



**MULTİPL SKLEROZLU HASTALARA
VERİLEN ÖZ BAKIMA YÖNELİK
YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİMİN
ÖZ BAKIM GÜCÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

Seval ALKAN

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Prof . Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Doktora Tezi - 2016

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

**MULTİPL SKLEROZLU HASTALARA VERİLEN ÖZ
BAKIMA YÖNELİK YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİMİN ÖZ
BAKIM GÜCÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

Seval ALKAN

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

**ERZURUM
2016**

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**MULTİPL SKLEROZLU HASTALARA VERİLEN ÖZ BAKIMA
YÖNELİK YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİMİN ÖZ BAKIM GÜCÜ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Seval ALKAN

Tez Savunma Tarihi : 10.03.2016

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Jüri Üyesi : Prof.Dr. İsmet EŞER

Jüri Üyesi : Doç.Dr. Nurten KAYA

Jüri Üyesi : Doç . Dr. Serap ALTUNTAŞ

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Gülçin AVŞAR

Bu çalışma Yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

**Doktora Tezi
ERZURUM-2016**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ.....	10
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Multipl Sklerozun Etiyolojisi.....	12
2.1.1. Multipl Sklerozun Tanımı.....	12
2.1.2. Multipl Sklerozun Fizyopatolojisi	13
2.1.3. Multipl Sklerozun Belirtileri.....	13
2.1.4. Multipl Sklerozun İnsidansı ve Risk Faktörleri.....	14
2.1.5. Multipl Sklerozun Tipleri	14
2.2. Multipl Sklerozlu Hastada Hemşirelik Bakımı.....	15
2.3. Multipl Skleroz ve Öz Bakım Gücü	17
2.3.1. Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı.....	19
2.3.1.1. Öz Bakım Kuramı	21
2.3.1.2. Öz Bakım Yetersizlik Kuramı	22
2.3.1.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı	22
2.4. Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'nın Multipl Sklerozlu Hasta Eğitiminde Kullanımı	25
2.4.1. Evrensel Öz bakım Gereksinimleri.....	28
2.4.1.1. Beslenmede Yetersizlik	28
2.4.1.2. Bireysel Bakımda Yetersizlik	28

2.4.1.3. Uyku Düzeninde Bozulma	29
2.1.1.4. Mesane ve Barsak Kontrolünde Bozulma	29
2.4.1.5. Yorgunluk	30
2.4.2. Sağlıktan Sapmalarda Özbakım Gereksinimleri	30
2.4.2.1. Fiziksel Mobilitede Bozulma	30
2.4.2.2. Konuşma ve Yutmanın Bozulması	31
2.4.2.3. Düşünce Süreçlerinde Bozulma	31
2.4.2.4. Cinsel Disfonksiyon	31
2.4.2.5. Ağrı	32
2.4.3. Gelişimsel Öz bakım Gereksinimleri	32
2.4.3.1. Sosyal İzolasyon ve Rol Değişimi	32
2.4.3.2. Anksiyete ve Depresyon	32
2.4.3.3. İletişimde Bozulma	33
2.5. Multipl Sklerozda Hasta Eğitimi ve Özbakım Gereksinimleri Doğrultusunda	
Multipl Sklerozlu Hasta Eğitiminin Planlanması	33
2.5.1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri	33
2.5.2. Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri	34
2.5.3. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri	36
3. MATERYAL VE METOT	37
3.1. Araştırmanın Türü	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	37
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	37
3.4. Veri Toplama Araçları	38
3.5. Araştırma Süreci	42
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	45
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	45

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	45
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	46
4. BULGULAR.....	47
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKLAR	61
EKLER	77
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	77
EK-2. HASTA TANILAMA FORMU	78
EK-3. BARTEL İNDEKSİ.....	79
EK-4. KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ.....	80
EK-5. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ	81
EK-6. YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİM REHBERİ	83
EK-7. ETİK KURUL ONAYI.....	84
EK-8 ÇALIŞMA İZİN YAZISI.....	85

TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde gösterdiği büyük emeğinden ve desteğinden dolayı değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI'ya gönülden teşekkür ederim.

Değerli katkılarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. İsmet EŞER'E, Sayın Doç. Dr.Nurten KAYA'ya, Sayın Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ'a ve Sayın Yrd. Doç.Dr. Gülçin AVŞAR'a, tezimin istatistik aşamasındaki katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Kamil ALAKUŞ'a, verilerin elde edilmesi aşamasındaki desteklerinden dolayı başta Sayın Doç.Dr. Murat TERZİ ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Polikliniği ekibine, araştırmada gönüllü olarak yer alan ve benimle işbirliği yapan tüm değerli Multiple Skleroz hastalarına, tezimin her adımında fikir aldığım ve desteklerini her zaman hissettiğim arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma, yaşamımın her anında en büyük destekçim ve rehberim olan başta sevgili babam merhum Mahmut AĞAÇDİKEN'e, tüm aileme ve eşime gönülden teşekkür ederim.

Hemşire Seval ALKAN

ÖZET

Multipl Sklerozlu Hastalara Verilen Öz Bakıma Yönelik Yapılandırılmış Eğitimin Öz Bakım Gücü Üzerine Etkisi

Amaç: Bu araştırmanın amacı MS'li hastalarda Özbakım Yetersizlik Kuramı doğrultusunda verilen hasta eğitiminin öz bakım gücü üzerine etkisinin incelenmesidir.

Materyal ve Metot: Araştırma Haziran 2013- Mart 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Ağustos 2013-Ağustos 2014 tarihleri arasında poliklinikte takip edilen 400 MS hastası oluşturmuştur. Hastalar seçkisiz örnekleme yöntemi ile, girişim ve kontrol grubu olarak ayrılmıştır. Her grupta 30 hasta yer almıştır. Girişim grubundaki hastalara rutin poliklinik takibinin yanısıra, 8 hafta boyunca Orem'in Kuramı'na göre yapılandırılmış eğitim verilmiş ve sonraki 4 hafta boyunca telefon ya da yüzyüze görüşme ile takip edilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara ise 6 ay boyunca rutin poliklinik takibi uygulanmış, ayda bir kez telefonla ve eğer hasta talep ederse yüz yüze görüşülmüştür. Verilerin toplanmasında "Hasta Tanıtım Formu", "Bartel İndeksi" ve "Kısa Yeti Yitimi Anketi" ve "Özbakım Gücü Ölçeği" kullanılmıştır. "Hasta Tanıtım Formu", "Bartel İndeksi" ve "Kısa Yeti Yitimi Anketi" hastalarla ilk karşılaşıldığında, Özbakım Gücü Ölçeği ise hastalar ilk karşılaşmada ve 6. ayın sonunda uygulanmıştır.

Bulgular: Girişim grubu hastalarının "Özbakım Gücü Ölçeği" öntest puan ortalaması 94.53 ± 17.34 ve sontest puan ortalaması 112.56 ± 15.57 olarak belirlenmiştir. Grup içi öntest ve sontest puan ortalaması karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Kontrol grubu hastalarının Özbakım Gücü Ölçeği öntest puan ortalaması 99.33 ± 18.54 ve sontest puan ortalaması 108.76 ± 16.14 olarak belirlenmiştir. Grup içi öntest ve sontest puan ortalaması karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p < 0.05$). Buna karşın gruplar arası değerlendirmede deney ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Araştırma sonunda Orem'in Özbakım Yetersizliği Kuramı ile geliştirilen yapılandırılmış eğitiminin Multiple Sklerozlu hastalarda öz bakım gücü üzerine etkili olabileceği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Eğitimi, Hemşirelik, Multipl Skleroz, Öz Bakım Yetersizliği Kuramı

ABSTRACT

The Effect of Structured Education Provided to Multiple Sclerosis Patients on Self-Care Agency

Aim: The aim of this study is to determine the effect of structured education through Self-Care Deficit Theory that is provided for Multiple Sclerosis patients on self care agency.

Materials and Method: The study was conducted between June 2013-March 2016. The study included 400 volunteer patients who are registered in Neurology Policlinics in Ondokuz Mayıs University Health and Research Center between August 2012 and August 2015. The patients randomly were divided into two groups as interference and control group. There were 30 patients on in each group. In addition to their routine policlinic pursue the patients who were in interference group received education which was structured according to Orem's Self-Care inefficiency theory and pursued 4 weeks either by phone or meeting face to face. The control group patients however were applied routine policlinic pursue and talked with them once in a month on the phone or face to face when the patient requested. "Patient introduction form", "Bartel Index", "Brief Disability Questionnaire" and "Exercise of Self Care Agency Scale" were use to collect the data. Patient introduction form", "Bartel Index", "Brief Disability Questionnaire" were used when met with the patients first time and "Self – Care Agancey Scale" was applied at the end of 6th month.

Findings: Exercise of Self Care Agency Scale pretest point average of the interference grup patients was defined as 94.53 ± 17.34 and final test average was defined as 112.56 ± 15.57 . When the pretest and final test results among the group were compared it has been confirmed that the statistical difference is very meaningful ($p < 0.001$). Exercise of Self Care Agency Scale pretest average was defined as 99.33 ± 18.54 and final test average was defined as 108.76 ± 16.14 . When the pretest and final test results among the group were compared it has been confirmed that the statistical difference is very meaningful ($p < 0.05$). However in the evaluation among groups it was determined that the difference between experiment and control was not statistically meaningful ($112.56 \pm 15.57, p > 0.05$).

Result: At the end of the research it was determined that the education structured with Orem's Self-Care Deficit Theory is efficient on the Multiple Sclerosis patients self care agency.

Key Words: Patient education, Nursing, Multiple Sclerosis, Self –Care Deficit Theory

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Bİ	: Bartel indeksi
KYYA	: Kısa Yeti Yitimi Anketi
MS	: Multipl Skleroz
ÖBYK	: Özbakım Yetersizlik Kuramı
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği



ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Hemşirelik Sistemleri Şeması	24
Şekil 2.2. Orem'in Özbakım Yetersizliği Kuramının Kavramsal Şeması.....	25
Şekil 2.3. MS'li Hastalarda Öz bakım Gücünün Arttırılmasında Orem'in Öz bakım Yetersizliği Kuramına Göre Yapılandırılmış Eğitimin Kullanımı.....	27
Şekil 3.1. Araştırma Tasarımı.....	44



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan Veri toplama Araçları ve Özellikleri	40
Tablo 3.2. İstatistik Analizde Değerlendirilen Parametreler ve Uygulanan Testler	45
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	47
Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bartel İndeksi ve Kısa Yeti Yitimi Anketi Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Barthel İndeksi ve Kısa Yeti Yitimi Ölçeği Arasındaki İlişki	49
Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Grup İçi Özbakım Gücü Ölçeği Öntest- Sontest Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.5. Özbakım Gücü Ölçeği Öntest ve Sontest Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	51

1. GİRİŞ

Sağlığı koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirme ya da yetersizlikler ile baş etmeye yardımcı amaçlayan hemşireliğin odağını birey, aile ve topluma yönelik bakım oluşturmaktadır. Hemşire, bakım eylemini planlarken sağlıklı/hasta bireyin insancıl özelliklerini dikkate almalı, bireyi bütüncül olarak değerlendirmeli ve gereksinimlerinin karşılanmasında bireyle işbirliği içinde olmalıdır. Hemşirenin bakım verme eylemi mesleki bilgi, beceri, yetenek ve deneyimleri ile gerçekleşen bağımsız bir işlevidir ve hemşirenin koruma, rahatlatma ve bilgilendirme gibi eylemlerinin tümünde değişen ölçülerde yer almaktadır¹⁻⁵.

Hemşirelik, bilgi temelli uygulamalarla toplum sağlığına katkıda bulunmakta, felsefi ve teorik temeller rehberliğinde değer ve amaçlarını oluşturmakta ve temel bakım uygulamalarını bilimsel zeminde sağlıklı/ hasta bireye ulaştırmaktadır^{6,7}. Sağlık-hastalık, çevre, insan ve hemşirelik olmak üzere dört temel kavramdan etkilenen hemşirelik uygulamaları, hemşirelik kuram ve modellerinin bilinmesini, incelenmesini ve test edilmesini gerektirmektedir⁸.

Hemşireler tıbbi uygulamalar yerine modele dayalı hemşirelik uygulamalarına odaklandığında bakım sistematize edilmiş olur^{8,9}. Davranışlar için bir referans noktası olarak, bakımda özbakım modeli kullanıldığında hasta/hemşire ilişkisindeki roller hakkında fikir oluşturulurken, aynı zamanda bireyin sağlığına yönelik çabalarının bireyselleşmesi ve kavramsallaşması da sağlanmış olur⁹. Bu bağlamda bireyin kendi sağlığını korumaya yönelik çabalarını temsil eden özbakım kavramı da bireysel kavramsallaştırmaya iyi bir örnektir. Bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapması olarak açıklanan **öz bakım** zamanla iletişim, kültür, eğitim ve etkileşim yoluyla gelişir. Orem, Öz Bakım Yetersizliği Kuramı'nda (ÖBYK) gelişimsel,

durumsal ve sağlıktan sapma durumlarında gereksinimlerin karşılanamaması sebebiyle öz bakım eksikliğinin oluştuğunu savunur^{8,10,12}.

Bireylerde ciddi şekilde sınırlılık veya yeti yitimi oluşturan ve nörolojik sistemi ilgilendiren kronik hastalıklardan biri olan multipl sklerozda (MS)^{13,14} fiziksel sınırlılıktan^{15,16} dolayı öz bakım ciddi şekilde bozulmaktadır^{17,18}. Konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda¹⁹, miyokard infaktüsü geçiren hastalarda²⁰, diyabet hastalarında²¹, kalp yetmezliği hastalarında^{22,23}, koroner arter yetmezliği olan hastalarda²⁴, hipertansiyon hastalarında²⁵ ve kadın doğum hastalarında²⁶ özbakım kuramının yararlılığını gösteren araştırmalara rağmen, bu kuramının MS’li hastalarda özbakım gücünün arttırılmasında kullanıldığını gösteren bir araştırmaya rastlanmamıştır. Öte yandan, MS’de hastalık algısı²⁷, bilgi eksikliđi²⁸, fiziksel rehabilitasyon²⁹⁻³¹, yeti yitimi^{32,33}, yaşam kalitesi³⁴, bilişsel yeterlilik, hastalık algısı, anksiyete ve depresyona^{35,36} ilişkin araştırmalara rağmen, yalnızca Fransa’da bildirilen bir araştırmada MS’li hastalarda öz bakım gücü ve öz etkililik³⁷ kavramlarının incelendiği bildirilmiştir.

Yapılan bu literatür taraması MS’li hastalarda özbakımın geliştirilmesi için yapılandırılmış bir eğitimin sonuçlarının incelendiğini gösteren bir çalışma olmadığını göstermiştir. Bu araştırmada amaç MS’li hastalarda ÖBYK doğrultusunda verilen hasta eğitiminin öz bakım gücü üzerine etkisinin test edilmesi olarak belirlenmiştir. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın hipotezleri;

“H₀: Orem’in Özbakım Yetersizliği Kuramı’na göre yapılandırılmış eğitim MS’li hastaların öz bakım gücü üzerinde etkilidir.

H₁: Orem’in Özbakım Yetersizliği Kuramı’na göre yapılandırılmış eğitim MS’li hastaların öz bakım gücü üzerinde etkili değildir.” şeklinde belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

Bireylerin sağlık bakımından birinci derecede sorumlu olan hemşireler hasta ile en fazla zaman geçiren meslek grubudur. Hemşirelerin hastaların fiziksel iyiliğinin sağlanmasında, komplikasyonların önlenmesinde, davranış değişikliğinin sağlanmasında, yanlış inançların saptanmasında, hastalığa ilişkin belirsizliğin azaltılmasında, umudun ve problem çözme becerisinin artırılmasında bakım sağlayıcı, yönetici, eğitimci, hasta hakları savunucusu, araştırmacı, konsültan ve işbirliği sağlayıcı rolleri bulunmaktadır^{38,39}. Akut ve kronik hastalıklar konusunda hemşire, eğitim ve danışmanlık hizmetini, hasta ve aileyi kapsayacak şekilde uygular. Bu anlamda hemşire, kronik bir hastalık olan MS ile yaşayan bireylerin hastalıkla başa çıkmalarında etkin bir rehber olabilir^{2,18}. MS hemşireleri hasta tanı aldıktan sonra öncelikle bakımı hastaya ulaştırarak ve sonrasında ulaşılabilecek hizmetlerin koordinasyonunu sağlayarak hastaya yardım edebilir⁴⁰.

2.1. Multipl Skleroz'un Etiyolojisi

2.1.1. Multipl Skleroz'un Tanımı

Nörolojik sisteme ilişkin kronik hastalıkların bir çoğu bireylerde ileri derecede sınırlılık ve yetersizlik yaşatan hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Bu hastalıklar arasında bireyde fonksiyonel yetersizliklere neden olan önemli hastalıklardan biri MS'dir⁴¹. MS, merkezi sinir sistemindeki inflamasyon ve nöronların etrafını saran miyelin kılıfın yok olması, hatta zaman içinde miyelinin altındaki aksonun hasarı ile karakterize nöroimmun bir hastalıktır⁴²⁻⁴⁴. Santral sinir sisteminde inflamasyon ve demiyelinasyon süreçlerine bağlı olarak aksonal hasar oluşan MS'de, klinik olarak ataklar (relaps) ve iyileşmeler (remisyonlarla) görülür^{45,46}.

2.1.2. Multipl Skleroz'un Fizyopatolojisi

MS oluşumundan sorumlu tutulan miyelin proteinlerine yönelen hücresel yanıtı, T hücrelerinin oluşturduğuna ilişkin bilgiler literatürde yer almaktadır^{18,47}. T lenfositlerinin nedeni bilinmeyen bir şekilde aktive olduğu ve kan beyin bariyerini aşarak merkezi sinir sistemine girdiği düşünülmektedir. Bu aşamada makrofajların, antikorların ve inflamasyona yol açan sitokinlerin salındığı, miyelin proteinlerini ve miyelin üreten hücreleri (oligodendrosit) hedef alan bir dizi otoimmün yanıtın geliştiği ve bu olaylar dizisi sonunda miyelin kılıf hasarının olduğu belirtilmektedir⁴²⁻⁴⁴. Miyelin kılıf hasarı ile sinir iletimi blokaja uğramakta ve atak belirtileri ortaya çıkmaktadır. Ayrıca hastalık süreci ilerledikçe miyelinin altındaki aksonun hasara uğraması ile geriye dönüşsüz yeti yitimi ortaya çıkmaktadır^{48,49}.

MS'de hem otoimmün hem de enfeksiyöz mekanizmaların rol oynayabileceği düşünülmektedir^{50,51}. Genetik ve çevresel faktörlerin de hastalığın ortaya çıkmasında etkili olduğu araştırma sonuçları ile desteklenmiştir⁵²⁻⁵⁴.

2.1.3. Multipl Skleroz'un Belirtileri

MS'de belirtiler plağın yerleşimine göre farklılık göstermektedir. MS'de spastik, yorgunluk, tremor, halsizlik, kol ve bacaklarda güçsüzlük, yutma ve konuşma bozukluğu, ataksi, bilişsel, seksüel, mesane ve barsak fonksiyonlarında bozulma, diplopi, denge problemleri gibi belirti ve bulgular gözlenmektedir. Bu belirtiler, denge/koordinasyon problemleri, değişen derecelerde motor, duyu, ve eliminasyon sorunları; cinsel, bilişsel ve duygu durum işlev bozuklukları şeklinde görülmektedir. Hastalığın kronik ve ilerleyici olması ile birlikte, bireyde üriner sistem enfeksiyonları, basınç yarası, osteoporoz, uykusuzluk, obezite, optik nörit gibi belirtiler görülür. Farklı çalışmalarda MS'li hastalarda çeşitli sorunlara bağlı olarak hastalığın ilk yıllarında günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmanın başladığı; tanıdan yaklaşık 5 yıl sonra ince ve

kaba motor aktivitede bozulmanın gözlemlendiği, duyuşal, 10 yıl sonra ise emosyonel ve bilişsel sorunların yoğunlaştığı belirtilmektedir^{51, 54-56}.

2.1.4. Multipl Sklerozun İnsidansı ve Risk Faktörleri

MS 20-40 yaş arasında daha sık olmakla birlikte, 15 yaşın altında soğuk iklimde yaşıyan, yüksek- sosyo ekonomik düzeyde olan, ailede MS öyküsü bulunan, kadın ve immün reaksiyona neden olabilecek viral enfeksiyonlara maruz kalanlarda MS gelişme riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir^{52,54}. MS sıklıkla genç erişkinlerde görülen sinir sisteminin kronik bir hastalığıdır. MS’de insidans tespitinin zor olmasının nedeni, hastalığın erken dönemde kolaylıkla tanılanamaması ve ilk belirtilerin ortaya çıkması ile tanı arasındaki sürenin uzun olmasıdır¹⁵. MS’in, 17-65 yaşları arasında, dünyada yaklaşık olarak 1.000.000 kişiyi etkilediği bilinmektedir ve olguların yaklaşık % 70’ini kadın cinsiyet oluşturmaktadır. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı kadınlarda 32.4, erkeklerde 34.3’tür¹⁶. Sıcak bölgelerde daha az görülen MS, ekvator kuşağında neredeyse hiç görülmemektedir. Buna karşılık hem kuzey hem de güney yarım kürede kutuplara yaklaştıkça hastalık oranının giderek arttığı görülmektedir. Örneğin Akdeniz Bölgesi’nde İtalya’da ve İspanya’da 50-60/ 100.000 iken, bu oran Almanya’da 80/ 100.000’dir¹⁶. Ülkemizde ise yaklaşık 35.000 MS hastası olduğu bildirilmektedir⁴⁴. Bununla birlikte MS’in klinik tipleri insidans sıklığını değiştirmektedir.

2.1.5. Multipl Sklerozun Tipleri

MS’in klinik tipleri ise aşağıdaki gibidir^{18,51};

Relapsing Remitting Multipl Skleroz (RR-MS): MS’in en sık görülen (% 55-85) tipidir⁵⁷. Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla görülür. Genellikle optik nörit ile başlar. Atak ve iyileşmelerle seyreder. Ataklar en az 24 saat sürmekte ve bir önceki atakla arasında en az bir ay olmaktadır⁵⁸.

Primer Progresif Multipl Skleroz (PP-MS): % 5-10 oranında görülür. Kadın ve erkeklerde aynı oranda görülür. Atak ve iyileşmelerle seyretmez. En sık motor tutulum ve özellikle sürekli ilerleme gösteren bir paraparezi ile başlar. Başlangıç yaşı bu tipte daha geçtir, prognoz kötüdür¹⁶.

Sekonder Progresif Multipl Skleroz: (SP-MS): %30-50 oranında görülür. Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla görülür. RR-MS tanısı alan hastaların % 50'si on yıl içinde SP-MS'e dönüşür. Merkezi sinir sisteminde sürekli bir yıkım vardır. Yavaş bir şekilde nörolojik defisitlerde artma olur. Prognoz kötüdür⁵⁶.

Progresif Relapsing Multipl Skleroz (PR-MS): MS'in en kompleks olan tipidir. % 4- 5 oranında görülür. Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla görülür. PP-MS'de görüldüğü gibi belirtiler ilerleyici özelliğe sahiptir. Fakat PP-MS'den farklı olarak RR-MS'ye benzer akut alevlenmelerle seyreder. Oluşan nörolojik defisitlerdeki kayıp geri dönmez. Mortalite oranı çok yüksektir⁵⁷.

Bening Multipl Skleroz (B-MS): Genellikle hafif duyuşal belirtilerle başlar. Başlangıçta ataklar görülebilir. Bir veya iki atak sonra tamamen iyileşme olur ya da minimal bir nörolojik defisit kalabilir. MS'in bu formunda kesinlikle depresyon görülmez⁵⁶.

2.2. Multipl Sklerozlu Hastada Hemşirelik Bakımı

Relaps oranlarının azaltılması, doğrudan relaps sonucunda oluşan nörolojik defisitlerin tedavisi, nörolojik defisitlerin semptomatik tedavisinin sağlanması ve ilerlemenin önlenmesinin hedeflendiği MS tedavisinde amaç hem akut hem de uzun sürede oluşabilecek yeti yitimini azaltmak, bireyin sınırlılıkları içinde en üst düzeyde bağımsızlığını sağlamak ve sosyal, fiziksel, psikolojik uyumunu geliştirmeye yönelik olmalıdır^{51,59}. Tedavi yaklaşımında yer alan yüksek doz kortikosteroidlerin^{41,43}, atak sıklığını ve yeni lezyon oluşumunu azaltan antiviral, antiinflamatuvar ve immün –

modölatör ilaçların, interferonlar olmak üzere glitamer-asetat, intravenözimmunglobulin G gibi immun modölatör ilaçlar ve/veya methotraxete vesiklofosfamide, immüno-supresif grubu ilaçların kullanımı hemşirelik bakımının kapsamının genişlemesine ve MS'li bireye bakım veren hemşirenin rollerinin hasta gereksinimlerini karşılayacak şekilde artmasına yol açmıştır^{50,59}.

Dünyadaki önemli MS organizasyonlarından biri olan Uluslararası Multipl Skleroz Hemşireleri Organizasyonu'na (International Organization of Multiple Sclerosis Nurses-IOMSN) göre MS hemşiresi MS'li hastayla işbirliği yapan, hasta ile bilgi, güç ve umudu paylaşan; hastaya olumlu baş etme becerisi, otonomi kazandıran, umutu destekleyen ve pozitif düşünmeyi sağlayan uzmandır⁶⁰⁻⁶². Hemşire bakım verici rolü ile hastanın değerlendirilmesinde, bakımını üstlenerek⁶³ hastaların bilişsel, psikolojik ve fiziksel iyiliğinin sürdürülmesi, atak sayısının ve şiddetinin azaltılması, ikincil sorunların önlenmesi ve hastalıkla baş etme yöntemleri konusunda hastalara danışmanlık ederek; bilgi vererek ve hasta eğitimini sağlayarak öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini gerçekleştirebilir⁶³. Bu amaca ulaşılması için hasta hemşirelik sürecine göre değerlendirilmeli ve uygun girişimler planlanmalıdır³⁹.

Öncelikle nörolojik ve sekonder problemleri, problemlerin hasta ve ailesi üzerine etkilerini içeren gerçek ya da potansiyel problemler belirlenmelidir. Hastanın hareketleri ve yürüyüşü düşme riskinin belirlenmesi amacıyla gözlenmelidir. Hasta fonksiyonları tam olarak dinlenme ve yorgunluk anında değerlendirilmelidir. Hasta güçsüzlük, spasisite, görmede bozulma, inkontinans, yutmada ve konuşmada bozulma yönünden izlenmelidir³⁹. MS'in hastanın yaşam tarzı üzerine etkisi, hastanın semptomlarla başa çıkma şekli ve hastanın sınırlılıklarına ilişkin hedefleri tartışılmalıdır.

Elde edilen verilere bağlı olarak MS'li hastada saptanabilecek başlıca hasta gereksinimleri;

- Güçsüzlük, kas paralizi ve spastisiteye bağlı “fiziksel harekette bozulma”ve“yorgunluk”,
- Sinir sistemi disfonksiyonuna bağlı “üriner ve barsak boşaltımında (inkontinans ve konstipasyon) bozulma”,
- Kranial sinir tutulumuna bağlı olarak “konuşma ve yutmada bozulma”,
- Serebral disfonksiyona bağlı “düşünce süreçlerinde (hafıza kaybı, demans ve öfori) bozulma”,
- Spinalkord tutulumuna ya da hastalığa psikososyal tepkiye bağlı “cinsel disfonksiyon”
- Hastalıktan kaynaklı belirsizliğe bağlı “anksiyete”, “depresyon”, “sosyal izolasyon” ve “iletişimde bozulma”dır^{39,64}.

Belirlenen problemlere ilişkin MS’li hastanın başlıca bakım hedefleri ise fiziksel mobilitenin sağlanması, mesane ve barsak kontrolünün sağlanması, konuşma ve yutmanın geliştirilmesi, duyu ve bilişsel fonksiyonun geliştirilmesi, cinsel fonksiyona adaptasyon, başa çıkma becerilerinin kazandırılması, özbakım gücünün artırılmasıdır^{39,63,65,66}.

2.3. Multipl Skleroz ve Öz Bakım Gücü

Öz-bakım gücü; sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili bireyin öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimi; bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama yeteneğidir⁶⁷. Kendiliğinden öğrenme süreci, zihinsel etkinlik, merak, eğitim, denetim ve deneyim yoluyla gelişen öz bakım gücü, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesini ve gelişmesini sağlayarak yaşam boyu değişme ve gelişme gösterir⁶⁸. Orem; bireylerin öz bakımlarını karşılama düzeylerinin bireyden bireye fark gösterdiğini, bu farkı ortaya çıkaran en önemli

etkenlerden birinin öz bakım gücü olduğunu ortaya koymuştur^{24, 69}. Yapılan araştırmalar, öz-bakım gücü ile tedaviye uyum, sağlığı geliştirme davranışları ve fiziksel ve psikolojik semptomlar arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir^{44,70}. Lev ve Owen'e⁷¹ göre öz-bakım davranışlarını gerçekleştirebilmek için kendine güven duygusuna sahip olan hastalar, bu davranışları daha iyi sergilemektedir. Böylece öz-bakım gücü yüksek olan hastalar hastalıklarını daha iyi yönetebilirler. Ayrıca Kaşıkçı ve Alberto⁷² ise özetkililiği yüksek olan ve aile desteği alan hastaların özbakım seviyelerinin daha yüksek olduğunu kaydetmiştir. Benzer şekilde Karakurt ve Kaşıkçı²¹ sistemik eğitim ile kronik hastalığı olan bireylerde özbakımın yükseltilebildiğini kaydetmiştir. Öz bakımda bireyin yeterliliğinin artması, bireylerin tedaviye uyumunu artırmakla birlikte, fiziksel ve psikolojik semptomları azaltmaktadır. Hastalığa uyum sağlayamayan hastalarda tedavinin komplikasyonları gibi negatif sonuçlar gelişebilir⁷³.

Kronik hastalıkların kontrolünde, hastaları kendi bakımlarına katmak ve öz-bakımlarının sorumluluğunu almak için cesaretlendirmek bir zorunluluktur^{21,17,72}. Orem'e göre insanların doğal öz-bakım yetenekleri vardır ve hemşireler de bu yeteneklere odaklanmalıdırlar. MS hastalarında öz-bakım ise tedaviyi önerilen şekilde takip etmek, ilaçlar, MS tedavisi, iletişim, bilgi ve yaşamdan memnuniyet gibi bir çok bölümü kapsamaktadır. Sağlık bakım profesyoneli olarak hemşireler MS hastalarındaki yaşam tarzı değişikliklerini, eğitim imkanı ve stratejilerini geliştirerek hastaların öz-bakım gücünü geliştirebilirler^{74,75}. Öz bakımın geliştirilmesi amacıyla bir hemşirelik modelinin kullanımı bakımın planlanmasında hemşirelere rehber olabilir⁷⁶. Ayrıca hemşirelik bakımında modellerin kullanılmasının amacı, hasta bakımının kalitesini yükseltmektedir⁷⁷⁻⁷⁹. Hemşirelik modelleri, hemşirelerin insan, çevre, sağlık ve hastalık kavramlarını nasıl yorumldığını gösterir⁷⁸. Kavramsal hemşirelik modelleri hemşirelik aktivitelerinin organizasyonu için bir yol belirler ve hemşirelik uygulamaları için

kavramsal bir çatı oluşturur. Bu bağlamda MS hastalarında öz bakımın geliştirilmesi amacıyla “Özbakım Yetersizlik Kuramı”nın iyi bir çerçeve olabileceği düşünülmektedir.

2.3.1. Orem’in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı

Öz bakım kavramı ilk kez 1959 yılında Dorethea Orem tarafından geliştirilmiştir. Bu kavramı temel alan hemşirelik kuramı ise 1971-2001 yılları arasında “Öz bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı” olarak şekillendirilmiştir⁸⁰. Orem’e göre hemşireliğin ilgi alanı; insan sağlığının ve yaşamının devamı, hastalık ve sakatlıkların önlenmesi veya hastalık ve sakatlığın olumsuz etkileri ile baş edebilmesi yani bireysel bakım sorumluluğunu üstlenebilmesi üzerinde yoğunlaşmıştır⁸⁰⁻⁸². Orem, hemşireliğin paradigmasını oluşturan insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramlarının tanımlarını da bu görüş doğrultusunda yapmıştır⁸. Ayrıca dört temel kavramın yanı sıra kuramın diğer temel kavramları olan öz bakım, özbakım gücü, temel durumsal etmenler, terapötik özbakım gereksinimi, öz bakım eksikliği ve hemşirelik sistemini de açıklamıştır. Kuramın temel kavramları ise şunlardır:

Öz bakım: Bireylerin yaşamlarını, sağlıklarını ve iyilik durumlarını devam ettirmek için yaptıkları amaçlı aktivitelerdir.

Öz bakım Gücü: Bireyin kendi yaşamını, sağlık ve iyilik durumunu devam ettirmek için sağlık aktivitelerini gerçekleştirme gücü ve yeteneğidir.

Tedavi Edici Öz Bakım: Bireyin öz-bakım gereksinimlerini karşılamak için gerekli girişim ve davranışları, uygun yöntemleri kullanarak belli bir sürede gerçekleşmesi istenen öz-bakım aktiviteleridir. Orem, hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirme için birey tarafından yapılması gerekli olan tüm öz-bakım eylemleri "terapötik öz-bakım gereksinimi" olarak tanımlamıştır. Bireyin terapötik öz-bakım gereksinimleri yaşamları süresince değişiklik göstermektedir.

Öz-Bakım Yetersizliği: Öz-bakım gücü ve tedavi edici öz-bakım gereksinimleri arasındaki ilişkidir.

Öz-bakım Ajanı (self-careagent) : Öz-bakımı sağlayan kişidir.

Hemşirelik Gücü: Öz-bakım yetersizliği olan bireylerde öz-bakım gereksinimini belirlemek, öz-bakımı sağlamak ve yönetmek için hemşirenin yapmış olduğu girişimleri tanımlanmaktadır.^{8,77,80}

Orem'e göre bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapması olan öz bakım becerisi iletişim, kültür, eğitim ve etkileşim yoluyla gelişir. Bireyin kendisi ile ilgili aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği ise öz-bakım gücü / yeteneği (self-careagency) olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle; öz-bakım gücü, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesi ve gelişmesini sağlayan, bireyin kazanmış olduğu bir yetenektir¹². Özbakım gücü temel durumsal faktörler ile ilgilidir. Temel durumsal faktörler ise yaş, cinsiyet, gelişimsel faktörler, sağlık durumu, sosyokültürel oryantasyon, ailesel faktörler, yaşam örüntüleri, çevresel faktörler, kaynak yeterliliği ve ulaşılabilirliğidir. Özbakım gücü yetersiz olduğunda ya da sınırlandığında ise öz bakım eksikliği ya da terapötik öz bakım gereksinimi ortaya çıkar. Bu durumda birey hemşirelik sistemlerine gereksinim duyar. Bu temel kavramların bir biri içinde organizasyonu ile “Öz bakım Yetersizliği Kuramı” oluşmaktadır.^{8,77,79,80} Öz bakım Yetersizliği Kuramı; üç ayrı kuramın birleşiminden oluşmaktadır. Bu kuramlar; öz bakım kuramı, öz bakım yetersizlik kuramı ve hemşirelik sistemleri kuramıdır.⁶⁷ Öz bakım kuramı yaşamın sürekliliği ve öz bakımın ilişkisini açıklar. Öz bakım Yetersizliği Kuramı'na göre insan, kendi gereksinimlerini belirleme ve karşılama gücüne sahiptir. Öz bakım Yetersizliği Kuramı, sınırlılıkları nedeniyle öz bakımını gerçekleştiremeyen bireyle ilgilidir. Hemşirelik sistemleri kuramına göre ise hemşire, öz bakımını yapamayan bireye yardım eder, aile ve arkadaşlarına da ona nasıl

yardım edeceklerini öğretir.^{8,67,77} Öz bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesinde bireyin etkinliği lokomotif olduğundan güdülenme de süreklilik kadar önemlidir. Belli bir düzeni ve şekli olan bu eylemler, bireyin öz bakım davranışının yansımasıdır ve ancak etkili şekilde gerçekleştirildiğinde insanın yapısal bütünlüğüne, işlevselliğine ve gelişimine katkı sağlar.⁶⁷

2.3.1.1. Öz Bakım Kuramı

Olivella ve Fernandez'in⁸¹ saptamasına göre öz bakım kuramı yaşamın sürekliliği için öz bakımın neden gerekli olduğunu açıklar. Öz bakım, hem uygulama hem tedaviye yönelik bir davranıştır. Özbakım Yetersizliği Kuramı öz bakımın, bireylerin normal hayatlarında karşılaştıkları durumlara karşı yapmaları gereken kesintisiz, fiziksel, bilişsel, duygusal, kişilerarası ve sosyal gelişmeleri kapsadığını savunur. Herkesin karşılaması gereken temel bir insan gereksinimi olan öz bakım, karşılanmadığı ve bakım sürdürülemediği zaman, sağlık olumsuz yönde etkilenir⁶⁷. Öz bakımın gerçekleşmesi için zaman, enerji, maddi kaynaklar ve sürekli istek gerekir. Öz bakım, bireyin eyleme geçmesini sağlayan dikkatli yargılamalara ve olguları incelemeye dayanır. Öz kontrol bu sürecin bir parçasıdır. Bu durumda birey, kendi davranışını düzenleyen, yöneten ve rehberlik eden asıl ajan olur. Öz bakım, doğrudan benlik kavramı ile ilgilidir; kişinin benlik saygısı ve ben imajına katkıda bulunur⁶⁷. Ayrıca özbakım, insanların sorumluluk alabildikleri gönüllü eylemlere dayanır. Öz bakım uygulaması ise kişisel bilgi ve beceri eksikliği gibi kısıtlılıklar nedeni ile yetersiz olabilir. Öz bakım uygulamaları neyin, ne zaman gerekli olduğunun belirlenmesi, ne zaman yapılması gerektiği ve üretilen hizmetin ya da sonucun başarısı ile ilgilidir. Zamanla bu uygulamalar, gerekli olduğunda kullanılan davranış sistematığı haline gelir. Gereksinim duyulduğunda kullanılır ve öz bakım becerileri geliştiğinde bakım uygulamaları başarılı alışkanlıklar haline gelir.^{67,79-81}

Özbakım gereksinimleri ise; tüm insanlar için geçerli olan hava, su, beslenme, eliminasyon, aktivite veya istirahat, yalnızlık, sosyal etkileşim, tehlikelerden korunma, insanın ve işlevlerinin gelişimini içeren evrensel öz bakım gereksinimleri; “yalnızca rahatsızlıkla, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilenler” olarak tanımlanan sağlıktan sapma durumunda öz bakım gereksinimleri ve insan gelişimini etkileyen ve yaşamını destekleyen koşulların düzenlenmesini içeren gelişimsel öz bakım gereksinimleridir.^{67,79-81,83}

2.3.1.2. Öz Bakım Yetersizlik Kuramı

Orem’in kuramını oluşturan bileşenlerden biri olan öz bakım yetersizlik kuramı hemşireliğin niçin ve ne zaman gerekli olduğunu açıklar. Öz bakım yetersizliği “öz bakım davranışları ile tedavi edici öz bakım gereksinimi arasındaki bir ilişkidir. Özbakım Yetersizlik Kuramı kişinin evrensel ve terapötik özbakım gereksinimlerini karşılamak için gerekli eylemleri yapabilme yeteneği olarak açıklanır.^{67,84} Eğer kişinin yetenekleri terapötik özbakım gereksinimlerini karşılayacak düzeyde değilse özbakım eksikliği ortaya çıkar. Oluşan bu eksiklik hemşireliğin ortaya çıkış sebebidir. Hemşirelik kavramı, hemşirelere kişinin özbakım gereksinimlerini sağlama, özbakımı sınırlayan durumlarla başetme, özbakım eksikliği ve bağımlılık durumlarını yönetme konularında eğitim vermek için gerekli uzmanlık bilgisini sağlar.^{67,84}

2.3.1.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı

Orem’e göre hemşirelik bir toplum hizmeti, bir sanat ve bir teknolojidir. Gereksinimlerini karşılamada bireyin kendisi her zaman yeterli olamadığından hemşirelik doğmuştur ve bu nedenle hemşirelik bir toplum hizmetidir. Bu durumda hemşirelik, sağlıkla ilgili günlük bakımlarını uygulamada kısmen ya da tümüyle yetersizlikleri olan bireylere yardım sağlayabilir.⁷⁹⁻⁸¹

Hemşirelik sistemleri kuramı, bireylere hemşirelik aktiviteleri ile nasıl yardım edileceğini açıklar. Bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı ya da bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtı hemşirelik sisteminde aranmalıdır. Hemşirelik sistemlerinin amacı; hastanın terapötik öz bakımı ile baş etmesinde yardımcı olmak, hastanın öz bakım eylemlerinde bağımsızlığını ve sorumluluğunu arttıracak biçimde yönlendirilmesine çalışmak ve uygun hemşirelik denetimi ve danışmalığı ile hastanın bakımını sağlama ve sürdürmede aile ya da diğer bakım vericilere yardımcı olmaktır.

67,81

Orem'e göre hemşireliğe olan gereksinim, bireylerin sağlıklarıyla ilgili deneyimlerinden doğmaktadır. Sağlıktan sapma durumlarında bireylerin gereksinimleri olan tıbbi bakımı araştırmaları ve bakıma katılmaları, bireylerin öz bakım eylemlerini oluşturur. Eğer sağlık durumlarında sapmaları olan bireyler kendi öz bakımlarını sürdürebilirlerse, kendi bakımları için ilgili tıbbi bilgiyi ve yardımı arama davranışını da gösterebilir. Bu durumda uygulanan hemşirelik girişimleri, öz bakım yetenekleri ile gereksinimler arasındaki dengeyi sağlamaya yardımcı olur.^{67,81}

Orem'e göre hastanın gereksinimlerinin karşılanması üç temel hemşirelik sistemi ile gerçekleşir:

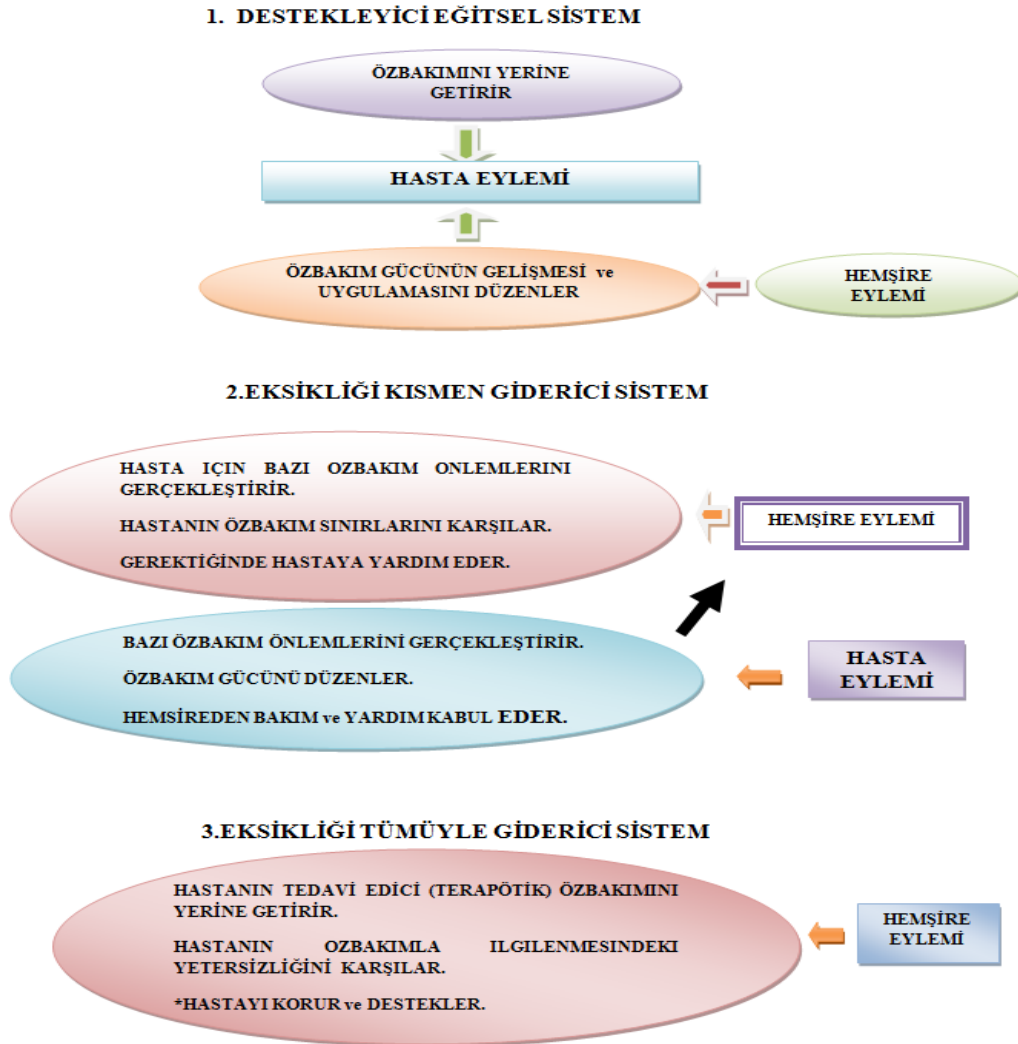
1.Tümüyle Eksikliği Giderici Sistem: Bu sistem hastanın, öz bakımında hiç bir aktif etkinliğinin olmadığı durumları temsil eder.

2.Kısmen Eksikliği Giderici Sistem: Hemşire ve hastanın bakım önlemlerini ve diğer eylemleri birlikte gerçekleştirdiği bir durumu temsil eder. Yeni ameliyat olmuş bir hastanın tek başına hareket edememesi durumunda hemşirenin hastaya yardımcı olması bu sistemdeki hemşirelik eylemine bir örnektir.

3.Destekleyici- Eğitsel Sistem: Hastanın gerekli öz bakım önlemlerini gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu ve öğrenmek zorunda olduğu, fakat bunu

yardımcı olmadan yapamadığı bir sistemdir. Bu sistemde yardım etmek ile ilgili yöntemler destekleme, rehberlik etme, gelişme sağlayan bir çevrenin oluşturulması ve öğretimdir.

Hemşirelik sistemleri şematize edilecek olursa (Şekil 2.1)



Şekil 2.1. Hemşirelik sistemleri şeması



Şekil 2.2. Orem'in Özbakım Yetersizliği Kuramının Kavramsal Şeması (Araştırmacı tarafından kuramın kavramsal çerçevesinden esinlenilerek oluşturulmuştur.)

2.4. Özbakım Yetersizlik Kuramı'nın Multipl Sklerozlu Hasta Eğitiminde

Kullanımı

Bilim ve teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzatmış fakat kronik hastalık varlığında nitelikli bir yaşamın nasıl sürdürüleceği sorusunu ortaya çıkarmıştır. Bu sorunun çözümündeki ön koşul birey, aile ve toplumun eğitim yoluyla bilinçlenmesi, onların sağlıkları/ hastalıkları hakkında daha fazla sorumluluk üstlenmeleridir.⁸⁵⁻⁸⁷ Bir toplumda hastalığa uyumu sağlamak, bireyin potansiyeli doğrultusunda fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak kendi kendine yeterli duruma gelmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek hasta eğitimi ile sağlanabilir.^{48,63,88}

Hasta eğitimi inanç, değer ve motivasyondan etkilenen sağlık davranışlarına ilişkin bilginin verilmesi veya sağlıkla ilgili bilgiyi elde etme, özümseme ve davranışa

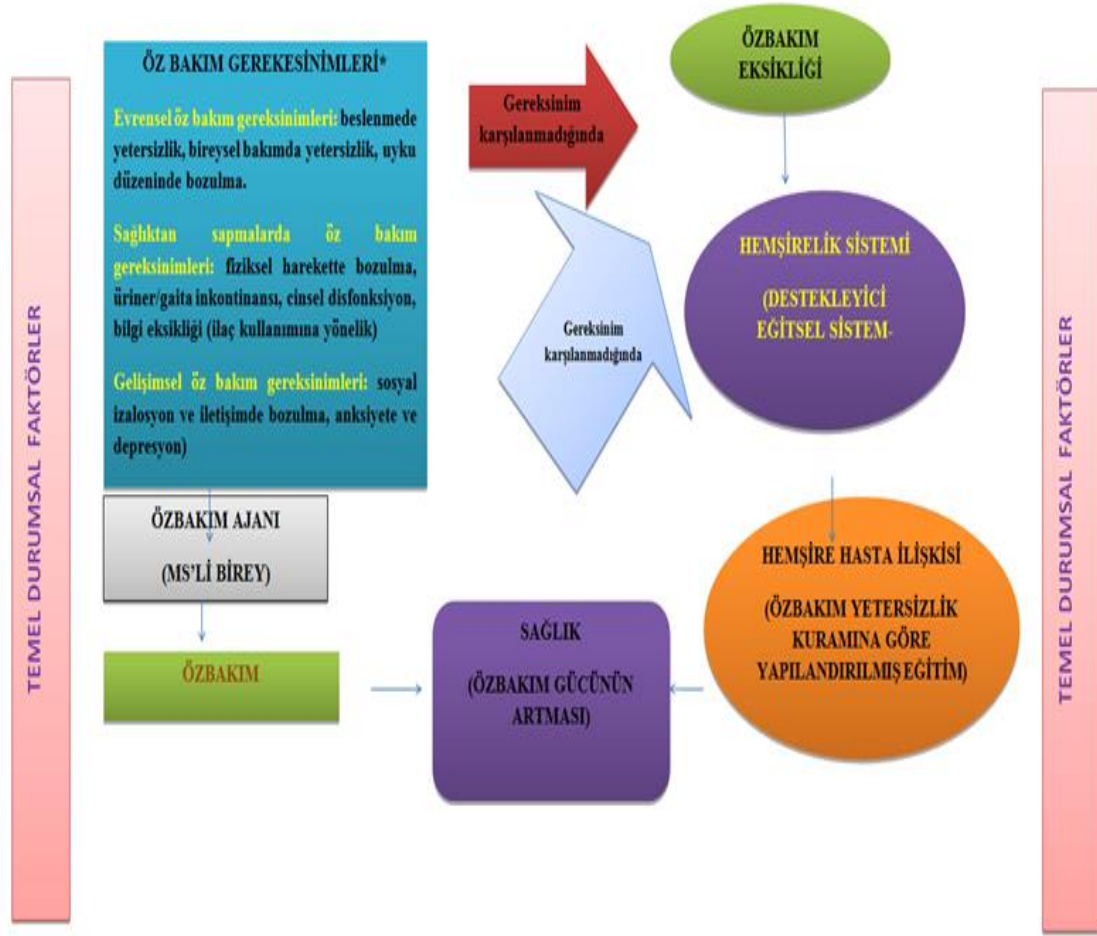
dönüştürme olarak tanımlanır.^{89,90} Hasta eğitimi yalnızca teknik bir uygulama değil aynı zamanda amaçlar ve değerler bütünüdür.⁹¹ Bu anlamda hastanın öğrenme gereksinimleri, hasta ve hemşirelerin özellikleri ve tercihleri, eğitimin içeriği, eğitimin yapılacağı ortam, eğitimin süresi ile mevcut kaynaklar hasta eğitiminde kullanılacak yöntem ve tekniklerin seçiminde göz önünde bulundurulmalıdır.⁸⁶ Hemşirelerin, en önemli çağdaş rollerinden olan eğitimci rolünü, uygun eğitim koşullarının ve yöntemlerinin seçilmesinde kullanarak kronik hastalıklarda öz bakımın gelişimini sağlayabileceğine ilişkin çalışmalar literatürde bildirilmiştir.^{87,92,93}

Bireyler öz bakım güçlerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi, hastalığın yönetiminin sağlanması, kontrol duygusunu hissetmeleri, hastalık sürecinin olumsuzlukları ve belirsizlikleri ile başa çıkabilmeleri için hemşire desteğine büyük gereksinim duymaktadır. Hemşireler, MS'li bireylerin öz bakımlarını ve yaşam kalitelerini en iyi düzeye ulaşmasını sağlayan önemli sağlık profesyonelleridir⁴². Bu amaç doğrultusunda Öz bakım Yetersizliği Hemşirelik kuramı hemşirelere rehber olma özelliği taşımaktadır.^{79,80} Orem'in kuramı esas alınarak oluşturulmuş hemşirelik bakımı fiziksel terapi, rehabilitasyon, eğitim ve duygusal destek ile kombine edilmiş bireysel programdan oluşmaktadır. Hemşirelik girişimleri MS'li hastanın fiziksel, sosyal ve psikolojik problemleri ile başa çıkması ve eğitim gereksinimlerinin karşılanması için yüz yüze görüşme ve telefonla iletişim ile yürütülebilir.^{63,39,94} While ve ark.⁴⁰ 'nın bildirdiğine göre MS hemşireleri hastaların gereksinimlerinin karşılanmasının yanısıra sağlık bakım hizmetleri arasında bir köprü görevi üstlenmektedir.

Geriye dönüşümsüz kayıpların yaşandığı MS'te tüm günlük yaşam aktiviteleri etkilenmektedir. Bu durumda hasta özbakım eksikliği gözlenen öz bakım ajanı olarak karşımıza çıkmaktadır.^{67,69} Hasta, semptomları kötüleştirebileceği ve performansı azaltacağı için fiziksel ve emosyonel streslerden uzak tutulmalıdır. Bu girişimlerin

planlanmasında kuramda yer alan hemşirelik sistemlerinden yararlanılabilir.^{39,51,63}

Aşağıdaki şekilde MS'li hastada öz bakım gücünü geliştirmek amacıyla yapılandırılmış eğitimin Orem'in Özbakım Yetersizlik Kuramı'na göre organize edilmiş şekli sunulmuştur (Şekil 2.3).



Şekil 2.3. MS'li Hastalarda Öz bakım Gücünün Artırılmasında Orem'in Öz bakım Yetersizliği Kuramına Göre Yapılandırılmış Eğitimin Kullanımı (Araştırmacı tarafından kuramın kavramsal çerçevesinden esinlenilerek oluşturulmuştur.)

*Gereksinimler hastanın bireyselliğine göre değişim gösterebilmektedir.

2.4.1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

MS'li hastalarda tutulan bölgenin özelliğine göre motor, duyuşsal, görsel ve bilişsel alanlarda çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlara bağılı olarak günlük yaşamın etkilenmesi sonucu öncelikli olarak beslenmede yetersizlik, bireysel bakımda yetersizlik, uyku düzeninde bozulma, mesane ve barsak kontrolünde bozulma ve yorgunluk gibi yaşamı devam ettirmek için gerekli evrensel gereksinimlerin karşılanması sekteye uğrar.^{75,81,95}

2.4.1.1. Beslenmede Yetersizlik

MS gibi kronik hastalığa sahip bireylerde sağlığı yükseltme ve sağlığın korunmasında düzenli ve dengeli beslenme oldukça önemlidir.⁹⁶ MS hastalarında beslenme yetersizliği ve dengesizliğine bağılı olarak; uzun dönemde malnutrisyon ya da kilo alımı, konstipasyon, ishal, yatak yarası, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıkların gelişme riski artmaktadır.

MS hastaları bir çok farklı türde malnutrisyon yaşamakta; bu durum ise yorgunluğun artmasına ve hastalıklık semptomlarının ağırlaşmasına sebep olmaktadır.⁹⁷ MS'li hastalarda malnutrisyon immun sistemdeki yetersizliğe bağılı olarak gelişmekte, gelişen malnutrisyon ise mental fonksiyonlarda bozulma, göğüs kaslarının zayıflamasına ve farklı beslenme bozukluklarının oluşmasına yol açmaktadır.⁹⁸ Bunun yanısıra kilo kaybı ve kaşeksi MS hastalarında sıklıkla gözlenmektedir.⁹⁷ Malnutrisyonun ciddiyeti ve kilo kaybı seviyesi engellilik düzeyine bağılı olarak değişmektedir.⁹⁹ Disfaji ve kullanılan ilaçlar sebebiyle MS'li hastalarda malnutrisyon gelişme riski artmaktadır.¹⁰⁰

2.4.1.2. Bireysel Bakımda Yetersizlik

MS'te öz bakım bilgi, beceri ve kavrama gerektirir ve fiziksel semptomları kontrol altına alma, sağlıklı yaşam tarzı belirleme, MS'in sosyal ve duygusal etkilerini

izleme, sorun çözme, planlama ve karar vermede etkin rol alma, destek kaynaklardan yararlanma, sağlık bakım profesyonelleri ile iletişim halinde olma, bilgi ve becerileri attırma konusunda motive olma gibi aktivitelerden oluşmaktadır.^{101,102}

2.4.1.3. Uyku Düzeninde Bozulma

MS hastalarının %54'ü uyku sorunu yaşamaktadır ve uyku sorunları MS hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.^{63,103,104} Merlino ve ark.¹⁰⁴ araştırmasında MS'li hastaların % 47.5'inde Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ile kötü uyku kalitesi belirlenmiştir. Hatta ciddiyetinin de değerlendirildiği çalışmalarda %13.3'ünde hafif, % 21.5'inde orta, % 30.0'da ciddi derecede uyku problemleri olduğu gösterilmiştir. Ayrıca uykuya ilişkin problemler yorgunluk, cinsel sorunlar gibi diğer sorunların da yoğunlaşmasına sebep olabilmektedir. Kas kasılmaları, nokturi, hastalığın tedavisinde kullanılan (amandatine, baclofen, pemoline, fluoxetine) ilaçlar ve psikolojik sorunlar da uyku problemlerine neden olabilir. Multipl skleroz hastalarında kas kasılması, harekette bozulma ve sfinkter bozuklukları uykunun bölünmesine neden olabilmektedir.¹⁰⁵ Hastalığın seyrinde büyük oranda görülen özellikle bacakları etkileyen ve ağrılı olabilen spastisite de uykusuzluğun oluşumunda önemlidir.¹⁰⁶

2.1.1.4. Mesane ve Barsak Kontrolünde Bozulma

MS'li hastaların % 90'dan fazlasında pons ve spinal korddaki miksiyon kontrol bölgelerindeki lezyonlara bağlı olarak mesane işlev sorunları görülmektedir. Hastaların üçte birinde işlev bozukluğu haftalık inkontinans epizodlarına varacak kadar ileri düzeyde olmaktadır.⁶¹ Mesane semptomları genellikle idrarın mesanede birikmemesi (tutamama), mesaneyi boşaltamama ve bu iki tipinde bir arada olduğu karışık tip şeklinde gözlenir. Mesane işlevlerini etkileyen faktörler araştırıldığında, üriner semptomların beyin lezyonları ile değil sadece spinal kord lezyonları, hastalığın seyri ve süresi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹⁰⁵⁻¹⁰⁸ Mesane işlev bozukluğu, hastaların sıvı

alımını kısıtlayan, dışarı çıktıklarında zamanlarını tuvalet arayarak geçirmelerine neden olan, bu nedenle sosyal yaşamdan uzaklaşmalarına neden olan bir sorundur.¹⁰⁹

MS’de görülen bağırsak problemleri ise konstipasyon, fekal impaksiyon ve inkontinans içermektedir.^{39,65,110} Bu boşaltım sorunlarının altında yatan mekanizma tam olarak bilinmemekte; ancak serebrumdan spinal korda giden yollardaki hasar, üriner sorunlar nedeniyle sıvı almaktan kaçınma, yetersiz hareket, diyetle yetersiz lif alımı, antikolinergik ve antidepresan yan etkileri gibi faktörlerle kolonik geçişin yavaşlamasına veya pelvik taban kaslarındaki koordinasyon sorunlarına bağlı olabileceği belirtilmektedir.¹⁰⁹ Bağırsak ve idrar boşaltımını kontrol eden spinal yolların komşuluğu nedeniyle bu sorunlar sıklıkla miksiyon sorunları ile bir arada görülmektedir.¹⁰⁹

2.4.1.5. Yorgunluk

Yorgunluk; “Birey ya da bakım vericisi tarafından algılanan ve bireyin alışlagelen aktivitelerini tamamlayamaması ile belirlenen subjektif bir fiziksel ya da mental enerji eksikliği” olarak tanımlanır.¹¹⁰⁻¹¹³ Demiyelinize olmuş lifler boyunca sinir iletiminin bozulması, kas kapasitesinin azalması, bağışıklık sisteminde bozulma, interferon beta-1a ve 1b kullanımı gibi nedenler MS hastalarında yorgunluğun sebepleri arasındadır. Yorgunluğun şiddeti her bireyde ve MS’in klinik tiplerine göre değişiklik göstermektedir.^{111,114} MS hastaları için yorgunluk günlük aktiviteleri engelleyen ve sık ortaya çıkan önemli bir sorundur. Yorgunluk aralıklı ya da sürekli olabilir, ataklar sırasında artabilir ve çoğunlukla öğleden sonraları yoğun şekilde hissedilir.¹¹⁵

2.4.2. Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri

2.4.2.1. Fiziksel Mobilitede Bozulma

MS’de en sık gözlenen sorunlardan biri fiziksel mobilitenin bozulmasıdır. Kas gerginliğinde azalma kimi zaman MS’de önemlidir. Bu yüzden zayıf kasların gerginliğini arttırmak için direnç egzersizlerini yapmak faydalıdır.¹¹¹ Eğer belli kas

grupları geriye dönüşsüz olarak etkilenmişse, diğer kas grupları çalıştırılarak onların görevlerini belli ölçüde üstlenebilir.^{39,111} MS’de sıkça gözlenen sorunlardan bir diğeri de kas spasisitesidir. Kas spasisitesi, genellikle ve ileri aşamalarda kalçalarda ciddi adduktör kasılmalar, kalça ve dizlerdeki fleksör kasılmalarla karakterizedir.

2.4.2.2. Konuşma ve Yutmanın Bozulması

Kranial sinirlerin zarar görmesi sonucu, konuşma bozukluğu kelimelerin yuvarlanması, alçak sesle konuşma ile gelişebilir. Eş zamanlı olarak yutma bozukluğu da meydana gelebilir.^{39,113,116}

2.4.2.3. Düşünce Süreçlerinde Bozulma

Bazı hastalarda MS’in erken dönemlerinde bilişsel bozulma ve duygusal labilite ortaya çıkabilir. Bu durumun ortaya çıkması hastada ve ailede strese sebep olabilir. Bazı MS hastalarında ise unutkanlık ve dikkatin çabuk dağılması gibi durumlar gözlenebilir.^{63,66}

Hastalar hastalığa inkar, depresyon, pazarlık ve kabullenme gibi tepkiler göstererek adapte olabilir. Duygusal destek, hastanın/ailesinin MS’den kaynaklanan değişikliklere ve belirsizliğe adapte olmasını, hayatlarında oluşan huzursuzluk ile başa çıkmalarını sağlar.^{39,63,66}

2.4.2.4. Cinsel Disfonksiyon

MS hastaları ve partnerleri yalnızca sinir harabiyetinden kaynaklanmayan, hastalığın psikososyal etkilerinden de kaynaklanabilen seksüel problemler yaşayabilirler. Çabuk yorulma, fiziksel bağımlılık seviyesinin artması ve depresyon, duygusal labilite, öz-etkililiğin ve öz saygının azalması seksüel problemlerin kaynağı olabilir. Erkeklerde ereksiyon ve ejakülasyona ilişkin problemler, kadınlarda ise orgazm olamama ve baldır kaslarının dışa doğru kasılması cinsel birleşmeyi güçleştirebilir ya da

cinsel birleşme gerçekleşmeyebilir. Ayrıca idrar ve gaita inkontinansı cinsel ilişkiyi güçleştiren durumlara eklenebilir.^{39,51,65}

2.4.2.5. Ağrı

Ağrı, prevelansı değişken bir sorun olmakla birlikte, % 80'e varan oranda hastada hastalık seyri boyunca en az bir kez yaşanır.^{116,117}. Akut ağrı, hastaların % 10 kadarında hastalığın herhangi bir döneminde görülmekle birlikte, erken dönemde akut ağrı, sonraki dönemlerde ise kronik ağrı yaşanmaktadır.¹⁸ Trigeminal nevralji vb. akut paroksizmal ağrı, anormal aksonal iletimden kaynaklanır. Kronik nöropatik ağrı ise spinotalamik ve posterior spinal duyu yollarındaki demiyelinizasyon sonucu oluşmaktadır. Kronik kas-iskelet ağrısı MS'in kendinden ziyade oluşan semptomlardan kaynaklı ortaya çıkmaktadır.¹⁸

2.4.3. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

2.4.3.1. Sosyal İzolasyon ve Rol Değişimi

MS tanısının alınması hasta ve ailesinde strese neden olmaktadır. Benzer semptomlar yaşayan MS hastalarının durumlarının aynı olmayacağı hasta ve ailesi tarafından bilinmelidir. Yani bir hasta hastalığın erken dönemlerinde engelliliği şiddetli yaşarken, diğer hasta normal yaşamını sürdürebilecek kadar az engellilik yaşayabilir. MS genç ve üretken çağda ortaya çıktığı için kariyer ve aile ilişkileri yönünden kişiyi etkileyebilir. Aile süreçlerinde bozulma gözlenebilir. Kimi zaman ailenin genç üyeleri MS'li aile bireyinin bakımını üstlenebilir.^{39,51,63}

2.4.3.2. Anksiyete ve Depresyon

Hasta ve ailesi kayıp duygusu, bilgi edinememe, yaşanan belirsizlik, hastalıktan kaynaklanan nörolojik değişiklikler sebebiyle depresyon yaşayabilirler. Janssens'in¹¹⁵ bildirdiğine göre açıklanamayan belirtiler tanıdan sonraki evrede anksiyeteyi arttırmaktadır.

2.4.3.3. İletişimde Bozulma

İletişim bozukluklarının bilinenin aksine günümüzde daha sık görüldüğü ve hastaların % 40-50'sini etkilediği bildirilmiştir.¹¹⁵⁻¹¹⁷ Beyin sapı lezyonları konuşma paterninde orta-ağır derecede değişikliğe neden olur; hastada yineleyip yatışan ve hastalık ilerledikçe kötüleşen dizartri, disfoni ve disfaji sorunları görülebilir.¹¹³

2.5. Multipl Sklerozda Hasta Eğitimi ve Özbakım Gereksinimleri Doğrultusunda Multiple Sklerozlu Hasta Eğitiminin Planlanması

Şekil 2.3'deki yapılandırma şemasına göre MS'li hasta gereksinimlerinin organize edilmesi ve destekleyici eğitsel sisteme dayanarak, hasta hemşire ilişkisini oluşturmayı amaçlayan eğitimin içeriğinin planlaması ise aşağıdaki gibidir:

2.5.1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

Beslenmede yetersizlik: MS hastalarının genellikle lif ve doymamış yağ içeren dengeli bir diyetle beslenmesi önerilmektedir.⁹⁷ Ayrıca besinleri hazırlayamama sorunu olan MS hastaları için bölgesel ve toplumsal kaynakların sağlanmasında hemşireler rehberlik ve danışmanlık yapabilirler.^{39,17}

Bireysel bakımda yetersizlik: Tanı konduktan sonraki dört hafta içinde hastalara aşamalı ve uygun bilgilendirme yapılmalıdır. Eğitimde hastaların anksiyetesi, bilişsel yeterliliği dikkate alınmalı, o anki gereksinimlerine duyarlı olunmalı, gerektiğinde tekrarlar ve ek açıklamalar yapılmalıdır. Bu bilgilendirme, ulaşılabilir bilgi kaynakları, destekler, güvenilir yazılı kaynaklar ve internet kaynakları ile desteklenmelidir. Ayrıca hastanın MS hemşiresi tarafından değerlendirilmesi önemlidir. Hemşire ve hasta işbirliği içerisinde olmalı, MS hemşireleri tarafından eğitim ve kurs programları düzenlenmeli ve bunun yanı sıra MS hastaları “uzman hasta” programlarına yönlendirilmelidir. Hasta sonuçlarında ölçülebilir ilerlemeler yaratan bu tarz öz bakım programları kabul gören yaklaşımlardır.¹⁰³

Uyku düzeninde bozulma: Hemşireler hastaların uyku alışkanlığını ve uyku saatlerini değerlendirmelidir. Yatmadan önce mesanenin boşaltılması, birkaç saat öncesinde sıvı alımının azaltılması ve ılık bir banyo yapılması, 2 saat önce hafif egzersiz yapılması, masaj ve gevşeme tekniklerini kullanması, yatak odasının sessiz, sakın ve loş olması, hareketleri sınırladığı ve yorgunluğu artırdığından antidepresif ilaçları gelişigüzel kullanmaması konularında hastaya bilgi vermelidir.^{38,63,65}

2.5.2. Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri

Fiziksel harekette bozulma: Yardımcı araçların doğru ve güvenli kullanımı için kullanım talimatları hastaya açıklanmalıdır. Yerel sıcak uygulama bu anlamda faydalı olabilir. Fakat sıcak banyolar duyu kaybına bağlı olarak yanma riskini ve vücut ısısında yükselme belirtilerini ortaya çıkarabilir.^{39,111} Yüzme ve sabit bisiklet sürme ve artırarak ağırlık taşıma kas spasisitesini rahatlatmak için önerilebilecek egzersizlerdendir. Bu egzersizlerin hiçbirinde hasta acele etmemelidir çünkü hastanın kendini zorlaması spasisiteyi arttırabilir.^{39,111} Eğer hastada duruş algısında değişme varsa hastaya yürüyüş esnasında ayaklarını takip etmesi öğretilmelidir. Yürüyüş eğitimi yardımcı araç ve bu araçların kullanımlarına ilişkin bilgilendirmeyi içermelidir. Eğer yürüyüş tamamen bozulmuşsa hasta için tekerlekli sandalye kullanılmalıdır. Hasta transfer ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yönünden cesaretlendirilmelidir. Çünkü harekette bozulmanın bir etkisi olarak basınç ülseri oluşma riski artar.^{39,111}

Üriner/gaita inkontinansı: Hasta her 2 saate bir belirlenen miktarda su içmesi ve 30 dk sonra idrara çıkması konusunda yönlendirilmelidir. Mesane kontrol hissi olmayan hastalar için tuvalet zamanını bildiren bir alarm önerilebilir. Hemşire hastayı mesane kontrolü için tavsiye edilen ilaçları alması konusunda desteklemelidir. Çünkü idrarın kontrol edilmesi hastaya daha fazla özgürlük sağlar. Kendi kendine aralıklı

mesane kateterizasyonu MS'li hastada mesane kontrolünün başarıyla sağlanmasına yardımcı olur.

Mesane kaslarını güçlendirmek için Kegel egzersizleri de önerilebilir.¹⁰⁸ İdrar retansiyonu olan hastalarda temiz aralıklı kateter uygulamasının hasta tarafından günde 3-5 kez tekrarlanması mesanenin boşaltılmasını sağlayabilir. Hemşireler mesane kateterizasyonunun nasıl uygulanacağını ve enfeksiyonlardan korunma yollarını içeren bir hasta eğitimi planlamalı ve hastanın beceri kazanmasını sağlamalıdır. Ayrıca kateter ile idrar boşaltmaya karşı direnç yada tepki oluşabileceğinden düzenli idrar boşaltmanın önemi ve gerekliliği hastaya anlatılmalıdır. Yeterli sıvı alımı, diyetle lifin artırılması ve barsak eğitimi bu sorunların giderilmesinde faydalı olabilir.^{51,110,112}

Cinsel disfonksiyon: Hemşireler hastaların cinsel problemlerin nedenlerini belirleyerek uygun girişimleri ve yönlendirmeleri yapabilirler. Ayrıca hemşireler hastaları cinsel aktiviteden birkaç saat önce sıvı almama, cinsel ilişki öncesi boşaltımı gerçekleştirme, sürekli kateterle idrarını boşaltan hastaları ise cinsel aktivite öncesinde kateteri çıkarma konusunda bilgilendirmeli ve beden imajı etkilenen hastaların görünüşleri ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri konusunda destek olmalıdır.^{65,108} Cinsel sorunların önlenmesi için; kas kasılmaları, mesane ve barsak sorunları, kontraktür ve ağrı gibi diğer sorunlar giderilmelidir. Erkek hastalarda ereksiyonun sağlanması için; doktor kontrolünde oral yada lokal olarak uygulanabilen ilaçlar (sildenafil, clomipramine, viagra) kullanılabilir ve kalıcı ereksiyon problemi olan hastalara ise penil protez takılabilir. Kadınlarda ise vajinal duyarlılık azalmışsa cinsel ilişki sırasında diğer uyarılabilen bölgelerin ve değişik pozisyonların kullanılabileceği ve vajinal lubrikasyonu (ıslaklığı) azalmış hastalarda da steril suda eriyen vajinal lubrikantların kullanılabileceği konusunda bilgi verilmelidir.^{65,108} Cinsel danışmanlık alınması hasta ve partnerinin cinsel yeterliliklerine odaklanmaları konusunda yardımcı

olur ve çifte gerekli bilgileri vererek destek sağlar. İletişim kurma, duygu paylaşımı ve cinsel ilişkiyi planlama çiftlerin cinselliğe ilişkin isteklerini arttırabilir.

2.5.3. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

Sosyal izolasyon ve iletişimde bozulma: Bu konudaki hemşirelik girişimleri stresin azaltılması, danışmanlık için uygun kaynakların kullanımının sağlanması ve kronik hastalıklarla başa çıkabilmek için yeterli desteğin sağlanmasını içermektedir. Bu anlamda hemşire evde bakımı organize etmeli, faydanılması gereken hizmetler arasında iletişimi sağlamalı ve hastanın başa çıkma mekanizmalarını güçlendirmek için gerekli bilgilerin tümünü iletmelidir. Bakımın hastaya uygun planlanması ve gerektiğinde esnetilebilmesi fiziksel ve psikolojik adaptasyonun sağlanmasını kolaylaştırır.

Anksiyete ve depresyon: Hemşireler, hasta ve ailesini depresyon yönünden değerlendirmeli, depresyon belirtilerini izlemeli, erken dönemde hastaların sosyal ve psikiyatrik destek gereksinimlerini saptayarak çeşitli baş etme yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olmalı ve danışmanlık alabilmesi için psikiyatrist ya da psikoloğa yönlendirmelidir.¹¹⁷

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma öntest- son test kontrol gruplu yarı deneysel desende yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Polikliniği'nde yürütülmüştür. Nöroloji polikliniği her gün 08:00-16:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Ayrıca polikliniğin MS hastalarına ait bir veri tabanı bulunmakta ve hastalar bu veri tabanı ile takip edilmektedir. Polikliniğe ait 4 eğitim odası bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma Ağustos 2013- Mart 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Ağustos 2013-Ağustos 2014 tarihleri arasında belirtilen kurumda tedavi gören, kliniğe kayıtlı ve poliklinikte düzenli olarak multidisipliner bir ekip tarafından takip edilen 400 MS hastası oluşturmuştur. Örneklem seçiminde gelişigüzel örnekleme yöntemi¹¹⁸ kullanılmıştır. Hastalar poliklinik listesinde yer alma sırasına göre tek numaralı sırada yer alan hastalar kontrol grubuna, çift numaralı sırada yer alan hastalar girişim grubuna alınmıştır. Herhangi bir nedenden dolayı aktif eğitim sürecini tamamlayamayan ve araştırmadan ayrılmak isteyen hastalar evren ve örnekleme dahil edilmemiştir. Statistica 8.0 programında yapılan güç analizi sonucunda örneklemin 30 deney, 30 kontrol olmak üzere toplam 60 hastadan oluşması ve bu sayının 0.81 güç sağlayacağı saptanmıştır.^{118, 119, 120} Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini belirtilen sayıda evrenden seçilen ve aşağıdaki özellikleri taşıyan hastalar oluşturmuştur¹¹⁸:

- MS'in ayırıcı tanısı için yeterli süre olmasını sağlamak amacıyla en az 6 ay önce MS tanısı almış olmak,
- Ulaşım kolaylığı sağlaması sebebiyle Samsun il merkezinde ikamet etmek,

- Gönüllü katılımın sağlanabilmesi için iletişim ve işbirliğine açık olmak,
- Etkin iletişim kurulabilmesi için tanılanmış ruhsal bir problemi bulunmamak,
- Komplikasyon oluşumunu önlemek için atak döneminde olmamak,
- Orta (Kısa Yeti Yitimi Anketi'nden (KKYA) 8-12 puan alması) ya da hafif (KKYA'den 5-7 puan alması) yeti yitimi bulunmak,
- Barthel İndeksinden 62-90 puan (orta ya da hafif derecede bağımlılık) ya da 91-99 puan (hafif dereceli bağımlılık) almış olmak.

Araştırmadan dışlanma kriterleri ise;

- Samsun il merkezi dışında ikamet etmek,
- 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olmak,
- Şiddetli fiziksel bağımlılık ve yeti yitimi olmasıdır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanıtım Formu: Araştırmacılar tarafından literatür^{39,63,120} taranarak oluşturulmuş, hastalara ait sosyo-demografik özellikler ve hastalık sürecine ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren ve 9 sorudan oluşan bir anket formudur (Ek 2).

Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYYA): Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendiren kısa bir ankettir. Genel Sağlık Taraması Kısa Formu'ndaki yeti yitimine ilişkin sorular temel alınarak geliştirilmiştir. Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYYA'nde bedensel ve sosyal yeti yitimini soruşturan 11 soru bulunmaktadır. Toplam puan 0-22 arasında değişmektedir: 0-4=yeti yitimi yok, 5-7=hafif yeti yitimi, 8-12=orta ağırlıkta yeti yitimi, 13 puan ve üstü = ağır yeti yitimi şeklinde değerlendirilmektedir.¹²¹ Ülkemiz için uyarlaması Kaplan¹²¹ tarafından yapılmış ve geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiştir. (Tablo 3.1, Ek 3).

Barthel Index (Barthel İndeksi) : Mahoney ve Barthel tarafından 1965¹²² yılında geliştirilen Barthel İndeksi ile hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki

bağımsızlık düzeyi incelenmektedir.¹²² Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği Küçükdeveci ve ark.¹²³ tarafından nöroloji hastaları ile yapılmıştır. Toplam puan 0 ile 100 arasında değişmekte olup, “0” tam bağımlılık, “100” ise tam bağımsızlık durumunu göstermektedir (Tablo 3.1. Ek 4).

Öz bakım Gücü Ölçeği: Kearney ve Fleischer¹²⁴ 1979 yılında bireyin kendi kendisine bakım verme yeteneğini ya da öz bakım gücünü ölçmek amacıyla “Exercise of Self Care Agency (ESCA)” adıyla 43 madde halinde geliştirmiştir. Nahcivan¹²⁵ tarafından 1993 yılında sağlıklı gençlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türk toplumuna uyarlanan ölçek 5’li likert tipte olup 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte her bir ifade 0’dan 4’e kadar puanlanmaktadır. “Beni hiç tanımlamıyor” ifadesine “0” puan verilirken, diğer ifadelere sırasıyla “1”, “2”, “3”, “4” puan verilir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanan formunda 9 ifade madde (3,6,9,13,19,22,26,31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Ölçeğin puan aralığı minimum 35, maksimum 140’dır. Ölçek değerlendirmesinde; 24-64 puan kötü, 65-100 puan orta, 101-112 puan iyi ve 113-140 puan çok iyi özbakım gücü düzeyi olarak belirlenmiştir.^{125,126,127} (Tablo 3.1., Ek 5).

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Ölçek	Bölümler	Alt Boyutlar	Yanıtlama Şekli	Önceki Çalışmadaki Güvenilirlik Katsayısı	Bu Çalışmadaki Güvenilirlik Katsayısı
Kısa Yeti Yitimi Anketi	11 maddeden oluşur.	Alt boyut yok.	0 = hiç, 1= bazen ya da biraz 2 = her zaman ya da oldukça	0.92	0.76
	Hareket: tekerlekli sandalyeden transfer, düz yüzeyde yürüme, merdiven inip/ çıkma	Alt boyut yok.	0 = Bağımlı 5 =Yardım 10 = Sınırlı Yardım 15 = Bağımsız	0.93	0.57
	Kişisel temizlik ve giyinme: banyo yapma, tuvalet ihtiyacını giderme Beslenme, boşaltım: idrar kontrolü, dışkı kontrolü				
Barthel İndeksi	35 maddeden oluşur.	Alt boyut yok.	0 = beni hiç tanımlamıyor 1 = beni pek tanımlamıyor 2 = fikrim yok 3 = beni biraz tanımlıyor 4 = beni çok tanımlıyor	0.89	0.76
Öz Bakım Gücü Ölçeği	3,6,9,13, 19, 22, 26 ve 31.maddeler negatif, diğer maddeler pozitif kodlanır.				

Yapılandırılmış Eğitim Rehberi: MS hastaların eğitiminde araştırmacı tarafından literatür ışığında ve Orem'in Öz Bakım Yetersizliği Kuramı'ndan^{8,11,67} esinlenerek hazırlanmış olan eğitim rehberi kullanılmıştır. Araştırma örneklemine alınan MS'li hastaların hastalık yönetimi ile ilgili hedef davranış adımlarını; bireylerin öz bakım güçlerini geliştirmeleri amacıyla kendi kendilerine hatırlamalarını sağlamak, hatırlatmak ve tekrar değerlendirmek amacı ile hazırlanmış bir rehberdir. MS'li hastalarda oluşan semptomlar Orem'in hemşirelik kuramına göre "özbakım eksikliği" kuramı içerisinde ele alınmıştır. Eğitimin organizasyonunda ise Orem'in alt sistemlerinden olan "destekleyici-eğitimsel sistem" temel alınmıştır⁶⁷ (Ek 6).

Hemşirelik uygulama aracı olarak kullanılan yapılandırılmış eğitim rehberi aşağıda açıklanmıştır:

Yapılandırılmış eğitim, Orem 'in Öz bakım Kuramı'na göre hazırlanan ve "Özbakımsal Başetme: Kendime Bakıyorum, MS'i aşıyorum" isimli eğitim rehberi ile verilmiştir. Hastalar ve aileleri için geliştirilen eğitim rehberi MS hastalarının çoğunlukla karşılaştıkları sorunlara yönelik olarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu sorunlar Orem'in kuramına göre "evrensel öz bakım gereksinimleri, sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri ve gelişimsel öz bakım gereksinimleri" olarak sınıflandırılmıştır (Ek 6)

Evrensel öz bakım gereksinimleri içerisinde yer alan sorunlar: Beslenmede yetersizlik, bireysel bakımda yetersizlik, uyku düzeninde bozulma, mesane ve bağırsak kontrolünde bozulma, yorgunluk.

Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri içerisinde yer alan sorunlar: fiziksel harekette bozulma, konuşma ve yutmada bozulma, düşünce süreçlerinde bozulma, cinsel disfonksiyon, ağrı,

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri içerisinde yer alan sorunlar: Sosyal

izalasyon, anksiyete ve depresyon.

3.5. Araştırma Süreci

Araştırmada Orem'in öz bakım kuramına göre hazırlanmış eğitim rehberi kullanılarak hastalara yapılandırılmış öz bakım eğitimi verilmiş ve eğitimin etkinliği öntest- sontest olarak değerlendirilmiştir.

Örnekleme oluşturan orta ve hafif derece bağımlılığı ve yeti yitimi gözlenen tüm MS hastalarına yukarıda açıklanan “yapılandırılmış eğitim” başlamadan önce “Öz Bakım Gücü Ölçeği” uygulanmıştır (öntest). Hastalara sekiz hafta süre ile yapılandırılmış eğitim verilmiş ve dört hafta telefon ile ve yüz yüze görüşülmüştür. Telefon görüşmelerinde hastaların yaşadığı şikayetler, bağımsızlık seviyesinde değişme ve öz bakım gereksinimlerinin karşılanma durumu sorgulanmıştır.

Hasta eğitimi ve takip süreci aşağıda belirtilmiştir:

- 1.Yapılandırılmış eğitim rehberi Özbakım Yetersizliği Kuramı'na temellendirilmiştir.
2. Poliklinikten belirlenmiş olan hastalar ile önce ön görüşme yapılmış ve ilgili veri toplama araçları tüm hastalara uygulanmıştır. Girişim grubuna alınan hastalar bu görüşmeden sonra eğitime alınmıştır (Rehber içeriği veri toplama araçları bölümünde belirtilmiştir). Eğitim bizzat araştırmacı tarafından verilmiştir.
3. Eğitimler katılımcılara ulaşım kolaylığının sağlanması amacıyla iki ayrı merkezde yürütülmüştür. Merkezlerden biri Atakum Belediyesi Eğitim Salonu'dur (Salon 2) Salon yirmi kişilik bir salondur. Salonda bir sahne, bir projeksiyon cihazı ve sahnede bir masa bulunmaktadır. Salon zemin katta bulunmaktadır ve yeterli aydınlatmaya sahiptir. Zeminde katılımcıların fiziksel hareketini zorlaştıran engeller ve motivasyonlarını bozacak herhangi bir uyaran yoktur. Diğer salon ise Samsun Büyükşehir Belediyesi Mavi Işıklar Eğitim, Dinlenme ve Rehabilitasyon Merkezi eğitim salonudur. Bu merkez engelli bireylerin belli sürelerde konaklayabilmesini

sağlayan, konaklama esnasında fiziksel aktivite ve dinlenme fırsatı sunan bir merkezdir. Merkezde on yedi çift kişilik dinlenme odası, bir fiziksel aktivite odası, bir yemek salonu ve bir çok amaçlı salon bulunmaktadır. Yapılandırılmış eğitim çok amaçlı eğitim salonunda verilmiştir. Bu salon dörder kişilik masaların bulunduğu aydınlık bir salondur.

4. Yapılandırılmış eğitim yukarıda belirtilen salonlarda perşembe ve cumartesi günleri Atakum Belediyesi Eğitim Salonu'nda cumartesi günü, 10:00-12:00 saatleri arasında yürütülmüştür. Samsun Büyükşehir Belediyesi Mavi Işıklar Eğitim, Dinlenme ve Rehabilitasyon Merkezi'ndeki eğitimler ise Perşembe günü, 14:00-16:00 saatleri arasında gerçekleşmiştir. Eğitim, toplamda 8 hafta boyunca, altı-sekiz kişilik gruplarda ve haftada iki saat olarak yürütülmüştür. Her ders saati kırkbeş dakika sürmüştür. Her ders saatinin ilk onbeş dakikası bir önceki dersin tekrarı diğer otuz dakikası ise yeni konu başlığının incelenmesi şeklinde yürütülmüştür. sekiz haftalık eğitim sürecinden sonraki dört hafta boyunca hastalara telefon ile hatırlatmalar, eğitim içeriğine uygun kontroller ve hastaların isteğine bağlı olarak klinikteki eğitim odasında yüz yüze görüşmeler sürdürülmüştür. Sekiz haftalık süre dahilinde taburculuk gerçekleştiğinde hasta klinikteki eğitime çağrılarak aktif eğitim süresi tamamlanmıştır.

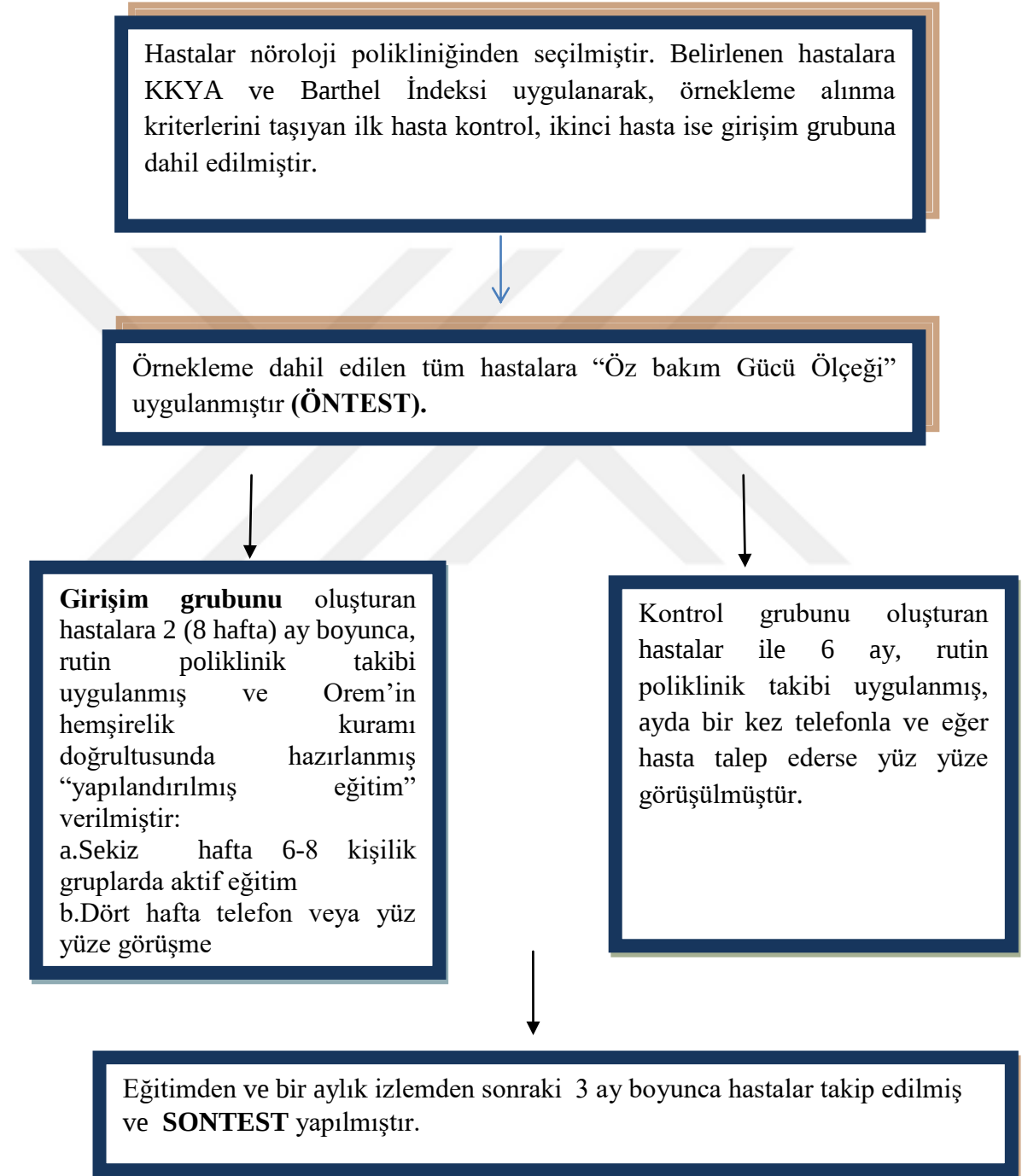
5. Eğitime katılan her hastaya Öz bakım Yetersizlik Kuramına göre hazırlanmış eğitim rehberi verilmiştir.

6.Eğitim programında, eğitim kitapçığının yanı sıra bilgisayarda hazırlanan slaytlarla sözlü anlatım, soru-cevap, demonstrasyon ve uygulamadan oluşan birden fazla öğretim yöntemi kullanılmıştır.

7. On iki haftalık eğitim ve izlem süreci bittikten sonraki üç ay boyunca hastalar ile telefonla görüşmeye devam edilmiştir. Bu sürenin sonunda ise davranış değişikliğinin değerlendirilmesi için “Öz Bakım Gücü Ölçeği” hastalara tekrar uygulanarak veri

toplama süreci sonlandırılmıştır (sontest).

8. Kontrol grubu hastalarıyla ise ön görüşmeden sonraki 6 ay boyunca ayda bir kez telefon ile eğer hasta talep ederse yüz yüze görüşülmüş, bu görüşmeler esnasında hastaların yaşadıkları sorunlara ilişkin sorular cevaplanmıştır.



Şekil 3.1. Araştırma Tasarımı

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımlı değişken:** Öz bakım gücü puanı
- **Bağımsız değişkenler:** Yapılandırılmış hasta eğitimi
- **Kontrol değişkenleri:** Barthel İndeksi ve Kısa Yeti Yitimi Anketi puanları

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada yer alan veriler bilgisayarda SPSS Windows 11.5 (Statistical for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak veri tabanı oluşturulmuş ve tablolandırılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde kullanılan testler ve uygulandıkları parametreler aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.2. İstatistik Analizde Değerlendirilen Parametreler ve Uygulanan testler

Değerlendirilen parametreler	Uygulanan testler
Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	Frekans ve yüzde dağılımı
Gruplar arasında tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması	Ki-kare, Kruskal Wallis
Grupların yaş ortalaması	Ortalama
Bartel İndeksi, Kısa Yeti Yitimi Anketi ve Özbakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	Wilcoxon ve Mann-Whitney U Testi

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerinin aynı araştırmacı tarafından elde edilmesi, eğitimler için hastaların ulaşım probleminin olması, tek bir merkezde gerçekleştirilmiş olması, Bartel İndeksi güvenilirlik katsayısının 0.57 olması; gruplar arasında yaş,cinsiyet, Bartel İndeksi ile yeti yitimi puanı açısından farklılık olması ve doktora tez çalışması olması

sebebiyle eğitim süresinin kısıtlı olması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Ayrıca sınırlı bir örnekleme çalışması sebebiyle çalışma sonuçlarının genellenememesi araştırmanın en önemli sınırlılığıdır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın başlatılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Ek 7) ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Anabilim Dalı'ndan gerekli izinler (Ek 8) alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm hastalardan sözel onay ve “Bilgilendirilmiş Olur Formu” ile yazılı izin alınmıştır.

4. BULGULAR

MS'li hastalara verilen özbakıma yönelik yapılandırılmış eğitimin özbakım gücü üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları bu bölümde sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		TOPLAM (n=60)		Test değeri	p
Yaş	$\bar{X} = 44.40 \pm 11.03$		$\bar{X} = 38.06 \pm 9.42$		$\bar{X} = 41.23 \pm 10.66$		t= -2.391	0.020
Cinsiyet	n	%	N	%	n	%		
Erkek	16	46.7	8	26.6	24	40	$\chi^2=4.444$	0.035
Kadın	14	53.3	22	73.3	36	60.0		
Medeni Durum								
Evli	25	83.3	24	80.0	49	81.7	$\chi^2=3.520$	0.172
Bekar	5	16.7	6	20.0	11	18.3		
Eğitim Durumu								
Okuryazar değil	5	16.7	4	13.3	9	15.0	$\chi^2=.726$	0.867
Okuryazar/ilkokul	12	40.0	11	36.7	23	38.3		
Ortaokul/lise ve dengi okul	9	9.3	12	40.0	21	35.0		
Üniversite	4	13.3	3	10.0	7	11.7		
Meslek								
Ev hanımı	13	43.3	12	40.0	25	41.7	$\chi^2=10.405$	0.015
Emekli	13	43.3	4	13.3	17	28.3		
Memur	2	6.7	8	26.7	10	16.7		
Diğer (Çiftçi,esnaf,işçi..vb)	2	6.7	6	20.0	8	13.3		
MS Dışında Hastalık Varlığı								
Var	1	3.3	4	13.3	5	78.3	$\chi^2 = 1.964$	0.161
Yok	29	96.7	26	86.7	55	21.7		
Aile Tipi								
Çekirdek aile	25	83.3	26	86.7	51	85.0	$\chi^2=.131$	0.718
Geniş aile	5	16.7	4*	13.3	9	15.0		
Bakımı Tek Başına Gerçekleştirme Durumu								
Evet	26	86.7	23	76.3	49	81.7	$\chi^2=1.002$	0.317
Hayır	4*	13.3	7	23.7	11	18.3		
Bakım ile İlgilenen Kişi								
Eş	1*	16.6	3*	75.0	4*	11.7		
Çocuklar	2*	66.7	2*	12.5	4*	72.0	$\chi^2=15.577$	0.001
Diğer bakım verici	1*	16.6	2*	12.5	3*	16.3		

*Fisher ki-kare değeri alınmıştır.

Girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması 44.40 ± 11.03 yıl, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması ise 38.06 ± 9.42 yıldır. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri incelendiğinde girişim grubundaki hastaların % 53.3'ü ve kontrol grubundaki hastaların % 73.3'ü kadın; medeni durumları karşılaştırıldığında ise girişim grubundaki hastaların % 83.3'ünün ve kontrol grubundaki hastaların % 80'inin evli olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra girişim grubundaki hastaların % 40'ının, kontrol grubundaki hastaların ise % 36.7'sinin okuryazar ya da ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır. MS dışında her hangi bir kronik hastalık bulunma durumuna göre gruplar değerlendirildiğinde ise girişim grubundaki hastaların % 96.7'sinin ve kontrol grubundaki hastaların % 86.7'sinin MS dışında başka herhangi bir kronik hastalığının olmadığı göze çarpmaktadır. Girişim grubundaki hastaların % 83.3'ü ve kontrol grubundaki hastaların % 86.7'si çekirdek ailede yaşarken; girişim grubundaki hastaların % 86.7'si ve kontrol grubundaki hastaların % 76.3'ü özbakımını bireysel olarak gerçekleştirmektedir. Bununla birlikte girişim grubundaki özbakımını bireysel olarak gerçekleştiremeyen hastaların % 66.7'sinin bakımını çocuklarının ve kontrol grubundaki hastaların % 75'inin bakımını eşlerinin gerçekleştirildiği kaydedilmiştir. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, meslek ve bakımla ilgilenen kişi özellikleri açısından farklılık bulunurken; medeni durum, eğitim düzeyi, MS dışında hastalık bulunma durumu ve bakımı tek başına gerçekleştirmek durumu özellikleri açısından benzerlik saptanmıştır.

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bartel İndeksi ve Kısa Yeti Yitimi Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

Özellik	Girişim Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	t	P
Bartel İndeksi	77.66 $\pm$ 22.11	89.50 $\pm$ 14.22	-2.465	.017
Kısa Yeti Yitimi Anketi	15.56 $\pm$ 8.37	11.30 $\pm$ 8.37	2.410	.020

Tablo 4.2’de girişim ve kontrol gruplarının Bartel İndeksi ve Kısa Yeti Yitimi Anketi puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Girişim grubuna ait Barthel İndeksi puan ortalaması 77.66 $\pm$ 22.11 iken, kontrol grubu puan ortalaması ise 89.50 $\pm$ 14.22 olarak saptanmıştır. Buna göre girişim ve kontrol grubu hastalarının orta derecede bağımlı olduğu görülmüştür. Gruplara ait Kısa Yeti Yitimi Anketi puan ortalaması incelendiğinde ise deney grubunda puan ortalamasının 15.56 $\pm$ 8.37 ve kontrol grubunda ise 11.30 $\pm$ 8.37 olduğu belirlenmiştir. Girişim grubu hastalarında şiddetli ve kontrol grubu hastalarında orta dereceli yeti yitimi olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın her iki puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Tablo 4.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Barthel İndeksi ve Kısa Yeti Yitimi Ölçeği Arasındaki İlişki

		Öntest		Sontest	
Gruplar		Barthel İndeksi	Kısa Yeti Yitimi Ölçeği	Barthel İndeksi	Kısa Yeti Yitimi Ölçeği
Öz Bakım Gücü Ölçeği	Girişim Grubu	$r = 0.120$ $p = 0.527$	$r = 0.-165$ $p = 0.384$	$r = 0.-013$ $p = 0.945$	$r = 0.-106$ $p = 0.576$
	Kontrol Grubu	$r = 0.-457$ $p = 0.011$	$r = 0.154$ $p = 0.418$	$r = .-051$ $p = 0.789$	$r = 0.240$ $p = 0.201$

Tablo 4.3’de girişim ve kontrol gruplarının Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Barthel İndeksi ve Kısa Yeti Yitimi Ölçeği arasındaki ilişkinin karşılaştırılması sunulmuştur. Tabloya göre girişim grubuna ait veriler incelendiğinde öntestte ölçekler arasında çok zayıf, yalnızca Kısa Yeti Yitimi Ölçeği için negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı

olmayan bir ilişki saptanmıştır. Grubun sontest karşılaştırmasında ise Özbakım Gücü Ölçeği ve diğer ölçüm araçları arasında çok zayıf, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = 0.013$, $p > 0.05$; $r = 0.106$, $p > 0.05$).

Kontrol grubuna ait veriler incelendiğinde ise öntestte Özbakım Gücü Ölçeği ve Barthel İndeksi arasında çok zayıf, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kaydedilmiştir ($r = 0.457$, $p < 0.05$). Sontestte ise Bartel İndeksi ile saptanan bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($r = 0.051$, $p > 0.05$). Özbakım Gücü Ölçeği ve Kısa Yeti Yitimi Anketi arasında ise zayıf, pozitif yönlü ve yine istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki belirlenmiştir ($r = 0.240$; $p > 0.05$).

Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Grup İçi Özbakım Gücü Ölçeği Öntest- Sontest Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellik	Girişim Grubu (n=30)			Kontrol Grubu (n=30)		
	$\bar{X} \pm SS$	t	P	$\bar{X} \pm SS$	T	P
Özbakım Gücü Öntest	94.53 $\pm$ 17.34	-5.002	0.000	99.33 $\pm$ 18.54	-3.309	0.003
Özbakım Gücü Sontest	112.56 $\pm$ 15.57			108.76 $\pm$ 16.14		

Girişim ve kontrol grubu hastalarına ait Özbakım Gücü Ölçeği'nin öntest ve sontest puan ortalamaların grup içi karşılaştırılması Tablo 4.4'de gösterilmiştir. Girişim grubu hastalarının Özbakım Gücü Ölçeği öntest puan ortalaması 94.53 $\pm$ 17.34 ve sontest puan ortalaması 112.56 $\pm$ 15.57 olarak belirlenmiştir. Girişim grubu hastalarının özbakım gücünün orta düzeyden iyi düzeye yükseldiği gözlenmiştir. Grup içi öntest ve sontest puan ortalaması karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede

anlamli olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Kontrol grubu hastalarının Özbakım Gücü Ölçeği öntest puan ortalaması 99.33 ± 18.54 ve sontest puan ortalaması 108.76 ± 16.14 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu hastalarının özbakım gücünün orta düzeyden iyi düzeye yükseldiği gözlenmiştir. Grup içi öntest ve sontest puan ortalaması karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamli olduğu gözlenmiştir ($p< 0.05$).

Tablo 4.5. Özbakım Gücü Ölçeği Öntest ve Sontest Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Özellikler	Girişim Grubu n=30	Kontrol Grubu n=30	Önemlilik Testi
Özbakım Gücü Ölçeği Öntest Puanı	94.53 $\pm$ 17.34	99.33 $\pm$ 18.54	t=1.035 p=0.305
Özbakım Gücü Sontest Puanı	112.56 $\pm$ 15.57	108.76 $\pm$ 16.14	t=-0.928 p=0.357

Özbakım Gücü Ölçeği'nin öntest ve sontest puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde girişim grubu öntest puanının 94.53 $\pm$ 17.34'den sontestte 112.56 $\pm$ 15.57'ye yükseldiği saptanmıştır. Yine kontrol grubunun Özbakım Gücü Ölçeği öntest puan ortalamasının 99.33 $\pm$ 18.54'den 108 $\pm$ 16.14'e yükseldiği belirlenmiştir. Buna karşın aradaki farkın istatistiksel olarak anlamli olmadığı gözlenmiştir.

5. TARTIŞMA

MS'li hastaların gereksinim duydukları bilgilerin Orem'in Özbakım Yetersizliği Kuramı'na göre düzenlenerek bu grup hastalarda özbakım gücünün arttırılmasını amaçlayan bu araştırmanın sonuçları literatür ışığında aşağıda tartışılmıştır.

Günümüzde kronik hastalıklarda tedavinin amacı, hastayı iyileştirmek değil, bireyin tedavi programına uyumunu artırmak ve iş birliğini sağlayarak kaliteli bir yaşam sürmesini desteklemektir. Bu nedenle son yıllarda hastalığın tedavisinden çok, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ön plana çıkarılmıştır. Dolayısıyla hemşirelerinde sağlık bakımdaki rolü de değişerek daha çok "öz bakım" kavramı üzerine yoğunlaşmıştır.^{68, 128}

Kronik hastalıkların bakımının sağlanmasında hasta eğitimi temel taşlardan biridir.¹²⁹ MS gibi kronik hastalığı bulunan bireylere hastalığın seyri, semptom yönetimi ve karmaşık tedavi seçenekleri hakkında yoğun bilgi verilmektedir. Bu tür bilgiler hastalığın yönetiminde, sağlığın sürdürülmesinde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hayati önem taşır.¹³⁰⁻¹³² MS'li hastanın eğitim amacı hastaların yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmek için bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirerek hastayı güçlendirmektir. Bunu gerçekleştirmek kimi zaman zor olsa da etkili semptom kontrolü hastanın yaşam kalitesini pozitif yönde etkiler.¹³¹

Santral sinir sistemini etkileyen önemli kronik hastalıklardan biri MS, üretken genç yetişkinlerde görülmesi, sakatlıklara yol açması ve kronik bir hastalık olması nedeniyle dünya ve ülkemiz için önemli bir sağlık sorunudur.^{67,133} Girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması 44.40 ± 11.03 yıl, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması ise 38.06 ± 9.42 yıldır (Tablo 4.1). Bu anlamda araştırmamıza katılan MS hastaları üretken çağda bulunan yetişkinlerdir.^{66,134} Üretken çağda olmalarına rağmen girişim grubundaki hastaların çoğunluğu ve kontrol grubundaki hastaların bir bölümü

emeklidir. Bu erken yaşta emekliliğin sebeplerinden birinin MS'den kaynaklanan fiziksel bağımlılık ve yeti yitimi olduğu düşünülmektedir. Er ve Mollaoğlu'nun³² MS'li hastaların yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerini inceledikleri araştırmada hastaların yaş ortalamasını 36.13 ± 8.14 olarak saptanmıştır. Benzer şekilde Başak ve ark.¹³² 10 yıllık dönemde Türkiye'deki MS hastalarının günlük yaşam aktivitelerini ve özbakım etkinliklerini belirledikleri çalışmalarında yaş ortalaması 38.43 ± 9.92 olarak saptanmış ve bu yaş grubunda orta derecede fiziksel bağımlılık ve özbakım gücü saptanmıştır. Bu araştırmaya katılan her iki gruptaki hastaların yaş ortalamaları literatürdeki örnekler ile benzerlik göstermektedir.^{32,133} Bu araştırmada ve belirtilen araştırmalarda MS hastalarının yaş grubu, fiziksel bağımlılık, yeti yitimini ve özbakım gücünün benzer düzeyde olması MS'li hastalarda fiziksel bağımlılık ve yeti yitiminin erken yaşlarda ortaya çıktığını düşündürmektedir. Girişim grubu hastalarının orta derecede bağımlı ve şiddetli yeti yitiminin olması; kontrol grubu hastalarının orta derecede bağımlı ve yeti yitiminin olması bu savı destekler niteliktedir.

Bu araştırmadaki girişim ve kontrol grubu hastalarının genellikle okuryazar ya da ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Her iki grupta hastaların eğitim seviyesinin düşük olduğu göze çarpmaktadır. Eğitim seviyesinin düşük olması sağlıkla ilgili belgeleri değerlendirmeyi ve sağlık yönlendirmelerini takip etmeyi zorlaştırır.¹³⁴ Bu durumda hastalar kendi hastalıkları ve hastalık yönetimi hakkında yetersiz bilgiye sahip olur. Yetersiz bilgi sahibi olma ise kendi ile ilgili karar vermede otonomi kullanımını dolayısıyla hastalığı yönetmeyi zorlaştırır.⁹⁵ Ayrıca hastaların özbakımlarını sağlamada kullanabilecekleri bazı becerileri (örn: temiz aralıklı kateter uygulama, kendi kendine enjeksiyon uygulama...vb.) öğrenmelerini engeller. Bu doğrultuda bir çok araştırma MS'li hastaların bakımında iletişim ve bilgi eksikliği olduğuna dikkat çekmektedir.^{95,135,136} Bu anlamda eğitim düzeyinin düşük olmasının hastalığın

yönetiminde yer alan iletişim kurma, bilgi edinme, bilgiyi yorumlama ve beceri geliştirme konularını negatif etkileyeceği ve dolayısıyla etkin bir özbakım sağlanamayacağı düşünülmektedir. Bu anlamda araştırmadaki hastaların özbakım güçlerinin orta düzeyde olmasının düşük eğitim seviyesi ile de ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların büyük bir çoğunluğu özbakımını bireysel olarak gerçekleştirmektedir. Her iki grupta bireysel olarak bakımını gerçekleştiremeyen hastaların genel olarak bakımını çocukları ve eşleri gerçekleştirmektedir. Yine MS hastalarındaki özbakımı gerçekleştirememe durumunun bağımlılık ve yeti yitiminden kaynaklandığı, bu sebeple hastaların bakımlarının eş ya da çocuklar tarafından karşılandığı söylenebilir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların büyük oranda evli olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çok araştırmada da benzer şekilde MS hastalarının evli olduğu dikkat çekmektedir.^{68,137-141} Özellikle 20-40 yaş arasında olan MS hastaları, MS'in evliliğe engel bir hastalık olup olmadığını sıkça sormaktadır. Boz ve Terzi'nin¹³⁶ bildirdiğine göre MS evliliğe engel bir hastalık değildir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Barthel İndeksi puan ortalamalarına göre her iki gruptaki hastaların orta derecede bağımlı olduğu saptanmıştır. Gruplara ait KYYA puan ortalaması incelendiğinde ise girişim grubu hastalarında şiddetli ve kontrol grubu hastalarında orta dereceli yeti yitimi olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın her iki puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

Nörolojik sistemi ilgilendiren kronik hastalıkların birçoğu, bireylerde ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizlik yaşatan hastalıklar olarak kabul edilmektedir.^{14,138} Bu hastalıklar arasında MS de önemli bir yer tutmaktadır. Erişkinlerde travmaya bağlı

olmaksızın nörolojik yeti yitimine yol açan hastalıklar arasında MS ilk sırada yer almaktadır.^{32,139,140} Dahl ve ark.¹⁴⁰ Genişletilmiş Özürlülük Durumu Skalası (Kurtzke's Expanded Disability Status Score) ile yaptıkları yarı-kesitsel araştırmada MS'li bireylerin % 44'ünde şiddetli veya ağır düzeyde yeti yitimi olduğunu belirlemiştir. Pugliatti ve ark.¹⁴¹ MS'li bireylerin %65'inde minimal veya orta düzeyde % 35'inde ise şiddetli veya ağır düzeyde yeti yitimi olduğunu saptarken¹⁴¹, Granieri ve ark.¹⁴², %38'inde şiddetli veya ağır düzeyde % 62 'sinde ise minimal veya orta düzeyde yeti yitimi olduğunu bulmuşlardır. Motl ve arkadaşlarının¹⁴³ İleri Yaşam Fonksiyonu ve Yeti Yitimi Ölçeği'ni kullanarak yaptıkları yarı-kesitsel diğer bir çalışmada ise, Multiple sklerozlu bireylerde yeti yitimi ortalaması 4.1 ± 0.7 olarak bulunmuştur. Kısa Yeti Yitimi Ölçeği kullanılarak yeti yitiminin değerlendirildiği Er ve Mollaoğlu'nun³² araştırmasında ise MS' li hastalarda yeti yitimi % 67.3 olarak bulunmuştur. Belirtilen araştırma sonuçlarına paralel olarak bu araştırmada da girişim ve kontrol grubu hastalarının orta derecede bağımlı olduğu, girişim grubu hastalarında şiddetli ve kontrol grubu hastalarında ise orta dereceli yeti yitimi bulunduğu saptanmıştır.

Girişim grubuna ait sontest verileri incelendiğinde Özbakım Gücü Ölçeği ve diğer ölçüm araçları arasında çok zayıf, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.-013$, $p>0.05$; $r= 0.-106$, $p>0.05$) (Tablo 4.3).

Özbakım gücü, bağımlılık ve yeti yitimi arasındaki korelasyonun negatif yönlü olması beklenen bir sonuçtur. Çünkü hastaların bağımlılık ve yeti yitimi seviyeleri arttıkça günlük yaşam aktivitelerini ve özbakımlarını bireysel olarak gerçekleştirmeleri zorlaşmaktadır. Bu sonuç Er ve Mollaoğlu'nun MS hastalarında yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerini inceledikleri araştırma sonuçları ile paraleldir.³² Er ve Mollaoğlu³² MS hastalarında fiziksel bağımlılık ve yeti yitimi arttıkça günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmenin zorlaştığını saptamıştır. Bu sonuç Başak ve ark.'¹³² MS

hastalarında günlük yaşam aktiviteleri ve özbakım gücü ilişkisini inceledikleri araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada girişim grubundaki hastalarda orta derecede fiziksel bağımlılık ve ileri düzeyde yeti yitimi bulunmaktadır (Tablo 4.2). Başak ve ark.'nın¹³² bildirdiğine göre günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilememesi hastaların yaşam kaliteleri üzerine negatif etkilidir. Özbakım gücü doğrudan günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi ile ilişki olduğundan bu çalışmada girişim grubu hastalarında saptanan orta düzeydeki bağımlılık ve şiddetli yeti yitiminin, bu hastaların günlük yaşamda sorun yaşamalarına sebep olduğu ve bu sorun yaşama durumunun test sonuçları arasındaki negatif yönlü ve zayıf ilişkinin sebebi olduğu düşünülmektedir.

Kontrol grubuna ait veriler incelendiğinde ise Özbakım Gücü Ölçeği ve Barthel İndeksi arasında çok zayıf, negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki kaydedilmiştir. Özbakım Gücü Ölçeği ve Kısa Yeti Yitimi Anketi arasında ise zayıf, pozitif yönlü ve yine istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki belirlenmiştir ($r = 0.051$, $p > 0.05$; $r = 0.240$; $p > 0.05$). Kontrol grubundaki ölçümler arasındaki bu çok zayıf ilişkinin girişim grubuna benzer şekilde gruptaki hastaların orta derecede fiziksel bağımlı olmalarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Eğitim sonunda girişim grubunun öz bakım gücünün orta seviyeden iyi seviyeye çıktığı saptanmıştır. Bu yükselmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu kaydedilmiştir. Literatür bilgileri ışığında girişim grubunda şiddetli yeti yitimi olmasına rağmen özbakım gücündeki bu yükselmenin Orem'in kuramına temellendirilmiş eğitimin hastaların sistemli bilgi edinme fırsatı sunmasından ve bu gereksinimi gidermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca Orem'in kuramı eğitici hemşirenin kullandığı bir harita niteliğindedir. Aynı zamanda kullanılan kuram hasta gereksinimlerinin sınıflanmasını sağlamıştır. Bu sistemli gereksinim sınıflamasının hemşirenin hastaların

sorunlarına direkt temas etmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca eğitimin küçük gruplarda, belli aralıklarla düzenli olarak ve aynı hemşire tarafından verilmiş olmasının da girişim grubunda özbakım gücünün yükselmesinde etkili olduğu söylenebilir.

MS'li bireylerde yaşanan önemli sorunlardan birinin öz bakım eksikliği olduğu¹⁴⁴ ve öz bakımın MS hastalığının başarılı yönetilebilmesinde gerekli bir etmen olarak görüldüğü bildirilmektedir.^{18,37,39,145} Kronik bir hastalık olan MS'de hemşirenin hastalara uygun bakımı planlayabilmesi ve öz bakım gücünü destekleyebilmesi için öz bakım gücünün etkilenme düzeyini ve ilişkili faktörleri bilmesi önemlidir. Çok sayıda ve kompleks bakım sorunları olan MS'li hastalarla çalışan hemşirelerin nöro-musküler işlevleri en üst düzeye çıkarmak, günlük yaşam aktivitelerinde mümkün olduğunca bağımsızlığı sağlamak, psikososyal esenliği ve hastalığa uyumu sağlayabilmek için önemli sorumlulukları bulunmaktadır.^{146,147} Özellikle son yıllarda MS tedavisinde sağlanan gelişmeler, bakımın da kapsamının genişlemesine yol açmış ve MS hemşiresinin rolleri artan eğitim ve bakım gereksinimlerini karşılayacak şekilde artmıştır. MS'li hastaların hastalıkları konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi ve eğitim verilmesi önemlidir, bu sayede hastaların yaşayacakları sorunlar önlenir.^{107,108} Bu çalışmada girişim grubuna verilmiş olan yapılandırılmış özbakım eğitiminin özbakım gücünü ileri derecede artırdığı saptanmıştır. Benzer şekilde Madani, Navipoor ve Roozbayani'nin¹⁴⁸ yarı deneysel olarak yaptıkları bir çalışmada MS hastalarına kas spazmı, yorgunluk, konstipasyon, unutkanlık...vb semptomlara yönelik uygulanan bir aylık eğitimin özbakım gücünü yükselttiği ve semptomlarda azalmayı sağladığı belirtilmiştir. Ayrıca bazı çalışmalarda^{27,52,54} MS hastalarının hastalık sürecinde kendilerini terk edilmiş hissettiklerini ve bu sebeple bilgilendirilmek istediklerini saptamıştır. Bununla birlikte hastalara verilen yeterli ve

uygun eğitimin özbakım gücü ve yaşam kalitesini yükselttiği bir çok araştırmada vurgulanmıştır.^{37,136,148,149,150} Araştırmamızda da bağımlılık ve yeti yitimi yönünden benzerlik gösteren girişim grubu hastalarına verilen Orem'in Özbakım Kuramı'na göre yapılandırılmış eğitimin özbakım gücünü arttırmada etkili olduğu söylenebilir.

Sistemli bilgi edinme MS hastaları için önemli bir gereksinimdir. Edmonds, Vivat, Burma ve ark.⁵² yürüttükleri kalitatif bir araştırmada hastalar sistemli ve uygun bilgi edinmenin kendileri için önemine dikkat çekmiştir. Aynı araştırmada bildirildiğine göre Kanada'da 12 katılımcı ile yürütülmüş olan kalitatif bir araştırmada katılımcılar sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki etkin iletişimin sağlık bakım hizmeti sağlamada önemli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Edmonds, Vivat ve Burma'nın⁵² araştırmasında bireylerin hastalıkları hakkında bilgi aldıkları fakat bu bilgilerin sistematik olmadığı kaydedilmiştir. Ayrıca MS hastalarına verilen bakımda sürekliliğin sağlanamaması da vurgulanmıştır. Ayrıca hastalar sağlık profesyonellerinin değişiminin bakımın sürekliliğini etkileyen önemli bir faktör olarak belirtmiştir.

Kontrol grubu özbakım gücü incelendiğinde; öntest puanının 99.33 ± 18.54 'den 108.76 ± 16.14 'e yükseldiği belirlenmiştir. Kontrol grubunda da bu yükselme istatistiksel olarak anlamlıdır. Gözlenen bu istatistiksel önemliliğin ise hastalarla yapılan telefon görüşmelerinde hastaların hastalık ile ilgili sorularının yanıtlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu anlamda telefon görüşmeleri sistemli bir içeriğe sahip olmasa da hastaların bilgi edinmelerini sağladığından özbakım gücü üzerinde pozitif bir etki gösterdiği düşünülmüştür.

Özbakım Gücü Ölçeği'nin öntest ve sontest puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde girişim grubu öntest puanının 94.53 ± 17.34 'den sontestte 112.56 ± 15.57 'ye yükseldiği saptanmıştır. aynı şekilde kontrol grubunun Özbakım Gücü Ölçeği öntest puan ortalamasının 99.33 ± 18.54 'den 108.76 ± 16.14 'e yükseldiği

belirlenmiştir. Buna karşın aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Grup içi değerlendirmede istatistiksel farklılık bulunmasına rağmen gruplar arasında anlamlı bir farkın olmayışının sebebinin her iki grupta bağımlılığın orta seviyede olmasına rağmen girişim grubu hastalarının yeti yitiminin fazla olmasından ve her iki gruptaki hastaların eğitim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Orem'in kuramına temellendirilmiş eğitim girişim grubundaki hastaların özbakım gücünü ileri düzeyde yükseltmiştir. Bilgi eksikliğinin karşılanması hastalarda özbakımın temeli olan bilme ve anlamayı geliştirir.^{80,150} Barnason ve ark.²² kalp yetmezliği olan hastalar ile yaptıkları bir araştırmada bilişsel- davranışsal girişimlerin özbakımın sağlanması ve sürdürülmesinde gerekli olan özbakım bilgisini önemli ölçüde arttırdığını kaydetmiştir. Ayrıca Rostami ve ark.¹⁵⁰ Orem'in Özbakım Yetersizliği Kuramı'na göre düzenlenmiş bakım planının yaşlı hastalarda yaşam kalitesini yükselttiğini belirtmiştir. Bu araştırmada da yukarıda belirtilen araştırma sonuçlarına benzer şekilde girişim grubunda özbakım gücünde yükselme gözlenmiştir.

Orem, insanı özbakım sorumluluğunu üstlenen ve kendi özbakımını öğrenme, tecrübe etme ve iletişim yoluyla geliştiren öz bakım ajanı olarak tanımlar.^{67,76,80,151} Literatürdeki bu bilgiye göre kontrol grubuna sistemli bir eğitim uygulanmamasına rağmen, bu grup hastalarla yapılan düzenli telefon görüşmesi ve bu görüşme esnasında sorularının cevaplanması Orem'in kastettiği iletişim kurma etkinlikliğini gerçekleştirmiştir. Kontrol grubundaki, girişim grubuna göre nisbi yükselmenin ve gruplar arasında istatistiksel anlamlılığın olmamasının bu etkinliklere bağlı olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda Orem'in Özbakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılmış eğitimin girişim grubu hastalarının özbakım gücünü belirgin ölçüde arttırdığı saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda;

- MS hastalarının gereksinimlerine yönelik hemşirelik bakımı planlanırken hemşirelere rehber olması açısından Orem'in Özbakım Kuramı'nın kullanılabileceği,
- MS hastalarına bakım veren klinisyen hemşirelerin bu grup hastalarda özbakımı etkileyen faktörleri saptaması,
- MS hastalarının özbakım güçlerinin artırılması amacıyla planlanan yapılandırılmış eğitimlerin klinikteki rutin uygulamalar arasına alınması ve etkinliklerinin değerlendirilmesi,
- Hasta eğitimi ve takibinin sürekliliğin sağlanması adına aynı ekip tarafından yürütülmesi, eğitim sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Bu grup hastalarda özbakıma yönelik planlanan araştırmaların daha geniş örneklem gruplarında gerçekleştirilmesi,
- MS hastalarında araştırmalar planlanırken MS'in klinik tip özelliklerinin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Babadağ K. Hemşirelik ve Değerler. Profesörlük Çalışması, İstanbul, 1998.
2. Birol L. İçinde: Akdemir N, Birol L (Editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara, Sistem Ofset, 2005: 207-11.
3. Karagözoğlu Ş. Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005,9(1): 6-14.
4. Halper J. The Evolving role of the nurse in the treatment of Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2009,41(4):1-13.
5. Aştı TA, Karadağ A. *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*. Nobel Kitabevi, Ankara, 2011: 898-951.
6. Chitty KK. *Professional Nursing Concepts and Challenges*, 2nd ed. Philadelphia, WB Saunder Co., 1997:143-153.
7. McCurry MK, Susan M, Hunter R, Roy C. Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice. *Nursing philosophy*, 2010 11(1): 42-52.
8. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Conceptual Models and Theories*. 2nd ed. Philadelphia, F. A. Davis, 2005.
9. Gigliotti E. The value of nursing models in practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2008,1(1):42-50.
10. Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, Mosby Yearbook, 2001.
11. Alligood MR, Tomey AM. *Nursing Theory: Utilization and Application*. 3rd ed. St. Louis, MO, Mosby/Elsevier, 2006.
12. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development And Progress*. 4th ed. Philadelphia, Lippicott, Williams&Wilkins, 2007:424-451.

13. Crayton HJ, Rossman HS. Managing the symptoms of multiple sclerosis: a multimodal approach. *Clinical Theraphy*, 28:445–460.
14. Kalb R. The emotional and psychological impact of multiple sclerosis relapses. *Journal of Neurological Sciences*, 2007,256: 29-33.
15. Miller AE, Lublin FD, Coyle PK. Epidemiyology and Genetics. In: Miller AE, Lublin FD, Coyle PK (eds). *Multiple Sclerosis in Clinical Practice*. London-Newyork. Martin Dunitz Publishing, 2003:31-53.
16. Karantay MF. Multipl skleroz rehabilitasyonu. *Türk Nöroloji Dergisi*, 2006, 12(2): 134-143.
17. Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım: Multiple Skleroz*. Adana, Adana Nobel Kitabevi, 2010:1203-1207.
18. Tülek Z. Multiple Sklerozlu Hastalarda Bakım. İçinde: *Nörolojik Bilimler Hemşireliği: Kanıta Dayalı Uygulamalar*. Neurologic Sciences Nursing. İstanbul, Güneş Kitap Evi,2014:472-487.
19. Daryabygi R, Jalili Z. Knowledge of self-care of patients with congestive heart failure patients admitted to public hospitals in Isfahan. *Research in Medical Sciences*,2003, 7: 23–25.
20. Najafi S, Vahedparast H, Hafezi S, Saghafi A, Farsi Z , Vahabi Y. Effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction. *Journal of Intensive Care Nursing*, 2008, 1:35–39.
21. Karakurt P, Kaşıkçı M. The effect of education given to patients with type 2 diabetes mellitus on self care. *International Journal of Nursing Practice*. 2008, 18:170-179.

22. Barnason S, Zimmerman L, Young L. An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, 21:448–475.
23. MangolianShahrbabaki P, Farokhzadian BJ, Hasanabadi Z. Effect of self-care education on patient knowledge and performance with heart failure. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2012, 31:918–922.
24. Mohammadhassani M, Farahani B, Zohour A, Panahiazar SH. Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 2010, 3: 87–91.
25. Savaşan A. Hipertansiyonu olan hastalarda öfke ve öz-bakım-gücü ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2009, 1(1):13- 17.
26. Nazik E, Eryılmaz G. Öz-Bakım Modeli Kullanılarak Verilen Bakımın Postpartum Komplikasyonların Önlenmesi ve Giderilmesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.
27. Janssens ACJW. Perception of Prognostic Risk in Multiple Sclerosis. Unpublished Dissertation. Rotterdam: Erasmus University, 2003.
28. Hill S, Filippini G, Synnot A, Summers M, Beecher D, Colombo C, Hawkins M. Presenting evidence-based health information for people with Multiple Sclerosis: the IN-DEEP project protocol. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2012, 12(1): 20.
29. Craig J, Young CA, Ennis M, Boggild M. A randomized controlled trial comparing rehabilitation against standart therapy in multiple sclerosis patients receiving intravennous steroid treatment. *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*, 2002;74:1225-1230.

30. Spain LA, Tubridy N, Kilpatrick TJ, Adams SJ, Holmes ACN. Illness perception and health-related quality of life in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2007; 116: 293–299.
31. Quellet J, Scherzer PB, Rouleau I, Metras P, Bertrand- Gauvin C, Djerroud N, Boisseau E. Duquette P. Assesment of social cognition in patients with multiple scleroris. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2010;16,287-296.
32. Er F, Mollaoğlu M. multiple sklerozlu hastalarda yeti yitimi ve günlük yaşam aktivitelerinin incelenmesi. *Nöroloji Bilimleri Dergisi*, 2011;28(2):190-203.
33. Acaroğlu R, Suhonen R, Şendir M, Kaya H. Reliability and validity of Turkish version of the Individualised Care Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 2012: 136–145.
34. Hamidizadeh S, Masoudi R, Ahmadi F & Mohammadi I Evaluation of the effect of self-care program based on the orem framework on the physical Quality of life in multiple sclerosis patients. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services Spring*, 2009, 17: 20–29.
35. Genç ŞG, Aydın NK, Kılınçel O, Altınışik İ, Kılınçel Ş, Köle İH, Eker SS. Multiple Sklerozda depresyon ve anksiyete. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,41(2):73:77.
36. Kaya N, Akpınar Z, Çilli A. Multipl Sklerozda yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4: 220-2245.
37. Demaille-Wlodyka S, Donze C, Givron P, Gallien P. The ETP Sofmer Group. Self care programs and multiple sclerosis: physical therapeutics treatment - literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2011;54:109–128 .

38. Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006: 82–91.
39. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. 11th ed. Philadelphia, Lippicott, Williams&Wilkins,2008.
40. While A, Forbes A, Ullman R, Mathes L. The role of specialist and general nurses working with people Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;18,2635-2648.
41. Kaplan F, Boztaş MH, Yucesan C, Genç Y, Yucemen N, Mutluer N. Risk factors for depression in multiple sclerosis patients. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2009, 39(4): 525-529.
42. Forbes A, While A, Mathes L, Griffiths P . Evaluation of a MS specialist nurse programme. *International Journal of Nursing Studies*, 2006;43: 985-1000.
43. Vercellino M, Romagnolo A, Mattioda A, Masera S, Piacentino C, Merola A, Chio` A, Mutani R, Cavalla P. Multiple Sclerosis Relapses: A multivariable analysis of residual disability determinants. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2009;119:126–130.
44. Mollaoğlu M, Üstün E. Fatigue in Multiple Sclerosis patients. *Journal of Clinical Nursing*, 2009, 18.9: 1231-1238.
45. Compston A, Coles A. Multiple Sclerosis. *Lancet*, 2002:1221-1231
46. Karussis DM, Abramsky O (2002) The Spectrum of Neuroimmunologic Diseases. In: *Brain Disease. Therapeutic Strategies and Repair*. Eds: O. Abramsky, D. Alastair, S.Compton, A.Miller, G.Said. Martin Dunitz Publishers, London,3-9.
47. Coles A.the Immunology of Multiple Sclerosis.Way Ahead, 2003,7(2)4-5.

48. Hauser SL, Goodin DS. Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases. In: Longo DL, Fauci DL, Kasper SL, Hauser JL, Jameson L, Loscalzo J (eds). Harrison's Principles of internal Medicine, Newyork, McGraw-Hill, 2005:3395-3410.
49. Buecken R, Galushko M, Golla H, Strupp J, Hahn M, Ernstmann N, Pfaff H, Voltz R. Patients Feeling Severely Affected by Multiple Sclerosis: How do patients want to communicate about end-of-life issues? *Patient Education and Counseling*, 2012;88:318-324.
50. Ebers CG. Environmental Factors and Multiple Sclerosis. 2008, 7(3):268–277.
51. Mollaoğlu M. Multipl Skleroz ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Zehra Durna (editör). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. Nobel Tıp Kitabevi. 2012.
52. Edmonds P, Vivat B, Burman R, Silber E, Higginson IJ. Fighting for everything: service experiences of people severely affected by Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 2007, 13:660-667.
53. Courtney AM, Treadaway K, Remington G, Frohman E. Multiple sclerosis. *Medical Clinics of North America*, 2009, 93: 451-76.
54. Galuska M, Golla H, Strupp J, Karbah U, Kaiser C, Enstman N, Pfaff H, Ostgate C, Voltz R. Unmet needs of patients feeling severely affected by Multiple Sclerosis in Germany: A qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*, 2014;17(3),274-281.
55. Hemmer B, Cepok S, Nessler S, Sommer N. Pathogenesis of Multiple Sclerosis: An Update on Immunology. *Current Opinion in Neurology*. 2002, 15(3):227-31.
56. Miller A, Dishon S. Health-related quality of life in multiple sclerosis: The impact of disability, gender and employment status. *Quality of Life Research*. 2006, 15(2):259–271.

57. Kraft GH, Cui JY. Multiple Sclerosis.In: Delisa JA, Gans M (eds). *Physical Medicine and Rehabilitation*. 4th ed. Philadelphia, Lippincott, Williams&Wilkins,2005:1753-1769.
58. Confavreux C, Compston A. McAlpine's multiple sclerosis. (2006): 197-199.
59. Denis L, Namey M, Costello K, Frenette J, Gagnon N, Haris C, Lowden D, McEwan L, Morrison W, Poirier J. Long-term treatment optimization in individuals with multiple sclerosis using disease-modifying therapies: a nursing approach. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2004, 36(1):10-22 .
60. Costello K, Halper J, Harris C Nursing Practice in MS. A Core Curriculum. Demos Med Publ, NY, 2003.
61. Halper J. MS Nursing. A New Vision . The evolution of care in Multiple Sclerosis. 2 nd International 9 th National Nursing Congress, 7-11th September 2003, Antalya.
62. International Organization of Multiple Sclerosis Nurses (IOMSN) (2003) Advanced Practice Nurse Advisory Consensus Meeting (Sept 2002) Monograph. Advanced Practice Nursing in Multiple Sclerosis. Advanced Skills, Advancing Responsibilities.
63. Akkuş Y. Kapucu S. Multipl Skleroz ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2006,13(2): 57-63.
64. Carpenito Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Erdemir F. (Çeviri editörü). Handbook of Nursing Diagnosis. 13. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kiatapevi,2010.
65. Lisak D. Overview of symptomatic management of Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2001,33(5):224-230.
66. Gilroy J. *Temel Nöroloji*. Çeviri Ed.Rana Karabudak. Ankara. Güneş Kitapevi, 2002:199-224.

67. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. 6th, StLouis, MO, Mosby, 2001.
68. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Multiple Sklerozlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2006, 9 (3).
69. Biggs A. Orem's Self Care Deficit Nursing Theory: Update on the State of art and Science. *Nursing Science Quarterly*, 2008,21:3.
70. Yurtsever S, Kuyurtar F. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz-Bakım gücü. *Nefroloji Hemşirelik Dergisi*, 2005, 1:26-32.
71. Lev EL, Owen SV. A Prospective study of adjustment to hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 1998, 25(5):495.
72. Tsay SL, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 2002, 39(3):245-251.
73. Tülek Z. Multiple Sklerozlu hastanın hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* ,2007,11(2): 25-32.
74. Orem DE, Taylor SG. Reflections on nursing practice: the nature,the structure and the foundation of nursing sciences. *Nursing Science Quarterly*, 2011,24(1):35-41.
75. Tierney AJ. Nursing models extant or extinct? *Journal of Advanced Nursing*,28(1):77-85.
76. Kaya H, Yalçın Atar M, Eskimez Z. Hemşirelik Model ve Kuramları. İçinde:Aştı TA, Karadağ A(editörleri). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, 1. Baskı.İstanbul, Akdemi Basın ve Yayıncılık, 2012:79-101.
77. Pektekin Ç. *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar- Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. 1.Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi, 2013:105-118.

78. Velioğlu P. Hemşirelik Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul Alaş, Ofset Maatbası, 1999.
79. Taylor SG. Dorethea E. Orem's Self Care Deficit Theory of Nursing. In: Alligood MR, Marinner- Tomey A(eds). Nursing Theory, Utilisation and Application. London, Mosby,2002.
80. Olivella-Fernandez MC, Bastidas-Sanchez CV, Castiblanco-Amaya MA Adherence to self-care among persons with cardiovascular disease: an approach based on the orem model of nursing. Aquichan, 2012, 12:53–61.
81. Memarian R. Application of Nursing Concept and Theorist. University of Modarres, Tehran,2011.
82. Allison SE. Self care requirements for activity and rest: an Orem nursing focus.*Nursing Science Quarterly*, 2007,20(1):68-76.
83. Redmann BK. Patient Education.8th ed.Philedelphia,Mosby Company,2002.
84. Taşocak G. Hasta Eğitimi. İstanbul Üniversitesi. Basım ve Yayımevi, İstanbul.Orgun 2010.
85. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2009, 12(3).
86. Bruccoliere T. How to make patient teaching stick. *Mantuale*, 2000, 63 (2): 34-83.
87. Whitehead D. Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 47(3): 311–320.
88. Tabak RS, Varol N, Sağlık eğitiminde gelişmeler. *Hemşire Dergisi*, 1999,49 (123): 48-52.
89. Şenyuva E. Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2007, 15(59):100-106.

90. Taylor, CR, Lillis C, LeMone, P, Lynn, P. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care (8th ed.). 2010. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
91. Feicke J, Spörhase U, Köhler J, Busch Claudia B, Wirtz M. A multicenter, prospective, quasiexperimental evaluation study of a patient education program to foster Multiple Sclerosis self management competencies. *Patient Education and Counseling*. 2014,97:361-369.
92. Köpke S, Richter T, Kasper J, Mühlhauser I, Flacheneker P, Heesen C. Implemation of patient education program on Multiple Sclerosis relaps and management. *Patient Education and Counseling*. 2012,86:91-97.
93. Stuijbergen AK, Becker H, Blozis S, Timmerman G, Kullberg VA. Randomized clinical trial of a wellness intervention for women with multiple sclerosis. *Archieve of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2003, 84:467-76.
94. Habek M, Hojsak I, Brinar VV,. Nutrition in multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 2010, 112:616-620.
95. Payne A. Nutrition and diet in the clinical management of Multiple Sclerosis. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2001, 14:349-357.
96. Slawta JN, Wilcox AR, McCubin JA, Nalle DJ, Fox SD, Anderson G. Health Behaviours, body composition and coronary heart disease risk in women with Multiple Sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2003,84:1823-1830.
97. Pasquinella S, Salora C. Nutrition assesment and malnutrition in Multiple Sclerosis. *Neurological Sciences*, 2008, 29:367-369.
98. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003,26(1): 1-7.

99. Warsi A, Wang PS, LaValley, MP, Avorn, J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164(15), 1641-1649.
100. Maclurg K, Hawkins S, Evason E. et al. A primary care-based needs assesment of people with Multiple Sclerosis. *British Journal of General Practice*. 2005;55(5114):378-383.
101. Rosenblum S, Weiss PL. Evaluating functional decline in patients with multiple sclerosis. *Research in Developmental Disabilities*, 2010;31:577-586.
102. Thibana N, Howard RS, Hirsch NP, Miller DH. Moseley IF, Fish D. Sleep problems in Multiple Sclerosis. *Euro Neurology*. 1994. 34 (6):320-323.
103. Merlino G, Fratticci L, Lenchig C, Valente M, Cargnelutti D, Picello M, Serafini A, Dolso P, Gigli GL.. Prevalence of 'poor sleep' among patients with multiple sclerosis: an independent predictor of mental and physical status. *Sleep Medicine*, 2009;10(1):26–34.
104. Araki I, Matsui M, Ozawa K, Nishimura M, Kuno S, Saida T . Relationship between urinary symptoms and disease-related parameters in Multiple Sclerosis. *Journal of Neurology*, 2002, 249(8): 1010-1015.
105. Costello K, Halper J, Harris C. *Nursing Practice in MS. A Core Curriculum*. Demos Med Publ, NY, 2003.
106. Akkuş Y, Kapucu S, Multiple Skleroz ve hasta eğitimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006:57-63.
107. Tülek Z. Multipl Sklerozlu hastanın hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11(2):25-32.

108. Holland N.J. Controlling Bladder Problems in Multiple Sclerosis, Brochures, Available from: [http:// www.nationalmssociety.org/site/PageServer? pagename= HOM_LIB_brochures_controlling_bl](http://www.nationalmssociety.org/site/PageServer?pagename=HOM_LIB_brochures_controlling_bl), Erişim tarihi: 12.04. 2015.
109. Bol Y, Duits A, Hupperts MMR, Vlaeyen WSJ, Verhey RJ F. The psychology of fatigue in patients with multiple sclerosos: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 2009; 66: 3.
110. Ward N. Winters S. Result of a fatigue management programme in Multiple Sclerosis. *British Journal of Nursing*, 2003; 12 (18): 1075-1080.
111. Comi G. Leocani L. Rossi P. Colombo B. Physiopathology and treatment of fatigue in Multiple Sclerosis. *Journal of Neurology*, 2001; 248:174-179.
112. Khan F, Pallant J. Chronic pain in Multiple Sclerosis. prevelance, characteristics and impact on quality of life in Autralian Community Cohort. *Journal of Pain*, 2007,8(8):614-623.
113. Pöllmann W, Feneberg W. Current management of pain associated with Multiple Sclerosis.CNS Drugs. 2008, 22(4):291-324.
114. McCabe MP, McKern S. Quality of life and multiple sclerosis: Comparison between people with multiple sclerosis and people from the general population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2002, 9(4):287–295.
115. Marchese-Rogana R, Restivo DA., Marioni G. Evaluation of swallowing disorders in Multiple Sclerosis. *Neurological Sciences*, 2006, 4:335-337..
116. Janssens, ACJW, Doorn PA, Boer JB, Meche FGA, Passchier J, Hintzen RQ. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2003, 108(6): 389-395.

117. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama, Kritik*. Nobel Tıp Kitapevi.İstanbul, 2014.
118. LoBiondo-Wood G, Haber J . *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilization*. 5thed. 2010.St. Louis, Missouri: Mosby Year.
119. Karasar N. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*.2012, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık eğitim Danışmanlık.
120. Dayapoğlu N, Tan M. Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2012;18(10):983-7.
121. Kaplan İ. Yarı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yeti yitimi ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995;6:169-79
122. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Marryland Medical Journal*, 1965,14: 56-61.
123. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 2000, 32:87-92.
124. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing & Health*, 1979, 2(1):25-34.
125. Nahcivan N. Sağlıklı gençlerde özbakım gücü ve aile ortamının etkisi. Doktora Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul: İstanbul Ünivertesı, 1993.
126. Çiftçi B, Yıldırım N, Altun ÖŞ, Avşar G. What level of self-care agency in mental illness? the factors affecting self-care agency and self-care agency in patients with mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2015, 29(6):372-376.

127. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların özbakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 3(2):1-8.
128. Chiovetti A. Bridging the gap between health literacy and patient education for people with Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2006, 38(5):374-378.
129. King J. Living with limited literacy and chronic illness. In: Atkinsont. (ed.) *Literacies Research Practice , Practising Reseacrh*, 2004. Edmonton, AB, Grass Roots Press.
130. O'Hara L, Souza L, Ide L A Delphi study of self care in a community population of people with Multiple Sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 2000, 14(1): 62-72.
131. Nolan M. Nolan J. Rehabilitation in multiple sclerosis: The potential nursing contribution. *British Journal of Nursing*, 1997; 6 (22): 1292-1310.
132. Basak T, Unver V, Demirkaya S. Activities of daily living and self-care agency in patients with Multiple Sclerosis for the first 10 years. *Rehabilitation Nursing*, 2015, 40(1): 60-65.
133. Heesen C, Kolbeck J, Gold S, Schulz H, Schulz K. Delivering the diagnosis of MS - results of a survey among patients and neurologists. *Acta Neurologica Scandinavia*, 2003;107:363–368.
134. Solari AMV, Trojano M, Lugaresi A, Granella F, Giordano A, Messmer Uccelli M, D'Alessandro R, Pucci E, Confalonieri P, Borreani C. SIMS-Trial group. An information aid for newly diagnosed multiple sclerosis patients improves disease knowledge and satisfaction with care. *Multiple Sclerosis*. 2010;16:1393–1405.

135. Kayıhan H, Uyanık M, Armutlu K. Multiple sklerozlu hastalarda dört günlük yaşam aktivitesinin karşılaştırılması. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2002, 11(1):8-14.
136. Boz C, Terzi M. *Hastalar için Soru ve Yanıtlarla Multiple Skleroz*, Trabzon, 2010.
137. Crawford DK, Mangiardi M, Xia X, Lopez-Valdes HE, Tiwari-Woodruff SK. Functional recovery of callosal axons following demyelination: a critical window. *Rehabilitation Psychology*, 2009;52: 463-69.
138. Wynia K, Middel B, Dijk van JP, Keyser De JHA, Reijneveld. The impact of disabilities on quality of life in people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 2008; 14: 972-80.
139. 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. *Multiple Sclerosis*, 2009;15: 88-95.
140. Dahl OP, Aarseth JH, Myhr KM, Nyland H, Midgard R. Multiple sclerosis in Nord-Trøndelag County Norway: a prevalence and incidence study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2004; 109: 378–384.
141. Pugliatti M, Sotgiu S, Solinas G, Castiglia P, Rosati G. Multiple sclerosis epidemiology in Sardinia: evidence for a true increasing risk. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2001; 103: 20–26.
142. Granieri E, Casetta I, Tola MR. Epidemiology of multiple sclerosis. *Neurologic Clinics*, 1996,14:291–308
143. Motl RW, McAuley E. Pathways between physical activity and quality of life in adults with Multiple Sclerosis. *Health Psychology*, 2009, 28: 682-89 .

144. Rice R Home Health Nursing Practice Concepts & Application.2nd. St. Louis., Mosby Year Book, 1996.
145. McLaughlin J, Zeeberg I. Self-care and Multiple Sclerosis: a view from two cultures. *Social Science & Medicine*, 1993, 37(3): 315-329.
146. Karlein MG, Ridder DT, Bensing JM. Fatigue in multiple sclerosis reciprocal relationship with physical disability depression. *Journal of Psychosomatic Resesearch*, 2004;53: 775-81.
147. Kapucu S, Akkuş Y, Akdemir N. Multiple Sklerozlu hastaların hastalıkları ve komplikasyonlardan korunma konusundaki bilgileri. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 2011, 28(3): 362-375.
148. Madani, H., H. Navipoor, and P. Roozbayani. Effect of self-care program on the self-esteem of multiple sclerosis patients, 2002: 35-39
149. Driscoll A, Davidson P, Clark R, Huangd N, Ahod Z. Tailoring consumer resources to enhance self-care in chronic heart failure. *Australian Critical Care*, 2009, 22,:133–140.
150. Rostami M, Baraz P, Farzianpour F, Rasekh AAR. Effect of oremself care model on eideries quality of life in health care centers of masjedsolaiman in 2007-2008. *Arak Medical University Journal*, 2009, 12:51–59.
151. Naroee S, Khani V. *Nursing Theories*, Nehzate Pooya, 2010.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Seval ALKAN Doğum tarihi: 17.01.1985 Doğum Yeri: Alaçam Medeni Hali: Evli Uyruğu: TC Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu,Samsun Tel: 03623121919-6356 Faks: E-mail: s.agacdiken@omu.edu.tr
Eğitim
Lise: Alaçam Anadolu Lisesi (2003) Lisans: Ondokuz Mayıs Üniversitesi (2007) Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi (2009) Doktora: Atatürk Üniversitesi (2016)
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: İyi derecede (ÜDS, 76.50, Ekim 2007). Almanca: Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türk Hemşireler Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. HASTA TANILAMA FORMU

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyetiniz nedir?
 - a) Kadın b) Erkek
3. Medeniz durumunuz nedir?
 - a) Evli b) Bekar c) Dul
4. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Okur yazar değil b) Okuryazar/ilkokul c) Ortaokul /lise ve dengi
5. Mesleğiniz nedir?
 - a) Ev hanımı b) Emekli c) Memur d) Diğer (çiftçi,esnafı...vb)
6. Sosyal güvenceniz var mı?
 - a) Evet b) Hayır
7. Aylık toplam geliriniz nedir?.....
8. MS dışında başka bir hastalığınız var mı?
 - a) Evet b) Hayır
- Cevabınız evet ise hastalığınızı yazınız.....
9. Yerleşim yeriniz nedir?
 - a) İl b) İlçe c) Köy
10. Aile tipiniz nedir?
 - a) Çekirdek b) Geniş
11. Bakımınızı tek başınıza gerçekleştirebiliyor musunuz?
 - a) Evet b) Hayır
12. Cevabınız hayır ise bakımınız ile ilgilenen kişi var mı?
 - a) Evet b) Hayır
- Cevabınız evet ise bakımınız ile ilgilenen kişi kimdir?
 - a) Eş b) Çocuklar c) Anne, baba, kardeş...vb d) Özel bakım verici
13. Bakımınız ile ilgilenen kişinin eğitim durumu nedir?
 - b) Okur yazar değil b) Okuryazar/ilkokul c)Ortaokul /lise ve dengi

EK-3. BARTEL İNDEKSİ

BAĞIRSAK BAKIMI

0=İnkontinas

5= Bazen kaçırma (Haftada bir ya da hiç) suppozituar koymak gibi yardıma ihtiyaç duyar.

10=Kontinans

MESANE BAKIMI

0=İnkontinaslı veya kateterli ve kontrol edemez.

5= Bazen tuvalete kaçırma

10=Kontinans

KENDİNE BAKIM

0= Kişisel bakımında

5= Yüzünü yıkar, saçını tarar, dişlerini fırçalar.

TUVALET KULLANIMI

0= Bağımlı

5= Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.

10=Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanmada)

BESLENME

0= Yapamaz

5= Kesme veya yağ sürmede yardıma ihtiyaç duyar.

10=Eğer yemek sağlanırsa bağımsız.

TEKERLEKLİ SANDALYE/YATAK TRANSFERİ

0= Tamamen yatağa bağımlı

5= Oturabilir ancak transfer için fazla yardım gerekir.

10=Transfer için çok az yardım (sözle veya fiziksel) gerekir.

15= Bağımsız

MOBİLİTE

0= Tekerlekli

5= Tekerlekli sandalyede köşeler dahil bağımsızdır.

10=Bir kişinin yardımı ile yürüyebilir.

15= Bağımsız, ancak destek kullanılabilir.

GIYİNME

0= Bağımlı

5= Bazen yardıma ihtiyaç duyar.

10=Bağcıklı giysilerde dahil bağımsız

MERDİVEN İNİP ÇIKMA

0= Yapamaz

5= Yardıma ihtiyaç duyar (sözel/fiziksel).

10=Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanılabilir.

YIKANMA

0= Yardıma ihtiyacı vardır.

5=Bağımsızdır

EK-4. KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ

Aşağıdaki sorular sağlık sorunlarınızın günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilediğini öğrenmek için sorulmuştur. Lütfen soruları aşağıdaki puanlamaya göre yanıtlayınız.

0= hayır, hiç

1= evet bazen ya da biraz

2= evet her zaman ya da oldukça

Lütfen her soru için yalnızca birini işaretleyiniz	0	1	2
1. Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu?			
a. Ağır şeyler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler	()	()	()
b. Bir masayı çekmek, file, çanta, taşımak gibi orta güçlükte işler	()	()	()
c. Merdiven ya da yokuş çıkmak	()	()	()
d. Eğilmek, doğrulmak	()	()	()
e. Uzun mesafe yürümek (1-2km)	()	()	()
f. Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tuvalete gitmek	()	()	()
2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobileriniz gibi uğraşlarınızı azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?	()	()	()
3. Evin üzerinize düşen günlük işlerinden yapamadığınız oldu mu?	()	()	()
4. Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma istediğinizde azalma oldu mu?	()	()	()
5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı?	()	()	()
6. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu?	()	()	()
7. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız?	gün		
8. Hastalık ya da yaralanma nedeni ile son bir ay içinde toplam kaç gününü yatakta geçirdiniz?	gün		

EK-5. 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 ya da 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) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığımı dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()

İfadeler	Beni hiç Tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulayım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığımın ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayım.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili herşeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemey ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()



-EK-7. ETİK KURUL ONAYI

	ETİK KURUL SONUÇ FORMU	
---	-------------------------------	---

Araştırmanın Adı: "Multiple Sklerozlu hastalara verilen öz bakıma yönelik yapılandırılmış eğitimin hastalık algısı, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi üzerine etkisi "

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 05.08.2013 tarihinde yapılan toplantısında "Multiple Sklerozlu hastalara verilen öz bakıma yönelik yapılandırılmış eğitimin hastalık algısı, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi üzerine etkisi " konulu Araş. Gör. Seval AGAÇDİKEN ve Prof. Dr.Mağliret KAŞIKÇI'nın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN

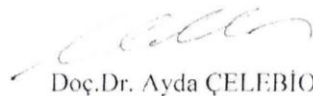
Başkan



Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

Başkan Yrd.

Katılmadı



Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER

Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Sekreter/Raportör

EK-8 ÇALIŞMA İZİN YAZISI



T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : 61127492-044/ **S167**
Konu : Öğr.Gör.Dr.Seval Ağaçdiken'in
Anket Çalışması Hk.



19.09/2013

SAMSUN SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 12/09/2013 tarihli ve B.30.2.ODM.0.H1.044/3355 sayılı yazı.
b) 04/09/2013 tarihli ve 28050591-44/905 sayılı yazı.

Yüksekokulunuz Hemşirelik Bölümü öğretim elemanlarından Öğ.Gör.Seval AĞAÇDİKEN'in doktora tez aşaması için " Multiple Sklerozlu Hastalara Verilen Öz Bakıma Yönelik Yapılandırılmış Eğitimin Hastalık Algısı, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu anket çalışmasını Üniversitemiz Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde yapma isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Hakan LEBLEBİCİOĞLU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

İlgiliye bildirilmiştir
23/09/2013

19.09.2013
044
1180

Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit SAMSUN

Ayrıntılı bilgi için irtibat tel : 70 12

Telefon : (0 362) 312 19 19
e-posta : cegitayyaz@omu.edu.tr

Faks : (0 362) 457 60 91
Elektronik Ağ : www.omu.edu.tr