



**MULTİPLE SKLEROZLU
HASTALARDA YETİ YİTİMİ, YALNIZLIK
VE ÖZ-BAKIM DURUMUNUN BELİRLENMESİ**

Esengül KAŞIKÇI

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU

Yüksek Lisans Tezi-2016

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA YETİ YİTİMİ,
YALNIZLIK VE ÖZ-BAKIM DURUMUNUN
BELİRLENMESİ**

Esengül KAŞIKÇI

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU**

**ERZURUM
2016**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MULTİPLE SKLEROZLU HASTALARDA YETİ YİTİMİ,
YALNIZLIK VE ÖZ-BAKIM DURUMUNUN BELİRLENMESİ**

Esengül KAŞIKÇI

Tez Savunma Tarihi: 12.02.2016

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Prof.Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Zümrüt AKGÜN ŞAHİN (Kafkas Üniversitesi) 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Multiple Sklerozun Tanımı ve Tarihçesi	5
2.2. Multiple Sklerozun Epidemiyolojisi	6
2.3. Multiple Sklerozun Etiyolojisi.....	7
2.4. Multiple Sklerozun Fizyopatolojisi	8
2.5. Klinik Belirti ve Bulgular	9
2.6. Multiple Sklerozun Sınıflandırılması.....	10
2.7. Tanı	12
2.8. Prognoz	13
2.9. Tedavi ve Hemşirelik Bakımı	14
2.9.1. Tıbbi Yönetim.....	14
2.9.2. Steroid Uygulaması.....	16
2.9.3. Atak Yönetimi.....	17
2.9.4. Semptom Yönetimi	18
2.9.5. Semptomlara Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	19
2.10. Öz-Bakım Gücü	25
2.10.1. Öz-Bakım Kavramı.....	25
2.10.2. Öz-Bakım Gücü Kavramı	27

2.10.3. Öz-Bakım Gereksinimleri.....	28
2.10.4. Öz- Bakım ve Hemşirelerin Rolü	30
2.11. Yalnızlık Kavramı.....	31
2.11.1. Yalnızlık Tanımı	31
2.11.2. Yalnızlığın Sınıflandırılması.....	32
2.11.3. Yalnızlığın Boyutları	32
2.11.4. Yalnızlığın Belirtileri.....	34
2.11.5. Yalnızlıkta Hemşirenin Rolü	35
2.12. Yeti Yitimi Kavramı	36
2.12.1. Yeti Yitimi Tanımı.....	36
2.12.2. Yeti Yitiminin Sınıflandırılması	36
2.12.3. Yeti yitimi ve Hemşirelerin Rolü.....	37
2.13 Multiple Sklerozda Öz Bakım, Yalnızlık, Yeti Yitimi ve Hemşirenin Rolü ve Bakımı.....	38
3. MATERYAL VE METOT.....	41
3.1. Araştırmanın Şekli	41
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	41
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	41
3.4. Veri Toplama Araçları	42
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu	42
3.4.2. Kısa Yeti yitimi Anketi (KYA)	42
3.4.3. Yalnızlık Ölçeği (UCLA)	43
3.4.4. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)	43
3.5. Verilerin Toplanması	44
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	44

3.7. Araştırmanın Değişkenleri	44
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	44
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	45
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR	66
EKLER	82
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	82
EK -2. HASTA TANITIM FORMU	83
EK- 3. KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ (KYA)	85
EK- 4. YALNIZLIK ÖLÇEĞİ (UCLA)	86
EK-5. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (ÖBGÖ)	88
EK-6. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU	90
EK-7. ETİK KURUL ONAY FORMU	91
EK-8. ARAŞTIRMA İZNİ	92

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez araştırmamın her aşamasında bana destek veren, bilgisi ve yol göstericiliği ile hem benim hem de araştırmam üzerindeki emekleri için değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

Verilerimi topladığım, multiple sklerozlu hastalara ve Nöroloji Polikliniği çalışanlarına teşekkür ederim. Tez çalışmam boyunca yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım Mehtap Öztürk'e, hayatımın her döneminde beni destekleyen, başarılı olmam içinen büyük güç ve otorite kabul ettiğim fedakarlıklarını sunan annem Nevruz KAŞIKÇI, babam Nevzat KAŞIKÇI, kardeşim Ümit KAŞIKÇI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esengül KAŞIKÇI

ÖZET

Multiple Sklerozlu Hastalarda Yeti Yitimi, Yalnızlık ve Öz-Bakım Durumunun Belirlenmesi

Amaç: Bu araştırma, multiple sklerozlu (MS) hastalarda yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniğine Ocak - Haziran 2015 tarihleri arasında başvuran 92 MS hastası ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak, hasta tanıtım formu, yeti yitimi düzeyini belirlemek amacıyla KYA, yalnızlık düzeyini belirlemek amacıyla UCLA ve bireylerin öz-bakım gücünü değerlendirmek amacıyla ÖBGÖ'ü kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 18.00 istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yeti yitimine ait puan ortalaması 7.62 ± 5.67 bulunmuştur. Hastaların yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu, birlikte yaşadıkları kişiler, hastalık süresi, geçirmiş olduğu atak sayısı ve başka hastalıkların bulunma durumu ile yeti yitimi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların %32.6'sinde yeti yitimi olmadığı, % 22.8'inde hafif düzeyde yeti yitimi, %26.1'inde orta düzeyde yeti yitimi ve %18.5'ünde ağır düzeyde yeti yitimi olduğu belirlenmiştir.

MS'li hastaların öz-bakım gücüne ait puan ortalaması 82.82 ± 22.82 olduğu tespit edilmiştir. Yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, birlikte yaşadıkları kişiler, hastalık süresi ve başka hastalık bulunma durumu ile öz-bakım gücü puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların yalnızlık puan ortalaması ise 50.14 ± 13.47 olarak bulunmuştur. Yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumunu ile yalnızlık puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırma sonucuna göre; öz bakım gücü ile yeti yitimi ve yalnızlık arasında negatif yönde bir ilişki bulunurken (sırasıyla $r = - 0.243$, $r = - 0.662$) ($p < 0.05$) ($p < 0.001$), yeti yitimi ve yalnızlık arasında ise pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.408$) ($p < 0.001$).

Sonuç: MS'li hastaların orta ağırlıkta yeti yitimi yaşadığı, öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu ve yüksek düzeyde yalnızlık yaşadığı belirlenmiştir. Aynı zamanda, hastaların yeti yitimi ve yalnızlık düzeyi arttıkça öz bakım gücünün azaldığı ve yeti yitimi düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinin arttığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Multiple skleroz, öz-bakım gücü, yeti yitimi, yalnızlık.

ABSTRACT

Determination of Disability, Loneliness, and Self-Care Agency in Patients with Multiple Sclerosis

Aim: This study was conducted in order to determine disability, loneliness, and self-care levels in patients with multiple sclerosis (MS) as well as the effective factors.

Material and Method: This descriptive study was conducted with 92 patients with MS applying to the neurology outpatient clinic of Atatürk University Research hospital between January and June 2015. Patient description form, BDQ to determine the level of disability, UCLA to determine the level of loneliness, and SCAS to assess self-care agency of the individuals were used as the data collection tool. The data were analyzed by using SPSS 18.00 statistical software.

Results: Disability mean scores of the patients, included in the study were found to be 7.62 ± 5.67 . It was determined that the difference between age, educational level, income status, cohabitants, duration of the disease, number of seizures, and presence of comorbidities and their disability mean scores was statistically significant ($p < 0.05$). Also, it was determined that 32.6% had no disability, 22.8% had a mild disability, 26.1% had a moderate disability, and 18.5% had a severe disability.

It was found that self-care agency mean score of the patients with MS was 82.82 ± 22.82 . The difference between age, educational level, income status, cohabitants, duration of the disease, and presence of comorbidities and self-care agency mean score was statistically significant ($p < 0.05$).

The loneliness mean score of the patients was found to be 50.14 ± 13.47 . The variables of age, educational level, and income status affected their mean score of loneliness scale ($p < 0.05$).

The results of the study revealed that while the self care agency had a negative correlation with disability and loneliness (respectively $r = -0.243$, $r = -0.662$) ($p < 0.05$) ($p < 0.001$), there was a positive correlation between disability and loneliness ($r = 0.408$) ($p < 0.001$).

Conclusion: It was determined that the patients with MS had a moderate disability, a moderate self-care agency, and a high level of loneliness. Moreover, it was found that as disability and loneliness levels of the patients increased, their self-care agency decreased; and as disability level of the patients increased, their loneliness level increased.

Key Words: Disability, loneliness, multiple sclerosis, self-care agency.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devleti
DMT	:Hastalık Modifiye Edici Tedaviler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDDS	:Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği
ICD	:Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırması
ICF	:İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasını
ICIDH	:Bozukluk, Yeti yitimi ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırması
İVİG	:İntra Venöz İmmün Globulin
KYA	:Kısa Yeti Yitimi Anketi
MRG	:Manyetik Rezonans Görüntüleme
MS	:Multiple Skleroz
NICE	: Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü
ÖBGÖ	:Öz-Bakım Gücü Ölçeği
PET	:Pozitron Emisyon Tomografi
PPMS	:Primer Progresif Multiple Skleroz
RRMS	:Relapsing Remitting Multiple Skleroz
SPMS	:Sekonder Progresif Multiple Skleroz
SSS	:Santral Sinir Sistemi
UCLA	:Yalnızlık Ölçeği
LSD	: Az Anlamlı Fark Testi (Least Significant Difference Test)

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	47
Tablo 4.3. Hastaların Yeti yitimi, Yalnızlık ve Öz-bakım Gücü Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı	48
Tablo 4.4. Hastaların Yeti Yitimi Düzeylerinin Dağılımı.....	48
Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yeti yitimi, Yalnızlık ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	49
Tablo 4.6. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Yeti yitimi, Yalnızlık ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	51
Tablo 4.7. Hastaların Yeti Yitimi, Yalnızlık ve Öz-bakım Gücü Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52

1. GİRİŞ

Multiple Skleroz (MS) merkezi sinir sistemini tutan, beyin ve omurilikte meydana gelen plaklara bağlı olarak birden çok fokal nörolojik defisitlerin görüldüğü, fiziksel özürllülüğe sebep olabilen, remisyon ve alevlenmelerle seyreden kronik ilerleyici ve demiyelinizan bir hastalıktır¹⁻¹².

MS çoğunlukla üretken ve yetişkin yaştaki bireylerin sağlığını olumsuz bir şekilde etkilemekte, ciddi sorunlara ve iş gücü kaybına sebep olmaktadır. Özürllülük yapan hastalıklar arasında, 3. sırada yer alan MS en çok 20-40 yaşları arasında ve kadınlarda erkeklerden 2-2,5 kat daha fazla görülmektedir^{13,14}.

MS'in dünya çapında yaklaşık iki milyonun üzerinde bireyi etkilediği tahmin edilmekte olup, endüstriyelleşmiş ülkelerde prevelansının 100 bin kişide 15-145 civarında olduğu bildirilmektedir¹⁵. Türkiye'de ise MS görülme sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, 100.000'de 30-40 civarında olduğu ve toplam 35 bin hasta olduğu tahmin edilmektedir¹⁴.

Nörolojik sistemi içeren kronik hastalıkların büyük bir kısmı, bireylerde önemli biçimde kısıtlılık ve yetersizlik oluşturarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerine engel olabilmektedir^{16,17}. Bu hastalıklar içerisinde MS, daha çok genç insanları etkileyen, erken dönemde yeti yitimi oluşturarak yaşam kalitesinde düşmeye neden olan nörolojik hastalıklardan biridir^{18,19}. Yeti yitimi; fiziksel, psikolojik veya anatomik yapı ve fonksiyonların kaybı ya da normalden sapma durumu olarak tanımlanmaktadır^{20,21}. İlerleyici bir seyir gösteren hastalıkta zaman geçtikçe geri dönüşü olmayan yeti yitimi meydana gelmektedir. MS'li hastalarda, hastalığın başlangıcından itibaren yaklaşık 20 yıl sonra hastaların çoğunda işlev bozukluğu ortaya çıkmakta ve yaklaşık yarısında aktivite önemli derecede kısıtlanmaktadır²²⁻²⁴.

MS tanısı almış bireylerle yapılan çalışmalarda, hastaların farklı düzeylerde yeti

yitimine sahip olduğu tespit edilmiştir^{23,25-28}.Yapılan yarı kesitsel bir araştırmada MS'li hastaların% 44'ünde ağır düzeyde yeti yitimi saptanmış²⁹.MS zamanla yeti yitimine neden olur³⁰. Başka bir çalışmada da %65'inde düşük veya orta düzeyde, %35'inde ise ağır düzeyde yeti yitimi olduğu bulunmuştur³¹. Er ve Mollaoğlu³² yapmış olduğu bir araştırmada, MS' li bireylerin %72.1'inin günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmede diğeri bireylere ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.

Kronik hastalığı ve yeti yitimi bulunan bireyler sıklıkla yalnızlığı deneyimlemektedirler³³. MS'li bireylerde yorgunluk, kas spasitesi, tremor, konuşma bozukluğu, görme sorunları, mesane, barsak ve cinsel işlev bozukluğu gibi motor ve duyuşal semptomlar görülebilmektedir³⁴⁻⁴⁰. Aynı zamanda MS'li kişiler hastalık sonucu gelişen fiziksel sorunlara bağılı olarak öfori, uykusuzluk, hafıza bozuklukları, depresyon ve intihar girişimi gibi psikolojik sorunlar yaşayabilmektedirler. MS'li kişilerde meydana gelen bu sorunlar kişinin bağımsızlığını, aile yaşantısını, çevresi ile iletişimini olumsuz bir şekilde etkileyerek sosyal problemlerin yaşanmasına ve yalnız kalmalarına sebep olabilmektedir⁴¹. Yapılan bir çalışmada MS'li hastaların %50 sinin kendilerini yalnız hissettiği ayrıca fonksiyonel sınırlılık ve sosyal desteğin yalnızlığı etkilediği tespit edilmiştir³³. Stuijbergen'in⁴² multiple sklerozlu bireylerde destek kaynaklarını incelediği çalışmasında ise MS'li bireylerin çoğu diğeri insanlar tarafından anlaşılamadıklarını ifade etmişlerdir.

Son yıllarda kronik hastalıkların giderek artış göstermesi hastalık yönetimini ve kontrol altına alınmasının önemini ortaya koymaktadır⁴³⁻⁴⁵.Kronik hastalıkların yönetimi hastalığı tedavi etmekten çok hasta bireyin öz bakım becerisi kazanmasını ve güçlendirilmesini kapsamaktadır⁴⁶. Etkili bir hastalık yönetimi ile hastaneye yatışların minimal düzeye indirilmesi, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin azaltılması, hastaların bağımsızlığının arttırılması ve bunların bir sonucu olarak yaşam kalitesinin

yükseltilmesi sağlanabilmektedir⁴⁷⁻⁵⁰.

Kronik hastalıklar kişilerin hayatlarını olumsuz yönde etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye, fonksiyonel zayıflık, hastalık belirtileri ve genel fiziksel durumunun bozulması tedaviye uyumu güçleştirmekte ve öz-bakım gücünü zayıflatmaktadır. Öz bakım yeteneğinde azalma MS'li bireylerin hastalık yönetiminde başarısız olmalarına sebep olan önemli bir etmendir⁵¹⁻⁵³. Bu durum hastanın tedaviye uyumunu olumsuz bir şekilde etkileyerek komplikasyonlara ve önemli sağlık problemlerine yol açabilmektedir⁵⁴.

Yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda MS'li hastaların öz-bakım gücünün orta düzeyde olduğu ve kontrol grubundaki sağlıklı kişilerin öz-bakım gücünün MS'li hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur^{11,53}.

MS'li kişiler, hastalık semptomlarıyla kendi ortamlarında baş etmeleri, hastalık evresinde meydana gelen olumsuzluklardan ve belirsizliklerden kurtulabilmeleri ve öz-bakım becerilerini geliştirebilmeleri için hemşirelerin desteğine önemli derecede gereksinim duyarlar⁵³. Kronik hastalığı bulunan kişilerin bakımında hemşirenin rolü; öncelikle hastaya yapılan tedavinin yan etkilerini belirleme ve korumaya yönelik önlemler alma, beden imajında ve fonksiyonel işlevlerinde meydana gelen sürekli değişikliklere uyumunu sağlama ve kişinin kendi bakımına katılıp görev alması konusunda cesaretlendirerek ihtiyaçlarını gidermesini sağlamaktır⁵⁵.

MS'li hastaların bakımı karmaşık olduğu kadar öngörülemeyen sorunlar ile sistematik olarak mücadele edilmesini gerektirmektedir. Hemşirelerin, hastalara uygun bakımı planlayıp girişimlerde bulunabilmesi için yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücünün ne düzeyde etkilendiğini ve ilgili faktörleri bilmesi gerekmektedir. Fakat bu konuda yapılmış sınırlı sayıda çalışmalar bulunmaktadır^{32,33,53}. Bu bağlamda araştırmanın amacı, MS'li bireylerde yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücünü

belirlemektir.

Araştırma Soruları;

1. MS'li hastaların yeti yitimi, yalnızlık ve öz bakım düzeyi nedir?
2. MS'li hastaların yeti yitimi, yalnızlık ve öz bakım düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?
3. MS'li hastaların yeti yitimi, yalnızlık ve öz bakım gücü arasındaki ilişki nedir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multiple Sklerozun Tanımı ve Tarihçesi

Multiple Skleroz (MS) merkezi sinir sistemini tutan, beyin ve spinalkord da meydana gelen plaklara bağlı olarak birden çok fokal nörolojik defisitlerin görüldüğü, fiziksel özürllülüğe sebep olabilen, remisyon ve alevlenmelerle seyreden kronik ilerleyici ve demiyelinizan bir hastalıktır¹⁻¹².

Demiyelinizasyonla birlikte gelişen aksonal dejenerasyonun MS’de ortaya çıkan geri dönüşü olmayan nörolojik bozukluğun temel nedeni olduğu bilinmekte ve bu yönüyle MS; inflamatuvar, demiyelinizan ve nörodejeneratif bir hastalık olarak tanımlanmaktadır⁵⁶⁻⁵⁸.

Multiple skleroz ilk defa 19. yüzyıl ortalarında vaka bildirimleri olarak tarif edilmeye başlanmış, 20. yüzyıl başlarında en çok görülen bir klinik nörolojik tablo haline gelmiştir. MS ile ilgili ilk bilgiler ise Charles Prosper Ollivier d’Angers’in 1824 yılında yaptığı bildiride karşımıza çıkmaktadır^{25, 59-61}.

İlk histolojik çalışmalar 1863 yılında Eduard Rindfleisch tarafından yayınlanmıştır. Bundan kısa bir süre sonra, 1868’de Charcot, elde ettiği 33 vaka üzerinden, bu hastalık tablosunu klinik ve nöropatolojik olarak daha ayrıntılı bir şekilde tarif etmiştir^{62, 63}. Bu dönemde (19. yüzyıl sonlarında) sık görülmeye başlanan tablo için Avrupa’nın çeşitli ülkelerinde farklı isimler kullanılmıştır. Charcot’nun tablodan bahsederken kullandığı Fransızca isim “la sclerose generalisee”dir. İngiltere de “disseminated cerebro spinal sclerosis” olarak, Avustralya ve Amerika’da “diffuse sclerosis” olarak, Almanya’da, İtalya’da sinir sisteminin yaygın sklerozu anlamına gelen isimlerle anlatılmaya çalışılmıştır. Dünyanın her yerinde kullanılan “multiple

skleroz” isminin kaynağı, Douglas McAlpine, Nigel Compston ve Charles Lumsden tarafından 1955’de yayımlanan “Multiple Sclerosis” isimli kitaptır⁶².

2.2. Multiple Sklerozun Epidemiyolojisi

MS’in kadınlarda görülme oranı erkeklerde görülme oranından daha fazla olup kadın/erkek oranı ataklarla seyreden formda 2/1, ilerleyici formda 1/1’dir. Hastalığın belirtilerinin görülme yaşı %90’ında 15-50 yaş aralığında iken %1’den azında ise 10 yaş altı ya da 60 yaş üzerindedir^{64, 65}.

Dünyada MS prevalansı üzerine yapılan araştırmalarda hastalığa beyazlarda ve Avrupa kökenlilerde daha çok rastlanıldığı, tropikal bölgelerde daha seyrek görüldüğü, Kuzey Avrupa, Güney Kanada, İsrail, Kuzey Amerika, Yeni Zelanda ve Güney Avustralya’nın yüksek prevalanslı bölgeler olduğu görülmüştür. Bu bölgelerde prevalans 300/100.000’lere kadar yükselmektedir. Asya ülkelerinde MS nadir görülmektedir⁶⁶⁻⁶⁸. Soğuk ve nemli iklim MS için risk faktörüdür. Soğuk iklimin doğrudan immün sistem üzerine etkisinin yanı sıra, dolaylı olarak da üst solunum yolu enfeksiyonuna sebep olması olumsuz faktörlerdendir. Ayrıca kışın güneş ışınlarının az olması, D vitamini düzeylerini kötü yönde etkilemekte ve immün sistem üzerinde dolaylı olarak olumsuz etki oluşturmaktadır^{30, 67, 69, 70}.

MS’de göç toplulukları üzerinde birçok epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. MS’in görülme oranının yüksek olduğu bölgelerden görülme oranının düşük olduğu bölgelere göç edenlerde eğer göç yaşı 15’in altında ise prevalans göç edilen bölgeye uymaktadır. On beş yaşından sonraki göçlerde ise prevalans bırakıp geldikleri bölge ile uyum sağladığı görülmüştür. Bunun nedenleri; yaşamın erken dönemlerini etkileyen çevresel etmenler ve uzun kuluçka periyodu olan bazı enfeksiyon (viral) etkenlerdir. Sonuç olarak baktığımızda MS etiyojisinde genetik ve bazı çevresel etmenlerinde

önemli rolü olduğunu görüyoruz^{67, 68, 71}.

Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda MS'in sosyo-kültürel düzeyi yüksek kişilerde görüldüğünü kanıtlar yöndedir. İsrail'de yapılan bir çalışma, MS hastalarının sosyo-kültürel düzeyinin çocukluk döneminde de kontrol gruba göre daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir⁷². Düşük sosyo-ekonomik ve hijyenik koşullara sahip olan bireyler birtakım enfeksiyonlarla küçük yaşlarda karşı karşıya kalmakta ve bağışıklık kazanmaktadır. MS'nin bilinen çocukluk enfeksiyonlarının daha ileri yaşlarda geçirilmesine karşı oluşan bir immün yanıt sonucu meydana gelen bir hastalık olduğunu savunan teori, bu çalışmalarla ispatlandığı görülmüştür. MS'in herhangi sıradan bir mesleğe göre yönetici ve teknik elemanlarda daha çok görüldüğüne ilişkin görüşler olmasına rağmen, hastalığın bu grupta daha çok görülmesinin sebebi sosyo – ekonomik düzey farklılığından meydana geldiği düşünülmektedir⁷¹.

Lauer ve ark.⁷³ yaptığı araştırmalarda MS prevalansının yüksek olduğu bölgelerde özellikle çocukluk döneminde hayvansal yağ, et, tütülenmiş ve nitrat içeren et ürünlerinin tüketilmesinin ileride MS'in oluşumu yönünden risk meydana getirdiği vurgulanmıştır. Balık yağında yüksek oranda bulunan Omega-6 yağ asidinin relaps ciddiyetini azalttığı, diyetle Omega-3 yağ asidinin eklenmesinin bu olumlu etkiyi daha da arttırdığı gösterilmiştir. Hububatlar, gluten içeren besin maddeleri, kalsiyum, selenyum, A, D ve E vitaminleri ile ilgili benzer etkisi olduğuna dair çalışmalarda vardır^{71, 74}.

Ülkemizde yaklaşık olarak 2000 kişiden 1'inde MS olduğu düşünülmekte ve MS insidansı genel anlamda giderek artmaktadır⁷⁵. Dünyada MS prevelansı ve insidansı halen tam olarak bilinmemektedir⁷⁶.

2.3. Multiple Sklerozun Etiyolojisi

MS'in etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir; fakat otoimmün bir hastalık olduğu vücudun bağışıklık sisteminin myelin kılıfını etkilediği inflamatuvar bir hastalık

olduğu düşünülmektedir ve bu görüşü kanıtlayan veriler bulunmaktadır. MS'in genetik olarak yatkınlığı olan kişilerde çevresel bir ajanın etkisiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Hastalığa yönelik genetik markırlar, MS yatkınlığı olan kişiler ve hastalığın meydana çıkmasına sebep olan tetikleyici faktörler konusunda çalışmalar halen sürmektedir. Enfeksiyonun tetikleyici bir neden olarak rolü inkar edilemez; Epstein-Barr virüsünün neden olduğu enfeksiyonların MS hastalığına yakalanma riskini artırdığına yönelik kanıtların olduğu belirtilmektedir^{15,77}.

2.4. Multiple Sklerozun Fizyopatolojisi

MS nedeni halen tam olarak bilinmeyen, kesin bir tedavisi olmayan kronik ilerleyici bir hastalıktır. Genetik olarak yatkın kişilerde non-spesifik çevresel bir tetikleyici, oto-reaktif T lenfositlerini aktive ederek, oligodendrositleri hedef alan inflamatuvar bir süreç başlatır. Normalde geçirgen olmayan kan beyin bariyeri bu özelliğini yitirir, oto-reaktif T hücreleri tarafından infiltre edilir, bu hücrelerin saldırısı ile toksik inflamatuvar mediatörler salınır. Bu durum myelin kılıf, aksonal, glial hasara neden olarak ileti blokuna sebep olur. Hastalığın özellikleri olarak, santral sinir sisteminin akut fokal hasarının klinik göstergesi olan ataklarla, nörodejenerasyonun yayılması ile hastalıkta ilerleme görülür. İnflamasyon semptomlara neden olmaksızın sub-klinik düzeyde de görülebilir^{15,78}.

Erken dönemde MS'in başlıca özelliklerinden biri olan geçirilen atakların ardından onarım, remiyelinizasyon ve ileti restorasyonunun gelmesidir. Her bir MS lezyonu inflamasyon, demiyelizasyon, remiyelizasyon ve onarım sürecinin farklı bir aşamasındadır¹⁵.

Kronik inaktif demiyelinize plaklar aksonal hasara neden olur, tekrar eden epizotların sonucunda astrosit artışı ve skarlaşma görülür. Kalıcı akson hasarı yeti yitiminin en önemli nedenidir. Hasta ataklardan kısmen veya tamamen iyileşebilir,

hastalığın etkilerinin zaman içinde birikmesi ile yeti yitiminin olduğu düşünülmektedir. Patofizyolojik olayların oluş sırası ve inflamasyonun bir nedeni mi yoksa, sonucu mu olduğu konusunda tartışmalar da halen devam etmektedir^{15, 34, 79}.

2.5. Klinik Belirti ve Bulgular

MS zamanla yeti yitimine neden olan bir hastalıktır. Belirti ve bulguları üç kısma ayrılabiliriz⁸⁰.

- Birincil belirtiler; kas güçsüzlüğü, uyuşma, denge bozukluğu, görme sorunları, spastisite, yorgunluk ve depresyondur.
- İkincil belirtiler; kullanmama sendromuna bağlı kas zayıflığı, mesane ve bağırsak işlev bozukluğu, üriner enfeksiyonlar, bası yaraları, kontraktürler, aspirasyon pnömonisidir.
- Üçüncül belirtiler; duygu durum dalgalanmaları, sosyal izolasyon ve bağımlılıktır.

Lezyonlar duysal ve motor belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur ve bu belirtiler kolay fark edilmez. Bu belirtiler; yorgunluk, ağrı, cinsel işlev bozukluğu, bilişsel, emosyonel ve duygu durum bozukluklarıdır. MS çoğunlukla başlangıçta belirti vermez, hastaların %45'inde tek bir SSS (santral sinir sistemi) lezyonu görülür, fakat başlangıçtan itibaren çok sayıda lezyonu gösteren belirtiler de olabilir ve belirtilerin görülme sıklığı, şiddeti zaman içinde değişiklik gösterir^{15, 81, 82}.

Optik nörite neden olan optik yol lezyonlarında bunlar görülebilir; görme keskinliğinde azalma nedeni ile görmede bulanıklık, karanlık görme veya 'sisli görme' renk algısında azalma ve ağırlı göz hareketleridir. Tek taraflı akut demiyelinizan optik nöritli hastalarda görsel işlevin uzun dönemdeki seyri genellikle iyidir; ilk akut epizotta intravenöz kortikosteroid tedavisi görme sorunlarının uzun dönemdeki prognozunu etkilemez¹⁵.

Spinalkord lezyonları ekstremitelerde kas zayıflığına, mesane, barsak ve cinsel işlev bozukluklarına neden olur. Spastisite, spazm, ağrı, duyu kaybı ya da bozukluğu da olabilir. MS hastalarında en çok görülen kısıtlayıcı semptom ağrıdır, nöropatik yada paroksizmal olabilir. Beyin sapı ve serebellum lezyonları ataksi, tremor ve koordinasyon kaybı, göz hareketlerinde bozulma, vertigo, dizartri ve disfazi, trigeminal nevralji, nadiren de olsa işitme bozukluğu ve solunum ile ilgili problemler meydana gelebilir. Serebral lezyonlarda ise tek taraflı duyu ve motor semptomlar, nadiren fokal nörolojik defisit ve bilişsel bozukluk görülür^{15,83}.

MS'in semptomları içerisinde olan bilişsel işlev bozukluğunun yapısı ve şiddetine yönelik tartışmalar halen devam etmektedir. MS'li hastaların yaklaşık %50'sinde formal bir değerlendirme bilişsel defisit saptanırken, yalnız %5-10 kadarında defisit günlük yaşamı etkilemektedir. Bu hastalarda bildirilen depresyon oranları %10 ile %57 arasında değişmektedir. Depresyon çoğu zaman affektiftir ve MS'li hastalarda en sık görülen mental bozukluktur, duygusallık ve anksiyete bozukluğu da görülebilir¹⁵.

2.6. Multiple Sklerozun Sınıflandırılması

MS klinik seyrine göre aşağıdaki gruplara ayrılmıştır^{15, 84-89}.

- Relapsing remittingMS (yineleyici MS) (RRMS)
- Sekonder progresifMS (ikincil ilerleyici) (SPMS)
- Primer progresifMS (birincil ilerleyici) (PPMS)
- Bening MS (iyi gidişli MS)
- Malign MS (kötü gidişli MS)

Relapsing-remitting MS (Yineleyici MS): RRMS tipik olarak subklinik bir seyrin ardından ikinci ve üçüncü on yıllık sürede görülür ve bu hasta grubunun %50'si 10-15 yıl kadar sonra tek başına yürümede zorluk yaşarlar, %75'i ise 25 yıl sonra yardıma ihtiyaç duyar, fakat hastaların dörtte biri de yürümede herhangi bir problem

yaşamamaktadır. Atakların sıklığı ve ataklar arasındaki süre değişiklik gösterir ve atakların hangi noktada kalıcı akson hasarına ve dolayısıyla yeti yitimine yol açacağı henüz tam olarak anlaşılamamıştır; ancak atakların %40 kadarı birikici (kümülatif) bozukluk ve yeti yitimi ile kalıcı sorunlara yol açar.

Atakların neyin başlattığı ve neden bazı hastalarda daha sık atak görüldüğü hakkındaki bilgiler çok sınırlıdır. Sistemik enfeksiyondan sonra sistemik hasarın etkisiyle atak riskinin arttığına dair bazı kanıtlar vardır. Kadınlarda post-partum üç ayda atak sıklığında artma eğilimi vardır. Hastaların çoğunda RRMS zaman içinde SPMS 'e dönüşür, bir yıl veya daha uzun sürede devam eden progresif yeti yitimi durumunda SPMS tanısı konur. RRMS'li hastaların bir kısmı ise yaşam boyu aynı atak tipinde kalabilir.

Sekonderprogresif MS (İkincil ilerleyici MS): SPMS ataklar halinde görülen, hastalık başlangıcından sonra klinik yeti yitiminin progresyonu (ataklı veya ataksız ve minör dalgalanma) olarak tanımlanır. Relapsing-remitting MS'ten SPMS'e dönüşüm genellikle on yıldan sonra görülür, üç yıldan sonra nadiren görülür. Hastalıkta en erken etkilenen sistem, hastalık ilerledikçe en ağır etkilenen sistem olur. Görsel işlev bozukluğu genellikle kalıcı hale gelir ve sıklıkla görme keskinliğinde önemli ölçüde azalma meydana gelir ve semptomlar giderek kronikleşir, ataklar ile daha da kötüleşir.

Primer progresif MS (Birincil ilerleyici MS): Hastaların yaklaşık olarak %10-15 kadarında MS tipi PPMS'tir. Sıklıkla ileri yaştaki hastalarda görülür, kadın ve erkek dağılımı eşittir. Spinal tutulum daha ön plandadır, korteks sıklıkla korunur ancak hastalık daha progresif seyreder. RRMS ve SPMS'e göre inflamasyon süreci daha hafiftir, ancak progresif atrofi mobilite kaybının artmasına neden olur. Hastaların %3-5 kadarında bu progresif seyrin üzerine eklenen akut epizotlar görülebilir.

Benign MS (İyi gidişli MS): Benign MS uzun aralıklar ile ortaya çıkan hafif

ataklar (sıklıkla duyusal işlevleri etkileyen) ile karakterizedir. RRMS'in çok daha yavaş ilerleyen bir formu olduğu düşünülmektedir ve bu terim hastalığın kişi üzerindeki etkisinden çok düşük hastalık aktivitesini tanımlamak için kullanılmaktadır.

Malign MS: Nadiren görülen bir MS tipidir, fakat ölümlü sonuçlanabilir. Primer progresif MS'in agresif gidişli formudur.

2.7. Tanı

MS tanısı klinik özellikleri göz önüne alınarak konur. Tek bir tanı testi yada spesifik belirti ve bulgular ile tanı konması mümkün değildir. Nöroloğun ayrıntılı bir klinik anamnezi, nörolojik muayene, tanı testleri ve bunların bazı kriterlerle değerlendirilmesi sonucunda tanı konur. MS tanısında kullanılan testler ve bulgular şunlardır¹⁵;

Lomper ponksiyon: BOS'ta oligoklonal bantlar görülür.

Uyarılmış potansiyeller: İleti hızında yavaşlama görülür.

Pozitron emisyon tomografi (PET): Kortikal metabolik aktivite ile subkortikal lezyonlar arasındaki ilişkiyi gösterir, ancak çok az sayıda merkezde kullanılmaktadır.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG): MRG en sık kullanılan ve en fazla yararlanılan tanıya yardımcı olan yöntemdir. Klinik olarak kesin MS (definite MS) tanısı konmuş hastaların yaklaşık olarak %95'inde T2 ağırlıklı beyin MRG görüntülerinde SSS lezyonu görülür. Hafif tablolarda veya erken dönemde MS'li hastaların yaklaşık %5'inde beyin MRG görüntüleri normal bulunabilir. Bir MRG çekiminde iki tür görüntü elde edilebilir. T1 ağırlıklı görüntüler, yeti yitimi ile düzeltilemez aksonal hasarın göstergesi olan 'kara delikler' arasındaki ilişkiyi gösterir. T2 ağırlıklı görüntüler hem aktif hem de eski lezyonları saptayarak mikst patolojiyi ve hastalık yükünü gösterir. Gadonlinyumlu MR görüntüleri ise kan beyin bariyerindeki bozulmayı gösterir.

2.8. Prognoz

MS'in prognozu tam olarak tahmin edilememektedir. Fakat hastalığın iyi seyirmi, kötü seyirli olduğu dair ip uçları veren semptomlar ve hastaya yönelik özellikler mevcuttur. Genellikle iki yıl gibi bir sürede anlaşılan, ataklardan oluşan klinik gidişin progresif bir duruma dönüşmesi önem taşır: Multiple Skleroz atakları ile ilişkili faktörler; enfeksiyöz ajanlar, gebelik, yorgunluk, sıcak, stres, travma, ağır metaller, diyet ve diğer otoimmün hastalıklardır^{15,90}.

İyi prognozu belirleyen unsurlar;

- Hastalığın erken yaşta başlaması,
- Bayanlarda gelişmesi,
- Optik nörit ya da tamamen duyuşal semptomlar,
- Atak sıklığının az olması,
- İlk ataktan sonra tamamen iyileşme,
- İlk atak ve ikinci atak arasında uzun dönem bulunması.

Kötü prognozu belirleyen unsurlar;

- İleri yaş; yeti yitiminin birikmesi yaşa bağılı olabilir,
- Erkek cinsiyet,
- MRG'de ağır lezyon yükü,
- İlk ataktan sonra tam iyileşememe,
- İlk beş yılda sık atak geçirme (yılda üçten fazla),
- Erken serebellar tutulum,
- Ataklar arasındaki sürenin kısa olması,
- Erken yeti yitimi,
- Sinsi motor başlangıç.

2.9. Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

2.9.1.Tıbbi Yönetim

Tedavide asıl amaç; hastalık sürecini modifiye etmek veya baskılamak, atakları uygun şekilde yönetmek, semptomları gidermek ve azaltmaktır. Tedavi çeşitlerini üç ana başlıkta toplayabiliriz¹⁵.

Bunlar;

- Hastalık modifiye edici tedaviler
- Hastalığı baskılayıcı tedaviler
- Devam eden ilaç araştırmaları

-Hastalık modifiye edici tedaviler (DMT); hastalığı modifiye edici tedaviler iki gruba ayrılır. Bunlar; beta-interferonlar ve copaxone ve natalizumab'dır¹⁵.

Beta-interferonlar ve copaxone: Çok merkezli randomize kontrollü çalışmalar ile bu ilaçların relapsing remitting MS'te atak sıklığı, yeni MRG lezyonları ve hastalığın ilerlemesi üzerindeki olumlu etkileri gösterilmiştir. PRMS veya SPMS'li hastalarda bu ilaçlar bazı kriterlere sıkı bir şekilde uyularak kullanılır; iki yıl içinde iki veya daha fazla atak geçirmiş olma koşulu aranır¹⁵.

Her bir DMT'nin farklı bir etki mekanizması olmakla birlikte temelde bu ilaçların tümü antikor veya lenfosit aktivitesini azaltma, sitokin yapımını azaltma ve immün sistemin işlevini düzenleme yolu ile etkilerini gösterirler. Hastaların MS konusunda uzmanlaşmış bir nörolog tarafından yılda en az bir kez değerlendirilmesi ve belirli bazı durumlarda DMT'lerin kesilmesi gerekir. DMT alan hastalarda zaman içinde gerileyen grip benzeri semptomlar, enjeksiyon bölgesi reaksiyonları, kas sertliği, uykusuzluk, duygu durum değişiklikleri, menstrüel sirkülasyonda değişiklik gibi yan etkiler görülebilir¹⁵.

Natalizumab: Laboratuvarda üretilmiş bir monoklonal antikordur.

Natalizumab'ın yılda iki veya daha fazla atak ile karakterize hızlı ilerleyen MS ve aktif yineleyici MS için kullanılması önerilmekte. İmmün hücrelerin kan beyin bariyerinde geçişini ve dolayısıyla inflamasyon ve miyelin hasarına yol açmalarını engeller^{15,91}.

Ataksız ilerleyici hastalık formlarında DMT'ler etkili değildir. Ne yazık ki PPMS ve SPMS tedavisinde sadece semptomatik kontrol söz konusudur¹⁵.

-Hastalığı baskılayıcı tedaviler; hastalığı baskılayıcı tedaviler iki çeşittir. Bunlar; İmmüno suppresanlar ve İntravenöz immünglobulin (İVİg)'dir¹⁵.

İmmüno suppresanlar: Bu ilaçlar, SSS'ye saldıran beyaz kan hücrelerini baskılayarak, bölünme ve çoğalmalarını inhibe ederek hastalığın erken inflamatuvar fazında etkili olabilen ilaçlardır. Bu ilaçların spesifik protokoller ve klinik kılavuzlara uygun şekilde reçete edilmesi gerekmektedir. Mitoxantrone sık ve şiddetli atakların, birikici yeti yitiminin, interferonlara yanıt vermeyen hastaların tedavisinde ve agresif MS'in stabilizasyonunda giderek daha fazla kullanılan güçlü bir immüno supresandır. Küçük klinik araştırmalar bu ilacın RRMS ve SPMS'te yeti yitimi progresyonu ,MR'da saptanan lezyonlar ve klinik alevlenmeler üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymuştur¹⁵.

MS'de nadiren kullanılan diğer ilaçlar methotrexate, cyclophosphamide, cyclosporine, sulfasalazine ve plazma değişimidir¹⁵.

İntravenöz immünglobulin (İVİg): MS tedavisinde rutin olarak kullanılmaz; DMT'lerin kontrendike olduğu ağır ve sık atak geçiren hastalarda kullanılabilir. RRMS'li hastalarda IVİg kullanımını araştıran iki randomize çalışmanın sonuçlarına dayanan bir Cochrane derlemesinde, atak oranında düşüş olduğu belirtilmiş ancak çalışmalardaki MR ve yeti yitimi verilerinin eksikliğinden İVİg'in hastalık seyrini değiştirme etkisini gösterecek kanıtların yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır¹⁵.

-Devam eden ilaç araştırmaları; campath(alemtuzumab), oral tedaviler, kök

hücre, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler' dir¹⁵.

Campath (alemtuzumab): Bu ilaç myelini yabancı madde olarak algılayan T hücrelerini harap ederek etkisini gösterir. B hücreli kronik lenfositik lösemi tedavisi için ruhsatlandırılmış bir ilaçtır. MS tedavisinde de 1980'lerden bu yana kullanılmaktadır. Agresif MS'in erken dönemlerinde MR aktivitesi, atak oranı üzerinde olumlu etkileri vardır. Yan etkileri trombositopeni, otoimmün renal hastalık vb. diğer otoimmün sorunlardır¹⁵.

Oral tedaviler: MS tedavisinde klinik çalışmaların son aşamasında olan veya çalışması henüz tamamlanmış ve ruhsat aşamasında olan ilaçlarda vardır. Bunlar fingolimod, cladribine ve laquinimoddur¹⁵.

Kök hücre: Klinik çalışmaların erken dönem sonuçları yüksek doz immüno supresyonun ve kök hücre transplantasyonun agresif RRMS ve SPMS'te remisyon sağlayabileceği yönündedir⁹².

2.9.2.Steroid Uygulaması

Her bir atağın başlangıcı, süresi ve iyileşme açısından birbirine göre farklılık gösterir, fakat yapılan çalışmalar yüksek doz steroid kullanımının; uzun süreli sonuçları etkilemekle beraber, atak iyileşme süresini kısalttığını ispatlamıştır. Atak tedavisinde methylprednisolone günde 500 mg olmak üzere haftada beş gün oral veya günde 1 gram olmak üzere üç gün İV formda uygulanır. Hastanın gastrik irritasyona veya ülser anamnezi varsa buna 20 mg Omeprazole de eklenir¹⁵.

Hastalar steroidlerin etki mekanizması ve yan etkileri konusunda mutlaka tam anlamıyla bilgilendirilmelidir. Yan etkiler; metalik tat, geçici hiperglisemi, bilek ödemi, sık idrara çıkma, yüzde kızarma, uyku bozukluğu, huzursuzluk, duygu durum değişikliği, hafif öfori, nadiren psikoz ve vasküler nekrozlar oluşabilir. Bu durumda tekrarlayan steroid uygulamasından kaçınılmalıdır¹⁵.

2.9.3. Atak Yönetimi

Hastalıkla ilgili akut belirtilerin meydana geldiği atak dönemleri, atak kriterlerini karşılanması, erken müdahale önemli olduğu için ve hemşire tarafından iyi bilinmelidir.

MS’de sık görülen önemli ataklar optik nörit epizotları, transvers myelit ve beyin sapı olaylarından oluşur. Atak 24 saatten fazla süren ve SSS’den kaynaklanan nörolojik kötüleşme epizodu olarak tanımlanır. MS’li hastaların klinik belirti vermeksizin de beyinde inflamasyona neden olabileceği , nörolojik muayenede minimal bulgu saptansa da kötüleşme olabileceği artık kabul edilen bir gerçektir. Psödo ataklar ise var olan semptomların sıklıkla enfeksiyon, herhangi bir hastalık veya stres nedeniyle geçici kötüleşmesidir. Psödo atak durumunda, tetikleyici faktörün ortadan kaldırılması ile steroid kullanmaya gerek kalmadan semptomlar düzelir. Steroidlere başlanmadan önce tüm hastalar enfeksiyon açısından değerlendirilmelidir. Atağın durumunu en iyi değerlendirebilecek kişi hastanın kendisidir, hasta hızlı erişim kliniklerine başvurarak atakların erken dönemde değerlendirilmesini ve tedavi edilmesini sağlayabilir¹⁵.

Ataklar esnasında hastayı ortak karar verme sürecinin merkezinde tutma, hastanın ilerleyen dönemlerde yaşayacağı kayıp, belirsizlik, kronik keder ve tekrarlayan yas dönemlerinde daha güçlü olmasına olanak sağlayacaktır. Ataklarda hareket, duyu, duygulanım, bilişte meydana gelen değişiklikler ve steroid tedavisi, kronikleşmiş olan idrara sık çıkma, idrara sıkışma gibi sorunları daha da kötüleştirebilir ve idrar kaçırma epizotları yaşanabilir. Her atakta tanının şoku tekrar tekrar yaşanabilir, bu aşamada psikolojik destek yaşamsal öneme sahiptir¹⁵.

Atak tedavisinde uygulanabilecek diğer seçenekler, plazma değişimi, monoklonal antikor tedavisi, intravenöz immüno globülinlerdir⁹³.

2.9.4.Semptom Yönetimi

Tüm olguların %30-50 kadarında hastalık duysal bozukluk semptomu ile başlar. Optik nörit göz ile ilgili en çok görülen problemidir; etkilenen gözlerde görme bulanıklığı, renkleri görmede azalma, ağrı, fotofobi ve ışık çakmaları görülebilir. Çoğunlukla yüksek doz steroidler etkili olur, ancak bazı hastalarda kalıcı görme kaybı da görülebilir¹⁵.

Hastalarda yanma, kaşınma, karıncalanma, ağırlık hissi, iğnelenme, sızlama, uyuşma, basınç hissi, sıcak ve soğuk hissetme gibi duysal semptomlar görülebilir. İnterkostal kaslarda meydana gelen spazmlardan dolayı göğüste sıkışma ve ağrı hissi sık karşılaşılan bir problemidir. Boyun fleksiyonu ve ekstansiyonu ile spinadan aşağıya ekstremitelere doğru elektrik şoku şeklinde bir his yayılabilir. Hemşire hastaya semptomların mekanizmasını açıklamalı, tetikleyici faktörler açısından günlük aktiviteleri değerlendirmeli ve bu nöropatik semptomları yatıştırmaya yardımcı olan antikonvülsan, antidepresan vb. ilaçlar konusunda hasta ile görüşülmelidir¹⁵.

Yorgunluk hastalığın başlangıcında bildirilen bir sorun olup hastalık ilerledikçe de devam edebilir. Patofizyolojisi anlaşılamamakla birlikte, hastalar fokal kas yorgunluğu veya genel bir bitkinlik ile karakterize, sağlıklı yetişkinlerin hissettiğinden farklı şiddette, aşırı bir yorgunluk ve enerji kaybı bildirirler. Yorgunluk bilişsel işlevi de etkileyebilir. Yorgunluk MS'in kısıtlayıcı semptomlarından biridir, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler, çalışma yaşamındaki performansı en fazla etkileyen faktördür. Yorgunluk bazı hastalarda başlangıcı hızlı, ataklar ile ilişkili ve diğer nörolojik semptomlar eşliğinde olabilirken bazı hastalarda da kroniktir ve dalgalanarak da olsa devamlı görülür^{15, 94}.

Yorgunluk tedavisinde başlangıçta günde bir kez, daha sonra iki kez olmak üzere 100 mg amantadine kullanılır. Kronik durumlarda aşırı uykululuk halini tedavi etmede

günde 200-400 mg modafinil kullanılabilir, ancak kullanırken dikkatli olunmalıdır, SSS stimülasyonuna neden olarak MS semptomlarına benzeyen yan etkilere neden olabilir¹⁵.

2.9.5.Semptomlara Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

MS’de en çok görülen günlük yaşamı etkileyen semptomlar şunlardır; ağrı, yorgunluk, mesane işlev bozukluğu, barsak işlev bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, tremor, iletişim ,yutma güçlüğü, mobilite ve spastisitedir. Hemşirelik bakımları da bu semptomlara yöneliktir^{15, 95}.

Ağrı; ağrı, prevalansı değişken bir sorun olmakla beraber, %80’e varan oranda hastada hastalık seyri boyunca en az bir kez yaşanır. Akut ağrı, hastaların %10 kadarında hastalığın herhangi bir döneminde görülebilmekle beraber, hastalar çoğunlukla hastalığın erken dönemlerinde akut ağrı, sonraki dönemlerinde kronik ağrı yaşarlar. Trigeminal nevralji vb. akut paroksizmal ağrı, anormal aksonal iletimden kaynaklanır. Optik nörit durumunda görülen subakut ağrı birkaç gün veya bir hafta sürer ve demiyelinizasyon sonucu ortaya çıkar. Kronik nöropatik ağrı direk olarak spinotalamik yollardaki ve posterior spinal yollardaki duyu yollarının demiyelinizasyonu sonucudur. Kronik kas-iskelet ağrısı, örneğin bel ağrısı ve ağrılı bacak spazmları, MS’in kendisinden ziyade semptomlarının sonucunda görülür. Ayrıntılı ağrı değerlendirmesi yapılmalı ve tedavi planı oluşturulmalıdır¹⁵. Ağrının değerlendirilmesinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanılabilir. Ağrı sırasında hastanın dikkatinin ilgisini çekecek bir aktiviteye yöneltmek, masaj , soğuk uygulama ve relaksasyon teknikleri uygulanması hastaya yarar sağlayabilir. Postürün en iyi düzeyde korunması, pozisyonlama ve düzenli yapılan germe egzersizleri ile kontraktürlerin önlenmesi, ağrının engellenmesi ya da giderilmesi için yapılabilir. Ağrı tedavisinde kullanılan transkutaneal elektriksel sinir stimülasyonu ağrıyı azaltmasına rağmen etkisi kısa süreli olmaktadır. Farmakolojik ajan olarak

antikonvülsifler, antidepresanlar, antiaritmikler kullanılabilir. Bu ilaçların başarıya ulaşamadığı durumlarda hastanın daha kapsamlı bir ağrı yönetimi programına alınması gerekmektedir^{15, 95, 96}.

Yorgunluk; yorgunluk MS'li hastalarda en sık karşılaşılan semptomlardan biri olup %75-90 oranında yaşanmakta ve hastaların %50-60'ın da günlük yaşamı en fazla etkileyen sorunlardan biri olarak tanımlanmaktadır. Primer yorgunluk, aktiviteden bağımsız olarak görülen aşırı bitkinlik hali olup vücut ısısının en yüksek dereceye ulaştığı öğleden sonraları en şiddetli düzeyde hissedilir. Yorgunlukla beraber görülen görme bozukluğu vb. semptomlardaki kötüleşme, vücut ısısının normale dönmesi ile düzelir. Sıcaklık intoleransı bazen hastalığın başlangıcında bildirilse de genellikle ilerleyen dönemlerde görülür. Sekonder yorgunluk ise kronik durumların sık görülen bir özelliğidir ve birçok nedenden kaynaklanabilir. İşlev azalması, kondüsyon kaybı, aktiviteleri gerçekleştirebilmek için daha fazla efor harcama, uyku bozukluğu, depresyon ve genel sağlıkta kötüleşmedir^{15, 95}.

Yorgunluk değerlendirmesinde sorunun niteliği, başlangıcı ve süresi, kötüleştiren faktörler, hastanın önceki ve şu anki aktivite ve egzersiz düzeyi, sıcaklık ve bulunulan ortam, günlük yaşam tarzı, psikososyal konular ve ağrı araştırılmalıdır. Hastanın yorgunluğa ilişkin bilgisi, stratejileri ve baş etme davranışları ile yorgunluğun MS'in diğer belirtileri üzerindeki etkisi de değerlendirilmelidir. Yorgunluğu kötüleştirebilecek ilaçlar (antidepresanlar, antispazmodikler, sedatif ve analjezikler) gözden geçirilmelidir. Duygudurum ve çalışmama vb. birçok faktör de yorgunluğun bağımsız prediktörü olabilmektedir¹⁵.

Yorgunluğun etkisini azaltmada uygulanabilecek öz-yönetim stratejilerinden bazıları öğleden sonra dinlenme, mutfakta çok yorulmamak için hazır gıdalardan yararlanma, sıcak havalarda soğuk duş ve aktiviteler planlama vb. enerji koruyucu

yöntemler ile ev iş ortamında yapılacak düzenlemelerdir. Soğutucu cihazlar, klima kullanılarak ve aşırı sıcaktan kaçınılarak beden sıcaklığı kontrol altında tutulabilir. Uykuyu bölen faktörler belirlenmeli ve uygun girişimler başlatılmalıdır. Klinik depresyon sedasyona yol açmayan bir antidepresan ile tedavi edilmelidir. Yaşam kalitesini iyileştiren; hastanın aerobik egzersiz, yorgunlukla başetme programlarına katılım vb. olumlu yaşam tarzı davranışları benimsemesi sağlanmalıdır^{15, 95}.

Mesane işlev bozukluğu; başlangıçta nadir olarak akut ataklarda, hastalığın ilerleyen dönemlerinde ise %75-95 oranında görülebilir. MS’te iki çeşit mesane işlev bozukluğu görülür; bunlardan biri, mesanenin kontrolsüz kontraksiyonlarına bağlı olarak mesanenin idrarı depolama işlevinin bozulmasıdır. Bunun sonucunda idrara çıkma sıklığının artması, idrara sıkışma ve idrar kaçırma görülür. Diğeri ise mesanenin tonüs kaybına, detrusor kasının hiper refleksisi ve kasılma gücünün zayıflamasına ve detrusor-sfinkter uyum bozukluğuna bağlı olarak, mesanenin idrarı boşaltma işlevinin bozulmasıdır. Buda retansiyon, taşma tipi inkontinans ve miksiyon sonrası mesanede kalan idrar miktarının 100 ml.’den fazla olması ile karakterize sık üriner yol enfeksiyonlarına neden olur. Bazı hastalarda ise idrar depolama ve boşaltma yetersizliği bir arada görülebilir¹⁵.

Mesane işlev bozukluğu tıbbi sorundur. Bu sorun ilaçlar, hareket azlığı, bilişsel sorunlar, el becerilerinde bozulma, spastisite, ataksi, tremor, beslenme ve az sıvı, fazla kafein alımı, yaşam tarzı gibi diğer bazı faktörlerden de etkilenebilir. Ayrıntılı bir değerlendirme çok önemlidir. Aşırı aktif mesanede antimuskarinik ilaçlar kullanılabilir, ancak hastanın miksiyon sonrası idrar miktarının 100 ml.’yi aştığı durumlarda hastaya aralıklı kendi kendine kateterizasyon tekniği öğretilmelidir. İnkontinansı olan hastaya sıvı alımını azaltmaması gerektiği, sadece yatmadan 1-2 saat önce sıvı alımını sınırlaması gerektiği söylenmelidir. Ayrıca hastanın mesane kaslarını

güçlendirmek için Kegel egzersizlerini (mesaneyi boşalttıktan sonra, pelvik bölge kaslarını kasarak 10'a kadar sayıp gevşetme şeklinde günün her saatinde yapılabilir) önerilebilir^{15, 95}.

Barsak işlev bozukluğu; MS'te barsak işlev bozukluğunun nöro-patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. MS'in ilerleyen dönemlerinde yaklaşık %43-70'lik bir prevalans ile sık görülen bir sorun olup hastalığın süresi ile ilişkilidir. Hastalarda konstipasyon veya fekal inkontinans görülebilmektedir. Konstipasyon hastaların yaklaşık olarak %50'sinde görülür. Konstipasyonu kötüleştiren faktörler ilaçlar, abdominal kaslarda zayıflık, spastisite, diyet ve hareketsizliktir. Fekal inkontinans hastaların yaklaşık %25'inde haftada bir kez ve %51'inde ayda birden az sıklıkta görülür¹⁵.

Hastanın barsak işlev bozukluğunun değerlendirilmesi tanı aşamasında başlar ve hastalık ilerledikçe devam eder. Hastaya düzenli tuvalet alışkanlığı kazandırılmalı, beslenmesi düzenlenmeli, hareketini artırması sağlanmalıdır. Kolon aktivitesini suppozitivar, lavman veya rektal stimülasyon gibi yöntemlerle uyarmak bazen yarar sağlayabilir. Stimülan laksatifler gaitayı yumuşatarak tahmin edilemeyen bir zamanda harekete geçirdiklerinden ve inkontinansa yol açabileceklerinden dikkatle kullanılmalıdır. Spesifik fizyolojik anomalinin tespit edilebildiği durumlarda kolonik geçişi hızlandıracak promotilite ajanlarının kullanımı veya sorunun pelvik taban kaslarının gevşemesine bağlı olduğu durumlarda pelvik taban egzersizlerini öğretme gibi daha spesifik tedaviler uygulanabilir^{15, 95}.

Cinsel işlev bozukluğu; MS'te cinsel işlev bozukluğunun etyolojisi anlaşılamamıştır, ancak sorun kadınlarda daha karmaşık görülmektedir. Cinsel işlev bozukluğu ile pontinatrofi ile arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır; hastalığın seyri, süresi, yeti yitimi, hastanın yaşı ve eğitim durumu gibi faktörlerin de sorunu etkilediği

anlaşılmıştır. Cinsel işlev sorunları; erkeklerde erektil işlev bozukluğu, kadınlarda genital duyuda değişiklik, vaginal kayganlıkta azalma ve cinsel istek kaybıdır. Toplumda yeti yitimi olan kişilerin cinsel gereksinimleri yokmuş veya cinsel aktivitede bulunamazlarmış gibi yanlış önyargılar vardır. Hemşireler de, böyle mahrem konularda konuşmayı hastanın özel yaşamına saygı ihlali olarak algıladıklarından veya sorunun çözümüne yardımcı olamayacaklarını düşündüklerinden, bu tür konuları hastaları ile görüşme konusunda sıklıkla isteksiz davranırlar. Ancak hastalar konuyu gündeme getirme konusunda utangaç hissetseler de, genellikle bu konuları konuşma fırsatı elde etmekten memnun olurlar¹⁵.

Cinsel işlev bozukluğuna ilişkin hemşirelik değerlendirmesi hastanın mahremiyetine duyarlı olduğu kadar iyi yapılandırılmış da olmalıdır. Hastanın cinsel yaşam özellikleri sorgulanmalı, hastaya psikolojik destek sağlanmalı, danışmanlık/hasta eğitimi verilmeli ve cinsel işlev bozukluğu polikliniklerine veya psikiyatriste yönlendirilmelidir^{15, 95}.

Tremor; tremor en kısıtlayıcı semptomlardan biri olarak tanımlanır; hafif bir tremor dahi basit işleri gerçekleştirmeyi güçleştirebilir. İstemli hareket esnasında ortaya çıkan aksiyonel tremor MS’te en sık görülen tremor türüdür. Hasta hedefe yaklaştıkça (örneğin; kahve almak üzere uzandığında) tremoru artar. İşaret parmağı kullanılarak parmak-burun testi yaptırıldığında da bu durum gözlenir; parmak hedefe yaklaştıkça koordinasyon bozulur. Postüral tremor kişi istemli olarak yer çekimine karşı koyduğunda, örneğin kollarını öne doğru uzatıp ellerini gerdiğinde veya bacak üst üste attığında ortaya çıkar. MS’te yaygındır, serebellar işlev bozukluğunun semptomudur, baş ve boyun sallanması da görülebilir. Dik bir postüre, bel ve gövdenin iyi desteklenmesine, kolların uygun yükseklikte dinlenmesine olanak veren bir oturma yüzeyi sağlamak tremoru azaltabilir. Hastalar bu sorunun giderilmesinde fizyoterapiye

ve uğraşı terapisine yönlendirilmelidir¹⁵.

İletişim ve yutma bozuklukları; iletişim bozuklukları eskiden sanıldığından daha sık görülmektedir, hastaların %40-50 kadarını etkilemektedir. Beyin sapı lezyonları konuşmada orta-ağır derecede değişikliğe neden olur; hastada yineleyip yatışan ve hastalık ilerledikçe kötüleşen dizartri, disfoni ve disfaji sorunları görülebilir¹⁵.

Hasta konuşma ve yutma sorunlarının başlangıcı, süresi, şiddeti, disfaji semptomları, çiğneme güçlüğü, sorunu kötüleştiren yorgunluk, kızgınlık, üzüntü, bilişsel değişiklikler vb. faktörler ve yandaş sorunlar açısından değerlendirilmelidir¹⁵.

Mobilite; spastiside, tremor, ataksi, kas güçsüzlüğü, denge kaybı, vertigo, ağrı, duyuşsal ve görsel bozukluklar, yorgunluk vb. tüm sorunlar hastanın hareketini etkileyebilir. Hastanın %50'sinde tanıdan itibaren 15 yıl içinde mobilite güçlükleri ortaya çıkar ve yürümek için yardımcı araç veya tekerlekli sandalye kullanmaları gerekir. Mobilite sorununun niteliği, başlangıcı ve ağırlığı değerlendirilmelidir. Denge kaybı, düşmeler, transfer veya yürümede zorluk görülebilir, sorunu kötüleştiren çevresel bariyerler vb. faktörler de değerlendirilmelidir¹⁵.

Yavaş ve sinsi bir şekilde kötüleşen motor işlev, ilerleyici yeti yitimi ile birlikte kalıcı spastisite ve spazmlar hastayı tekerlekli sandalyeye bağımlı duruma getirebilir, ikincil ve üçüncül komplikasyon riskini artırabilir. MS'te mobilitedeki değişikliklerin formal değerlendirmesi genellikle zamana karşı yürüme testi ve EDDS ile yapılır¹⁵.

Spastisite; spastisite MS'te üst nöron hasarına bağılı olarak sık karşılaşılan alt ekstremité güçsüzlüğü ve spazmadik veya sürekli kas sertliğinin eşlik ettiği bir sorundur. Spastiside bir çok faktör ile kötüleşebilir. Değerlendirmede soruna neden olan ve kötüleştiren faktörler, sorunun başlangıcı, bölgesi, sıklığı ve hasta üzerindeki etkisi araştırılmalıdır¹⁵.

Spastisite hastanın hareketini sınırlar, ağrıya neden olur ve bası ülserleri vb ikincil komplikasyon riskini artırır. Bireyin dışarı çıkma konusunda kendine güvenini sarsabilir ve yaşamdaki birçok aktivitesini etkileyebilir. Hafif derecedeki spastisitenin yönetiminde, etkilenen eklemlere pasif germe egzersizleri ve ağrı, enfeksiyon vb. spastisiteyi kötüleştiren sorunların tedavisi etkili olabilir. Fizyoterapi ile (güçlendirme, germe, ayakta durma ve ağırlık kaldırma egzersizleri) postür, hareket ve denge iyi duruma getirilebilir. İyi fonksiyonel postürü korumada ekstremiteleri atelleme, özel/kişisel oturma yüzeyleri kullanma, spastisite ve spazmları kötüleştiren faktörlerin önlenmesi yöntemlerinden de yararlanılabilir¹⁵.

Diğer tedavilere yanıt vermeyen lokal hipertoni ve spastisite durumlarında intramüsküler botulinum uygulaması da düşünülebilir. Motor noktalara phenol enjeksiyonu yapılabilir. Tüm bu seçenekler nörofizyoterapi ile birlikte uygulanmalıdır. Kullanılabilecek diğer ilaçlar özellikle geceleri etkili olan, uykuyu destekleyen ve ağrılı spazmları azaltan clonazepam ve diazepam'dır¹⁵.

2.10. Öz-Bakım Gücü

2.10.1. Öz-Bakım Kavramı

Bireylerin içsel, dışsal etmenleri etkileyerek kendilerinin bakımı için harekete geçmeleri, kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyilik hallerini korumak ve devam ettirmek için üzerlerine düşeni yapmaları öz-bakım olarak, ilgili aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği ise öz-bakım gücü olarak tanımlanmaktadır^{74, 97}. Öz-bakım gücü bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmekiçin sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama yeteneği şeklinde ortaya çıkar⁹⁸.

Öz-bakım “Dorothea E. Orem'in” genel hemşirelik kuramının temel kavramlarından biridir ve öz-bakım ile ilgili çeşitli tanımlamalarda bulunmuştur. Bunlardan bazıları; bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik durumunu korumak için gerekli

aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması, uygulaması, kendi sağlıkları için sürekli katkıda ve katılımıda bulunmalarıdır. Başka bir tanımlama ise hastalığın tanı ve tedavisinde sağlığın korunması ve daha iyi düzeye getirilmesinde bireyin kendi adına fonksiyon görmesi şeklindedir⁹⁹.

Fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olan bireyin öz-bakımı çocukluktan ileri yaşlara doğru gelişim göstererek değişir ve bu değişim bireyin sağlık durumu, eğitimi, yaşam deneyimleri, yaşadığı toplumun kültürü, günlük yaşamda olanakları kullanabilmesi gibi faktörlere bağlıdır¹⁰⁰.

Orem'e göre öz bakım; insan, çevre, kültür ve günlük yaşam değerleri gibi birçok kavramla ilgilidir⁹⁹.

İnsan; insan rasyonel güçlere sahip psiko-fizyolojik bir organizmadır ve insan öz-bakım davranışı için motivasyonunu fonksiyonlarıyla birleştirir.

Çevre; insanın dışındaki öğeleri kapsar. İnsan, gereksinimlerini çevrenin baskılarına göre düzenler.

Kültür; bireyin öz-bakım için gereksinimlerini karşılama biçimidir. İç güdüsel olmaktan çok, kültürden etkilenen öğrenilmiş bir davranıştır. Bireye kültürel ölçüleri ilk öğreten kurum ailedir.

Günlük yaşam değerleri; Orem'e göre, öz bakım bireyin sadece aile içindeki konumundan etkilenmekle sınırlı kalmaz, bireyin yaş ve sağlık durumlarından da etkilenir.

Kişinin değerler sistemi onun öz-bakımındaki önceliklerini belirler^{74, 99}.

Öz-bakımla ilgili varsayımlar

– Öz-bakım, herkesin karşılaması gereken temel insan gereksinimleridir.

Bugereksinimler karşılanmadığı ve bakım sürdürülemediği zaman sağlık olumsuzyönde etkilenir.

- Öz-bakım, bireyin eyleme geçmesini sağlayan yargılamalara ve olguları incelemeye dayandığından öz kontrol bu sürecin bir parçasıdır.
- Öz-bakım, doğrudan benlik-kavramından (öz-kavramı) etkilenir.
- Öz-bakım, insanların sorumluluk alabildikleri gönüllü eylemlere dayanır.
- Öz-bakım, bireyin kişilerarası ilişkilerinden, aile sistemi etmenlerinden, kültürelve sosyal deneyimlerinden etkilenir.
- Öz-bakım, demografik özelliklerden, bireysel özelliklerden, sağlık durumundan,sağlık bakım sisteminden etkilenir.
- Öz-bakımda başarı için kişinin eylem yapabilme (aktif katılım) gücünün olmasıgerekir⁹⁹.

2.10.2. Öz-Bakım Gücü Kavramı

Öz-bakım gücü, sağlığın korunması, devam ettirilmesi ve daha iyi düzeye getirilmesi ile ilgili bireyin öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir. Öz- bakım gücü bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama yeteneğidir¹⁰¹.

Öz-bakım gücü, bireyin devamlı bakım ihtiyaçlarını karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesini, gelişmesini sağlayan, bireyin karmaşık, kazanılmış bir yeteneğidir. İnsanın yaşamı boyunca değişme ve gelişme gösteren bu yetenek, kendiliğinden öğrenme süreci, zihinsel etkinlik, merak, eğitim, denetim ve deneyim yoluyla gelişir. Orem; bireylerin öz-bakımlarını karşılama düzeylerinin kişiden kişiye farklılıklar gösterdiğini ve bu farkı ortaya çıkaran en önemli etkenlerden birinin öz-bakım gücü olduğunu ortaya koymuştur. Öz- bakım gücü ile ilgili varsayımlar aşağıda verilmiştir⁹⁹.

Öz -bakım gücü ile ilgili varsayımlar;

- Öz-bakım gücü, karmaşık ve zamanla kazanılmış bir özelliktir.

- Öz-bakım gücü, öz bakımın gerektirdiği eylemleri gerçekleştirmeye alışkanlıkkazanmış bir bireyin yeteneğidir.
- Bireyin çevresindeki bazı etmenler ve koşullar öz- bakım gücünün gelişimini ve kullanımını etkiler.
- Öz-bakım gücünün kullanımı, içsel ve dışsal koşulların düzenlenmesine yönelmiş bir dizi eylemlerle ortaya çıkar.
- Öz-bakım gücü, bireyin öz-bakımla ilgilenmesindeki sınırlamalarına ve yeteneklerine göre tanımlanır.
- Öz-bakım gücü, bireyin öz-bakım gereksinimlerini önceden bilme ve gerçekleştirme yeteneğidir.

2.10.3. Öz-Bakım Gereksinimleri

Bireylerin öz-bakımı eksiksiz bir şekilde yapabilmeleri ancak yetenekleri ile çeşitli öz-bakım gereksinimleri arasındaki dengeyi sürekli sürdürmesi ile mümkündür⁹⁹. Öz-bakım davranışı, kültürel özelliklerden kaynaklanan uygulamalardan, kişinin sahip olduğu sağlık bilgisinden, bireyin aile içindeki konumundan, arkadaş ve çalışma grupları gibi aile dışı diğer sosyal gruplardan etkilenir. Öz-bakım gücünün gelişmesi ve işlerliği kültür, yaşam deneyimleri ve sağlık durumu gibi etmenlerden olduğu kadar genetik ve yapısal etmenlerden de etkilenebilir¹⁰².

Orem kuramında yer alan öz-bakım gereksinimlerini 4 grupta incelemiştir¹⁰¹.

Bunlar:

- Evrensel öz-bakım gereksinimleri,
- Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri,
- Tedavi edici öz-bakım gereksinimleri,
- Sağlıktan sapmalarda öz-bakım gereksinimleri,

Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri: İnsanın temel gereksinimlerini kapsayan

tüm günlük yaşam aktivitelerinin karşılanmasıdır. Temel gereksinimler^{99, 103, 104}.

- Yeterli hava alımının sağlanması,
- Yeterli su alımının sağlanması,
- Yeterli besin alımının sağlanması,
- Boşaltımın sağlanması,
- Aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sağlanması,
- Yalnızlık ve sosyal ilişki arasındaki dengenin sağlanması,
- İyi halinin devam etmesi, insan temel yapı ve fonksiyonlarını bozan risklerin önlenmesi,
- Bireyin sınırlılıkları ve istekleri arasında uyum olması.

Sağlıklı bir kişinin bu temel gereksinimleri karşılaması için yeterli öz-bakım yeteneklerine sahip olması gereklidir. Gereksinimler etkili şekilde karşılandığı zaman, öz-bakım pozitif sağlığı ve iyiliği destekler.

Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri: İnsan, intrauterin dönemden başlayarak doğum süreci, neonatal dönem, bebeklik dönemi, çocukluk, puberte-adölesan dönemi, erişkinliğin gelişimsel dönemleri boyunca olgunlaşarak ilerler¹⁰⁴.

Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri, insanın gelişmesini etkileyebilecek eğitimden yoksunluk, sosyal uyum sorunları, sağlıklı kişilik gelişiminde yetersizlikler, akraba, arkadaş ve dost kaybı, servet ve iş güvence kaybı, tanıdık olmayan bir çevreye ani geçiş, toplumsal statü ile ilgili sorunlar, kötü sağlık ya da sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, terminal hastalık ya da ölüm tehdidi altında olmak gibi zorlayıcı sağlık koşulları gibi sağlığa zararlı etkilerinden korunmasını, bu etkilerle başa çıkabilmek ya da zararlarından en az düzeyde etkilenmek için bakımın sağlanmasını gerektirir¹⁰⁴.

Tedavi Edici Öz-Bakım Gereksinimi: Orem, hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirme için gerekli olan tüm öz-bakım faaliyetlerini ‘tedavi edici öz-bakım

gereksinimi' olarak tanımlamıştır. Tedavi edici özbakım gereksinimleri öz-bakım ajanı olarak bireylerin, sağlık ve iyilik durumlarını sürdürmek için karşılamak zorunda oldukları ve gereksinim duydukları faaliyetler dizisidir. Tedavi edici öz-bakım gereksinimleri bireyler için pozitif sağlık sonuçları üretir. Bireylerin terapötik öz-bakım gereksinimleri hayat boyunca değişim gösterir. Öz-bakım gücünün, terapötik öz-bakım gereksinimini karşılamada yetersiz kaldığı durumda öz-bakım açığı ya da yetersizliği ortaya çıkar. Bu durum öz-bakım yetersizliği (açığı) diye adlandırılır¹⁰⁵.

Sağlıktan Sapmalarda Öz-Bakım Gereksinimleri: Bu grupta yer alan gereksinimler

her hangi bir sağlık sorunu olan bireylere özgüdür. Bireyin fonksiyonlarında ciddi etkilenme olduğunda bireyin öz-bakım gücünde kalıcı ya da geçici bozulmalar olur. Bu durum bireyi tamamen ya da kısmen bağımlı hale getirebilir. Sağlıktan sapma durumlarında bireylerin, gereksinimleri olan tıbbi bakımı araştırmaları ve bakıma katılmaları bireylerin öz bakım eylemlerini oluşturur. Sağlıktan sapma durumlarında bireyler kendi öz-bakım sistemini sürdürmede becerili olurlarsa kendi bakımları için ilgili tıbbi bilgiye ve yardıma başvurabilme özelliği de gösterebilirler¹⁰¹.

2.10.4. Öz- Bakım ve Hemşirelerin Rolü

Orem, hemşireliği, “teorik ve pratik bilgiyi içeren uygulamalı bir bilim” olarak ifade etmiştir; hemşirelik, kısmen veya tamamen yetersizlikleri olan kişilere yardım etme, sağlıkla ilgili günlük bakımlarını sağlamada bir araç olarak görülebilir.

Hemşirenin ihtiyacı olan kişiye tamamen yardımcı olabilmesi o kişinin yeteneğine ya da gücüne bağlıdır. Hemşirelik gücünün amacı, terapötik öz-bakım gereksinimlerini belirlemede ve karşılamada insanlara yardım etmektir. Bu güç bireyin öz-bakım gücünden olduğu kadar, hemşirenin eğitiminden ve deneyiminden de etkilenir. Bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı ya da bireye nasıl yardım

edileceğinin yanıtı hemşirelik sisteminde yer almaktadır. Sağlam/hasta bireylerin gereksinimlerinin karşılanması için 3 çeşit hemşirelik sistemi tanımlanmıştır. Bu sistemler içinde; destekleme, rehberlik etme, gelişme sağlayan bir çevrenin oluşturulması ve öğretim yer alır. Hemşirelik sistemleri:

- **Tümüyle Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi:** Hastanın, öz-bakımında hiçbir aktif etkinliğinin olmadığı durumları temsil eder.
- **Kısmen Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi:** Hemşire ve hastanın bakım önerilerini ve diğer eylemleri birlikte gerçekleştirdiği durumu temsil eder.
- **Destekleyici-Eğitsel Hemşirelik Sistemi:** Bireylerin öz-bakım uygulamalarını nasıl yapacağını öğretir.

Hemşireler uygun hemşirelik sistemini seçerek, uygun yardım etme yöntemlerini kullanırlar. Orem kuramında, birey adına davranmak ya da yapmak; bireye rehberlik etmek; bireyi fiziksel ya da psikolojik olarak desteklemek; kişisel gelişmeyi sağlayan bir çevre oluşturmak ve bireye öğretim yapmak olarak belirlediği beş farklı yardım etme yöntemi tanımlanmıştır^{99,105}.

2.11.Yalnızlık Kavramı

2.11.1.Yalnızlık Tanımı

Yalnızlık, bireyin başkaları tarafından anlaşılmadığını ve reddedildiğini hissettiğinde, başkalarından uzaklaşıp yabancılaştığında ya da sosyal bütünleşme ve duygusal yakınlık sağlayan etkinliklerde uygun sosyal eşlerin bulunmayışı ile ortaya çıkan bir duygusal rahatsızlık durumudur. Yaş, cinsiyet, ırk, sınıf ayrımı olmadan her insan hayatının bir bölümünde yalnızlık yasayabilir. Yalnızlık evrensel bir kavramdır^{106, 107}.

Yalnızlık duygusu güçlülük ve dayanıklılık gerektirir, insanın kendini tanımasını sağlar, çevresindeki kişilerle ilişkilerini sorgulamasını sağlar. Böylelikle bireyin

büyümesini, olgunlaşmasını, çevresindekilerle pozitif ve anlamlı ilişkiler kurmasını sağlar^{106, 107}.

2.11.2.Yalnızlığın Sınıflandırılması

Peplau yalnızlığı yapayalnızlık, tek başınalık ve yalnızlık olarak sınıflandırmıştır¹⁰⁸.

Yapayalnızlık: Kişi başkalarıyla birlikte olmak istemesine rağmen çevresindeki kişilerden uzak durması olarak tanımlanır. Kişi kendisini başkalarından soyutladığında bunu anlar. Anladığında başkalarıyla birlikte olmak istediğini dile getirir. Kişi ailesi, yakın arkadaşları ve çevresiyle birlikte olmasına rağmen yalnızlık duygusunu hissetmeye devam eder^{106, 109}.

Tek başınalık: Kişi hayatını etkileyen kararlar alırken yalnız olması olarak tanımlanmaktadır. Bazen kişi kendisi yalnız olmak ister. Örneğin resim yapan, yazar, keşif yapan bireyler yalnız olmak isteyebilirler. Yani tek başınalık tercih edilen bir durumdur. Hasta birey kendisiyle ilgili bir karar ailesi olmadan verebilir^{106, 109}.

Yalnızlık: Yalnızlık, boş hissetme ve kendini bırakmanın duygusal ifadesi şeklinde tanımlanabilir. Kişinin sosyal çevresiyle iletişiminin hem niteliksel, hem de niceliksel bozulması durumunda yaşanan güzel olmayan bir duygudur. Peplau, yalnızlığın kişinin kendisinin istediği bir durum olmadığının altını çizer. Kişi çoğunlukla neden yalnız olduğunu bilmez. Yalnızlık çoğu zaman bir duygu olarak değil, kişide açıklanamayan bir korku, sıkıntı, ümitsizlik, yerinde duramama şeklinde yaşanır^{106, 109}.

2.11.3.Yalnızlığın Boyutları

Yalnızlık beş boyut da incelenebilir bunlar¹⁰⁹:

Yalnızlığın Fiziksel Boyutu

- Kişinin kronik bir hastalığı var ise bu sosyal izolasyona neden olabilir.

- Fiziksel hareket yetersizlikleri ve kayıplar yalnızlığın gelişimi için risk faktörü olabilir.
- Konuşma ve işitme engeli kişinin yalnızlık nedeni olabilir.

Yalnızlığın Emosyonel Boyutu

- Kendi sorunlarından uzak dururken, diğerlerinin arkadaşlığına gömülmek bireyde yalnızlık anksiyetesi yaratabilir.
- Önemli bir şeyin kaybı yalnızlığı arttırabilir.
- Adölesanların hissettiği yalnızlık çocukluk dönemi ile ilişkilidir.
- Yalnızlık psikozlara neden olabilen, yapıcı olmayan emosyonel paralizilerdir.
- Olayların yıldönümü yalnızlık hislerini ortaya çıkartır.
- Yalnızlık çok ezicidir. Sürekli yaşanır.
- Bir sevdiğinin, sır arkadaşının ya da destek veren bir kişinin eksikliği emosyonel yalnızlıkla sonuçlanabilir.

Yalnızlığın Entellektüel Boyutu

Birey yalnızlık hissettiğinde, bunun nedenini tanımlayamaz. Yalnızlık duygusu geçtikten sonra ise süresiz olarak acı dolu olan yalnızlık deneyimi hakkında görüşmeyi ve hatırlamayı istemez.

Yalnız bireyde 2 tür düşünce gelişebilir. Birincisinde birey yalnızlık hissini tanımlayabilir ve bunu sözel olarak ifade edebilir. Diğerinde ise mantığa uygun olmayan ve gerçeğe ilişkisiz otomatik düşünceler hâkimdir. Bu tür algılamalarda bilişsel bozulmalardan söz edilir. Bunları tanımlamak birey için daha güçtür.

Yalnızlığın Sosyal Boyutu

- Yalnızlık psikolojik distresin eşlik ettiği, sosyal ilişkilerdeki doyumsuzluk ya da sosyal ilişkilerin yokluğudur.
- Yalnızlık, primer grup ilişkilerinin azlığından kaynaklanan modern

toplumlara özgü bir olgudur.

- Yalnızlık yakınlık kuramama ile karakterizedir.
- Özgüven yetersizliği yalnızlık için bir risk faktörüdür.
- Düşük benlik saygısı yalnızlığın gelişimine katkıda bulunur.

Yalnızlığın Spiritüel Boyutu

- İnsanların çoğu yalnızlıktan korktuğundan dolayı, bütün değerlerden uzak kaldıklarını hissedebilir.
- Yalnızlık katkıda bulunamamadır.
- Güçlü bir dini inanç yalnızlığı önleyebilir. Diğer insanlara yardımcı olma hislerini sağlar.

2.11.4.Yalnızlığın Belirtileri

Yalnızlığın belirtileri kişiden kişiye farklılık gösterebilir.Bunlar^{106, 109};

- Yeme alışkanlığında değişim; normalden fazla yemek yeme ile birlikte kiloda artış yada normalden az yeme ile kiloda azalma,
- Uyku değişimleri; çok uyuma ya da uyuyamama,
- Önemsizlik duygusu; hiç kimse için hatta kendisi için de önemli olmama duygusu,kendine acıma,
- Somatik ağrılar; sırtta, bacaklarda ağır yük taşımış gibi dirençsizlik tarzında ağrılar,
- Tek başına yapılan faaliyetlerde artma; amaçsız ve aşırı derecede alış-veriş etme, amaçsız bir şekilde TV izlemek,
- Alkol ve ilaç kullanma,
- İntihar girişimleri,
- Düşük omuzlar, aşağı kıvrılmış dudak çizgileri, yavaş ve acı çeker gibi yürüyüş,

- Umutsuzluk,
- Kendini her şeyden çekmek, sessizliğe gömülmek, ilgisiz ve amaçsız olmaktır.

2.11.5.Yalnızlıkta Hemşirenin Rolü

Hemşire hasta bireyi iyi gözlemleyip araştırıp bir bütün olarak değerlendirmesi sonucunda problemlere çözüm bulabilir. Yalnızlık ta bu problemlerden biridir. Hemşire bireyin yalnızlık duygusunu değerlendirirken bireyi her açıdan iyi gözlemlemeli çünkü her bireyin tepkisi farklı olabilir. Kimi birey bunu sözel olarak ifade eder kimisi davranışları ile belli eder. Bu nedenle hemşire yalnızlık duygusunu değerlendirirken şunlara dikkat etmelidir;

- Sosyo-demografik özelliklerini,
- Sözel ya da sözel olmayan tepkilerini,
- Kişilerarası sosyal ilişkilerin nitelik ve niceliğini,
- Sosyal desteklerini kullanabilme düzeyini,
- Ailede ve diğer kişiler arasında karar verme düzeyini,
- Mesleki ve sosyal görevlerini,
- Yaratıcılık, üretkenlik ve sosyal aktivitelerle meşgul olma ve bunlardan hoşnutsuzluk durumunu,
- Hoşnutsuzluğunun sözel veya sözel olmayan ifadelerini incelemeli ve ileri veri toplamalıdır.

Yalnızlık genellikle depresyon ile karıştırılır. Bu yüzden hemşire tanılarını dikkatli koymalı ve amaçlarını doğru belirlemelidir. Hemşire; yalnızlık duygusu yaşayan bireye hastalığı hakkında ve tedavi sürecinden bahsetmelidir. Bilgilendirmeye aile üyeleri bireyin sevdiği kişilerde dâhil edilebilir. Çünkü aile bireyleri de yalnızlık yaşayabilirler. Hasta bireyin kendisi için özel hissettiği eşyaları yanına almasına,

sevdiği insanlarla (aile, arkadaş vb.) vakit geçirmesine müsaade edilmelidir. Diğer bireylerle ilişkilerinin olması için desteklenmelidir. Hasta bireye ismi dışında onun değerli olduğunu ve psikolojik destek sağlamak amacıyla başka hitaplarda bulunabilir. Hastanın kendi duygu ve düşüncelerini rahat bir şekilde dile getirmesi için ortam sağlanmalıdır. Bireyin bakımına ailesi de katılarak birey ile ailesi arasındaki iletişim artırılmalıdır. Hemşire hasta bireyin her zaman yanında olduğunu hissettirmelidir ve böylelikle bireyin anksiyetesi azalır doğru orantılı olarak yalnızlık duygusunda azalır. Hasta taburcu olduktan sonrada bireyde kronik yalnızlık duygusu oluşmaması için takip edilmelidir^{106, 109}.

2.12.Yeti Yitimi Kavramı

2.12.1.Yeti Yitimi Tanımı

Yeti yitimi birçok kavramı içeren çok yönlü karmaşık bir konudur. Yeti yitimi şu şekillerde tanımlanmaktadır;

Yeti yitimi; fiziksel ve psikolojik hastalıklar nedeni ile bireyin sorumluluklarını, günlük yaşamı için üzerine düşen görevini yerine getirememesidir¹¹⁰. Başka bir tanıda, yeti yitimi vücudumuzun görevlerini bazı problemlerden dolayı aksatması, kişinin yaşamını kısıtlaması, günlük yaşamını sürdürmede yetersiz kalması olarak tanımlanmıştır¹¹¹. Tanımlara bakıldığında kişinin kendine yetememesi sosyal ilişkilerini de etkilemektedir¹¹¹.

2.12.2.Yeti Yitiminin Sınıflandırılması

22 Mayıs 2001'de Dünya Sağlık Örgütünün koordine ettiği dokuz yıllık bir yeniden düzenleme süreci sonucunda Dünya Sağlık Asamblesi, "ICF" kısaltmasıyla kullanılmak üzere İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasını onaylamıştır. Bu sınıflandırma sistemi ilk olarak 1980 yılında işlevsellik ve yeti yitimine dair sağlık bileşenlerinin sınıflandırılması için birleştirici bir çerçeve sağlamak

amacıyla DSÖ tarafından "ICIDH" kısaltmasıyla ve "Bozukluk, Yeti Yitimi ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırması" başlığıyla oluşturulmuştur¹¹².

ICF sınıflandırması, DSÖ tarafından hazırlanan Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırmasının 10. revizyonunun bir tamamlayıcısı niteliğindedir. ICD-10 tanı ve sağlık durumu hakkında bilgi içerir ancak işlevsellik durumuna dair bilgi içermez. ICD ve ICF, DSÖ Uluslararası Sınıflandırmalar Ailesi'nin (WHO-FIC) iki temel bileşenini oluştururlar.

ICF şu bileşenler etrafında yapılandırılmıştır¹¹²:

- Beden yapısı ve işlevleri
- Etkinlik (kişi tarafından bir eylem ya da bir görevin yerine getirilmesidir) ve katılım (yaşamın içinde olmaktır)
- Çevresel etmenler ve kısıtlamalara dair ek bilgiler

İşlevsellik ve yeti yitimi, bireyin sağlık durumu ve çevreye dair bağlamsal etmenlerin karmaşık bir etkileşimi olarak görülür. Faktörlerin ve boyutların bu kombinasyonu bize "kişinin kendi dünyasındaki" resmini çizer. Sınıflandırma bu boyutlara lineer veya statik olarak değil, etkileşimsel ve dinamik olarak bakar. Böylece, bir ölçüm aracı olmasa da, yeti yitiminin derecesini değerlendirmeyi sağlar. Sağlık durumları ne olursa olsun tüm insanlara uygulanabilir. ICF'nin kullandığı dil etiyooloji açısından nütürdür ve sağlık durumu veya hastalığa değil işlevselliğe odaklanır. Ayrıca, farklı kültürel bağlamlarda, farklı yaş ve cinsiyet gruplarında uygulanabilecek şekilde tasarlanmıştır ve heterojen toplumlar için son derece uygundur¹¹².

2.12.3.Yeti Yitimi ve Hemşirenin Rolü

Nedeni henüz tam olarak bilinmeyen MS; kronik, ilerleyici bir hastalıktır. Bu nedenle hastalığa yakalanan kişilerin fiziksel, emosyonel, sosyal ve bilişsel işlevlerinde olumsuz yönde değişiklikler meydana gelir. Bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine

getiremez ve başkalarının yardımına ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle hemşirelerin bireyleri desteklemesi gerekmektedir¹¹³.

Hastalığın prognozunun belirsizliği, geçirilen ataklar, aile içerisinde görevini yerine getirememesi kişide psikolojik sorunlara neden olur. Buda kişinin çevresi ve ailesi arasındaki ilişkilerde kopukluk meydana getirir. Bu konuda kişi desteklenmeli ve yardım alabileceği kurumlara yönlendirilmelidir¹¹³.

Hastalığın ilerleyen yıllarında hastada oluşan yeti yitimi nedeni ile kişi yatağa bağımlı hale gelebilir. Hemşire yatağa bağımlı hasta bakımı konusunda hastayı desteklemeli ve eğitim vermelidir¹¹³.

2.13. Multiple Sklerozda Öz Bakım, Yalnızlık, Yeti Yitimi ve Hemşirenin Rolü ve Bakımı

Multiple skleroz merkezi sinir sistemini etkileyen, miyelin kılıfının hasarı ile karakterize kronik ilerleyici bir hastalıktır. İlerleyici ve nörolojik hastalık olması bireylerde ciddi bir şekilde yetersizliklere neden olmaktadır. Bireyin merkezi sinir sisteminde etkilenen bölgeye göre motor, duyuşsal, görsel, bilişsel, cinsel işlevleri ve kas koordinasyonunda çeşitli klinik semptomlar meydana gelmektedir. Hastalıkta zaman ilerledikçe aksonların hasara uğraması sonucunda bireylerde klinik semptomlar oluşmakta ve farklı düzeylerde yeti yitimi meydana gelmektedir. Bu sonuç başlangıçta sadece ataklar ile ortaya çıksa da hastalığın ilerlemesi ile hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemeye başlar³².

MS kronik bir hastalık olması nedeni ile hasta bireylerde karşılaşılan en büyük sorunlardan biride öz-bakım gücündeki eksiklerdir ve hastalık kronik olduğundan burada amaç hastayı iyileştirmek değil hasta bireyin tedavi planına uyumunu ve kaliteli yaşam sürmesini sağlamaktır. Hemşireler hasta bireylere öz-bakım güçlerini geliştirmesi, desteklemesi, hastalık durumunu kendi ortamlarında kontrol etmeleri,

hastalık sürecinin olumsuzluklarından ve belirsizliklerden kurtulmaları açısından desteklemelidirler³².

MS'in prognozunun belirsizliği, atakların meydana gelmesi, bireyde yeti yitimi ve öz-bakım gücü kayıplar oluşması kişinin çevresi ve ailesi arasındaki ilişkileri de etkiler. Kişinin aile içi sorumluluklarını yerine getirememesi, günlük yaşam aktivitelerini yapamaması ve başkasına bağımlı hale gelmesinden dolayı psikolojik sorunlar oluşmasına neden olur ve kendini diğer sağlıklı bireylerden dışlanmış yalnız hissedebilir. Bu konuda birey desteklenmeli ve gereken kurumlara yönlendirilmelidir¹¹³.

MS'li hastalarla yapılan çalışmalarda farklı düzeylerde yeti yitimi olduğu bildirilmektedir^{23, 25-28}.

Yapılan yarı-kesitsel bir çalışmada MS'li bireylerin % 44'ünde şiddetli veya ağır düzeyde yeti yitimi saptanırken^{19, 29}, başka bir çalışmada %65'inde minimal veya orta düzeyde, %35'inde ise şiddetli veya ağır düzeyde yeti yitimi olduğu bulunmuştur³¹.

Er ve ark³².'nın yapmış oldukları çalışmada; MS' li hastaların %23.1'inde hafif, %29.8'inde orta ve %14.4'ünde ağır düzeyde olmak üzere çoğunluğunda (%67.3) çeşitli düzeylerde yeti yitimi geliştiği, %72.1'inin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede başkalarına bağımlı olduğu saptanmıştır. MS'li hastalarda; yeti yitimi ile çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve evde yalnız ya da ailesi ile birlikte yaşama arasında anlamlı ilişki elde edilmiştir. Benzer şekilde hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede bağımsızlık düzeyi ile çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve hastalık süresi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumu, eğitim düzeyi ve çocuk sahibi olma faktörleri hem yeti yitimi hem de günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede bağımsızlık düzeyini etkileyen ortak faktörler olarak bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada MS'li hastaların %50 sinin kendilerini yalnız hissettiği

ayrıca fonksiyonel sınırlılık ve sosyal desteğin yalnızlığı etkilediği tespit edilmiştir. Ayrıca yalnız hisseden hastaların %8,3 ünün haftanın her günü, %15,5 'inin haftanın 3-4 günü kendilerini yalnız hissettiğini bildirmişlerdir⁶⁴.

Stuifbergen⁴² multiple sklerozlu bireylerde destek kaynaklarını incelediği çalışmasında MS'li bireylerin çoğunun diğer insanlar tarafından anlaşılamadıklarını ifade ettiğini belirtmiştir.

Öz-bakım yeteneğinde azalma MS'li bireylerin hastalık yönetiminde başarısız olmalarına sebep olan önemli bir etmendir. Bu durum hastanın tedaviye uyumunu olumsuz bir şekilde etkileyerek komplikasyonlara ve önemli sağlık problemlerine yol açabilmektedir⁵⁴.

Yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda MS'li bireylerin öz-bakım gücünün orta düzeyde olduğu ve kontrol grubundaki sağlıklı bireylerin öz-bakım gücünün MS'li bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir^{11, 53}.

3. MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniğinde yürütülmüş ve Haziran 2012- Şubat 2016 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Nöroloji polikliniğinin de 3 öğretim elamanı, 4 asistan hekim ve 1 poliklinik hemşiresi çalışmakta olup, her hafta pazartesi günü MS'li hastalar için özel muayene günü olarak belirlenmiştir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniğine kayıtlı, en az 6 aydır MS tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Örneklemi ise Ocak- Haziran 2015 tarihleri arasında nöroloji polikliniğine başvuran ve araştırma kriterlerine uyan 92 MS'li hastalar oluşturmuştur. Örneklem yeterli olup olmadığını belirlemek için yapılan güç analizinde 4 grupta yapılan tek yönlü varyans analizi için %95 güven aralığında, 0,05 önemlilik düzeyinde, etki büyüklüğünün 0,45, gücün %99 olduğu belirlenmiştir. Bu sayı örneklem yeterli olduğuna işaret etmektedir¹¹⁴.

Araştırmaya alınma kriterleri şunlardır;

- Genişletilmiş Özürlülük Durum Skalası (EDSS) puanı 5.0 ve altında olan hastalar (EDSS uzman bir nörolog tarafından değerlendirilmiştir),
- 18 yaş ve üzeri olanlar,
- Sözel iletişim kurabilenler,
- Psikiyatrik bir tanı almamış olanlar,
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olanlar,
- Gönüllü olarak araştırmayı kabul edenler alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen Hasta Tanıtım Formu, yeti yitimi düzeyini belirlemek amacıyla Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA), yalnızlık düzeyini belirlemek amacıyla Yalnızlık Ölçeği (UCLA) ve bireylerin öz bakım eylemleri ile ilgilenme durumlarını değerlendirmek amacıyla Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) kullanılmıştır.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu, hastaların demografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, eğitim durumu, meslek, birlikte yaşadığı kişiler, aylık geliri, gelir durumunu nasıl değerlendirildiği, aile yapısı, sosyal güvence) toplam 11 soru ve hastalığa ait özelliklerini içeren (şu anki sağlık durumunun nasıl değerlendirildiği, ne zamandan beri MS tanısı aldığı, kontrollere gitme durumu, kaç kez atak geçirildiği, MS tipi, hastalık nedeni ile kullanılan ilaçlar, hastaneye yatma durumu, MS dışında başka hastalığın olma durumu, ailede hastalık olma durumu, hastalık hakkında bilgi alma durumu) toplam 10 soru olmak üzere 21 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.4.2. Kısa Yeti yitimi Anketi (KYA)

Hastalardaki yeti yitimi düzeyi Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendirmek üzere, Genel Sağlık Anketi kısa formundaki yeti yitimine ilişkin sorular temel alınarak Stewart ve ark¹¹⁵. tarafından geliştirilmiştir. Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYA'nın de yeti yitimini değerlendiren 11 soru bulunmaktadır. Bu alanlardaki yeti yitimi, hasta tarafından 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-22 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan aralığına göre yeti yitimi puanları; 0-4 puan yeti “yitimi yok”, 5-7

puan “hafif düzey yeti yitimi”, 8-12 puan “orta düzeyde yeti yitimi”, 13 ve üzeri puan “ağır düzeyde yeti yitimi” olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Kaplan¹¹⁶ (1995) tarafından yapılmış olup Cronbach alfa değeri 0.92 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0,94’dür (EK-3).

3.4.3.Yalnızlık Ölçeği (UCLA)

Hastaların yalnızlık düzeyi Russel ve ark¹¹⁷. (1980) tarafından geliştirilen ve Demir¹¹⁸ (1989) tarafından Türkçe’ye uyarlanan 20 maddelik “UCLA Yalnızlık Ölçeği” kullanılarak değerlendirilmiştir. UCLA yalnızlık ölçeği 10’u düz, 10’u ters yönde kodlanmış 20 maddeden oluşmaktadır. Bireylerden maddelerde yer alan durumları ne sıklıkla yaşadıklarını dörtlü Likert tipi ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir. Ölçek olumlu yöndeki ifadeleri içeren maddelere, “hiç yaşamam” 4, “nadiren yaşarım” 3, “bazen yaşarım” 2, “sık sık yaşarım” 1 puan; olumsuz ifadeleri içeren maddelere ise bunun tam tersi olarak, “hiç yaşamam” 1, “nadiren yaşarım” 2, “bazen yaşarım” 3, “sık sık yaşarım” 4 puan verilerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’ dir. Ölçekten alınan puan arttıkça yalnızlık düzeyi de artmaktadır. Ölçekten alınan puan aralığı 50-64 yüksek düzey, 35-49 orta düzey, 20-34 düşük düzey yalnızlığı göstermektedir. Ölçeğin güvenilirliği için yapılan çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.96, test-tekrar test yöntemi elde edilen korelasyon katsayısı ise 0.94 olarak bulunmuştur¹¹⁸. Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0,94’dır (EK-4).

3.4.4.Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)

Bireylerin öz bakım eylemleri ile ilgilenme durumlarını değerlendiren bu ölçek Kearney ve Fleischer¹¹⁹ (1979) tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde Nahcıvan¹²⁰ (1993, 2004) tarafından Türkçe’ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. Her bir ifade 0’ dan 4’ e kadar puanlanmış olup, 5’ likert tip ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. Ölçekteki 8 soru (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür, ölçekten alınabilecek

en yüksek puan 140'tır. Ölçek puanı arttıkça bireylerin öz-bakım gücü doğru orantılı olarak artmaktadır. Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0,91'dir (EK-5).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi' nin özel muayene günü olarak belirlenen pazartesi gününde nöroloji polikliniğine başvuran MS'li hastalardan muayene öncesi ya da muayene sonrasında randevu alındı. MS'li hastaların araştırmaya katılma kriterlerine uygun olup olmadığı değerlendirildi. Uygun kriterlere sahip olan MS'li hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veri toplama formları uygulandı. Okur-yazar olan hastalar formları kendileri okuyup doldurdu, okur-yazar olmayan hastalara araştırmacı tarafından okunarak dolduruldu. Veri toplama formlarının bir hastaya uygulanması 15-30 dakika arası sürdü.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada, sayı, yüzdelik, min-max değerler ve ortalamaların incelenmesinin yanı sıra, değişkenlerin istatistiksel karşılaştırması için bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, sperman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tek yönlü varyans analizinde anlamlı çıkan durumlarda anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C ileri analizleri yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Veriler SPSS 18 paket programında çözümlenmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kısa yeti yitimi ölçeği puan ortalaması, Yalnızlık ölçeği puan ortalaması ve öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasıdır.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalığa ait özellikleridir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma uygulanmadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Fakóltesi'nden Etik Kurul izni (EK-7) ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden kurum izni (EK- 8) ve araştırmaya katılan bireylerden aydınlatılmış sözlü onam alındı.

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma sadece Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniğine belirtilen tarihler arasında kontrol amacıyla başvuran MS'li hasta grubuna genellenebilir.



4. BULGULAR

Bu bölümde öncelikle araştırmaya katılan MS'li hastaların tanımlayıcı özellikleri sunulmuş, daha sonra sırasıyla hastaların yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü düzeylerini etkileyen faktörler incelenmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=92)

Tanıtıcı özellikler	S	%
Yaş(18/66)		
18-27	25	27.2
28-37	30	32.6
38-47	25	27.2
48 Yaş ve Üzeri	12	13.0
Cinsiyet		
Kadın	65	70.7
Erkek	27	29.3
Medeni Durum		
Evli	61	66.3
Bekar	31	33.7
Yaşanılan Yer		
İl Merkezi	54	58.6
İlçe	19	20.7
Köy	19	20.7
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar Değil	10	10.9
Okur-yazar/İlköğretim	44	47.8
Lise	20	21.7
Lisans ve Üstü	18	19.6
Meslek		
Ev Hanımı	45	48.9
Memur	16	17.4
İşçi/Diğer	16	17.4
Çalışmıyor	15	16.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	92	83.7
Çalışmıyor	15	16.3
Gelir durumu(300TL/4000TL)		
Gelir giderden az	59	64.1
Gelir gidere eşit	33	35.9
Birlikte yasama		
Aileyle	78	84.8
Arkadaşlarla	10	10.9
Torunlarla	4	4.3
Yaş (18/66)X₊SS35.49₊11.07		
Ortalama Aylık Gelir (300TL/4000TL)X₊SS1590,76₊885,63		

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, hastalarının yaş ortalaması 35.49±11.07 (18-66) olup,

%70.7'si kadındır. Hastaların %66.3'ü evli, %58.6'si il merkezinde yaşamakta ve %47.8'i ilköğretim düzeyinde eğitim almıştır. Hastaların %48.90'ı ev hanımı, %64.1'inin geliri giderinden az ve ortalama aylık gelir 1590.76±885.63 (300-4000TL)'dir. Hastaların %84.8'i aileleriyle yaşamakta olup %65.2'si çekirdek aile yapısına sahiptir.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı(n:92)

Hastalık Özellikleri	N	%
MS Tipi		
Primer progresif	17	18.5
Relapsing remitting	59	64.1
Sekonder progresif	12	13.0
Benign	4	4.3
MS Süresi		
6 ay- 2 yıl	33	35.9
3- 7 yıl	32	34.8
8-12 yıl	18	19.6
13 yıl ve üzeri	9	9.8
Atak Geçirme		
Hiç	10	10.9
Bir Kez	19	20.7
İki Kez	12	13.0
Üç ve Üzeri	51	55.4
Ek Hastalık Durumu		
Evet	27	29.3
Hayır	65	70.7
MS SüresiX±SS66.59±69.6		

Hastaların ortalama hastalık süresi 66.59±69.6 ay olup, %35.9'nun hastalık süresinin 6 ay ile 2 yıl arasında olduğu, %64.1'inin relapsing remitting türde MS hastalığına sahip olduğu,%55.4'ünün 3 ve üzerinde atak geçirdiği ve %70.7'sinin başka

bir kronik hastalığının bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların Yeti yitimi, Yalnızlık ve Öz-bakım Gücü Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Min.	Max.	X	±	SS
Yeti Yitimi Ölçeği	0	22	7.62	±	5.67
UCLA Yalnızlık Ölçeği	20.00	80.00	50.14	±	13.47
Öz Bakım Gücü Ölçeği	33.00	132.00	82.82	±	22.82

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, hastaların yeti yitimi ölçeği puan ortalaması 7.62 ± 5.67 , yalnızlık ölçeği puan ortalaması 50.14 ± 13.47 , öz-bakım gücü ölçeği puan ortalaması ise 82.82 ± 22.82 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Hastaların Yeti Yitimi Düzeylerinin Dağılımı

Yeti Yitimi	n	%
Yok	30	32.6
Hafif	21	22.8
Orta	24	26.1
Ağır	17	18.5

Çalışmaya alınan 92 MS’ li bireyin yeti yitimi düzeyleri değerlendirildiğinde, %32.6’sinde yeti yitimi bulunmadığı, %18.5’inde ise ağır düzeyde yeti yitimi bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yeti yitimi, Yalnızlık ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları (n=92)

Tanıtıcı Özellikler	Yetiyitimi				Yalnızlık			Öz-Bakım Gücü		
	n	X	+	SS	X	+	SS	X	+	SS
Yaş(18/66)										
18-27	25	4.08		4.32	44.68		12.69	88.80		20.15
28-37	30	6.57		4.46	48.40		14.28	83.63		17.65
38-47	25	9.04		4.14	52.44		11.44	87.96		23.41
48 Yaş ve Üzeri	12	14.67		6.71	61.08		10.44	57.58		23.86
F=15.083					F=4.998				F=7.081	
p=0.000					p=0.003				p=0.000	
Cinsiyet										
Kadın	65	7.88		5.41	49.51		14.60	82.05		22.49
Erkek	27	7.00		6.31	51.67		10.37	79.85		23.77
t=0.674					t=-0.801				t=0.801	
p=0.502					p=0.426				p=0.425	
Medeni Durum										
Evli	61	8.34		5.22	50.52		13.03	83.26		21.81
Bekar	31	6.19		6.30	49.39		14.51	81.94		25.04
t=1.739					t=0.381				t=0.262	
p=0.085					p=0.704				p=0.794	
Yaşanılan Yer										
İl Merkezi	54	6.63		5.47	48.22		13.91	85.00		21.51
İlçe	19	7.84		5.73	51.26		11.08	80.74		22.00
Köy	19	10.21		5.61	54.47		13.89	78.69		27.38
F=2.944					F=1.617				F=0.632	
p=0.058					p=0.204				p=0.534	
Eğitim durumu										
Okur/yazar Değil	10	14.90		5.11	57.20		11.38	59.80		23.11
Okur-yazar ve	44	8.25		5.16	53.07		13.62	81.31		21.51
İlköğretim	20	6.40		5.40	49.90		11.62	84.70		20.52
LiseLisans ve Üstü	18	3.39		5.28	39.33		10.40	97.17		18.03
F=13.034					F=6.452				F=7.040	
p=0.000					p=0.001				p=0.000	
Gelir Durumu										
Gelir giderden az	59	9.15		5.53	54.08		12.95	70.05		22.30
Gelir gidere eşit	32	4.85		4.89	43.09		11.50	91.33		21.52
t=3.703					t=4.060				t=-2.774	
p=0.000					p=0.000				p=0.007	
Birlikte Yaşama										
Aileyle	78	7.81		5.31	50.69		13.89	82.90		21.99
Arkadaşlarla	10	2.60		1.71	43.90		6.67	92.60		17.79
Torunlarla	4	20.00		1.73	62.67		5.03	39.33		2.08
F=9.534					F=2.530				F=7.269	
p=0.000					p=0.085				p=0.001	

Tablo 4.5 incelendiğinde; hastaların yaş gruplarına göre yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yeti yitimi yalnızlık ve öz-bakım puan ortalamaları arasındaki farkın kaynağını anlamak amacı ile uygulanan LSD ileri analiz testi sonucu, 48 yaş ve üzeri grubunun anlamlı olarak tüm yaş gruplarından yüksek yeti yitimi puanına sahip oldukları ayrıca, 38-47 yaş aralığında olanların 18-27 yaş aralığında olanlardan yüksek yalnızlık puanına sahip oldukları, öz-bakımda ise 48 yaş ve üzerindekiilerin anlamlı olarak tüm yaş gruplarından daha düşük öz-bakım puanına sahip oldukları belirlenmiştir.

Hastaların eğitim düzeyi ile yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Uygulanan ileri analizler sonucunda, okuryazar olmayanların daha yüksek yeti yitimi puan ortalamasına (Dunnet C), lisans mezunlarının daha düşük yalnızlık puan ortalamasına (LSD) ve lisans mezunlarının lise mezunları hariç anlamlı olarak diğer eğitim seviyesinde olanlardan yüksek öz-bakım gücü puan ortalamasına (LSD) sahip oldukları belirlenmiştir.

Hastaların cinsiyet, medeni durum ve yaşadıkları yere göre yalnızlık, yeti yitimi, öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Hastaların gelir durumu ile yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; geliri giderinden az olanlarda yeti yitimi ve yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunurken, öz-bakım gücü puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre, yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü arasındaki ilişki incelendiğinde; yeti yitimi ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), yalnızlık puan ortalaması arasında fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Yapılan ileri analizde (Dunnet C) arkadaşları ile yaşayanların ailesi ile yaşayanlardan, ailesi ile yaşayanların ise

torunları ile yaşayanlardan daha düşük yeti yitimi puanına sahip olduğu bulunmuştur. Öz-bakım gücü için yapılan ileri analiz de (LSD) torunlarla yaşayanlar aile ve arkadaşları ile yaşayanlardan daha düşük öz bakım gücüne sahip oldukları bulunmuştur.

Tablo 4.6.Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Yeti yitimi, Yalnızlık ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları (n=92)

Hastalık Özellikler		Yetiyitimi			Yalnızlık			Öz-Bakım Gücü		
	n	X	+	SS	X	+	SS	X	+	SS
MS Tipi										
Primer progresif	17	6.06		4.37	52.06		13.67	78.47		20.66
Relapsing remitting	59	8.00		5.81	49.80		13.56	82.25		23.71
Sekonder progresif	12	9.00		6.45	50.67		13.57	86.92		24.25
Benign	4	5.45		4.50	45.50		15.20	97.25		6.02
		F=1.166			F=0.285			F=0.876		
		p=0.327			p=0.836			p=0.457		
MS Süresi										
6 ay- 2 yıl	33	5.73		5.05	46.67		13.60	89.90		17.54
3- 7 yıl	32	6.84		5.35	52.31		13.02	75.31		21.66
8-12 yıl	18	8.39		3.71	49.22		14.34	88.39		22.23
13 yıl ve üzeri	9	15.78		5.47	57.00		10.39	73.11		35.07
		F=10.068			F=1.865			F=3.283		
		p=0.000			p=0.141			p=0.025		
Atak Geçirme										
Hiç	10	5.00		4.03	51.40		12.69	89.50		12.74
Bir Kez	19	5.84		5.05	48.16		13.00	86.42		15.94
İki Kez	12	5.25		5.15	44.83		8.24	89.42		18.48
Üç ve Üzeri	51	9.35		5.79	51.88		14.63	78.61		26.64
		F=3.980			F=1.073			F=1.373		
		p=0.010			p=0.365			p=0.256		
Ek hastalık durumu										
Evet	27	11.96		5.75	56.48		13.99	73.74		28.12
Hayır	65	5.82		4.58	47.51		12.44	86.58		19.24
		t=5.427			t=3.037			t=-2,171		
		p=0.000			p=0.003			p=0.036		

Tablo 4.6’da hastaların hastalık özelliklerine göre yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde, MS tipinin yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$).

Hastaların hastalık süreleri ile yeti yitimi ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), hastalık süresi yalnızlık puan ortalamasını ($p>0.05$) değiştirmemektedir. Yeti yitimi düzeyinde meydana gelen farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD) 13 yıl ve daha üzeri zamandan beri tanı alanların anlamlı olarak tüm gruplardan yüksek yeti yitimi puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Öz-bakım gücü için yapılan ileri analizde (Dunnett C) ise, 3- 7 yıldır tanı almış olanların anlamlı olarak 6 ay- 2 yıl arasında tanı alanlardan düşük öz-bakım gücü puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir.

Hastaların geçirmiş olduğu atak sayısına göre yalnızlık ve öz-bakım gücü puanları değerlendirildiğinde, öz-bakım gücü ve yalnızlık puan ortalamaları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak yeti yitimi puan ortalaması ile atak sayısı değişkeni istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar oluşturmaktadır ($p<0.05$). Bu farkın kaynağını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD) Üç ve üzeri atak geçirenler diğer gruplardan daha yüksek yeti yitimi puanına sahip oldukları görülmüştür.

Araştırma bulgularına bakıldığında, ek hastalık durumu ile öz-bakım gücü ve yeti yitimi puan ortalamaları arasında ki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Ek hastalığı bulunanların yeti yitimi ve öz-bakım gücü puan ortalamaları ek hastalığı olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.7. Hastaların Yeti Yitimi, Yalnızlık ve Öz-bakım Gücü Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçek	Yeti Yitimi	Yalnızlık	Öz-Bakım
Yeti Yitimi	-	$r= 0.408^{**}$	$r= - 0.243^*$
Yalnızlık	$r= 0.408^{**}$	-	
Öz-Bakım	$r= - 0.243^*$	$r= - 0.662^{**}$	-

* $p<0.05$, ** $p<0.001$

Tablo 4.7’de hastaların yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Öz-bakım gücü ile yeti yitimi ve yalnızlık arasında negatif yönde bir ilişki bulunurken (sırasıyla; $r = -0.243$, $r = -0.662$), ($p < 0.05$), ($p < 0.001$), yeti yitimi ve yalnızlık arasında ise pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.408$) ($p < 0.001$). Yeti yitimi ve yalnızlık düzeyi arttıkça öz-bakım gücü azalmakta, yeti yitimi düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinin arttığı saptanmıştır.



5. TARTIŞMA

MS'li hastaların yeti yitimi, yalnızlık, öz-bakım gücünün belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılarak aşağıda sunulmuştur.

Bu çalışmada, öz-bakım gücü ölçeği puan ortalaması 82.82 ± 22.82 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Hastaların öz-bakım gücü puanının (0 puan en düşük öz-bakım gücünü, 140 puan en yüksek öz-bakım gücünü ifade etmektedir) orta düzeyde olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar çok kısıtlı olmakla birlikte, Mollaoğlu ve ark.⁵³. MS'li hastalarla yapmış oldukları çalışmada öz-bakım gücü puan ortalamasının 76.60 ± 9.47 olduğu bildirilmiştir. O'Hara ve ark.¹¹. yaptıkları çalışma sonucu ile bu çalışmanın sonucu uyumlu olup MS'li hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının orta seviyede olduğu bulunmuştur. Literatürde, MS'li hastalarda saptanan önemli problemlerden birinin öz-bakım gücündeki zayıflık olduğu ve öz bakımın hastalıkla etkin bir şekilde baş edilmesinde gerekli bir faktör olduğu bildirilmektedir¹²¹.

Araştırma kapsamına alınan MS'li hastaların yalnızlık puan ortalamasının 50.14 ± 13.47 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Hastaların yalnızlık puanının (ölçekten en yüksek 80 puan alınırken, en düşük 20 puan alınabilmektedir) yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada MS'li hastaların %50 sinin kendilerini yalnız hissettiği ayrıca fonksiyonel sınırlılık ve sosyal desteğin yalnızlığı etkilediği tespit edilmiştir³³. Stuijbergen'in⁴² MS'li bireylerde destek kaynaklarını incelediği çalışmasında ise hastaların çoğunun diğer insanlar tarafından anlaşılmadıklarını ifade ettikleri belirtilmiştir. MS'de ciddi düzeyde yaşanan fiziksel ve psikolojik sorunlar kişinin bağımsızlık durumunu, aile ilişkilerini, çevresi ile olan iletişimini olumsuz bir şekilde etkileyerek sosyal problemlerin yaşanmasına ve yalnız kalmalarına sebep olabilmektedir⁴¹.

Çalışma sonucuna göre, MS'li hastaların yeti yitimi puan ortalaması 7.62 ± 5.67 olup orta düzeyde yeti yitimi yaşadığı (8-12 puan orta ağırlıkta yeti yitimini ifade etmektedir)(Tablo 4.3). Ayrıca hastaların %32.6'sında yeti yitiminin bulunmadığı, %22.8'inde hafif düzeyde, %26.1'inde orta düzeyde, %18.5'inde ise ağır düzeyde yeti yitimi olduğu saptanmıştır(Tablo 4.4). Mollaoğlu ve Er'in³² yapmış oldukları çalışma sonucunda MS'li hastaların %32.7'sinde yeti yitimi olmadığı ve %14.4'ünde ciddi seviyede yeti yitimi bulunduğu belirtilmektedir. Dahl ve ark²⁹. Genişletilmiş Özürlülük Durumu Skalasını uygulayarak yaptıkları yarı kesitsel bir araştırmada MS'li hastaların % 44'ünde ciddi seviyede yeti yitimi olduğu belirlenmiştir. Pugliatti ve ark³¹. ise MS'li kişilerin %65'inde düşük veya orta seviyede, %35'inde ciddi veya ağır seviyede yeti yitimi olduğunu saptarken, Granieri ve ark¹²². %38'inin ciddi seviyede % 62 'sinin düşük veya orta seviyede yeti yitimi yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş grupları ile yeti yitimi, yalnızlık ve öz bakım puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur($p < 0.05$)(Tablo 4.5). Uygulanan ileri analiz sonucunda, 48 ve üzeri yaş grubunun anlamlı olarak tüm yaş gruplarından yüksek yeti yitimi puanına sahip oldukları ayrıca 38-47 yaş aralığında olanların 18-27 yaş aralığında olanlardan yüksek yalnızlık puanına sahip oldukları, öz-bakım gücü puanının ise 48 ve üzeri yaş grubunda anlamlı olarak tüm yaş gruplarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgusundan farklı olarak, Mollaoğlu ve ark⁵³. MS'li bireylerin yaşları ile öz-bakım puan ortalaması arasında herhangi bir ilişki bulamamışlardır. Karabulutlu ve Tan'ın¹²³ diyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile öz-bakım gücünü değerlendirdikleri çalışmalarında ise, öz-bakım gücü puanının 57 yaş ve üstünde en düşük olduğu bildirilmektedir. MS'li bireylerde yaşla birlikte fonksiyonel gerilemelerin olması bu sonucun oluşmasında önemli bir faktör olduğu düşünülebilir. Çalışma sonucuna göre ilerleyen yaşla birlikte yeti yitimi ve yalnızlık puan ortalamaları

artmaktadır. Cook ve ark¹²⁴. , D'Alisa ve ark¹²⁵. , ve Mollaoğlu ve ark¹²⁶. , MS'li hastalarla yaptıkları çalışma sonuçlarında da yaş artıkça fiziksel ve sosyal alanlardaki yeti yitiminin arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonucu daha önce yapılan araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. İlerleyici bir seyir gösteren hastalıkta zaman geçtikçe geri dönüşsüz yeti yitimi ortaya çıkmaktadır. MS'in başlangıcından ortalama 20 yıl sonra hastaların büyük bölümünde işlev bozukluğu ortaya çıkmakta ve yaklaşık yarısında aktivite önemli derecede kısıtlanmaktadır^{11,12,15-17} . Aynı zamanda, yaştan ilerlemesi ile beraber fiziksel, sosyal, ekonomik değişikliklerin meydana gelmesi kişilerin kendilerini daha yalnız hissetmelerine neden olabilmektedir¹²⁷.

Hastaların eğitim durumuna göre yeti yitimi, öz-bakım ve yalnızlık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur($p<0.05$)(Tablo 4.5). Uygulanan ileri analiz sonucunda, okuryazar olmayanların daha yüksek yeti yitimi puan ortalamasına, lisans mezunlarının daha düşük yalnızlık puan ortalamasına ve lisans mezunlarının diğer eğitim grubunda olanlardan daha yüksek öz-bakım gücü puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Er ve Mollaoğlu'nun³², Lerdal ve ark¹²⁸. MS'li hastalarla yaptıkları çalışma sonuçları bu çalışma sonucuyla benzer bulunmuş olup hastaların eğitim durumu arttıkça yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitesi puan ortalamaları artmaktadır. Nörolojik hastalıklarda yeti yitiminin değerlendirildiği bir çalışmada ise, hastaların eğitim seviyesinin azalmasıyla fiziksel ve sosyal alanlardaki yeti yitimi seviyesinin arttığı belirlenmiştir¹²⁶. Hastaların eğitim seviyesinin düşmesiyle yeti yitimi seviyesinin artmasının nedeni olarak; eğitim seviyesi düşük gruptaki bireylerin bilgi kaynaklarına ulaşma şanslarının azalması ve sosyal yardım ağlarından daha az faydalanmasıyla açıklanabilir. Ünsar ve ark¹²⁹., Yurtsever ve Kuyurtar'ın¹³⁰ hemodiyaliz hastalarıyla yapmış olduğu çalışma sonuçlarında da eğitim seviyesinin yükselmesiyle öz-bakım gücünün de yükseldiği tespit edilmiştir. Daha önce MS'li

hastalarla yapılan bir çalışmada ise, eğitim durumu ile öz-bakım puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır⁵³. Eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların öz-bakım puan ortalamalarının artmasının ve yalnızlık puan ortalamasının düşme nedeni bir olasılıkla bilinçli baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, maddi olanaklar ve sosyal durumun daha iyi olması düşünülebilir.

Araştırma sonucunda hastaların cinsiyet, medeni durum ve yaşadıkları yere göre yalnızlık, yeti yitimi ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$)(Tablo 4.5). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda bu çalışma sonucuyla benzer olarak, cinsiyetin, medeni durumun, yaşanılan yerin yeti yitimi ve öz-bakım gücü üzerinde etkili bir faktör olmadığı belirtilmiştir^{32, 53}. Mollaoğlu ve ark¹²⁶. kronik nörolojik hastalıklarda yeti yitimini değerlendirdikleri çalışmaların da hastaların cinsiyeti ile yeti yitimi puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Multiple sklerozlu hastalarda sosyal desteğin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise, çalışma bulgusundan farklı olarak kadınların erkeklere oranla daha çok kendilerini yalnız hissettikleri ve erkeklerin sosyal destek ağlarından daha fazla faydalandığı belirtilmiştir¹³¹. Yapılan başka bir çalışmada, Verbrugge ve Yang¹³² medeni durum ile yeti yitimi puan ortalamaları arasında önemli bir ilişki bulurken Barron ve ark¹³³. bekâr kadınların evli kadınlara göre kendilerini daha çok yalnız hissettiklerini saptamıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastalar içerisinde geliri giderinden az olanların yeti yitimi ve yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunurken, öz-bakım puan ortalaması daha düşük bulunmuştur($p<0.05$) (Tablo 4.5). Mollaoğlu ve Er'in³² MS'li hastalarla yapmış olduğu çalışmalarında da hastaların gelir düzeylerine göre, günlük yaşam aktiviteleri ve yeti yitimi arasında önemli bir farklılık bulunmuş olup hastaların gelir düzeyi düştükçe, günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmede daha çok başkalarına bağımlı hale geldiği ve yeti yitimi puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar çalışma sonucuyla paralel doğrultudadır. Muhtemelen, gelir düzeyi yüksek olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yardımcı insan gücü, yardımcı araç-gereç kullanma ve temin etme olanaklarının daha fazla olması ve bakımlarını daha kolay sürdürmeleri bu sonuç ile ilişkilendirilebilir. Çalışma sonucunda gelir düzeyi düşük olan MS'li hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının düştüğü belirlenmiş olup bu sonuç kronik hastalıklı bireylerle yapılan araştırma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur¹³⁴⁻¹³⁶.

Hastaların gelir durumunun yalnızlık düzeyine etkisi incelendiğinde ise, geliri giderinden az olan hastaların yalnızlık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kaya'nın¹³⁷ yapmış olduğu bir literatür incelemesinde sosyal ve ekonomik parametrelerin emosyonel bozuklukların oluşmasında ve süreklilik kazanmasında etkili olacağı bildirilmiştir. Bu durum aynı zamanda, hastaların sosyal yaşamlarına yeterli bütçe ayıramadıklarını ve buna bağlı olarak yalnızlığı daha fazla deneyimlediklerini düşündürmektedir.

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre, yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü arasındaki ilişki incelendiğinde; yeti yitimi ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p<0.05$), yalnızlık puan ortalaması arasında fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$)(Tablo 4.5). Yapılan ileri analiz sonucunda arkadaşları ile yaşayanların ailesi ile yaşayanlardan daha düşük yeti yitimi puanına sahip olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda torunlarıyla birlikte yaşayan hastaların aile ve arkadaşları ile yaşayanlardan daha düşük öz-bakım gücüne sahip oldukları bulunmuştur. Stenager ve ark¹³⁸. Yapmış oldukları çalışma sonucunda, MS'li hastaların %56.4 'unun yakın akrabalarından ve çoğunlukla eşlerinden yardım aldığı belirlenmiştir. Er ve Mollaoğlu'nun³² yaptıkları çalışmada ise, yalnız yaşayan MS'li hastaların, ailesiyle birlikte yaşayanlara göre yeti yitiminin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç,

örneklemimizde yer alan MS'li bireylerde belirli düzeylerde yeti yitiminin bulunmasından dolayı ailelerinin yardımına daha fazla ihtiyaç duymaları ve aileleriyle birlikte yaşamayı tercih etmeleriyle ilişkilendirilebilir.

Hastaların MS tipi ile yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü arasındaki ilişki incelendiğinde; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (tablo 4.6). Mollaoğlu ve ark⁵³. MS'li hastalarla yaptıkları çalışma sonuçlarında da, MS tipinin öz-bakım gücü üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç verilen araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Çalışma bulgusundan farklı olarak Fraser ve Polito¹³⁹ ise çalışmalarında hastalığın relapsing remitting ve progresif tipinde öz etkinliğin azaldığını ve hastalıkla baş etme yeteneğinin azaldığını bildirmişlerdir. Bu çalışma sonucunda MS tipi ve yalnızlık arasında herhangi bir ilişki bulunmazken Mohr ve ark¹⁴⁰. relapsing-remitting tip MS'li hastalarda sosyal içe kapanmanın daha çok olduğunu bildirişlerdir. Başka bir çalışmada ise, MS tipi ile emosyonel stres ve depresyon gibi nörolojik ve piskolojik bulguların şiddeti arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır¹⁴¹.

Hastaların hastalık süreleri ile yeti yitimi ve öz-bakım puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunurken ($p<0.05$), yalnızlık puan ortalaması ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$)(tablo 4.6). Yapılan ileri analiz sonucunda 13 yıl ve daha üzeri zamandan beri tanı alanların anlamlı olarak tüm gruplardan yüksek yeti yitimi puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada hastaların hastalık süresi ile yeti yitimi arasında anlamlı bir ilişki elde edilmemiş fakat hastaların günlük yaşam aktiviteleri puanı ile yapılan karşılaştırmada hastalık süresi 0-3 yıl ile 7 ve üzeri yıllar arasındaki fark önemli bulunmuştur³². MS hastalığı zaman içerisinde yeti yitimine neden olan bir hastalıktır¹⁵. Hastalık ilerledikçe yeti yitimi artmakta ve bununla birlikte birey günlük yaşam

aktivitelerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duymaktadır¹⁵. Çalışma sonucunda, 3- 7 yıldır tanı almış hastaların 6 ay- 2 yıl arasında tanı alanlardan düşük öz- bakım gücü puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada hastalık süresinin artması ile MS'li bireylerin hastalıkla baş etme yeteneğinin azaldığı bildirilmiştir¹⁴². Barak ve ark¹⁴³. yapmış olduğu çalışmada ise; MS'li hastaların ilerleyen zamanla birlikte bilişsel yorgunluk algılarının arttığı ve yorgunlukla beraber öz-bakım ihtiyaçlarını giderme de yardıma ihtiyaç duydukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada hastalık süresinin yalnızlık puan ortalamasını etkilemediğini görüyoruz. Daha önce MS hastalığı ve ruhsal boyutunun ele alındığı çalışmalarda da bu çalışma sonucuyla benzer sonuçlar elde edilmiştir^{144, 145}.

Hastaların geçirmiş olduğu atak sayısına göre yalnızlık ve öz-bakım puan ortalamaları incelendiğinde, öz-bakım gücü ve yalnızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0.05$) yeti yitimi puan ortalaması ile atak sayısı değişkeni önemli farklılıklara yol açmaktadır ($p<0.05$)(Tablo 4.6). Literatürde hastaların geçirmiş olduğu atakların artması ile birlikte yeti yitimi oranlarında kalıcı bir şekilde arttığı bildirilmektedir¹⁴⁶. Aynı zamanda yeti yitiminin artmasıyla birlikte bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde yardıma ihtiyaç duyacağı belirtilmektedir¹⁴⁶. Mansson ve Lexell'in¹⁴⁷ ve Sharrack ve ark¹⁴⁸.nın MS'li hastalarla yaptıkları çalışmalarında, hastalık ciddiyetinin yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerindeki performansı etkilediği saptanmıştır. Çalışma bulgularına göre, atak sayısı ile öz-bakım puan ortalaması arasında herhangi bir ilişki bulunmazken, daha önce yapılan bir çalışmada Wasseem¹⁴⁹ hastalık ciddiyetinin ve atak sayısının MS'li hastaların hastalıkla baş etmesini etkilediğini bildirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalar içerisinde, MS dışında başka bir ek hastalığı bulunmayan hastaların bulunanlara göre yeti yitimi ve öz-bakım puan ortalamaları

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Ek hastalığı bulunanların yeti yitimi ve öz-bakım gücü puan ortalamaları herhangi bir ek hastalığı olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ek hastalığı bulunan hastaların öz-bakım gücünün¹⁵⁰ azaldığı ve daha çok yalnızlık¹⁵¹ yaşadıkları bildirilmiştir. Hastaların öz-bakım gücünün olumsuz bir şekilde etkilenmesi, birden fazla kronik hastalıkla mücadele etme, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması ve tedavi giderlerinin artmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Hastaların yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, öz-bakım gücü ile yeti yitimi ($p<0.05$) ve yalnızlık ($p<0.001$) arasında negatif yönde bir ilişki bulunurken, yeti yitimi ile yalnızlık arasında ise pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Yeti yitimi ve yalnızlık düzeyi arttıkça öz-bakımın azaldığı, yeti yitimi düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 4.7). Mansson ve Lexell'in¹⁴⁷ MS'li bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki performanslarını inceledikleri çalışmalarında hastaların bağımlılık durumu ile öz-bakım gücü ölçeğinin bazı alanları arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Cohen ve ark¹⁵².EDSS skalasını kullanarak MS'li bireylerde yeti yitiminin günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyonel bozuklukla ilişkisini inceledikleri başka bir çalışmada ise, EDSS puan ortalaması ile günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Wollin ve ark¹⁴². çalışmalarında ise, hastalık ciddiyeti arttıkça hastaların öz etkililiğinin ve hastalıkla baş etme yeteneğinin azaldığı belirtilmiştir. Çalışma sonucuna göre, MS'li bireylerin yeti yitimi düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyi de artmaktadır. MS'li hastalarla yapılan bir çalışmada fonksiyonel sınırlılık ve algılanan sağlık durumu ile yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu çalışma sonucuyla uyumludur³³. Yeti yitimi az olan hastalar çoğunlukla iş hayatlarını sürdürebilmekte, günlük yaşam aktivitelerini yerine

getirebilmekte ve hastalığın durağan seyri sebebiyle geleceğe daha umutla bakabilmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

MS'li hastalarda yeti yitimi, yalnızlık, öz-bakım durumunu etkileyen faktörlerin incelenmesi ve belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırmada;

- MS'li hastaların orta ağırlıkta yeti yitimi yaşadığı, öz-bakım gücünün orta düzeyde olduğu ve yüksek düzeyde yalnızlık yaşadığı belirlenmiştir.
- Çalışmaya alınan MS' li bireyin yeti yitimi düzeyleri değerlendirilmiş, farklı düzeylerde yeti yitimine sahip oldukları görülmüştür.
- Hastaların cinsiyet, medeni durum ve yaşadıkları yer, MS tipine göre yalnızlık, yeti yitimi, öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunamamıştır.
- Hastaların yaş gruplarına göre yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Hastaların eğitim düzeyine göre yeti yitimi, öz-bakım gücü ve yalnızlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hastaların gelir durumu ile yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Geliri giderinden az olanların yeti yitimi ve yalnızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuşken, öz-bakım gücü puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.

- Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre, yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım gücü arasındaki ilişki incelendiğinde; yeti yitimi ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken, yalnızlık puan ortalaması arasında fark olmadığı görülmüştür.
- Hastalık süresinin yeti yitimi ve öz-bakım gücü puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilediği fakat yalnızlık puan ortalamasını değiştirmediği bulunmuştur.
- Hastaların geçirmiş olduğu atak sayısına göre yalnızlık ve öz-bakım gücü

puan ortalamaları incelendiğinde, öz-bakım gücü ve yalnızlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fakat yeti yitimi puan ortalaması ile atak sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ek hastalık durumu ile yeti yitimi ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ek hastalığı bulunanların yeti yitimi ve öz-bakım gücü puan ortalamaları herhangi bir ek hastalığı olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada öz-bakım gücü ile yeti yitimi ve yalnızlık arasında negatif yönde bir ilişki bulunurken, yeti yitimi ve yalnızlık arasında ise pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Yeti yitimi ve yalnızlık düzeyi arttıkça öz-bakım gücü azalmakta, yeti yitimi düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyi artmaktadır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Çalışma sonuçlarının çalışmanın yapıldığı ilgili kurumlara bildirilmesi,
- MS'li bireylerin değişik düzeylerde yeti yitimi yaşadıkları, öz-bakım gücü ve yalnızlık düzeylerinde etkilendiği görülmüştür. Bakımı planlamada yol göstermesi açısından, bireylerde gelişen yeti yitimi, öz-bakım gücü ve yalnızlık düzeylerinin takip edilmesi, belirli zaman aralıklarında değerlendirilmesi,
- MS'li bireylerin yeti yitimini, yalnızlığını ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin göz önünde bulundurulması,
- Hemşirelerin MS hastası ve ailelerini, gereksinimleri doğrultusunda bilgilendirmesi, onlara profesyonel destek sağlaması, semptom yönetimine ve kendi bakımlarına yönelik düzenli olarak eğitim ve danışmanlık yapması,
- Yeti yitimi yaşayan bireylerin, kendi sınırları içerisinde günlük işlere yönelik planlama yapmaları ve yapabilecekleri aktivitelerin desteklenmesi,

- MS'li bireylerin bakımından sorumlu olan hemşirelerin yalnızlık gibi psikolojik problemleri göz ardı etmemeleri ve bakımı buna göre planlaması,
- Araştırmada öz-bakım gücü puanı ile yalnızlık puan ortalamaları arasında negatif bir ilişki bulunması nedeniyle hastaların yalnız kalmalarının oluşturabileceği sorunları önlemek için MS'li bireylerin ailelerine sosyal destek ağının önemi hakkında eğitim verilmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Kuloğlu M, Sağlam S, Korkmaz S, Sağlam S, Görok M, Üstün S, Bulut S. Multiple Skleroz Hastalarında Mizac Karakter Özellikleri ve Aleksitimi Düzeyi. Araştırma Makalesi, 2011, DOI: 10.4274/npa.y6267.
2. Aysu K. Multiple Skleroz ve Tedavisindeki Gelişmelerin Psikiyatrik Yönü. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. İstanbul/Türkiye .*Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45 Özel Sayı: 37-43.
3. Kaya N, Akpınar Z, Çilli A. Multiple sklerozda yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4: 220-225.
4. Eraksoy M, Akman Demir G. Merkezi Sinir Sisteminin Myelin Hastalıkları. Öge EA (Editör). *Nöroloji:İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları*. 1.baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2004: 505-534.
5. Miller JR. *Multiple Sclerosis*. In: Rowland LP, ed. *Merritt's Neurology*. 10th ed. Philadelphia: Williams- Wilkins: 2000: 773-788.
6. Crayton HJ, Rossman HS. Managing the symptoms of multiple sclerosis: a multimodal approach. *Clinical Therapeutics Journal*. 2006;28(4):445-60.
7. Chen L, Gordon LK. Ocular manifestations of multiple sclerosis. *Curr Opin Ophthalmol* 2005;16:315-20.
8. Lobentanz IS, Asenbaum S, Vass K, Sauter C, Klösch G, Kollegger H, Kristoferitsch W, Zeitlhofer J. Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: Disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurol Scand Journal* 2004; 110:6-13.
9. Uğuz F, Akpınar Z, Özkan I, Tokgöz S. Multipl Sklerozlu hastalarda majör depresyon ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Noropsikiyatri Arşivi* 2008; 45:28-31.

10. Conway D, Cohen JA. Combination therapy in multiple sclerosis. *Lancet Neurol*, 2010;9:299-308.
11. O'Hara, L. Sauza, L. Ide, L. A Delphi study of self care in a community population of people with multiple sclerosis. *Clinic Rehabilitation* 2000; 14(1):62-72.
12. Gilroy, J. *Temel Nöroloji*. Çeviri Ed. Rana Karabudak, Ankara, Güneş Kitabevi 2002:199-224.
13. Comi G. Why treat early multiple sclerosis patients? *Curr Opin Neurol*, 2000, 13: 235-240
14. Akdemir, N. Sık görülen nörolojik hastalıklar ve hemşirelik bakımı. Akdemir N, Birol L, eds. *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Ankara, Sistem Ofset Yayıncılık, 2. Baskı, 2005; 827- 858.
15. Woodward S, Mestecky AM. İçinde: *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*, Durna Z, Karadakovan A, Topçuoğlu MA, (Çeviri editörleri). Neuroscience Nursing Evidence-Based Practice, Embrey N, Matthews V. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2013: 472-484.
16. Crawford DK, Mangiardi M, Xia X, Lopez-Valdes HE, Tiwari-Woodruff SK. Functional recovery of callosal axons following demyelination: a critical window. *Rehabil Psychology Journal*, 2009, 52: 463-69.
17. Kalb R. The emotional and psychological impact of multiple sclerosis relapses. *Journal Neurol Science*, 2007, 256: 29-33.
18. Johansson S, Ytterberg C, Gottberg K, Widen Holmqvist L, Von Koch L. Use of health services in people with multiple sclerosis with and without fatigue. *Mult Scler Journal*, 2009;15: 88-95.
19. Wynia K, Middel B, Dijk JP, De Keyser JH, Reijneveld SA. The impact of

- disabilities on quality of life in people with multiple sclerosis. *Mult Scler Journal*, 2008; 14: 972-80.
20. Lieberman RP, Kopelowicz A, Smith TE. Psychiatric rehabilitation. Ed:Sadock BJ and Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry Lippincott. Education Williams and Williams. *Philadelphia* 2000: 32:19-20.
 21. Druss BG, Marcus SC, Rosenheck RA. Understanding disability in mental and general health conditions. *Am Journal Psychiatry*, 2000, 157:1485-1491.
 22. Solari A. Role of health-related quality of life measures in the routine care of people with multiple sclerosis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2005, 3:16.
 23. Kaya N, Akpınar Z, Çilli A. Multipl sklerozda yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2003, 4: 220-225.
 24. 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.
 25. Lublin F. History of modern multiple sclerosis therapy. *Journal Neurol*, 2005, 252 [Suppl 3]: III/3–III/9. DOI 10.1007/s00415-005-2010-6.
 26. Karlein MG, Ridder DT, Bensing JM. Fatigue in multiple sclerosis reciprocal relationship with physical disability depression. *Journal Psychosomic Res*, 2004, 53: 775-781.
 27. Motl RW, McAuley E. Pathways between physical activity and quality of life in adults with multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology*, 2009, 2:682-689.
 28. Pittion-Vouyovitch S, Debouverie M, Guillemin F, Vandenberghe N, Anxionnat R, Vespignani H. Fatigue in multiple sclerosis is related to disability, depression and quality of life. *Journal Neurol Science*, 2006, 243: 39-45.
 29. Dahl OP, Aarseth JH, Myhr KM, Nyland H, Midgard R. Multiple sclerosis in

- Nord-Trøndelag County Norway: a prevalence and incidence study. *Acta Neurol Scan*, 2004, 109: 378–384.
30. Kantarcia O, Wingerchuk D. Epidemiology and natural history of multiple sclerosis; new insights. *Current Opinion in Neurology*, 2006, 19:248–254.
31. Pugliatti M, Sotgiu S, Solinas G, Castiglia P, Rosati G. Multiple sclerosis epidemiology in Sardinia: evidence for a true increasing risk. *Acta Neurol Scan*, 2001, 103: 20–26.
32. Er F, Mollaoğlu M. Multiple Sklerozlu Hastalarda Yeti Yitimi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin İncelenmesi. *Journal of Neurological Sciences* (Turkish), 2011, 28(2):190-203.
33. Beal CC, Sutiifbergen A. Loneliness in women with multiple sclerosis. *Rehabilitation Nursing* 2007; 32(4):165-171.
34. Hemmer B, Cepok S, Nessler S, Sommer N. Pathogenesis of multiple sclerosis: An update on immunology. *Current Opinion in Neurology*, 2002, 15(3):227-231.
35. Miller A, Dishon S. Health-related quality of life in multiple sclerosis: the impact of disability, gender and employment status. *Quality Life Research*, 2006, 15:259-271.
36. Durna Z. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012: 261-273.
37. Kamlar JH, Gaudino EA, Moore NB, Halper J, DeLuca J. The relationship between cognitive deficits and everyday functional activities in multiple sclerosis. *Neuropsychology*, 2008, 22: 442-449.
38. Courtney AM, Treadaway K, Remington G, Frohman E. Multiple sclerosis. *Medical Clinics of North America*, 2009, 93: 451-476.
39. Ropper AH, Brown RH. *Adams and Victor's Principles of Neurology*. Emre M.

- (Çeviren), 8.Baskı. Ankara, Güneş Kitapevi,2006:771-797.
40. Paltamaa J, Sarasoja T, Wilkström J, Malkia E. Physical functioning in multiple sclerosis: A population-based study in Central Finland. *Journal of Rehabilitation Medicine*,2006,38:339-345.
 41. Flynn S. Multiple sclerosis. The treetops model of residential care. *British Journal of Nursing*,2002, 11(9):635-642.
 42. Stuijbergen A. Meeting the demands of illness:Types and sources of support for individuals with multiple sclerosis and their partners. *Rehabilitation NursingResearch*,1992:14–23.
 43. Cranston J. Australian primary health care research institute primary carerespiratory unit discipline of general practice university of adelaide South Australia. Canberra: The Australian National University 2006:1-114.
 44. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara;Anıl Matbaacılık Ltd. Şti; [http://www.tkdonline.org/PDFs/Turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_v](http://www.tkdonline.org/PDFs/Turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_programi.pdf)
[e_kontrol_programi.pdf](http://www.tkdonline.org/PDFs/Turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_programi.pdf).2008. Erişim: 10.03.2012.
 45. World Health Organization (September 2011), Noncommunicable Diseases Country Profiles. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf. 2011. Erişim: 26.08.2012.
 46. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M. Improving the prevention and manegement of chronic disease in low-income and middle-incomecountries: A priority for primary health care. *Lancet Journal*, 2008, 372: 940-949.
 47. Demirağ S.A. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*,

- 2009, 2: 58-65.
48. Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice*, 2006, 18: 492-496.
49. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 9(1): 49- 51.
50. Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri, 2010: 99-111.
51. Kuyurtan F. Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yatan kronik hastaların hastalığına ve tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Hemşire*, 1998, 48(1):25-27.
52. Kara B. Öz bakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom Dergisi*, 2001, 13:45–48.
53. Mollaoğlu M, Fertelli T, Tuncay F. Multiple Sklerozlu Hastalarda Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, Cilt: 9 Sayı: 3:2-3.
54. Heiderzadeh M, Atashpeikar S, Jalilazar T. Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2010, 15: 71-76.
55. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 1. Baskı. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayın, 2003: 191-199.
56. Zamboni P, Menegatti E, Weinstock-Guttman B, Dwyer M, Schirda C, Malagoni A, Hojnacki D, Kennedy C, Carl, Bergsland N, Magnano C, Bartolomei I, Salvi F, Zivadinov F. Hypoperfusion of brain parenchyma is associated with the severity of chronic cerebrospinal venous insufficiency in patients with multiple sclerosis: a cross-sectional preliminary report Zamboni et al. BMC

- Medicine,DOI: 10.1186/1741-7015-9-22, 2011: 9:22.
57. LassmannH,Bruck W,LucchinettiCF. The immunopathology of multiple sclerosis: an overview. *Brain Pathology Journal*, 2007, 17(2): 210-218.
 58. Lassmann H. Mechanisms of inflammation induced tissue injury in multiple sclerosis. *Journal Neurol Science*, 2008, 274(1-2):45-47.
 59. Murray TJ. Multiple Sclerosis. The History of a Disease. *Journal of the Royal Society of Medicine*,2005 Jun;, 98(6): 289.
 60. Oğul E (editör). Klinik Nöroloji. In:İdiman E, Turan ÖF. *Demiyelinizan hastalıklar*. 1.Basım, İstanbul: Nobel & Güneş; 2002:159-185.
 61. Öge E, Baykam B (editor). *Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nöroloji*.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011:603-630.
 62. Mutlu M, Demir GA. Multipl Skleroz Tanısında Tarihsel Gelişim ve Son Durum.*Nöropsikiyatri Arşivi Özel Sayı*, 2008; 45: 1-5.
 63. Akyıldız E, Sav A. Myelin hastalıkları. Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi, İstanbul Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Altunizade-İstanbul. *Türkiye Ekopatoloji Dergisi*, 2004, 10 (1-2): 43-48.
 64. Taşkapılıoğlu Ö, Kamacı DŞ, Turan AB, Yurtoğulları Ş, Tütüncü A, Güllülü S, Ocakoğlu G, Turan ÖF. Multipl Skleroz Tedavisinde Mitoksantron Kullanımı: Bir Kliniğin Deneyimi. Özgün Araştırma, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye, DO I: 10.4274/Tnd.38039,2012:63.
 65. Poppe AY, Wolfson C, Zhu B. Prevalence of multiple sclerosis in Canada: a systematic review. *Can ournal Neurol Science* , 2008;35:593-601.
 66. Nielsen NM, Westergaard T, Rostgaard K. Familial risk of multipl sclerosis: A nationwide cohort study. *American Journal Epidemiology*, 2005; 162: 774-778.
 67. Ron Milo, Esther Kahana Multiple sclerosis:Geoepidemiology, genetics and the

- enveriment, Autoimmunity Reviews ,2010:A387-A394.
68. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM. Çeviri editörü: Tan E, Özdamar SE. *Neurology in Clinical Practice*. 5. Baskı, İstanbul: Veri Medikal Yayıncılık; 2008:1583-1621.
69. Kampman MT, Brustad M. Vitamin D: a candidate for the environmental effect in multiple sclerosis - observations from Norway. *Neuroepidemiology*, 2008, 30(3):140-146.
70. Hanneman KK, Cooper KD, Baron ED. Ultraviolet immunosupresion: Mekchanisms and consequences. *Dermatol Clin Journal*, 2006, 24:19-25.
71. Mirza M. Multipl Sklerozun Etyolojisi ve Epidemiyolojisi. *Erciyes.Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 2002, 24 40 (1): 40-47.
72. Hammond SR, McLeod JG, Macaskill P, English D. Multiple sclerosis in Australia: Socio-economic factors. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1996, 61: 311-313.
73. Lauer K. *Ecological features of multiplesclerosis*. In: Ebers G (ed), *Environmental Factors in Multiple Sclerosis*. 10th MS Forum Modern Management Workshop, Schering AG, Educational Service, Berlin, 1999:1-5.
74. Hartweg DL. Healt promotion self-care within Orem's general theory of nursing. *Journal Advanced Nursing*, 1990, 15:35-41.
75. Boz C, Terzi M. *Soru ve Yanıtlarla Multipl Skleroz*. 1. Basım. Trabzon, İber matbaacılık, 2010:9.
76. MacLean HJ, Freedman MS. Multiple sclerosis: following clues from cause to cure. *Lancet Neurol*, 2009; 8: 6–8.
77. Ascherio A, Munger KL. Environmental Risk Factors for Multiple Sclerosis. *Ann Neurol Journal*, 2007; 61:288–299.

78. Mac Allister WS, Krupp LM. Multiple sclerosis. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 2005, 16(2):483-502.
79. Lucchinetti C, Paris J, Brück W. *The pathology of multiple sclerosis*. Jerry S Wolinsky, Neurology Clinics-Multiple sclerosis. 1st (ed). Philadelphia, W.B.Saunders Company, 2005:77-105.
80. Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis results of an international survey. *Neurology Journal*, 1996, 46:907-911.
81. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD. *Multipl Skleroz ve Santral Sinir Sisteminin Diğer İnflamatuvar Demyelinizan Hastalıkları*. Selekler K. Türkçe ed. Pocket 2003; 325.
82. Ünal A, Mavioğlu H, Emre U. Multiple skleroz.İçinde:Çevik İ(Editör). *Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Klavuzu*.Türk Nöroloji Derneği. 2. Baskı. Galenos Yayınevi, 2013: 1-14.
83. Eraksoy M, Bulut S, Alp R. Multipl Skleroz ve Diğer Miyelin Hastalıkları. İçinde: Emre M(Editör). *Nöroloji Temel Kitabı*. 1.Baskı. Ankara, Güneş tıp Kitabevi, 2013:1112-1135
84. CompstonA,ColesA. Multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 2008,372 (9648): 1502-1517 .
85. Miller DH, Leary SM. Primary-progressive multiple sclerosis. *The Lancet Neurology Journal*, 2007, 6 (10): 903-912.
86. Rovaris M, Confavreux C, Furlan R, Kappos L, Comi G, Filippi M. Secondary progressive multiple sclerosis: current knowledge and future challenges. *The Lancet Neurology Journal*, 2006, 5 (4): 343-354 .
87. Stadelmann C, Brück W. Lessons from the neuropathology of atypical forms of multiple sclerosis. *Neurological Sciences*, 2004, 25 (4): 319-322.

88. Pittock SJ, Rodriguez M. "Benign multiple sclerosis: a distinct clinical entity with therapeutic implications". *Current Topics in Microbiology and Immunology*,2008, 318: 1-17.
89. Miller D, Barkhof F, Montalban X, Thompson A, Filippi, M. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I: natural history, pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *The Lancet Neurology Journal*,2005,4 (5): 281- 288.
90. Kesselring J, Beer S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. *The Lancet Neurology Journal*,2005, 4 (10): 643-652 .
91. Comi G. Treatment of multiple sclerosis: role of natalizumab. *Neurological Sciences*, 2009,30 (2): 155-158.
92. Chandran S, Hunt D, Joannides A. Myelin repair: the role of stem and precursor cells in multiple sclerosis. *Philosophical Transactions Royal Society of Biological Sciences*, 2007, 363:171-183.
93. Pugliatti M, Sotgiu S, Rosati G. The worldwide prevalance of multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 2002, 104(3):182-191.
94. Soyuer F, Mirza M, Öztürk A. Multiple Sklerozda yaşam kalitesi üzerine yorgunluk ve yetersizliğin etkisi.*Erciyes Tıp Dergisi*,2005, 27 (4): 147-151.
95. Durna Z, Akın S. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012:266-271.
96. Costello K, Haris C. Differential diagnosis and management of fatigue in multiple sclerosis: Considerations fort he nurse. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2003, 35:139-148.
97. Lauder W.A survey of self- neglect in patients living in the community. *Journal of Clinical Nursing*, 1999,8(1): 95-102.
98. Velioğlu, P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Alaş Ofset, İstanbul, 1999: 323-

99. Anita L. A Comparative analysis of Orem's self-care model and Peplau's interpersonal theory. *Journal of Advanced Nursing*, 1994; 20:755-760.
100. Henry BS. Achievement of appropriate self-care: Does care delivery system make a difference. *Medical Care*, 1997; 35(11):33-40.
101. Orem DE. *Nursing: Concept of Practice*, 5th ed. St.Louis: Mosby-Year Book, 2001:105-187.
102. Aggleton P, Chalmers H. Orem's self-care model. *Nursing Times Journal*, 1985; 2:36-39.
103. Öztürk C, Karataş H. Orem'in öz-bakım yetersizlik kuramı ve posttravmatik epilepside hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11(2): 85-91.
104. Nahcivan ÖN. Geçerlik ve güvenirlik çalışması: öz-bakım gücü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 1994; 7(33):109-118.
105. Nahcivan NO. Turkish language equivalent of the exercise of self care agency scale. *Western Journal of Nursing and Health*, 2004, 47(3): 311-320.
106. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*.1. Baskı. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ,2004:180-202.
107. Polat H. Tüberküloz Hastalarında Yalnızlık Düzeyi ve Depresyonla İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi. 2008.
108. Peplau LA, Miceli M, Morasch B. Loneliness and self evaluation. İçinde: Peplau LA, Perlman D. (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York, Wiley, 1982:206-223.
109. Zimmer K. *The Art of Living Alone*. Çeviri: Karataş B. Yalnız Yaşama Sanatı, 1.

- Baskı. İstanbul,Gendaş Yayıncılık, 2005: 5-20.
110. Ulug B, Ertuğrul A, Göğüs A, Kabakçı E. Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) Şizofreni Hastalarında Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 12(2):121-130.
111. Bridges K, Huxley P, Oliver J. Psychiatric rehabilitation: redefined for the 1990s. *Int Journal Soc Psychiatry Spring*, 1994,40(I):1- 16.
112. Dünya Sağlık Örgütü.International Classification of Functioning, Disability and Health. Çeviri: Kabakçı E,Göğüs A. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması: ICF, Ankara, Bilge Matbaacılık, 2001:1-13.
113. Tülek Z. Multipl Sklerozlu Hastanın Hemşirelik Bakımı.C.Ü. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11(2):25-30.
114. O'Brien, R.G.,Muller, K.E. *Applied Analysis of Variance in Behavioral Science Marcel Dekker*. New York, 1993, Chapter 8 pp. 297-344.
115. StewartA. L, Hays R. D, Ware J. E. J. Jr. The MOS Short-form general health survey. Reliability and validity in patient population. *MedCare*, 1988,26(7): 724-735.
116. Kaplan İ. Yarı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yeti yitimi ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1995; 6: 169-179.
117. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1980; (39): 472- 480.
118. Demir A. UCLA YalnızlıkÖlçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989; 7(23): 14-18.
119. Kearney B. Y, Fleisher B. J. Development of an instrument to measure exercise of self-careagency.Research in Nursing & Health,1979,22;25-34.

120. Nahcivan N. Sağlıklı Gençlerde Öz-bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İtatanbul: İstanbul Üniversitesi, 1993.
121. McLaughlin J, Zeeberg IB. Selfcare and multiple sclerosis: A view from two cultures. *Social Science and Medicine*, 1993, 37(3):315–329.
122. Granieri E, Casetta I, Tola MR. Epidemiology of multiple sclerosis . *Neurol Clin*, 1996, 14:291–308.
123. Karabulutlu E, Tan M. SAPD (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi) hastalarında yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005,8(2): 1-11.
124. Cook AS, Potlo A, Stewart A. Environmental components of mobility disability in community living older person. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003,51: 393–398.
125. D’Alisa S, Baudo S, Mauro A, Miscio G. How does stroke restrict partici pation in long term post-stroke survivors. *Actual Neurol Scand*, 2005, 112: 157–162.
126. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Disability in elderly patients with chronicneurological illness: Stroke, multiple sclerosis and epilepsy. *Archives of Gerontology and Geriatrics*,2011, 53:227-223.
127. Bilgili N. Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2012, 15: 82-90.
128. Lerdal A, Celius EG, Moum T. Fatigune and its association with socio demographic variables among multiple sclerosis patients, *Mult Scler*, 2003, 9:509-514.
129. Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen etmenler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 1(3):

70-80.

130. Yurtsever S, Kuyurtar F. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz-bakım gücü. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Mart-Haziran 2005: 26-32.
131. Gulick, E. Social Support Among Persons With Multiple Sclerosis. *Research in Nursing Health*, 1994, 17:195–206.
132. Verbrugge LM, Yang L. Aging with disability and disability with aging. *Journal Disability Policy Studies*, 2002, 12:253–267.
133. Barron CR, Foxall MJ, VonDollen K, Jones PA, Shull KA. Maritalstatus, social support, and loneliness in visually impaired elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 19:272–280.
134. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 4:1.
135. Bağ E. Hemodiyaliz Uygulanan bireylerin özbakım gücü ve öz yeterliliğinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2007.
136. Acaray A. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2003.
137. Kaya B. Depresyon: Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2007, 10: 11-20.
138. Stenager E, Knudsen L. Multiple Sclerosis: The Dmpact onFamily and Social Life. *Act a Psychiatr Belg*, 1994, 94 (3):165-174.
139. Fraser C, Polito S. A comparativestudy of self-efficacy in men and women with multiple sclerosis. *Journal Neurosci Nurs*, 2007, 39:102–106.

140. Mohr DC, Goodkin DE, Islar J. Treatment of depression is associated with suppression of nonspecific and antigen-specific T(H)1 responses in multiple sclerosis. *ArchNeurol*, 2001, 58:1081-1086.
141. Minden SL, Oray J, Reich P. Depression in multiple sclerosis. *Gen Hosp Psychiatry*, 1987, 9:426-434.
142. Wollin JA, Spencer N, McDonald E, Fulcher G, Bourne M, Simmons RD. Longitudinal Changes in Quality of Life and Related Psychosocial Variables in Australians with Multiple Sclerosis. *Int Journal MS Care*, 2013, 15:90–97.
143. Barak Y, Achiron A. Cognitive fatigue in multiple sclerosis: findings from a two-wave screening project. *Journal of the Neurological Sciences*, 2006, 245(12):73–76.
144. Gottberg K, Einarsson U, Fredrikson S, Vonkoch LA. Population-based study of depressive symptoms in multiple sclerosis in Stockholm county: Association with functioning and sense of coherence. *Journal Neurol, Neurosurg Psychiatry*, 2007, 78:60-65.
145. Soyuer F, Ünalın D, Mirza M. Multipl Sklerozda Depresif Semptomlar; Sosyodemografik Faktörler ve İşlevsellik ile İlişkisi. *Türk Nöroloji Dergisi*, 2010, 16:31-35.
146. Lublin FD, Baier M, Cutter G. Effect of relapses on development of residual deficit in multiple sclerosis. *Neurology*, 2003, 61:1528-1532.
147. Mansson E, Lexell J. Performance of activities of daily living in multiple sclerosis. *Disability and rehabilitation*, 2004, VOL. 26, NO. 10, 576–585.
148. Sharrack B, Hughes RAC, Soudain S, Dunn G. The psychometric properties of clinical ratings scales used in multiple sclerosis. *Brain*, 1999, 122: 141 – 159.
149. Wassem R. Self-efficacy as a predictor of adjustment to multiple sclerosis. *Journal*

Neurosci Nurs,1992, 24:224–229.

150. Akyol Durmaz A, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*,2002, 41(2): 97 - 102.
151. Akkuş Y, Akyar İ. Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık düzeylerinin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* , 2006,Mart-Haziran:42-47.
152. Cohen RA, Kessler HR, Fischer M. The Extended Disability Status Scale (EDSS) as a predictor of impairments of functional activities of daily living in multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 1993, 115: 132 – 135.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Esengül KAŞIKÇI Doğum tarihi: 10.01.1987 Doğum yeri: Şiran Medeni hali: Bekar Uyruğu: T.C. Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM Tel: 0535 744 38 96 Faks: - E-mail: esengulkasikci@hotmail.com
Eğitim
Lise: Darıca (YDA) Lisesi (2005) Lisans: Zongulgak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2006-2011) Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2011-) Doktora: - -
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Orta derecede Almanca: Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği.....
İlgi Alanları ve Hobiler
.....

EK -2. HASTA TANITIM FORMU

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz ☐ kadın ☐ Erkek

3. Medeni durumunuz ☐ Evli ☐ Bekar

4. Yerleşim yeriniz neresidir?

☐ İl merkezi ☐ İlçe ☐ Köy

5. Eğitim durumunuz nedir?

☐ Okur- yazar değil ☐ Okur- yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Lisans ve üstü

6. Mesleğiniz :

7. Şu anda kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

☐ Yalnız yaşıyorum. ☐ Ailemle birlikte yaşıyorum

☐ Arkadaşlarımla birlikte yaşıyorum ☐ Torunlarımla birlikte yaşıyorum.

8. Aylık geliriniz ne kadardır?

9. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Gelirim giderimden az ☐ Gelirim giderime eşit ☐ Gelirim giderimden fazla

10. Aile yapınızı tanımlar mısınız: ?

☐ çekirdek aile ☐ geniş aile ☐ diğer

11. Sosyal güvenceniz var mı?

☐ var ☐ yok

12. Şu anki sağlık durumunu nasıl tanımlarsınız?

☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi

13. Kaç ay/yıl önce MS tanısı konuldu?

.....

14. Kontrollere gidiyor musunuz?

☐ Bütün kontrollerime aksatmadan gidiyorum

☐ Bazı kontrollerime gitmedim

☐ Hiç kontrole gitmedim

15. Geçen yıl süresince kaç kez atak geçirdiniz?

☐ Hiç ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 2 ve üzeri

16. MS tipi nedir? (Kayıtlardan alınacak)

.....

17. Hastalığın nedeniyle kullanman gereken ilaçlar var mı?

☐ var ☐ yok

Varsa ismi.....

☐ Tek ilaç kullanıyorum ☐ birden fazla ilaç kullanıyorum

18. Geçen yıl süresince hastanede yatman gerekti mi?

☐ evet ☐ hayır

Evet ise kaç kez yattın?

.....

19. MS dışında başka bir hastalığın var mı?

☐ evet ☐ hayır

Evet ise hastalığının ismi

20. Ailede senden başka uzun süreli hastalığı olan var mı?

☐ evet ☐ hayır

Evet ise yakınlık derecesi:..... Ve

Hastalığın adı:

21. Hastalığın hakkında bilgi verildi mi?

☐ evet ☐ hayır

Evet ise kimden bilgi aldın?

☐ hemşire ☐ doktor ☐ yakınlarım ☐ diğer.....

EK- 3.KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ-KYA (BRIEF

DİSABİLTİ YUASTİONNAİRE-BDQ)

0=HİÇ,1=BAZEN YADA HİÇ,2=HER ZAMAN YA DA OLDUKÇA

1A-AĞIR EŞYALARI KALDIRMAK,KOŞMAK,SPOR YAPMAK GİBİ AĞIR BEDENSEL ETKİNLİKLER	0	1	2
1B-MASA ÇEKMEK,FİLE ÇANTA TAŞIMAK GİBİ ORTA GÜÇLÜKTEKİ BEDENSEL ETKİNLİKLER:	0	1	2
1C-MERDİVEN,YOKUŞ ÇIKMA:	0	1	2
1D-EĞİLMEK,DOĞRULMAK:	0	1	2
1E-UZUN MESAFE YÜRÜMEK(1- 2Km.):	0	1	2
1F-YEMEK YEMEK, GİYİNMEK, BANYO YAPMAK TUVALETE GİTMEK:	0	1	2
2-HOBİLER GİBİ UĞRAŞLAR:	0	1	2
3-EVDEKİ İŞLER:	0	1	2
4-ÇALIŞMA İSTEĞİ:	0	1	2
5-EVDE,OKULDA,İŞTE VERİMLİLİK:	0	1	2
6-İLİŞKİLER:	0	1	2

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU()

EK- 4.YALNIZLIK ÖLÇEĞİ (UCLA)

UCLA-LS

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmeniz.

	Ben bu durumu HİÇ Yaşamadım	Ben bu durumu NADİREN Yaşarım	Ben bu durumu BAZAN Yaşarım	Ben bu durumu SIK SIK Yaşarım
1- Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum	1	2	3	4
2- Arkadaşım yok	1	2	3	4
3- Başvurabileceğim hiç kimse yok	1	2	3	4
4- Kendimi tek başıma yaşıyorum gibi hissetmiyorum	1	2	3	4
5- Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum	1	2	3	4
6- Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var	1	2	3	4
7- Artık hiç kimseyle samimi değilim	1	2	3	4
8- İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşıyor	1	2	3	4
9- Dışa dönük bir insanım	1	2	3	4
10- Kendime yakın hissettiğim insanlar var	1	2	3	4
11- Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum	1	2	3	4
12- Sosyal ilişkilerim	1	2	3	4
13- Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor	1	2	3	4
14- Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum	1	2	3	4
15- İstedğim zaman arkadaş bulabilirim	1	2	3	4
16- Beni gerçekten anlayan insanlar var	1	2	3	4

17- Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum	1	2	3	4
18- Çevremde insanlar var ama benimle değiller	1	2	3	4
19- Konuşabileceğim insanlar var	1	2	3	4
20- Derdimi anlatabileceğim insanlar var	1	2	3	4

Yalnızlık Envanteri (UCLA-LS)

20 sorudan oluşur. Lilü ölçekle değerlendirilir. 1,4,5,6,8,10,15,16,20, sorularda birey işaretlediğinin tersi puan alır. 1-4 puan alır. 2-3 puan, 3-2 puan, 4-1 puan. Diğer sorular normal puanlandırılır. En yüksek puan 80, en düşük puan 20'dir.

20-80 arasında yükseldikçe yalnızlık duygusu ortak, azaldıkça yalnızlık duygusu azalır.

EK-5. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (ÖBGÖ)

ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama:Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır.Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.İyi yada kötü fikir yoktur.Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse,karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işaret koyunuz.Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

Genelde Düşüncem Şudur:	Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni Pek Tanımlamıyor	Fikrim Yok	Beni Biraz Tanımlıyor	Beni Çok Tanımlıyor
1-Eğer sağlığım söz konusu İse bazı alışkanlıklarımı Mimmuniyetle bırakabilirim	0	0	0	0	0
2-Kendimi beğeniyorum	0	0	0	0	0
3-Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye sahip değilim	0	0	0	0	0
4-Sağlığımın kötüye Gittiğini hissettiğimde Ne yapmam gerektiğini Biliyorum	0	0	0	0	0
5-Sağlıklı kalmak için İhtiyacım olan şeyleri yapmaktan Gurur duyuyorum	0	0	0	0	0
6-kişisel ihtiyaçlarımı ihmal Etmeye meyilliyim	0	0	0	0	0
7-kendime bakamadığım zaman Yardım ararım	0	0	0	0	0
8-yeni projelere başlamaktan Hoşlanırım	0	0	0	0	0
9-benim için yararlı olacağını Bildiğim şeyleri yapmayı Çoğunlukla ertelerim	0	0	0	0	0
10-hasta olmamak için Bazı önlemler alırım	0	0	0	0	0
11-sağlığımın daha iyi Olmasına caba gösteririm	0	0	0	0	0
12-dengeli beslenirim	0	0	0	0	0
13-beni rahatsız eden konular da fazla şey yapmadan sürekli yakınıyorum	0	0	0	0	0
14-sağlığıma dikkat etmek İçin daha iyi korunma yolları Araştırırım	0	0	0	0	0
15-sağlığımın çok iyi bir Düzeye ulaşacağına inanıyorum	0	0	0	0	0

16-sağlığını korumak için Yapılan cabaların tümünü Hak ettiğine inanıyorum	0	0	0	0	0
17-kararlarımı sonuna Kadar uygulayım	0	0	0	0	0
18-vücudumun nasıl çalıştığını Anlıyorum	0	0	0	0	0
19-sağlığımla ilgili kişisel Kararlarımı nadiren Uygulayım	0	0	0	0	0
20-kendimle dostum	0	0	0	0	0
21-kendime iyi bakırım	0	0	0	0	0
22-sağlığımın daha iyi olması Benim için tesadüfi Durumdur	0	0	0	0	0
23-düzenli olarak istirahat Ederimve beden hareketleri Yaparım	0	0	0	0	0
24-çeşitli hastalıkların nasıl Meydana geldiğini ve ne Çesit etkileri olduğunu Öğrenmek isterim	0	0	0	0	0
25-yaşam bir zevktir	0	0	0	0	0
26-aile içindeki görevlerimi Yeterince yerine getiremiyorum	0	0	0	0	0
27-kendi davranışlarımın Sorumluluğunu üstlenirim	0	0	0	0	0
28-yıllar geçtikçe daha sağlıklı Olmak için gereken şeylerin Farkına vardım	0	0	0	0	0
29-sağlıklı kalmak için ne Çesit yiyecekler yemem Gerektiğini biliyorum	0	0	0	0	0
30-vücudumun çalışması ile İlgili herşeyi öğrenmeye İlgi duyuyorum	0	0	0	0	0
31-bazen hastalandığımda Rahatsızlıklarımı önemsemez Ve geçmesini beklerim	0	0	0	0	0
32-kendime bakmak için Bilgilenmeye çalışırım	0	0	0	0	0
33-ailemin değerli, bir Üyesi olduğumu Hissediyorum	0	0	0	0	0
34-son sağlık kontrolümün Tarihini hatırladığım gibi Gelecek sağlık kontrolümün Tarihinide biliyorum	0	0	0	0	0
35-kendimi ve ihtiyaçlarımı Oldukça iyi anlarım	0	0	0	0	0

EK-6. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesini gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya velisinin Adı, İmzası, Adresi (varsa telefon no, faks no)

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı :Esengül KAŞIKÇI

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı,

İmzası, Görevi:

EK-7.ETİK KURUL ONAY FORMU



ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “Multiple Sklerozlu Hastalarda Yeti Yitimi, Yalnızlık ve Öz Bakım Durumunun Belirlenmesi”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 11.12.2013 tarihinde yapılan toplantısında “Multiple Sklerozlu Hastalarda Yeti Yitimi, Yalnızlık ve Öz Bakım Durumunun Belirlenmesi” konulu Yrd.Doç.Dr.Nuray DAYAPOĞLU ve Hemşire Esengül KAŞIKÇI’nın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN

Başkan

Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

Başkan Yrd.

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER

Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Sekreter/Raportör

EK-8. ARAŞTIRMA İZNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü



Sayı : 45381945-03/ 150

Erzurum : 06.01.2014

Konu: Tez Çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İLGİ: 03.01.2014 tarih ve 3158-153 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızla Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Esengül KAŞIKÇI'nın "Multiple Sklerozlu Hastalarda Yeti Yitimi, Yalnızlık ve Öz Bakım Durumunun Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını teşkil edecek anket uygulamasını hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Necip BECİT

B A Ş H E K İ M