



TÜRKİYE MULTIPL SKLEROZ DERNEĞİ
ANKARA ŞUBESİ

bülten

Ekim 2021 Sayı 2

Türkiye Multipl Skleroz Derneği
Ankara Şubesi ile Elele...



Daha ➤ Umutluyuz
➤ Bilinçliyiz
➤ Güçlüyüz



Türkiye Multipl Sekleroz Derneği
Ankara Şubesi Bülteni
Ekim '2021
Sayı: 2

Üç ayda bir yayımlanır.

Türkiye Multipl Sekleroz Derneği
Ankara Şubesi adına
Aşır NADAR
Ankara Şubesi Başkanı

Editör
Prof. Dr. Alev LEVENTOĞLU

Mizanpaj
Nazif KOÇ

Grafik
Nazif KOÇ

Yayın Türü
Yerel Süreli Yayın

İçindekiler

BÜLTEN HAKKINDA.....2
Aşır NADAR

Prof. Dr. Rana KARABUDAK

MS DE SIK GÖRÜLEN BELİRTİLER.....3-4
SIK SORULAN SORULAR

Prof. Dr. Ahmet Hakan HALİLOĞLU

MULTİPL SKLERÖZ ve.....5-6
ÜROLOJİK HASTALIKLAR

Doç. Dr. Eda DERLE ÇİFTÇİ

MULTİPLE SKLERÖZ ve 7-8
COVID-19 AŞILARI

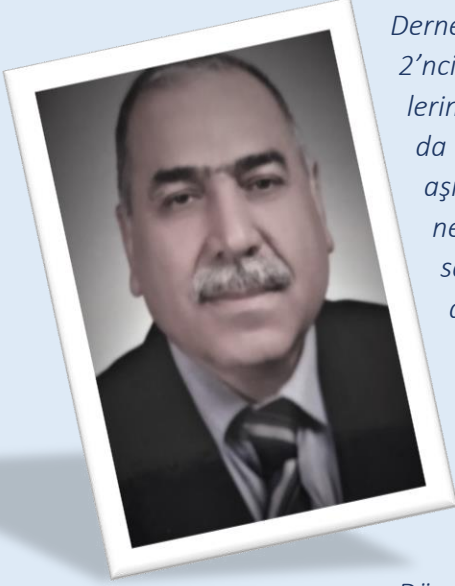
Psikolog Gökçe ŞİRVANLI

ANKSİYETEYE GENEL BİR BAKIŞ.....9

İÇİMİZDEN BİRİ 10
İrem ÖZDEMİR

PANDEMİ DÖNEMİNDEKİ10
BAZI FAALİYETLERİMİZDEN KARELER

Değerli Yol Arkadaşlarım,



Derneğimizce bu yıl yayınlanmaya başlanan “Bülten”imizin 2’nci sayısı ile (Ekim 2021) yine sizlerleyiz. Dernek faaliyetlerimizi; yaşadığımız pandemi döneminde uzaktan katılımlarla da olsa devam ettirmekteyiz. Bu yılın başlarında Covit 19 aşılarının yapılmaya başlanmasıyla birlikte toplum olarak bir nebze de olsa rahatlamış durumdayız. Bu süreçte saygıdeğer hocalarımızın çabalarıyla MS’li hastalarımız aşılama öncelikli risk grubuna dâhil edilerek aşı olmaları sağlanmıştır.

Değerli yol arkadaşlarım, lütfen hem kendi sağlığımız, hem de toplum sağlığı için doktorlarımızın güvence verdiği Covid-19 aşılarımızı olalım, maskelerimizi takalım ve sosyal mesafelerimizi koruyalım.

Dünyada ve ülkemizde maalesef Covid-19 salgını devam etmektedir. Her ne kadar pandemi döneminde derneğimizde yüz yüze toplantılar yapamasak da, Dernek faaliyetlerimize sınırlı da olsa devam ettik. Sizlerle sosyal medya üzerinden birkaç defa toplantı yaptık. Bu süreçte 2.doz aşısını yaptırmış olan yol arkadaşlarımız ve doktorlarımızla açık havada organize edilen kahvaltıda buluştuk. Doktorlarımız ve Yönetim Kurulumuz ile Onursal Başkanımız Sn. Prof. Dr. Rana KARABUDAK hocamız başkanlığında Anıtkabir ziyareti gerçekleştirdik ve Atamızın mozolesine çelenk koyduk.

Ayrıca yine onursal başkanımız Sn. Prof. Dr. Rana KARABUDAK ile hocalarımızdan Sn. Prof. Dr. Şeref DEMİRKAYA, Sn. Prof. Dr. Tahir Kurtuluş YOLDAŞ, Sn. Prof. Dr. Alev LEVENTOĞLU, bendeniz Aşır NADAR ile Sn. Nazif KOÇ’tan oluşan bir heyet ile Anakara Büyükşehir Belediye Başkanlığı’nda derneğimizin sorunları ve hastalarımızın ihtiyaçları konularında çok verimli bir toplantı gerçekleştirdik. Önümüzdeki günlerde de toplantılarımız devam edecektir.

Bu bağlamda, derneğimizce yayınlanan E-Bülten’imizin 2. Sayısının hazırlanmasında emeği geçenlere, reklam veren ilaç firmalarına ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarımıza teşekkür ederim.

Sevgili yol arkadaşlarım,

Daha güzel günlerde buluşmak üzere şahsım ve yönetim kurulumuz adına saygı ve selamlarımı sunuyorum.

Hoşçakalın.

Aşır NADAR
Dernek Başkanı



Prof. Dr. Rana KARABUDAK
MS Derneği Onursal Başkanı

MS'TE SIK GÖRÜLEN BELİRTİLER, SIK SORULAN SORULAR

MS seyri sırasında birçok belirtinin birlikte veya aralıklı ortaya çıkabileceğini biliyoruz. Bu belirtileri incelemeye başladığımız bu yazı dizisinde bu kez kas sertliği konusunu irdelleyeceğiz.

KAS SERTLİĞİ

Özellikle vücudumuzu yerçekimine karşı dik tutmakla görevli kasların sertleşmesi spastisite adını alır. Her zaman sorun yaratıcı olmasa da bazı ağrılı ve çok gergin hallerde hareket ve aktivite kısıtlılığı yaratabilir. Harekete yönelik kasların tonus/gerginlik ayarlarını yapan sinir yapılarının demiyelizasyonu / myelin kılıflarının zedelenmesi bu durumdan sorumludur.

Yerçekimine karşı duran bu kaslarda (postural kas grubu da denir) artmış

gerginlik halinin olması, onları harekete geçirmek için daha çok enerji gerektirir. Bu daha çok çabaya rağmen çabuk gelen yorgunluk hali demektir.

MS hastalarının %90'ının farklı dereceli de olsa spastisiteden yakındıkları izlenmektedir. Spastisite klinik gözlemlerde tonusda artış, klonus varlığı, derin tendon reflekslerinde artış, kas spazmları ve eklemlerde fiksasyon gibi sonuçlara neden olmaktadır.

Alt ekstremitelerde üste göre daha çok izlenmektedir.

Spastisite beslenme-giyinme-hijyen sağlanması, mesane ve bağırsak kontrolü ve mobilite gibi pek çok günlük aktivitede önemli engeller oluşturmaktadır.

MS hastalarında spastisitenin tedavisinden önce bu semptomu neden olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması son derece yararlı olacaktır.

Bu faktörler nelerdir?

- -İdrar yolu enfeksiyonları,
- -Konstipasyon,
- -Basınç yaraları,
- -Tekerlekli sandalye ve diğer destek aletlerinin yanlış kullanımları, olarak adlandırılabilir.

Spastisite ile nasıl mücadele edilir?

Öncelikle spastisiteyi ortaya çıkaran nedenleri ortadan kaldırmaya çalışırız:

- * Vücut ısısının yüksek tarafta olmaması, terletici durumlardan kaçınmak,
- * Ateş ve enfeksiyonlardan kaçınmak,
- * Düzenli hafif germe/gevşeme egzersizleri yapmak,

* Soğuk uygulama; serin havlu tamponları, serin duş alma,

* Gerektiğinde mekanik yardımlardan kaçınmamak.

Bütün bunlar yeterli olmadığında medikal tedavi için doktorunuza danışınız. Piyasada çeşitli kas gevşetici ilaçlar olmakla birlikte bunların bir kısmı ancak uygun kullanıldığında MS spastisitesi için işe yarar. Uygun kullanılmadığında kuvvetsizliği arttırıp kişiye bir kısır döngü sıkıntısı yaşatabilir.

Bu ilaçlar bir süre sonra kullanılan dozlara cevapsızlık oluşturabilirler, yavaş yavaş arttırmak önemlidir. Bir başka önemli konu da ulaşılmış dozu birden kesmek veya birden bırakmamaktır. Geri tepme etkisi denen sertliğin ani artışı söz konusu olabilir.

Spastisite aslında multi-disipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Nörolog, fizik tedavi uzmanı, fizyoterapist, beyin cerrahisi, ortopedi işbirliğince hasta birlikte değerlendirilip, tedavi seçenekleri oluşturulmalıdır.

Spastisite Tedavisinde Çok Yönlü Hedefler Nelerdir?

- * Ağrıyı azaltmak,
- * Mobiliteyi kolaylaştırmak,
- * Oturmada rahatlık sağlamak,
- * Fizyoterapi egzersizlerini kolaylaştırmak,
- * Kontraktürü yada yatak yarası gibi komplikasyonlardan doğacak riskleri azaltmak olmalıdır.

Spastisiteyi kolaylaştırıcı faktörler engellendikten ve hedefler belirlendikten sonra spastisitenin derecesi belirlenmelidir.

Tonüste hafif artış hiçbir tedavi gerektirmeyebileceği gibi mobiliteye yararlı da olabilir. Ağır ve uzun süreli spastisite ise kontraktürler ile sonuçlanabilir. Spastisite değerlendirilmesinde farklı ölçütler kullanılsa da Modifiye Ashword Skalası en sık



kullanılan yöntemlerden biridir.

Spastisite tedavisinde amaç fonksiyonu artırmak ve ağrıyı azaltmaktır. Spastisite tedavisi hasta-doktor işbirliğini gerektiren bir süreçtir. Hastalar üriner yol enfeksiyonları, bağırsak sorunları ve uzamış, bakımsız ayak tırnakları gibi durumların spastisite üzerinde olumsuz etkileri hakkında bilgilendirilmelidir.

Otururken ve yatarken doğru pozisyonun sağlanması ve korunması önemli olup, düzenli ve bilinçli fizyoterapinin hastalar açısından birçok yararı olmaktadır.

Farmakolojik tedavi süreci genellikle yaygın spastisite durumunda tercih edilmektedir. Bu amaçla en sık kullanılan ajanlarbaklofen ve tizanidin'dir. Tüm bu ajanların anti-spasmatik etkileri yanında benzer yan etki profilleri de vardır. Bu durum kullanımlarını oldukça sınırlamaktadır.

Baklofen:

5mg/gün ile başlanarak 4-5 gün ara ile 5mg'lık artışlarla en çok 60-80 mg/güne kadar artırılabilir.

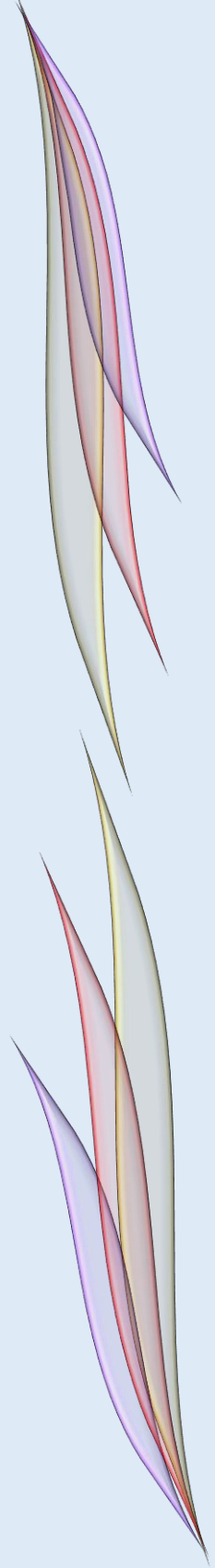
Gün içinde bölünmüş dozlarda kullanımı önerilmelidir. Böbrek fonksiyonlarında bozukluk ve nöbet geçirme hikâyesi olan hastalarda kullanımı tartışılmalıdır.

Sersemlik hissi, sedasyon, gerginlik, yorgunluk ve daha az sıklıkla da olsa ağız kuruluğu, karın ağrısı, bulantı ve kabızlık gibi yan etkiler izlenebilir.

Gebelikte kullanımlarının yetersiz kemik gelişimi ve düşük doğum ağırlığı ile sonuçlanabileceği bildirilmiştir. Anne sütü ile geçişi vardır. Kesilmesi de tıpkı başlandığı gibi yavaşça yapılmalıdır. Ani kesimler spastisitede artışa neden olabilir.

Tizanidin ve Klonidin: Tizanidinin yarı ömrü 2-4 saat gibi kısadır. Karaciğerde parçalanır. Tizanidin 2-4 mg/gün şeklinde başlanır, 4-7 gün aralıklarla 2 mg artırılarak ilerlenir. Maksimum doz bölünerek verilme şeklinde 36 mg/gündür. En sık izlenen yan etkiler ağız kuruluğu, sersemlik, yorgunluk, postural hipotansiyon, halüsinasyonlar, psikoz ve kuvvetsizliktir. Karaciğer enzimlerinde bozulma yapabileceği bildirilmiştir.

Son yıllarda farklı GABA agonistleri, L-threonine, orphenadrine, kannabinoidler ve intratekalbaklofen de kullanılabilecek ajanlar arasında gösterilmektedir.





Prof. Dr. Ahmet Hakan HALILOĞLU
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı

MULTİPLE SKLOROZİS VE ÜROLOJİK HASTALIKLAR

MS (Multiple Sklerozis) genç erişkinlerde sık görülen nörolojik hastalıktır. En sık görülme yaşları 20-40 yaş arasındır. Nörolojik şikâyetlerle karıştığı için bu hastalıkta ürolojik şikâyetleri değerlendirmek her zaman çok kolay değildir. Doğal seyri ve klinik bulguları nedeniyle oldukça farklı hastalık seyirleri izlenir. MS hastalarında en sık görülen ürolojik semptomlardan birisi idrar yapmakta güçlük çekmektir. İdrar kaçırmaya ve cinsel işlev bozuklukları diğer sık görülen ürolojik klinik bulgulardır. Kadın ve erkekte MS'e bağlı ürolojik semptomlar biraz farklılık gösterebilir. Kadınlarda daha çok gece idrara çıkma ve idrar kaçırmaya şikâyetleri sıklıkla görülürken, erkeklerde sık idrar yapma, idrar yaparken

zorlanma, idrarı tam boşaltamama ve idrar hızının azalması daha sık görülür. MS hastalarında hastalığın doğal seyri boyunca idrar kaçırmaya oranı %35'lere kadar ulaşabilir. Bunların tahmini olarak %50'sinde haftada en az bir defa idrar kaçırmaya varken bu şikâyeti çeken hastaların üçte birinde hafif, üçte birinde orta, üçte birinde ise ağır şiddette idrar kaçırmaya görülebilir. İdrar kaçırmaya şikâyetinde artma nörolojik hastalığın ilerlemesine bağlı olabilir.

Hastalığın tanısının konulmasının üzerinden 10 yıl geçtikten sonra idrar şikâyetlerinin görülme oranı %90'lara ulaşabilir. Hastaların genellikle %80'inde idrarı boşaltmakta problemler görülür, bunun yanında tüm hastaların %5-10'unda hastalığın ilk bulgusu idrar şikâyetleriyle ortaya çıkabilir. İdrar şikâyetleri yaşam kalitesini bozduğu için sosyal hayatı sekteye uğrattığı, özgüveni azalttığı ve cinsel sağlığı olumsuz yönde etkilediği için klinik olarak önemli şikâyetlerdendir. MS'te tüm idrar şikâyetlerini tedavi etmeye gerek yoktur. En sık karşımıza çıkan problem aşırı aktif mesanedir. Aşırı aktif mesane tanısı alan MS hastaları sık idrara çıkma, aniden idrara sıkışıp kaçırmaya hissi yaşamaya ve ani kaçırmalarla karşımıza gelebilir. Bu amaçla kullandığımız çeşitli ilaç tedavileri vardır. İlaç tedavisine dirençli aşırı aktif mesane durumlarında mesane içerisine botoks uygulamaları başarılı sonuçlar verir. Botoks uygulamalarının etkinlik süresi ve idrar yapamama yan

etkileri mutlaka düşünülmelidir. Gece idrara çıkma şikâyetlerinin başlaması da MS sırasında görülebilecek ürolojik şikâyetlerdendir. Bu amaçla kullanılan ilaç tedavileri oldukça başarılı sonuçlar vermekle beraber yatmadan önce alınan bu ilaçların alımıyla beraber su içilmesinin kesilmesi mutlaka hastalara hatırlatılmalıdır. Aksi takdirde su zehirlenmesi denilen tıbbi durumlarla karşılaşılabilir. MS hastalığında ürolojik takip hastalık süresi, hastalığı ilerleyici seyreden ve yürüme zorluğu çeken hastalarda önemlidir. Bu hastalarda ultrasonografi ile idrar yaptıktan sonra mesane içerisinde kalan idrar miktarı düzenli olarak ölçülmelidir. Mesanede kalan idrar miktarının artması ilerleyen dönemlerde böbreklerde problem yaratabilir. Böbrek taşlarının olması ve sürekli kalıcı idrar kataterlerinin bulunması hastaları ürolojik hastalıklara karşı daha riskli hale getirir. MS hastaları genellikle hastalığın erken döneminde ürolojik şikâyetleri nörolojik şikâyetlerden daha çok önemser. Tüm MS hastalarının yaklaşık dörtte birinde, takibin herhangi bir



aşamasında üroloji tarafından ürodinamik incelemeler yapılmaktadır. Genellikle hastalar üroloji takibine, sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi, idrar miktarında artma, idrar kaçırmaya ve

gece idrara kalkma şikâyetleriyle gelirler.

MS sırasında cinsel işlev bozukluğu ise tanı anında %50 oranda hastada görülebilir. Tüm hastalık seyrinde ise %90 aşamada bu problemle karşı karşıya kalınabilir. Erkeklerde sertleşme, ejakülasyon ve orgazm bozuklukları görülebilir. Cinsel işlev bozukluğu bu hastalığın takibi sırasında erkeklerin yaklaşık yarısında, kadınların ise %70'inde karşımıza çıkabilir. Otonom sistemin etkilenmesi nedeniyle cinsel işlev bozukluğu ve idrar problemleri birlikte görülebilir. Dünyada yaklaşık iki buçuk milyon kadını ilgilendiren MS'in kadınlarda daha fazla görülmesi ve genç yaşta ortaya çıkması nedeniyle cinsel işlev bozuklukları bakımından mutlaka takip edilmesi gereken hasta grubunu oluşturur. Tanı aldıktan sonraki cinsellik beklentileri, önceki cinsel deneyimler ve hastanın genel psikolojik yapısı cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkıp çıkmayacağını belirleyen önemli faktörlerdir. Kimde ne kadar problem ortaya çıkacağı genellikle fizyolojik, psikososyal ve kişiler arası



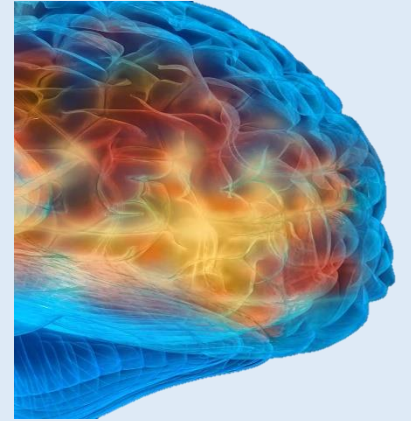
faktörlere göre değişir. Genellikle MS tanısı konulan kadınlar partner bulma, ilişki kurma, aile oluşturma, rutin cinsel

aktivitelere liderlik yapma konularında zorlanabilir. Bunların tümü nörolojik nedenlere bağlı değildir. Çünkü bu kadınlar eskisi kadar güzel olmadığını, çekici olmadığını, cinsel davranışlardan



uzak durması gerektiğini ve sadece gelecek teklifleri düşünmesi gerektiğini, kendisinin aktif davranamayacağını düşündüğü için bu semptomlarla daha çok karşı karşıya kalırlar. MS tanısı alan kadınlarda cinsel işlev bozukluğu konusunda yapılan çalışmalar yeterli değildir. Ancak kadınlar ve erkekler beraber sorgulandığında bu klinik durumdan kadınların daha çok şikâyet ettiği görülmektedir. Kadınların bu konudaki klinik durumlarını etkileyen faktörler ise; yaş, hastalığın süresi, ek hastalıklardır. Bu ek hastalıklar; Parkinson hastalığı, diyabet veya romatoid artrit, mesane, bağırsak disfonksiyonu ve yorgunluk olabilir. En önemli faktörün yaş ve depresyon olduğu görülmektedir. Depresyonun cinsel fonksiyonlardaki etkisi hem hastalığın kendi etkileri hem de kullanılan antidepressanların yan etkileriyle meydana gelir. Erkeklerde MS tanısı aldıktan sonra üç şekilde cinsel işlev bozukluğu görülür. Bunlardan birisi MS'e bağlı nörolojik değişiklikler sonucu ortaya çıkan primer cinsel işlev bozuklukları, ikincisi MS ile ilişkili fiziksel değişikliklere bağlı ortaya çıkan sekonder cinsel işlev bozukluklarıdır.

Bunların içerisinde ilaç, yorgunluk, dikkat bozukluğu, koordinasyon bozukluğu, mesane ve bağırsak disfonksiyonu, kas spazmları ve titremeler sayılabilir. Üçüncü cinsel işlev bozukluğu durumu ise tersiyer dediğimiz MS'e bağlı kültürel, sosyal, duygusal ve psikolojik etkilere bağlı cinsel işlev bozukluklarıdır. Bunların en sık görülen nedenleri ise depresyon, anksiyete, sinirlilik, özgüven azalması, beden imajı algısında bozulma, çekicilik duygusunun azalması, cinsel reddedilme korkusu, performans anksiyetisidir. Erkeklerde görülen cinsel işlev bozuklukları şu durumlara bağlıdır; hastalığın süresi, depresyon, hastalıktan etkilenme düzeyi, bağırsak ve mesane fonksiyon bozuklukları, MR'da lezyon yükü, yaş, alt ekstremitte duyu ve motor bozukluklarıdır. Erkeklerde görülen cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde esas olarak MS'in tedavi edilmesi, depresyon tedavisi, bu amaçla üroloji doktorlarının başla-



yacağı ilaç tedavileri başarı ile kullanılabilir. Aynı zamanda dorsal penil sinire yapılan sinir uyarıları da bu konuda iyi sonuçlar verebilir.



Doç.Dr. Eda DERLE ÇİFTÇİ

MULTIPLE SKLEROZ VE COVID-19

AŞILARI

Covid-19 Pandemisinin ikinci yılının neredeyse sonuna gelmek üzereyken bu süreçte tüm dünyada hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi birikimi artmıştır. Çok hızlı bir şekilde aşı çalışmaları başlanmış ve elde edilen başarılı sonuçlar doğrultusunda 2021'in başlarından itibaren tüm dünyada ve



ülkemizde aşı uygulaması başlamıştır. 28 Mart 2021 tarihi itibarı ile ülkemizde MS hastaları da öncelikli gruplar

içine alınarak aşı randevularını alabilmeye başlamışlardır.

Ekim verilerine göre tüm dünya nüfusunun neredeyse %50 'si en az 1 doz Covid-19 aşısı olmuştur. Toplam uygulanan doz sayısı ise 7 milyar doza yaklaşmıştır. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre erişkinlerde nüfusun neredeyse %90'ı tek doz aşılanmış, 2 doz aşı olanların oranı ise %80'lere yaklaşmıştır.

Multiple Skleroz gibi özel hastalık gruplarında aşı çalışmaları bulunmakla birlikte, hem uluslararası hem de ulusal bilimsel topluluklar tarafından



çeşitli öneriler yayınlanmaktadır. Bilimsel veriler doğrultusunda bu öneriler güncellenmektedir.

Türkiye'de de MS Çalışma Grubu tarafından bilimsel veriler doğrultusunda Covid 19 aşıları ile ilgili çeşitli öneriler belirlenmiştir. Bu süreç içerisinde en son Temmuz 2021 olmak üzere 3 kez güncellenmiştir. En son güncelleme doğrultusunda;

- Ülkemizde güncel yapılan aşılar BioNTech-Pfizer (mRNA aşısı) ve Çin-Sinovac (inaktifvirüs) aşılarıdır. Her iki aşı da etkin ve güvenli görünmektedir.

- Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de MS'li bireylerin aşı olmaları önerilmektedir.

- Ülkemizde olmamakla birlikte başka seçenek olmadığı sürece adeno virüs vektör aşıları, canlı aşılar ise hiçbir zaman önerilmemektedir.

- İnaktif aşı ve mRNA aşılarının MS atağı tetikleme olasılıkları incelendiğinde anlamlı bir artış gözlenmemiştir. Covid-19 enfeksiyonunun yaratacağı sorunların daha ciddi olacağı düşünülürse aşılardan yapılması önerilmektedir.

- Aşı sonrası ortaya çıkabilecek ateş nedeni ile MS belirtilerinde geçici bir artış olabilir.

- Kullanılan ilaçlar aşı yanıtını değiştirebilmektedir;

- İnterferon-beta, glatiramerasetat, teriflunamid, dimetilfumarat, natalizumab ve fingolimod etken maddeli tedaviler için takip eden hekiminizin farklı bir önerisi olmadığı sürece özel bir zamanlama yapmaya gerek duyulmamaktadır.

- Alemtzumab, okrelizumab, rituksimab ve cladribine kullanımında ise aşı etkinliğini sağlayabilmek için zamanlama önemlidir. Sizin için en uygun zamanı takip eden hekimin önerileri doğrultusunda planlanması çok doğru olacaktır.

- Yeni atak geçiren ve kortizon kullanan hastalarda da 2-4 haftalık

bekleme süresi uygun olabilir, aşı zamanlaması için takip eden hekiminizin önerileri önemlidir.

- 3.doz aşılama için bilimsel yeterli kanıt olmayıp, öneriler deneyimle sınırlıdır. Genel olarak ilk iki dozdan en erken 6 ay sonrasında 3. Doz aşının yapılabilmesi yönünde bilgi paylaşılmaktadır.

veriler ve deneyimler doğrultusunda sürekli güncellenmektedir. Aşılama ile ciddi hastalık oranlarında anlamlı azalmalar izlenmektedir. Ancak aşı sonrasında da maske, sosyal mesafe ve hijyen kurallarına uymayı ihmal etmemek önemlidir.

Kullanılan kaynaklar;

- <https://covid19.saglik.gov.tr/>
- <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- MS Çalışma grubu; Multipl Sklerozlu Kişiler ve Covid-19 Aşıları; 3. Güncelleme

Covid 19 aşıları ile ilgili bilgi ve öneriler, hem uluslararası hem de ulusal bilimsel platformlarda, elde edilen bilimsel

PANDEMİ DÖNEMİNDEKİ BAZI FAALİYETLERİMİZDEN KARELER



Atamızın Mozolesine Çelenk Koyarken



Kahvaltıdan Sonra Hastalarımızla...



Büyükşehir Belediyesi'nde Toplantıdayız.



Psikolog Gökçe ŞİRVANLI

ANKSİYETEYE GENEL BİR BAKIŞ

Gündelik yaşamın içinde birçok duygu yaşarız. Olayları anlamlandırırken kendimizi ve verdiğimiz tepkileri anlayabilmek için yaşamakta olduğumuz duyguları tanımamız önemlidir. Her duygunun kendine özgü bir işlevi vardır. Korku yaşayabileceğimiz duygulardan biridir. Ani bir tehlikeye karşı tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Kimi zaman ayırt etmekte güçlük çekilen diğer bir duygu da kaygıdır.



Korkudan farkı ise beklenen bir sorun karşısında ortaya çıkan gerginlik hali olmasıdır. Gelecekteki olası tehdide

yönelik ortaya çıkan bu duygu ile aniden ortaya çıkan tehlike karşısında yaşanan duygu, aynı fizyolojik değişimi yaratır. Bu nedenle bilişsel anlamda korku ile kaygıyı (anksiyete) tanımak, onlarla başa çıkabilmek adına gereklidir.

Kaygının patolojik hale gelmesi süresine, yaşandığı yoğunluğa, sıklığa bağlıdır. Günlük işlevselliği bozacak hale gelmesi destek almak için bir işaret olarak değerlendirilebilir.

Bilimsel çalışmalarda genetik bir alt yapısı olduğu görülen ve buna çevresel koşulların da eşlik ettiği anksiyete oldukça genel bir kavramdır. En sık görülen psikiyatrik tanı türlerinden biri olan anksiyete bozuklukları özgül fobiler, sosyal anksiyete, panik bozukluk, agorafobi, yaygın (genellenmiş) anksiyete gibi birçok farklı şekilde görülmektedir. Sıklıkla eşlik eden psikiyatrik tanı ise depresyondur.



ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ

Birçok psikiyatrik tanıda olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da psikoterapi ile farmakoterapi birlikte yürütülebilir. Gevşeme egzersizleri, bilişsel ve davranışçı terapi temelli üçüncü kuşak terapiler ve ilaçlar sürecin yönetilmesinde destekleyici unsurlar

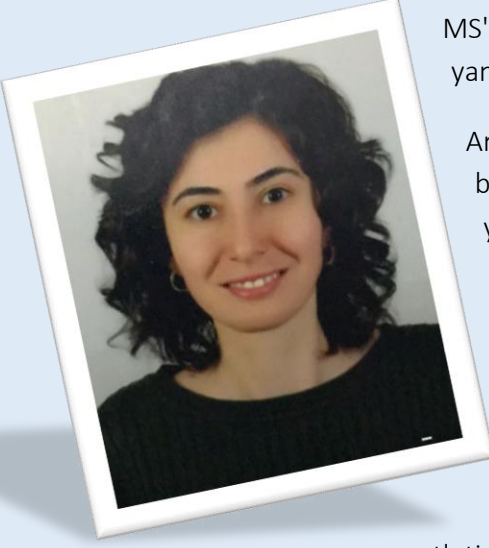
olarak görülmektedir. Gerekli bulunduğu takdirde farmakoterapiyle anksiyete düzeyi azaltılırken psikoterapiyle belli başlı beceriler kazandırılır.



Merkezi sinir sisteminde demiyelini-zasyonla sonuçlanan otoimmün bir hastalık olan Multipl Skleroz (MS) bedene yansıyan belirtileri ile belirsizliği de beraberinde getirmektedir.

Atakların ne zaman geleceğinin ve ne kadar süreceğinin bilinmemesi, kayıpların kalıcılığına dair soru işaretleri kişinin sağlığına ve yaşantısına yönelik kaygı duymasına sebep olabilecek etmenlerdir. Sürecin sağlıklı şekilde yönetilebilmesi adına olayların değil, olaylara yüklenen anlamların duygularımıza şekil verdiğini hatırlamak faydalı olacaktır. Bu noktada farkındalık önem kazanmaktadır.

İÇİMİZDEN BİRİ



İrem ÖZDEMİR

Ben İrem ÖZDEMİR, 1985 Ankara doğumluyum. MS ile tanışana kadar sadece günlük meseleler, haberler veya sıkıntısı olan arkadaşlarımın dertlerine üzüldüm.

MS'le 2010 yılının Haziran ayında, yani 25 yaşında iken tanıştım.

Artık benim için çok zorlu geçecek bir süreç başlamış oluyodu. Değim yerindeyse hayatımın altı üstüne geldi. Nişanlıyım, 2 yıl sonra da evlendim. Eşim, kronik bir hastalık olan MS'li bir bireyle yaşa-yamayacağını anladı ve benden ayrıldı.

Lisedeyken hızlı koşuyorum diye atletizme davet edilmiş-tim. Ancak bir şeyler ters gidiyordu, artık koşamıyordum. Dengem iyi değildi, çabuk yoruluyordum. Ellerimde titreme olduğu için sıvı bir şeyler taşıyamıyordum, dökülüyordu.

Evet, şimdi yapamadığım şeyler var ama yapabildiklerim daha fazla ve ben

yapabildiğim şeylere odaklanmayı MS Derneği'nde aldığım Psikoterapi seansları sayesinde öğrendim.

Şunu iyi biliyorum ki yapamadığımız şeyler için hep bir ikame yol vardır.

MS Derneğinden bahsedecek olursam; benim kederimi paylaşan arkadaşlarımla konuşmak, sıkıntılarımızı paylaşmak, koro aktivitelerimizle eğlenmek, psikoterapi, doktorlarımızın bilgilendirme toplantıları ile öğrenmek bana ve diğer arkadaşlarıma çok moral verdiğini rahatlıkla söyleyebilirim.

Hani demiş ya Şems-i Tebrizi;

“Bırak, hayat sana rağmen değil, seninle beraber aksın. Düzenim bozulur, hayatımın altı üstüne gelir diye endişe etme. Nereden biliyorsun hayatının altının üstünden daha iyi olmayacağını?”



