- Betaferon (INFβ-1b). Bayer ScheringHealthCare Pharm, Berlin, Germany.
- Boije HR, Duijnste MS, Grypdonck MH, Pool A. Encountering the downward phase : Biographical work in people with multiple sclerosis living at home. *Soc Sci Med.* 2002; 55(6): 881-893.
- Burina A, Sinanovic O. Bladder, bowel and sexual dysfunction in patient with mulitple sclerosis. *Med Arh.* 2006; 60(3):182-4.
- Burns N,Grove SK. *Practise of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization.* Saunders, Philadelphia: 2.Ed.W.B; 1993, 385-389.
- Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, 2. Baskı.* Ankara: Pegem Yayıncılık; 2002, 123.
- Campagnolo DI, Foley FW, Sipski M, et al. Sexual problems in persons with multiple sclerosis. *MS Quarterly Report.* 2005; 24 (4): 5-10.

- Carson AJ, Phil M, Zeman A, et al. Neurology and Neurosurgery. In: Levenson JL, ed. Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005, 707-9.
- Compston A, McDonald I, Noseworthy J, et al. McAlpine' s Multiple Sklerosis. 4 th ed. Churcill Livingstone ; 2005.
- Compston A, Coles A. Multiple Sclerosis. Lancet. 2002; 359 (9313): 1221-31.
- Costello K, Haris C. Differential diagnosis and management of fatigue in multiple sclerosis: Considerations for the nurse. Journal of Neurosci Nurs. 2003; 35(3):139–148.
- Costello K, Halper J, Harris C. Nursing Practice in Multiple Sclerosis. A Core Curriculum. Demos Medical Publishing, New York. 2003.
- Crayton HJ., Rossman HS. Managing the symptoms of multiple sclerosis: a multimodal approach. Clinical Therapy. 2006; 28(4), 445-460.
- Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Applied Nursing Research. 1992; 5(4): 194-197.
- Demirkiran M, Sarica Y, Uguz D. Yerdelen D, Aslan K. Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences? Mult Scler. 2006; 12(2): 209-214.
- Dereboy İF, Dereboy Ç, Sevinçok L, Kaynak H. Gençlerde kimlik gelişimi sürecini değerlendirmekte kullanılan iki ölçeğin psikometrik özellikleri: karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatri dergisi. 1999; 10: 92-101.
- Dupont S. Sexual function and ways of coping in patients with multiple sclerosis and their partners. Sex Marital Ther. 1996; 11(4): 359-372.
- Ebers GC. Environmental factors and multiple sclerosis. The Lancet Neurology. 2008; Volume 7 (3):268-277.

- Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. Erefe İ. (Editör). Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. HEMAR-GE Yayın No:1, İstanbul: Odak Ofset; 2002, 169-188.
- Erol C. Multipl Skleroz Hastalarında Seksüel Disfonksiyon ve İmmünomodulatör Tedavi İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul (Danışman Doç. Dr. F. Feriha Özer).
- Fraser C, Mahoney J, McGurl J. Correlates of sexual dysfunction in men and women with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs.* 2008; 40(5): 312-7.
- Foley FW, Iverson J. Sexuality and multiple sclerosis. In: Kalb RC, Scheinberg LC, eds. *Multiple sclerosis and the family.* New York: Demos. 1992; 63-82.
- Foley FW, Sorgen-Sanders A, Larocca NG, Zemon V. The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality questionnaire-19 (MSISQ-19). *Sexuality Disability.* 2000; 18:3-24. 147
- Foley FW, Werner MA. In Kalb R, ed. 2nd ed. *Sexuality: the questions you have the answers you need.* New York: DeMoss Vermonde, 2000.
- Foley FW, Sanders A. Sexuality, multiple sclerosis and women. *Mult. Scler. Manag.* 1997; 1: 1-9.
- Forbes, A, While A, Mathes L, & Griffiths P. Health problems and health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation.* 2006; 20(1):67-78.
- Gadea M, Martinez-Bisbal MC, Marti-Bonmati L, et al. Spectroscopic axonal damage of the right locus coeruleus relates to selective attention impairment in early stage relapsing remitting multiple sclerosis. *Brain.* 2004; 127: 89- 98.
- Gilroy J. *Basic Neurology.* Rana Karabudak, çeviri ed. 3.baskı, Güneş Yayınevi, Ankara; 2002: 199-219.

- Goeb JL, Even C, Nicolas G, et al. Psychiatric side effects of interferon-beta, in multiple sclerosis. *European Psychiatry*. 2006; 21(3): 186-93.
- Gold R, Rieckmann P, Chang P, et al. The long-term safety and tolerability of high-dose interferon beta-1a in relapsing-remitting multiple sclerosis: 4-year data from the PRISMS study. *Eur J Neurol*. 2005; 12: 649-56.
- Gottschalk M, Kümpfel T, Flachenecker P, et al. Fatigue and regulation of the hypothalamo- pituitary-adrenal axis in multiple sclerosis. *Arch Neurol*. 2005; 62(2): 277-80.
- Griswold GA, Foley FW, Zemon V, et al. Multiple sclerosis health professionals' comfort, training, and practice patterns regarding sexual dysfunction. *Int J of MS Care*. Summer 2003; 5 (2): 3-10.
- Guest JF, DasGupta R. Health related quality of life in a UK-based population of men with erectile dysfunction. *Pharmacoeconomics*. 2002; 20(2): 109-117.
- Habek M, Brinar M, Brinar VV, Poser CM. Psychiatric manifestation of multiple sclerosis and acute disseminated encephalomyelitis. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006;108 (3): 290-294.
- 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): 288-293.
- Hauser SI, Goodin DS. Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases. In: *Harrison's Principles Of Internal Medicine*. Kasper DI, Braunwald E., Fauci As, Hauser SI, Longo DI, Jameson JI (Eds). 16th Ed. Mcgraw- Hill Comp. New York. 2005: 2461-2470.
- Janardhan V, Bakshi R. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. *J Neurol Sci*. 2002; 205(1): 51-58.

- Joffe RT. Neuropsychiatric Aspects of Multiple Sclerosis and other demyelinating disorders. In: HI Kaplan, BJ Sadock eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2005, 423-5.
- Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar İlkeler Teknikler. 26. basım. Ankara: Nobel Kitapevi; 2014.
- Kesselring J. Neurorehabilitation in multiple sclerosis- What is the evidence-base. Journal of Neurology. 2004; 251 (Suppl 4),25-29.
- Kılıç B, Ünver V, Bolu A, Demirkaya Ş. Sexual dysfunction and coping strategies in multiple sclerosis patients. Sexuality and Disability. 2011; 30 (1): 3-13.
- Kievman B, Blackmun S. For better or worse: a couple's guide to dealing with chronic illness. Chigago: Contemporary Books; 1989.
- Krupp LB, Pollina DA. Mechanisms and management of fatigue in progressive neurological disorders. Curr Opin Neurol. 1996; 9(6) :456-60.
- Landtblom AM. Treatment of erectile dysfunction in multiple sclerosis. Expert review of neurotherapeutics. 2006; 6 (6): 931-935.
- Lawshe CH. Aquantitative approach to content validity. Personnel Psychology. 1975; 28: 563–575.
- Lundberg P, Ertekin C, Ghezzi A, Swash M, Vodusek D, Stien R. Neurosexology guidelines for neurologists. European federation of neurological societies task force on neurosexology. Eur Journal of Neurology. 2001; 8(Suppl.3): 2-24.
- McCabe MP, McDonald E, Deeks AA, et al. The impact of multiple sclerosis on s exuality and relationships. J Sex Res. 1996; 33: 241-48.
- Miller DM. Sexuality and other quality of life issues. Int J of MS Care. 2003; 5 (2): 36.

- Mohammadi K., Rahnama P., Montazer A., Foley FW. The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19: Reliability, validity, and factor structure of the Persian version. *J Sex Med.* 2014; 11(9): 2225–2231.
- Mollaoğlu M, Üstün E. Fatigue in Multiple Sclerosis Patients. *Journal of Clinical Nursing.* 2009; Volume 18, Issue 9:1231-1238.
- Neilley LK, Goodin DS, Goodkin DE, et al. Side effect profile of interferon beta1b in multiple sclerosis: result of an open label trial. *Neurology.* 1996; 46(6): 552-4.
- Önen R, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörleriyle İlişkisi. *Kriz Dergisi.* 1995; 3 (1-2): 88- 103.
- Özakbaş S, Çelik DB, Poyraz EÇ, Bingöl A, İdiman E, Kaya D. Sexual dysfunction in multiple q sclerosis- Gender differences. *Journal of the neurological sciences-* 12424. 2012; No of pages 4.
- Özgüner H. Doğal Pryzajın İnsanın Pisikolojik ve Fizyolojik Sağlığı Üzerine Etkiler. *Süleymen Demirel Üniversitesi, Orman Fakültesi Dergisi.* 2004; A (2):97-107.
- Pinkston JB, Kablinger A, Alekseeva N. Multiple Sclerosis and behavior. *Int Rev Neurobiol.* 2007; 79: 323-39.
- Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practise.* 7th ed. Philephia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams &Wilkins; 2010.
- Rebif (INFB-1a). Rockland, MA: Serono, Inc; 2005.
- Ruchkin DS, Grafman J, Krauss GL, Johnson R Jr, et al. Event-related brain potential evidence for a verbal working memory deficit in multiple sclerosis. *Brain.* 1994; 117(2): 289-305.

- Sellebjerg F, Frederiksen JL, Nielsen PM, Olesan S. Double-blind randomized, placebo-controlled study of oral high dose methylprednisolone in attacks of MS. *Neurology*. 1998; 51: 529-34.
- Skerrett TN, Moss-Morris R. Fatigue and social impairment in multiple sclerosis: The role of patients' cognitive and behavioral responses to their symptoms. *J Psychosom Res*. 2006; 61(5): 587-593.
- Steinke E, Patterson-Midgley P. Sexual counseling following acute myocardial infarction. *Clin. Nurs. Res*. 1996; 5: 462-472.
- Steinman L. Blocking adhesion molecules as therapy for multiple sclerosis: natalizumab. *Nat Rev Drug Discov*. 2005; 4:510-8.
- Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi, 2. baskı. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım; 2005,20-51.
- Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri analizi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014, ss:1-62
- Tihan AK. Psychiatric aspects of multiple sclerosis and recent treatment approaches. *Arch. Neuropsychiatry*. 2008; 45(Suppl 1): 37-43.
- Tulek Z. Multiple sklerozlu hastanın hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 11(2):25-32.
- Vercellino M, Masera S, Lorenzatti M, Condello C, Merola A, Mattioda A, Cavalla P. Demyelination, inflammation and neurodegeneration in multiple sclerosis deep gray matter. *Journal of Neuropathology Experimental Neurology*. 2009; 68:489-502.
- Vercoulen JH, Hommes OR, Swanik CMA, et al. The measurement of fatigue in patients with multiple sclerosis. *Arch Neurol*. 1996; 53(7): 642-9.

White DM, Catanzaro ML, Kraft GH. An approach to the psychological aspects of multiple sclerosis: a coping guide for health care providers and families. J Neurol Rehab. 1993; 7:43- 52.

Yurdugül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi. 28-30 Eylül 2005: 1-5.

Zivadinov R, Zorzon M, Bosco A, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis. Mult Scler. 1999; 5(6): 428-31.

## 9.EKLER

### Ek 1. Multiple Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi- 19 (MSISQ-19)<sup>TR(TÜRKİYE)</sup>

**Talimatlar:**Multipl Sklerozun yakınlık ve cinsellik üzerindeki etkisini daha iyi anlamak üzere, 19 maddeden oluşan bu ankette sizden çeşitli MS semptomlarının son altı ay boyunca cinsel aktivite veya doyumunuzu ne kadar engellediğini değerlendirmeniz istenmektedir. Sorular, yanlarında ve uygun rakamın altında bulunan kutuya bir onay işareti veya başka bir işaret koyularak cevaplanabilir. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Bir soruyu nasıl cevaplayacağınız-dan emin değilseniz, lütfen sizin için olabilecek en uygun cevabı seçin.

<b>Son Altı Ay Boyunca,Aşağıdaki Semptomlar Cinsel Aktivite veya Doyumumu Engelledi:</b>	<b>Hiç</b>	<b>Hemen hemen hiç</b>	<b>Zaman zaman</b>	<b>Hemen hemen her zaman</b>	<b>Her zaman</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.Kollarım,bacaklarım veya bedenimde kas sertliği veya spazmları					
2.Mesane veya idrar yolu semptomları					
3.Bağırsak semptomları					
4.MS'ye bağlı bağımlılık duygusu					
5.El veya vücudumda tremor veya titreme					
6.Vücudumda ağrı,yanma veya rahatsızlık hissi					
7.Vücudumun daha az çekici olduğu düşüncesi					
8.Cinsel aktivite esnasında vücudumu istediğim şekilde hareket ettirirken zorlanma					
9.MS nedeniyle daha az erkeksi veya kadınsı hissetme					
10.Konsantrasyon,hafıza veya düşünme sorunları					
11.MS'de alevlenme veya ciddi kötüleşme					

12.Cinsel organımda his azalması veya hissizlik					
13.MS nedeniyle cinsel olarak reddedilme korkusu					
14.Partnerimi cinsel olarak tatmin etme konusunda duyduğum kaygı					
15.MS nedeniyle cinsellik konusunda güven eksikliği					
16.Cinsel ilgi ve isteğin olmaması					
17.Daha az şiddetli veya daha az zevk veren orgazmlar					
18.Orgazm veya doyuma ulaşana kadar geçen sürenin çok uzun olması					
19.Yetersiz vajinal ıslanma veya kayganlık (kadınlar)/tatmin edici bir sertleşme sağlanamaması veya bunun korunamaması (erkekler)					

Not: Birincil cinsel fonksiyon bozukluğu alt boyut maddeleri

=12,16,17,18,19

İkincil cinsel fonksiyon bozukluğu alt boyut maddeleri

=1,2,3,4,5,6,8,10,11

Üçüncül cinsel fonksiyon bozukluğu alt boyut maddeleri

=7,9,13,14,15

## **Ek 2. Hasta Bilgi Formu**

1)Yaş:

2)Cinsiyet:

3)Medeni Durum:

4)Çocuk Sayısı:

5)Eğitim Durumu:

6)Doğum Yeri:

7)Şu Anda Yaşadığı Yer:

8)Mesleği:

9)Ailesinde MS Tanılı Başka Hasta Var Mı:

10)MS Tanısını İlk Kez Ne Zaman Aldınız?:

11)BOS İncelemesinde Oligoklonal Band Var Mı?

Cevap Evet ise:

12)BOS İncelemesinde Oligoklonal Band Tipi Nedir?

13)Kan Biyokimyasında Anormallik Var Mı?

Cevap Evet ise:

14)Kan Biyokimyasındaki Anormallik Nedir?

15)Hastanın kronik bir hastalığı var mı?

### **Ek 3. Gönüllü Bilgilendirme Formu**

**Çalışmanın amacı:** Multipl skleroz tanılı hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğunu belirlemek amacıyla kullanılan MSISQ-19 anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir.

**Çalışmanın yöntemi:** Bu çalışmada size ait 15 sorudan oluşan bir bilgi formu ve cinsellikle ilgili sorulardan oluşan bir anket formu kullanılacaktır. Bu formlar araştırmacı tarafından size ve hekiminize sorularak doldurulacaktır. Anket formumuzun birinci bölümünde sizin tanıtıcı özelliklerinizi irdeleyen sorular, MS hastalığı özgeçmişiniz; ikinci bölümde, seksüel fonksiyon bozukluğu olup olmadığını belirlemek için kullanılan ölçek olan (MSISQ-19) MS Yakınlık ve Cinsellik Anketi soruları bulunmaktadır ve verdiğiniz cevaplara göre birincil, ikincil, üçüncül işlev bozukluğu olarak sınıflandırılacaktır. Sizden alınan bu bilgiler doğrultusunda McDonald kriterlerine göre Multipl Skleroz tanısı konmuş ve seksüel fonksiyon bozukluğu olan hastaların; hastalık süresi, tipi ile ilişkisi konusunda bilgi edinmeye katkı sağlamış olacaksınız.

**Çalışmaya katılma ve çalışmadan çıkma:** Bu araştırmaya ancak siz gönüllü olursanız dâhil edileceksiniz. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmiş ya da etmemiş olmanız sizi ve sizin tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Eğer bu araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumun size ve sizin tedavinize hiçbir etkisi olmayacaktır.

**Gizlilik ve mahremiyet:** Bu araştırma aracılığı ile sizden alınan bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonucu ancak sizin bilgilerinizin saklı kalması koşuluyla yayınlanabilir. İmzaladığınız “Hasta Onay Formu” nu sizin ve benim dışında bu kurumda çalışmakta olan bir tanık daha imzalayacaktır. Bu araştırma ile ilgili merak ettiklerinizi bizimle iletişime geçerek öğrenebilirsiniz.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Nöroloji Hemşireliği  
Proje Danışmanı: Öğretim Üyesi. Doç.Dr.Sıdıka Oğuz

Yüksek Lisans Öğrencisi: Hem. Alev Doğan  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji 2.Kat Kliniği  
Tel:0 216 414 45 02  
Dahili:1232  
0 532 712 30 64

#### **Ek 4. Gönüllü Onay Formu**

Hasta bilgilendirme formu ile bilgilendirildim ve katılmam istenen çalışma konusunu, amacını anladım. Bu çalışmamı istediğim zaman bırakabileceğimi ve bu çalışma ile tedavimin hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceğini anladım. Bu koşullar altında “Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19’ un geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi” adlı çalışmayı kendi rızamla kabul ediyorum.

Gönüllünün adı soyadı:

İmzası:

Telefon numarası:

Tarih:

Tanığın adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

## Ek.5. Multiple Skeroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19' un Yazarı ile Yapılan Yazışma

↩ Yanıtla ▼ 🗑 Sil 🚫 Gereksiz Engelle ...

İlt: About your MSISQ-19



alev dağdeviren  
4.07.2019 Per 14:30  
Siz ↩

↩ ↶ → ...

trdg

---

**Gönderen:** alev dağdeviren <alevdagdeviren\_85@hotmail.com>  
**Gönderildi:** 20 Nisan 2015 Pazartesi 15:18  
**Kime:** eren dogan  
**Konu:** FW: About your MSISQ-19

To: alevdagdeviren\_85@hotmail.com  
Subject: Re: About your MSISQ-19  
From: ffoley1@aol.com  
Date: Tue, 24 Feb 2015 16:16:46 -0500

You have my permission. In order to translate an instrument into another language properly, there are several steps involved:

1. Translate from original language into new language
2. Back translate it from the new language into the original.
3. If there are large discrepancies from the original, modify the translation to make it more accurate

If I can be of further help with your project, please let me know.

Sincerely yours,

Fred Foley

Frederick W. Foley, PhD  
Professor of Psychology, Yeshiva University, Ferkauf Graduate School of Psychology  
1300 Morris Park Ave., Bronx, NY 10468  
Director of Neuropsychology & Psychosocial Research, Holy Name Medical Center Multiple Sclerosis Center  
718 Teaneck Rd., Teaneck, NJ 07666  
Phone: 201-967-0071  
Email: [ffoley1@aol.com](mailto:ffoley1@aol.com)

Information in this email is confidential and may be legally privileged. It is intended solely for the addressee. Access to this email by anyone else is unauthorized. If you are not the intended recipient, any disclosure, copying, distribution or any action that is taken or omitted to be taken in reliance on it,

İlt: About your MSISQ-19

Frederick W. Foley, PhD  
Professor of Psychology, Yeshiva University, Ferkauf Graduate School of  
Psychology  
1300 Morris Park Ave., Bronx, NY 10468  
Director of Neuropsychology & Psychosocial Research, Holy Name Medical  
Center Multiple Sclerosis Center  
718 Teaneck Rd., Teaneck, NJ 07666  
Phone: 201-967-0071  
Email: [ffoley1@aol.com](mailto:ffoley1@aol.com)

Information in this email is confidential and may be legally privileged. It is  
intended solely for the addressee. Access to this email by anyone else is  
unauthorized. If you are not the intended recipient, any disclosure, copying,  
distribution or any action that is taken or omitted to be taken in reliance on it,  
is prohibited and may be unlawful. If you have received this mail in error,  
please contact the sender or delete the message.

-----Original Message-----

From: alev dağdeviren <[alevdagdeviren\\_85@hotmail.com](mailto:alevdagdeviren_85@hotmail.com)>  
To: [ffoley1 <ffoley1@aol.com>](mailto:ffoley1@aol.com)  
Sent: Tue, Feb 24, 2015 3:59 pm  
Subject: FW: About your MSISQ-19

Dear Foley;  
I am graduate student at Marmara Universty.I want to make Tuskish version of your  
The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 in Haydarpaşa Numune  
Education and Researching Hospital,İstanbul for my master's research thesis. If you  
allow me for this research thesis I will be very grateful to you.  
I am looking forward to hearing from you.  
Sincerely,  
Alev Doğan  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Clinical of Neurulogy  
Responsible Nurse

## Ek.6. Çalışma İzni İçin Kuruma Gönderilen Yazı

T.C

SAĞLIK BAKANLIĞI

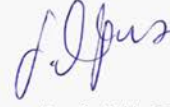
HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

YÖNETİCİLİĞİNE

14.04.2015

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Alev Doğan'ın "Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19'un Geçerlik ve Güvenirliği Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasında hastaneniz nöroloji MS polikliniği merkez olarak düşünülmüş olup, ilgili çalışmamızın klinik izni ekte sunulmuştur. Araştırma dosyası, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kuruluna sunulup, onay alındıktan sonra beraber araştırma bütçe formu, araştırma protokolü tarafınıza sunulacak olup, daha öncesinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu tarafından istenilen, çalışmanın hastanenizde yürütülmesinde sakınca olmadığına dair izin yazısının tarafımıza verilmesini talep etmekteyiz.

Gereğininin yapılmasını saygılarımla arz ederim.



Doç.Dr.Sidika Oğuz

İç Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı Başkanı

## Ek. 7. Kurum İzni


T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Konu: Klinik Araştırma Tarih: 14/4/15

Sayı:

Alev Doğan'ın sorumlu araştırmacılığını yürütmesi planlanan akademik amaçlı/uzmanlık tezi olarak tasarlanan "Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19'un Geçerlik ve Güvenirliği Belirlenmesi" isimli çalışmanın nöroloji kliniği bünyesinde bulunan MS Ünitesinde yapılmasında sakınca yoktur.

  
Doc. Dr. HÜLYA İRELİ  
S.B. Haydarpaşa Numune E.A.H.  
Nöroloji Uzmanı  
Dip. No: 1633 / 13902  
Tescil No: 29014

  
Doc. Dr. CEMİLE HAKTANIR  
S.B. Haydarpaşa Numune E.A.H.  
Nöroloji Uzmanı  
Dip. No: 24102 / 12298  
Tescil No: 28932

  
Doc. Dr. RECAİ TÜRKÖĞLU  
S.B. Haydarpaşa Numune E.A.H.  
Nöroloji Uzmanı / Eğitim Görevlisi  
Dip. No: 22407  
Tescil No: 40548

## Ek. 8. Etik Kurul Onayı



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Etik Kurulu

**PROJENİN ADI:** Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19'un Geçerlik ve Güvenirliğinin Belirlenmesi  
**PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ:** Doç.Dr. Sıdka OĞUZ  
**PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR:** Alev DOĞAN  
**ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI:** 23.03.2015-10

**Sayın Doç.Dr. Sıdka OĞUZ**

30 protokol nolu "Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19'un Geçerlik ve Güvenirliğinin Belirlenmesi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

*F. Arıcıoğlu.*  
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Komisyon Başkanı

*İnci Alıcan*  
Prof. Dr. İnci ALICAN

*Hülya Aşçı*  
Prof. Dr. Hülya AŞÇI

Doç. Dr. Hakkı AKIKAN

Doç. Dr. Telga GÜVEN

Yrd. Doç. Dr. Ümit UĞURLU

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

*Ufuk Yıldalın*  
Prof. Dr. Ufuk YILDALAN

*Nurhan Bahçecik*  
Doç. Dr. Nurhan BAHÇECİK

Doç. Dr. Dilşad SAVE

*Betül Okuyan*  
Yrd. Doç. Dr. Betül OKUYAN



Marmara Üniversitesi, Göztepe  
Kampusu Sağlık Bilimleri  
Enstitüsü 34688 Kadıköy /  
İSTANBUL

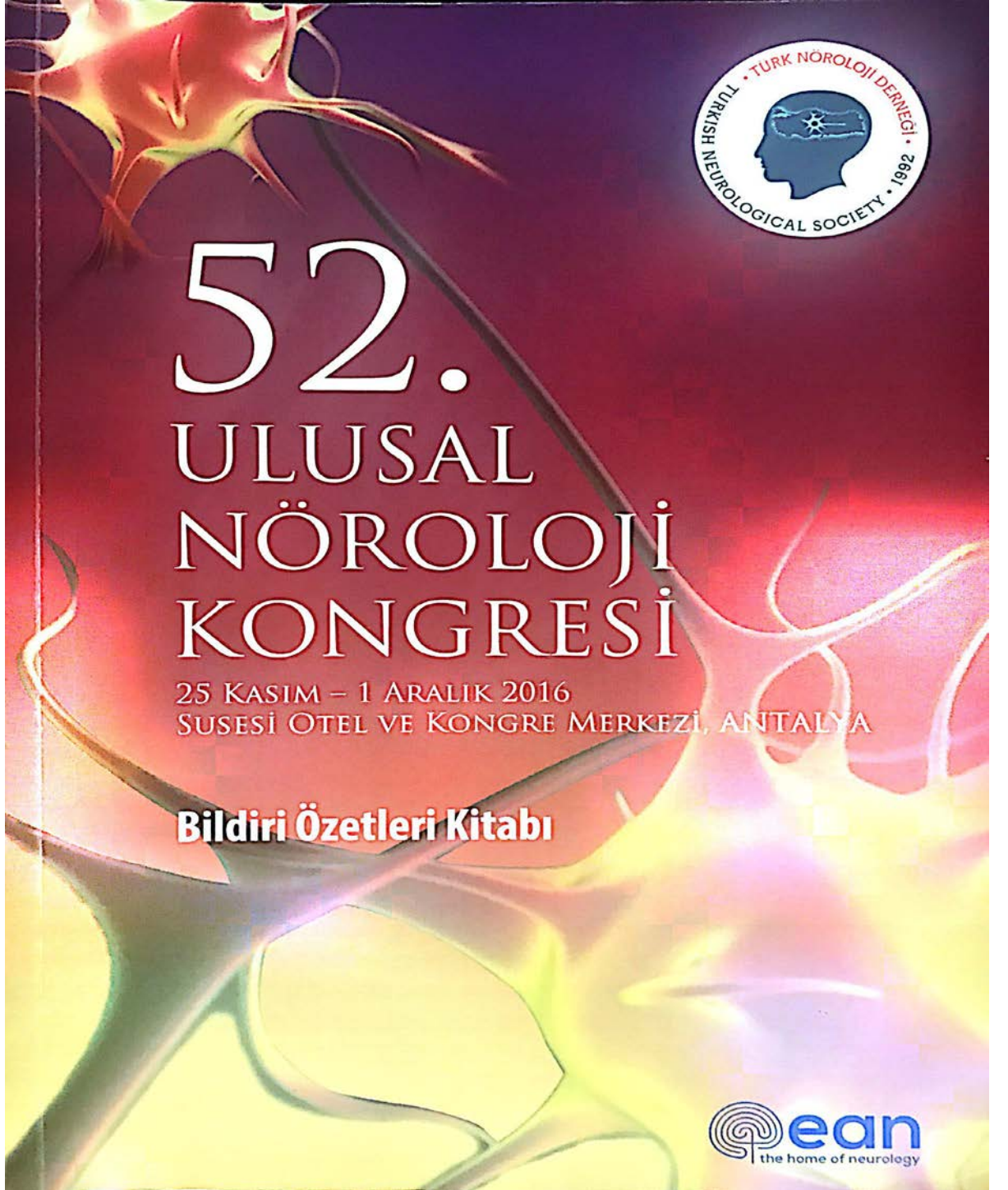
0 (216) 414 44 23/12 (Faks)

0 (216) 414 44 23

Ayrıntılı bilgi için:

saqlik.ogrenci@marmara.edu.tr  
http://saqlik.marmara.edu.tr

Ek. 9. Kongre Bildiri Özeti



#### Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya kliniğimizde RRMS tanısı konup tedavisinde fingolimod kullanılan, hastalıkla ilgili klinik ve laboratuvar verilerine ulaşılabilen 55 kadın hasta dahil edildi. Hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi ve hastalara ortaya çıkan yan etkileri değerlendirerek amacı ile anket formu uygulandı. Hastaların demografik özellikleri, hastalık süresi, geliştirilmiş özür lülük durumu ölçeği (EDSS) skorları, kullandığı MS spesifik tedaviler, fingolimod kullanım süresi kaydedildi. Fingolimod kullanımına bağlı gelişen yan etkiler (karaciğer fonksiyon bozuklukları, saç dökülmesi, menstruasyon siklus bozuklukları, dermatolojik patolojiler, gebelik sorunları, fırsatçı enfeksiyonlar, diğer ciddi advers olaylar) sorgulandı. Bu yan etkilerin ortaya çıkma ve sonlanma zamanı, semptomatik tedavi gereksinimi, fingolimod tedavisini sonlandırmaya yol açıp açmadıkları kaydedildi.

#### Bulgular:

Hastaların ortalama yaşı  $34.2 \pm 6.8$  yıl, ortalama hastalık süresi  $100.2 \pm 53.7$  ay, fingolimod kullanımı öncesi ve son EDSS  $2.1 \pm 1.0 / 2.03 \pm 1.3$ , fingolimod kullanım süresi  $18 \pm 10.8$  ay olarak saptandı. Tedavi sırasında hastaların %36,8'inde saç dökülmesi, %54'ünde menstruasyon siklus bozuklukları, %20'sinde cilt lezyonları (2 olguda iç içe kesmeye yol açan genital kondilom) izlendi ve bu yan etkilerin çoğunlukla ilk 1-3 ayda ortaya çıktığı gözlemlendi.

#### Sonuç:

Fingolimod kullanan bayan hastalarda yan etki profilinin değerlendirildiği çalışmamızda; yan etkilerin sıklıkla hafif olup ilaç kesimine sebep olan ciddi yan etki gelişiminin seyrek olduğu görülmüş, gözlenen yan etkilerin de semptomatik tedavi seçenekleri veya hasta yaşamı ile tolere edilebilir olduğu gözlenmiştir.

#### TEP-146 MULTİPLE SKLEROZ YAKINLIK VE CİNSELLİK ANKETİ-19'UN TÜRK TOPLUMUNDA GEÇERLİK VE GÜVENİRLÜĞÜNÜN BELİRLENMESİ

ALEY DOĞAN<sup>1</sup>, SIDIKA OĞUZ<sup>1</sup>, HÜLYA TİRELİ<sup>2</sup>, RECAİ TÜRKÖĞLU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MARMARA ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

<sup>2</sup>SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

#### Amaç:

Multiple Skleroz hastalarında "Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19" ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

#### Gereç ve Yöntem:

Multipl Skleroz Yakınlık ve Cinsellik Anketi-19 [ (MSISQ-19) Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19] ölçeği W.Foley tarafından geliştirilmiş olup Türk toplumunda kullanılabilirliği için izin alındı. 19 maddelik olan ölçeğin birinci, ikinci, üçüncü alt boyutu vardır. Ölçeğin en alt puanı 19, en üst puanı 95'dir. Düşük puan cinsel yaşamın sağlıklı olduğunu göstermektedir. Araştırma kapsamında İstanbul'da bir araştırma hastanesinin Multipl skleroz polikliniğinde Nisan-Haziran 2015 tarihlerinde 18 yaş ve üzeri, Mc Donald kriterlerine göre MS tanısı almış, iletişim sorunu olmayan, son bir ay içinde atak geçirmemiş ve çalışmaya katılmak isteyen 100 hasta ile 15 gün ara ile iki görüşme yapıldı. Veriler, MSISQ-19 ölçeğinin Anket Formu ile toplandı; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, Cronbach Alfa, Anova ICC, Student's t testiyle değerlendirildi.

#### Bulgular:

Katılımcıların %82'si kadın, %18'i erkek ve yaş ortalaması  $37 \pm 9$  du. Ölçeğin güvenilirliği Cronbachs alfa katsayısı kullanılarak bulundu. MSISQ-19'un toplam puanının Cronbachs alfa katsayısının .97; birinci alt boyutun .98; ikinci alt boyutun .92; üçüncü alt boyutun .94 olduğu bulundu. 15 gün ara ile uygulanan iki MSISQ-19 ölçeğinin toplam puanları arasında fark saptanmadı ( $t = -1,288$ ,  $p = .575$ ). MSISQ-19 ölçeğinin intraclass korelasyon katsayısı alt boyutlarında sırasıyla birinci alt boyutta .96, ikinci alt boyutta .85, üçüncü alt boyutta .89 olduğu, ölçeğin toplam puanının .94 olduğu ve ölçeğin güvenilir olduğu belirlendi.

#### Sonuç:

MSISQ-19'un Türkiye'deki Multiple Skleroz hastalarının cinsel fonksiyon değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulundu.

## **Ek-10. Kapsam Geçerliği Yapan Uzmanlar**

1. Dr. Dilek Acar
2. Dr. Tamer Bayram
3. Dr. Duygu Ekmekçi
4. Dr. Hamza Göltekin
5. Dr. Gizem Gürsoy
6. Doç. Dr. Sıdıka Oğuz
7. Doç. Dr. Höllyä Tireli
8. Prof. Dr. Recai Tölркоđlu
9. Dr. Elif Yılmaz
10. Dr. Furkan Yılmaz

\* Uzman isimleri soyadlarına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

<b>Ad:</b>	Alev	<b>Uyruğu</b>	T.C.
<b>Soyad:</b>	DOĞAN	<b>email</b>	alevdagdeviren_85@hotmail.com
<b>Doğum Yeri:</b>	Kırıkkale	<b>Tel</b>	0 532 712 30 64
<b>Doğum Tarihi:</b>	15.05.1985		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Yüksek Lisans</b>	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	<b>2013-</b>
<b>Lisans</b>	Karabük Üniversitesi-Bilgisayar Mühendisliği (Uzaktan Eğitim)	<b>2010-</b>
<b>Lisans</b>	Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu	<b>2003-2007</b>
<b>Lise</b>	Kocaeli Merkez Bankası Derince Anadolu Lisesi	<b>1999-2003</b>

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Eğitim Hemşiresi	Sakarya Hendek Devlet Hastanesi	2019-

Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Acil Servis Hemşiresi ve Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	Sakarya Hendek Devlet Hastanesi	2016-2018
Nöroloji Kliniği Sorumlu Hemşiresi	Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi	2011-2016
Psikiyatri Hemşiresi	Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi	2009-2011
Acil Servis Hemşiresi	Özel Kocaeli Acıbadem Hastanesi	2007-2009

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	Orta	Zayıf	Zayıf

#### **Bilgisayar Bilgisi**

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft Office Programları	İyi

\*Çok iyi, iyi, orta ve zayıf olarak değerlendiriniz.