



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

# MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ahsen TAŞTAN**

**Samsun  
Ocak- 2019**





ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

# MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ahsen TAŞTAN

Danışman  
Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA

Samsun  
Ocak- 2019

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ahsen TAŞTAN tarafından Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA danışmanlığında hazırlanan **“Multiple Skleroz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi”** başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 07/01/2019 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOPBAŞ, Amasya Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / .... / .....

**Prof. Dr. Ahmet UZUN**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca benden desteğini esirgemeyen, akademisyenlik yolunda her düştüğümde beni yeniden ayağa kaldıran ve bana olan inancını asla yitirmeyen, tecrübesi, derin bilgisi ile doğruya ve iyiye yönlendiren, ilgi ve sevgisini en özel ve güzel şekilde hissettiren, gerek akademisyen olarak gerekse hayat görüşüyle rol model aldığım ve yaşam boyu minnet duyacağım kıymetli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA başta olmak üzere, hiçbir konuda desteğini esirgemeyen ve lisansüstü eğitimime anlam katan değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN'a saygı ve teşekkürü bir borç bilirim.

Lisansüstü eğitimim sürecinde tüm desteğini koşulsuz sunan, bana daima güvenen ve varlığımı en güzel şekilde hissettiren can yoldaşım Rıfat GÜRKAN'a, değerli arkadaşlarım Hümeysra TÜLEK DENİZ, Belgin ATASAYAR, Serpil BABUR ve Burak ARSLAN'a,

Yaşamım boyunca maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, her zaman olmak istediğim gibi biri olan, sabrı, şefkati ve sevgisine hayran bırakan ve beni olumlu düşünmeye yönlendiren, emeğini, hakkını asla ödeyemeyeceğim ilk öğretmenim, canım babam Yusuf TAŞTAN'a,

Hayatta her zaman beni düşünen ve doğruya yönlendiren yegane varlık, hakkını asla ödeyemeyeceğim fedakar annem Ayşe TAŞTAN'a,

Ve tezimi kendisine ithaf ettiğim, hiçbir zaman desteğini benden esirgemeyen, her şartta yanımda duran, sevgisini her zaman hissettiren, zorlu yolculuğunda azmi ile örnek teşkil eden ve tezimi anlamlı kılan, hayattaki en özel varlık, can kardeşim Feyza TAŞTAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

## ÖZET

### MULTİPLE SKLEROZ HASTALARINDA ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

**Amaç:** Bu araştırma, Multiple Skleroz hastalarında öz-bakım gücünün yaşam kalitesinin bileşenlerine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırmanın evrenini Eylül 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Poliklinik/Klinik'ine başvuran 120 Multiple Skleroz hastası oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından, hastaların sosyodemografik özelliklerini belirleyen Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ve Multiple Skleroz Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (MSQoL-54) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin dağılımları incelenirken çarpıklık, basıklık değerleri dikkate alınmıştır. Verilerin dağılımlarına göre Independent-Samples T, One-Way ANOVA ve Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. MSQoL-54 ve ÖBGÖ ölçekleri arasındaki ilişkiyi ve öz-bakım gücünün yaşam kalitesi üzerine etki yüzdesini incelemek için Multivariate Varyans Analizi (MANOVA) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Hastaların %28,3'ü 40-49 yaş grubunda, %70'i kadın, %38,3'ü ortaokul/lise mezunu, %73,3'ü evli, %75,8'i çocuk sahibi olduğunu ve %51,7'si çalışmadığını bildirmiştir. Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nden aldıkları ortalama puanı  $93,37 \pm 25,47$ 'dir. Bileşik Fiziksel Sağlık grubundan hastaların  $53,92 \pm 10,78$  puan, Bileşik Mental Sağlık grubundan  $62,52 \pm 17,93$  puan, Sağlıkta Değişiklik maddesinden  $48,95 \pm 26,60$  puan ve Cinsel İşlevden Memnuniyet maddesinden  $57,10 \pm 33,44$  puan aldıkları saptanmıştır.

**Sonuç:** Öz bakım gücünün yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ile arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmış ve öz bakım gücünün en çok mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin açıklayıcısı olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Multiple skleroz; Öz bakım; Yaşam kalitesi.

Ahsen TAŞTAN, Yüksek Lisans Tezi  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Ocak-2019

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF SELF MAINTENANCE POWER ON LIFE QUALITY IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

**Aim:** This study was carried out as a descriptive study in order to determine the effect of self-care power on the components of quality of life in Multiple Sclerosis patients.

**Material and Method:** The population of the study consisted of 120 patients with Multiple Sclerosis who applied to Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center Neurology Outpatient Clinic between September 2017-May 2018. The data were collected by the researcher using an Introductory Information Form which determines the socio-demographic characteristics of the patients, Self Care Agency Scale (SCAS) and Quality of Life Scale in Multiple Sclerosis Patients (MSQoL-54). When examining the distribution of data, skewness and kurtosis values were taken into consideration. According to data distribution, Independent-Samples T, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis H tests were applied. Multivariate Variance Analysis (MANOVA) was used to examine the relationship between MSQoL-54 and SCAS scales and the effect of self-care agency on quality of life.

**Results:** 28.3% of the patients were in the 40-49 age group, 70% were women, 38.3% were middle school / high school graduates, 73.3% were married, 75.8% were having children and 51.7% were reported that it is not working. Self Care Agency Scale taken from patients' average score was  $93.37 \pm 25.47$ . It was determined that the patients in the Compound Physical Health group  $53.92 \pm 10.78$  points, in the Compound Mental Health group  $62.52 \pm 17.93$  points, in Health Change  $48.95 \pm 26.60$  points and in the Sexual Satisfaction  $57.10 \pm 33.44$  points received.

**Conclusion:** A positive correlation was found between all sub-dimensions of quality of life and self-care agency and it was found that self-care agency was the most revealing of quality of life related to mental health.

**Keywords:** Multiple sclerosis; Quality of life; Self-care agency.

Ahsen, TAŞTAN, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University - Samsun, January-2019

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ACTH</b>	:Adrenokortikotropik Hormon
<b>ANOVA</b>	:Analysis of Variance
<b>ark.</b>	:Arkadaşları
<b>BOS</b>	:Beyin Omurilik Sıvısı
<b>CD</b>	:Cluster of Differentiation (Yüzey Farklılaşma Antijenleri)
<b>CDC</b>	:Centers for Disease Control and Prevention
<b>CIS</b>	:Klinik İzole Sendrom
<b>EBV</b>	:Epstein-Barr Virüsü
<b>EDSS</b>	:Expanded Disability Status Scale
<b>EMSP</b>	:European Multiple Sclerosis Platform
<b>F</b>	:ANOVA Test İstatistiği
<b>HCl</b>	:Hidroklorik Asit
<b>HLA</b>	:Histocompatibility Locus Antigen (Doku Uyumluluğu Lokus Antijeni)
<b>IFN</b>	:Interferon
<b>IV</b>	:İntravenöz
<b>lt.</b>	:Litre
<b>MANOVA</b>	:Multivariate Analysis of Variance
<b>Max.</b>	:Maksimum
<b>Min.</b>	:Minimum
<b>MRI</b>	:Magnetic Resonance Imaging (Manyetik Rezonans Görüntüleme)
<b>MS</b>	:Multiple Skleroz
<b>MSIF</b>	:Multiple Sclerosis International Federation
<b>MSQoL-54</b>	:Multiple Sclerosis Quality of Life-54 (Multiple Skleroz Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği)
<b>n</b>	:Olgu Sayısı
<b>NaCl</b>	:Sodyum Klorür
<b>NSAİİ</b>	:Non-Steroidal Antiinflamatuvar İlaçlar
<b>OMÜ</b>	:Ondokuz Mayıs Üniversitesi
<b>ÖBGÖ</b>	:Öz-Bakım Gücü Ölçeği
<b>p</b>	:Anlamlılık Düzeyi
<b>PPMS</b>	:Primer-Progresif Multiple Skleroz



<b>PRMS</b>	:Progresif-Relapsing Multiple Skleroz
<b>ROM</b>	:Range of Motion
<b>RRMS</b>	:Relaps-Remitting Multiple Skleroz
<b>S.S</b>	:Standart Sapma
<b>SC</b>	:Subkutan
<b>SPMS</b>	:Sekonder Progresif Multiple Skleroz
<b>SPSS</b>	:Statistical Package for the Social Sciences
<b>SUVAM</b>	:Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
<b>t</b>	:Independent-Samples T Test İstatistiği
<b>TKHK</b>	:Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
<b>TÜİK</b>	:Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	:World Health Organization
$\bar{x}$	:Ortalama
$X^2$	:Kruskal Wallis Test İstatistiği
<b>%</b>	:Yüzde

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	viii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırma Soruları .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Epidemiyoloji .....	4
2.2. Fizyopatolojisi .....	4
2.3. Etiyolojisi .....	5
2.3.1. Çevresel Faktörler .....	5
2.3.2. Genetik ve Moleküler Faktörler .....	5
2.3.3. Enfeksiyonlar .....	5
2.3.4. Vitamin D .....	6
2.4. Klinik Belirti ve Bulgular .....	6
2.4.1. Duyusal Belirtiler .....	6
2.4.2. Motor ve Paroksizmal Belirtiler .....	6
2.4.3. Visual Belirtiler .....	7
2.4.4. Mesane ve Cinsel Fonksiyon Bozuklukları .....	7
2.4.5. Kognitif ve Psikiyatrik Belirtiler .....	7
2.5. MS Klinik Seyir Tipleri .....	7
2.5.1. Relaps- Remitting (Ataklarla seyreden) MS (RRMS) .....	7
2.5.2. Sekonder Progresif MS (SPMS) .....	7
2.5.3. Progresif-Relapsing MS (PRMS) .....	8
2.5.4. Primer Progresif MS (PPMS) .....	8
2.5.5. Benign MS .....	8
2.5.6. Klinik İzole Sendrom (CIS) .....	8

2.6. MS Prognoz.....	8
2.7. Tanı ve Tedavi.....	9
2.7.1. Tanı.....	9
2.7.2. Tedavi.....	9
2.8. Multiple Sklerozda Hemşirelik Bakımı .....	10
2.8.1. Atak Yönetimi .....	11
2.8.2. Semptom Yönetimi.....	11
2.8.3. Hasta Eğitimi .....	14
2.9. Öz-Bakım Kavramı .....	15
2.9.1. Öz-Bakım Kuramı .....	15
2.9.2. Öz-Bakım Yetersizliği.....	16
2.9.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı .....	16
2.9.4. MS ve Öz-Bakım.....	17
2.10. Yaşam Kalitesi Kavramı .....	18
2.10.1. MS ve Yaşam Kalitesi .....	20
2.11. Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi .....	21
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>22</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	22
3.4. Verilerin Toplanması .....	23
3.5. Veri Toplama Araçları .....	23
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu .....	23
3.5.2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) .....	23
3.5.3. Multiple Skleroz Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (MSQoL-54).....	24
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	25
3.7. İstatistiksel Değerlendirme.....	25
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu .....	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	26
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>27</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>38</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>46</b>

6.1. Sonuçlar.....	46
6.2. neriler .....	47
<b>KAYNAKLAR</b> .....	49
<b>EKLER</b> .....	61
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	74



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Multiple Skleroz (MS), miyelin kılıflarda ve aksonlarda hasar ile karakterize; fonksiyonel sınırlılık, engellilik ya da yaşam kalitesinde azalmayı beraberinde getirebilen, merkezi sinir sisteminin inflamatuvar, otoimmün, kronik bir hastalığıdır (Milanlioğlu ve ark., 2014; Topçular ve ark., 2012; Ertekin ve ark., 2012; Kuşçu ve ark., 2012). Kadın cinsiyette, 20-40 yaşları arasında ve ekvator bölgesinden uzaklaştıkça insidansı artmaktadır. MS, dünyada yaklaşık olarak her 100,000 kişinin 33'ünde görülmektedir. Bölgesel olarak ise en çok Avrupa'da görülmektedir. Avrupa'da en çok görüldüğü bölge 189/100,000 ile İsveç, en az görüldüğü bölge ise 22/100,000 ile Arnavutluk olarak bildirilmektedir (MSIF, 2013).

Gelişmişlik düzeyi arttıkça, toplumda MS görülme sıklığı da artmaktadır. MS'in yüksek gelirli ülkelerde görülme sıklığı 89/100,000 iken; düşük gelirli ülkelerde 0,5/100,000 oranındadır (WHO, 2008). Türkiye'de hastalığın insidansının 20,01-60/100,000 olduğu bildirilmektedir (MSIF, 2013). MS hastalığının genellikle genç erişkinlik dönemlerinde ortaya çıkması, kronik bir hastalık olması ve morbiditeye sebep olması, yaşam kalitesini etkilemesi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından bu hastalığı önemli kılmaktadır (Mollaoğlu ve ark., 2006).

MS hastalığında, miyelin kılıflarda hasar meydana gelmesiyle beraber, elektriksel impulsların iletim yeteneğinde bozulma olmaktadır. Bunun sonucu olarak, yorgunluk, parestezi ya da hipoestezi gibi his sorunları, diplopi gibi görme ile ilgili problemler, bellek-konsantrasyonda bozukluk gibi kognitif bozukluklar, yorgunluk gibi birtakım semptomlar görülebilmektedir. Ayrıca zaman içerisinde seksüel fonksiyonlarda bozukluk, üriner inkontinans, spastisite de gelişebilmektedir (Karabudak ve ark., 2015; Ünal ve ark., 2016). Hastalığın birçok semptomu başarılı bir şekilde kontrol altına alınabilmektedir (MSIF, 2013). Fakat, kas güçsüzlüğü, yorgunluk, spastisite, sfinkter bozuklukları, konuşmada bozulma gibi durumlar, MS hastasını sosyal alandan uzaklaşmaya itmekte ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaratabilmekte, fonksiyonlarda sınırlılık sonucunda yaşam kalitesinde bozulmaya götürebilmektedir (Ertekin ve ark., 2013; Mavioğlu ve ark., 2014). Ayrıca, tüm bu semptomların dışında; hastalığın ortaya çıkmasıyla iş kaybı ya da statü kaybı ile beraber yaşanabilecek ekonomik kayıplar, ailesel süreçlerde değişim, boşanma durumunda eş

kaybı gibi sosyal ilişkilerden kaynaklanan sebepler de fizyolojik semptomlar kadar yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Mavioğlu ve ark., 2014). MS hastalarında görülen bu semptomlarla beraber sağlığın korunması, sürdürülmesi ve semptomların iyileştirilmesi önem kazanmaktadır. Bunların getirisi olarak ‘öz-bakım’ kavramı üzerine yoğunlaşmıştır (Mollaoğlu ve ark., 2006).

Öz-bakım, bireyin sağlığını koruması ve geliştirmesi için, sağlık davranışlarında bulunarak sorumluluklarını yerine getirmesi, kendi sağlık ve iyilik durumuna katılımı ve çaba göstermesidir (Nahcivan, 1994; Altay ve Avcı, 2009). Öz-bakım gücü ise, öz-bakım davranışlarını başlatma ya da uygulama kapasitesidir (Nahcivan, 1994). MS hastalığının ortaya çıkmasına bağlı olarak gelişen yaşam biçiminde değişiklik sonucu, öz bakım gücü etkilenebilmekte ve bu durum yaşam kalitesinde düşüşe sebep olabilmektedir (Mollaoğlu ve ark., 2006).

Yaşam kalitesi, bireylerin yaşamlarına, fiziksel, psikososyal alanlarına ilişkin subjektif bakış açısı ve de memnuniyet durumunu ifade etmektedir (Kumsar ve Yılmaz, 2014). Kısaca söyleyecek olursak; yaşam kalitesi kavramı, bireyin algısıyla ilişkili olan “iyi olma durumu”nu karşılamaktadır (Eser, 2014). MS gibi kronik hastalıklarda temel olarak, sağlığı geliştirerek yaşam kalitesini artırma üzerinde durulmuştur. Bunu hedeflemek de “öz bakım” kavramına yönlendirmiştir (Mollaoğlu ve ark., 2006).

MS hastası bireylerin öz bakım gücünün ve bunun yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi, hemşirelik girişimleri açısından önem arz etmektedir. Bireyin öz bakım davranışının güçlendirilmesi ile beraber yaşam kalitesinin artırılmasında hemşire önemli bir rol oynamaktadır. Her kronik hastalık gibi MS’in de sürekli ve düzenli izlem gerektiren bir hastalık olması sebebiyle, bireyin hastalığın getirdiği sorunlarla baş edebilmesi ve öz-bakım gücünün yükselmesi için hastaları rahatlatmaya yönelik girişimlerde bulunma, biyo-psiko-sosyal bakım verme gerekliliği doğmaktadır (Akyol ve Karadakovan, 2002).

MS hastalarında öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin birlikte ele alındığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda, araştırma MS hastalarının yaşam kalitesini artırmada hemşirelere yol gösterici olması ve yapılacak çalışmalara zemin hazırlaması açısından önem taşımaktadır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, MS hastalarının öz bakım gücünün, yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

1. MS hastalarının öz bakım gücü ne düzeydedir?
2. MS hastalarının yaşam kaliteleri ne düzeydedir?
3. MS hastalarının sosyodemografik özellikleri, öz-bakım gücünü etkiliyor mu?
4. MS hastalarının sosyodemografik özellikleri yaşam kalitesini etkiliyor mu?
5. MS hastalarının öz bakım gücü yaşam kalitesini etkiliyor mu?



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Epidemiyoloji**

Multiple Skleroz (MS) hastalığı ilk olarak 1838 yılında tanımlanmıştır (Öztürk ve ark., 2017). Ailesel MS olgusu bireyin birinci, ikinci ya da üçüncü derece yakın akrabalarından en az birinin MS hastalığına sahip olması olarak nitelendirilmektedir. Ailesel MS olgularındaki ilk rapor 1933'te Curtius tarafından bildirilmiştir (Harirchian ve ark., 2017).

Nörolojik hastalıklar sonucu ölüm oranının 2000-2015 yılları arasında %89 oranında arttığı bildirilmektedir (WHO, 2017). Dünya'da 2008 yılında 2,1 milyon MS'li birey bulunuyorken; 2013 yılında 2,3 milyona kadar yükselmiştir ve dünyada yaklaşık 2,5 milyon MS hastası bulunduğu tahmin edilmektedir (MSIF, 2013). Türkiye'de 2016 yılı için, nörolojik hastalıklar ölüm nedenleri arasında %4,9 oranı ile 5. sırada yer almaktadır (TÜİK, 2017). 1/ 1000 genç erişkin bireyde görülmektedir. Türkiye'de ailesel MS görülme oranının %11,5 olduğu bildirilirken; MS prevalansının 0,4-1/1000, insidansının ise 1,74/100,000 oranında olduğu bildirilmektedir (TKHK, 2015; Öztürk ve ark., 2017). MS hastalığının kadınlarda, erkeklere oranla iki kat daha fazla yaygın olduğu ve insidansının ekvatoradan uzaklaştıkça arttığı belirtilmektedir (MSIF, 2013). MS popülasyonunun yaklaşık %2,7-%10,5'inin 18 yaş altı bireyler oluşturmaktadır (Chitnis ve ark., 2009). En yüksek insidans ise 20-40 yaş arasındaki grupta görülmektedir (Costello ve ark., 2003). Ayrıca sosyoekonomik düzeyi daha yüksek kişilerde ve beyaz ırkta daha yüksek oranda görülmektedir (Mirza, 2002).

### **2.2. Fiziopatolojisi**

Robert Carswell tarafından 1838 yılında "atrofinin de eşlik ettiği spinal kordun kayda değer şekilde lezyonu" şeklinde tanımlanan MS hastalığı, adını 1955 yılında almıştır (Compston ve Coles, 2008). Hastalığın patogenezisinde birçok faktör rol oynamaktadır. MS lezyonlarının patogenezisindeki farklılıklardan dolayı, hastalık için birden çok mekanizma ortaya atılmaktadır. MS başlangıcından immün sistemin bir komponenti olan T hücresi sorumlu tutulmaktadır (Tülek, 2007). CD4+ veya CD8+ T hücrelerinin merkezi sinir sisteminde inflamatuvar bir sürece yol açarak demiyelinizasyona sebep olduğu düşünülmektedir (Frohman ve ark., 2006). T hücreleri



idiyopatik sebepler ile aktive olup kan-beyin bariyerini geçerek merkezi sinir sistemine girmektedir ve miyelin proteinlerine karşı hücrel bir yanıt oluşturmaktadır.

Sonraki aşamada inflamatuvar süreç başlamaktadır ve miyelin kılıflarda hasarı meydana getiren immünopatolojik olaylar dizisi tetiklenmektedir (Tülek, 2007; Compston ve Coles, 2008). Miyelin kılıflarda hasar meydana gelmesi ile birlikte sinirsel iletimde blokaj oluşmakta ve de atak belirtileri ortaya çıkmaktadır (Tülek, 2007). Salınan sitokin ve kemokin reseptörlerindeki farklılıklar da MS hastalarında miyelin reaktif T hücrelerinin sağlıklı bireyler ile karşılaştırıldığında daha inflamatuvar olduğunu ortaya koymaktadır (Frohman ve ark., 2006). MS hastalığında B hücrelerinin de aktive olarak hücrel immünite ile beraber humoral immünitinin de rol oynadığı düşünülmektedir (Wu ve Alvarez, 2011).

### **2.3. Etiyolojisi**

MS hastalığının kesin sebebi bilinmese de birçok faktörün hastalığın oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir.

#### **2.3.1. Çevresel Faktörler**

MS hastalığında coğrafi özelliklerin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Hastalığının global dağılımına bakıldığında; genellikle ekvator bölgesinden uzaklaştıkça sıklığı artmaktadır (Kampman ve Brustad, 2008). Soğuk ve nemli iklim ortamı MS hastalığının gelişmesinde bir risk faktörü oluşturmaktadır (Mirza, 2002). Özellikle Kuzey Avrupa'da sıklıkla görülmektedir (Compston ve Coles, 2008).

#### **2.3.2. Genetik ve Moleküler Faktörler**

MS hastalığının ailesel görülme riskinin yaklaşık olarak %20 oranlarında olduğu bildirilmektedir (Compston ve Coles, 2008). Bunlardan MS riskinin birinci derece yakınlarından olan kardeşte %5, ebeveyn ve çocuklarda %2; ikinci derece akrabalarda ise %1 oranında arttığı belirtilmektedir (Compston ve Coles, 2008; Nischwitz ve ark., 2011).

MS riski ile HLA ilişkisine dair çalışmalar da bulunmaktadır (Naito ve ark., 1972; Bertrams ve Kuwert, 1976; de Moerloose ve ark., 1979; Nischwitz ve ark., 2011).

#### **2.3.3. Enfeksiyonlar**

Epstein-Barr virüsü (EBV) ve MS arasındaki ilişki olduğuna yönelik ilk iddia Warner ve Carp tarafından ortaya atılmıştır (Tselis, 2012). EBV, MS hastalığının

etiyojisinde rol oynadığına dair çalışmalar bulunmaktadır (DeLorenze ve ark., 2006). Bir meta-analizde EBV seropozitif olan bireylerin MS hastalığına yakalanma riskinin 10 kat arttığı bildirilmektedir (Ascherio ve Munch, 2000). Literatüre bakıldığında; EBV'nin MS hastalığının ortaya çıkmasıyla ilişkisinin yüksek oranda olduğu, fakat kesin bir kanıtın ortaya koyulmadığı görülmektedir (Tselis, 2012).

#### **2.3.4. Vitamin D**

Vitamin D, T ve B lenfositlerini, kas ve kemik sağlığını etkilemektedir. Çalışmalarda vitamin D düzeyi yeterli seviyede olan bireylerde MS ataklarının sıklığında azalma olduğu belirtilmektedir (Türkiye MS Derneği, 2017; MS Society, 2017). Serumda yüksek oranda vitamin D'nin bulunmasının MS riskini azalttığına dair çalışmalar bildirilmiştir (Munger ve ark., 2006). Düşük düzeyde vitamin D'nin bireylerin Expanded Disability Status Scale (EDSS) ile ilişkili olduğu da bildirilmektedir (Alharbi, 2015).

#### **2.4. Klinik Belirti ve Bulgular**

Dünya çapında MS hastalarında; duysal sorunların %40 oranında, motor sorunların %39, visual sorunların %30, yorgunluğun %30, denge problemlerinin %24, cinsel problemlerin %20, üriner sorunların %17, ağrının %15 ve kognitif bozuklukların %10 oranında görüldüğü belirtilmektedir (MSIF, 2013).

##### **2.4.1. Duysal Belirtiler**

Ekstremitelerde uyuşma, iğnelenme, yanma hissi, Lhermitte Bulgusu gibi belirtiler görülebilmektedir (Tülek, 2006; Ünal ve ark., 2016).

##### **2.4.2. Motor ve Paroksizmal Belirtiler**

Hareket bozuklukları, ekstremitelerde güçsüzlük, halsizlik, yorgunluk, denge kaybı, fiziksel hareket kaybı, spastisite gibi motor fonksiyon bozuklukları; tonik nöbetler/ağrılı tonik spazmlar, ataksi, akinezi, narkolepsi, nistagmus ve epileptik nöbetler de görülebilmektedir (Mollaoğlu ve Üstün, 2009; EMSP, 2015; Tuncer ve Karabudak, 2016).

### **2.4.3. Visual Belirtiler**

Diplopi, optik nörit ile başlayan bulanık görme, fotofobi, görme keskinliğinde ve görme alanında azalma gibi visual belirtiler görülebilmektedir (Tülek, 2006; Ünal ve ark., 2016).

### **2.4.4. Mesane ve Cinsel Fonksiyon Bozuklukları**

Üriner inkontinans, sık idrara çıkma gibi üriner sisteme ilişkin fonksiyon bozuklukları; ilişkiden tatmin olamama, cinsel istekte azalma, cinsel organların duyusunda azalma, orgazm olamama gibi cinsel fonksiyon bozuklukları görülebilmektedir (Schmidt ve ark., 2005; EMSP, 2015).

### **2.4.5. Kognitif ve Psikiyatrik Belirtiler**

Uyku bozuklukları, depresyon, öfori, kişilik değişiklikleri, afazi, bellekte konsantrasyonda bozulma gibi belirtiler görülebilmektedir (Kaya ve ark., 2009; Özdemir ve Taşçı, 2013; Ünal ve ark., 2016).

## **2.5. MS Klinik Seyir Tipleri**

MS hastalığının, prognoza, nörolojik defisit görülme durumu gibi unsurlara göre belirli sınıflandırmaları yapılmaktadır (Lublin ve Reingold, 2003).

### **2.5.1. Relaps- Remitting (Ataklarla seyreden) MS (RRMS)**

Tüm MS tipleri içinde %80 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Khan ve ark., 2007). RRMS tipinde, akut ataklar sonrasında tam düzelme ya da hafif sekel ile düzelme dönemleri bulunmaktadır. Alevlenme dönemleri arasında hastada remisyon dönemleri gözlemlenir (Ünal ve ark., 2016).

### **2.5.2. Sekonder Progresif MS (SPMS)**

RRMS hastalarının %50'si 10 yıl içinde SPMS'e dönüşebilmektedir. Atak ve iyileşmelerle devam eden bir sürecin ardından atak sayısında azalmanın görüldüğü fakat sekellerin kalabildiği, özürülüğün giderek artış gösterdiği bir MS tipidir (Lublin ve Reingold, 2003; Ünal ve ark., 2016).

### **2.5.3. Progresif-Relapsing MS (PRMS)**

Tüm MS tipleri içinde %5 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Khan ve ark., 2007). Hastalığın başlangıcından itibaren sürekli ataklar görülmesiyle beraber sürekli bir ilerlemenin olduğu MS tipidir (Ünal ve ark., 2016).

### **2.5.4. Primer Progresif MS (PPMS)**

Tüm MS tipleri içinde %15 oranında görülmektedir (Khan ve ark., 2007). Genellikle iyileşme görülmeyen, tanı alındığı süreçten itibaren hastalığın ilerlemesi ile karakterize olan MS tipidir. Klinik seyir hızlı ya da yavaş olabilmektedir (Ünal ve ark., 2016).

### **2.5.5. Benign MS**

Ciddi sekeller bırakmayan, nadiren atakların olabildiği, MRI'da lezyon yoğunluğunun az görüldüğü ve tanı alınmasından itibaren 15 yıl boyunca EDSS'nin 3'ten az olduğu MS tipidir (Ünal ve ark., 2016).

### **2.5.6. Klinik İzole Sendrom (CIS)**

MR'da MS hastalığını düşündürülen semptomatik/aseptomatik bulguların görüldüğü, optik nörit, beyin sapı tutulumu, serebellum tutulumu gibi şekillerde ortaya çıkan demiyelinizan ilk nörolojik tablodur. MS hastalığı %85 oranında CIS şeklinde başlangıç göstermektedir (Alataş, 2013; Sarıdaş, 2018).

## **2.6. MS Prognoz**

Kadın olmak, genç yaşta MS tanısı almak, duyuşsal bir atak ile hastalığın başlangıç göstermesi ve uzun remisyon dönemlerinin olması iyi prognoz belirtileri iken; erkek olmak, 40 yaşın üzerinde iken tanı almış olmak, ilk belirtilerin motor alanlara ilişkin olması ve 2 yıllık süreçler içerisinde atak oranının yüksek olması ise kötü prognoz belirtilerindedir (Kesselring ve Beer 2005; Khan ve ark., 2007). MS hastalarında mortalite oranı, sağlıklı bireylere göre 3 kat daha fazla görülmektedir (Sumelahti ve ark., 2010). MS hastalığına sahip olma durumu, çalışmaların yapıldığı coğrafi bölgeye bağlı olarak mortaliteyi çeşitli oranlarda etkilemektedir (Scalfari ve ark., 2013).

Benign seyirli MS'te hastalarda 15 yıl boyunca nörolojik defisit görülmemekle beraber, RRMS tipine sahip hastaların 10 yıl içinde %50'si SPMS tipine dönüşerek progresif hale gelmektedir ve yeti yitimleri artmaktadır (Lublin ve Reingold, 2003).

## 2.7. Tanı ve Tedavi

### 2.7.1. Tanı

Hastalığın tanısı, öykü ve nörolojik muayeden sonra MRI (manyetik rezonans görüntüleme) ile plak lezyonlarının görülmesiyle konulabilir. Ayrıca tanıyı destekleyici diğer yöntem olarak BOS (beyin omurilik sıvısı) incelemeleri de yapılmaktadır (Türkiye MS Derneği, 2017).

### 2.7.2. Tedavi

MS'te tedavi, atak durumlarında uygulanan atak tedavisi, MS'in ilerlemesini yavaşlatan immunomodülatör tedavi ve semptomları kontrol altına almayı sağlayan semptomatik tedaviden oluşmaktadır (Tülek, 2006).

#### Atak Tedavisi

En az 24 saat süren nörolojik bulguların görüldüğü alevlenme dönemine atak adı verilmektedir (Ünal ve ark., 2013). Atak belirtileri 24 saat süre ile izlenerek, vücutta herhangi bir enfeksiyon sonucu oluşabilecek psödoatak (yalancı atak) olasılığı dışlanmaktadır. Atak tedavisinde dokulara yayılımı fazla olan ve kan-beyin bariyerini geçebilen metilprednisolon etken maddesi IV olarak kullanılmaktadır. Uygulama için hastanın sistemik durumuna bağlı olarak 100-150 cc %5 Dekstroz ya da %0,09'lük NaCl kullanılabilir. Tedavi gereksinime göre 3-10 gün içerisinde ayaktan ya da yatarak (hastanın durumuna göre) uygulanabilmektedir. Bunun dışında ACTH (Adrenokortikotropik Hormon) atak tedavisinde kullanılabilen diğer ajanlardandır. Kortikosteroidlere yanıt vermeyen ağır atak durumu mevcut ise hastalarda plazmaferezis de uygulanabilmektedir (Siva ve ark., 2016).

#### Hastalığı Modifiye Edici (İmmunomodülatör) ve Semptomatik Tedaviler

RRMS tedavisinde prognozu olumlu yönde değiştiren ajanlara immunomodülatör ilaçlar adı verilmektedir (Yüceyar ve ark., 2016).

- *Klasik Enjekte Edilebilen İmmunomodülatörler:* IFN- $\beta$  1b, IFN- $\beta$  1a SC, IFN- $\beta$  1a, Glatiramer acetate (Yüceyar ve ark., 2016).
- *Monoklonal Antikorlar:* Natalizumab, Alemtuzumab, Daclizumab, Rituksimab, Ocrelizumab, Ofatumumab (Yüceyar ve Özcan, 2016).

- *Oral Tedaviler:* Fingolimod, Teriflunomid, Dimetilfumarat (Kürtüncü ve ark., 2016).
- *Yorgunluk için Semptomatik Tedavi:* Uykunun düzenlenmesi, beslenme biçiminin düzenlenmesi, sigara gibi alışkanlıkların bırakılması gibi günlük yaşam önerileri ile fizik tedavi önerileri mevcuttur. Bunların dışında medikal tedavi olarak; Amantadine, Modafinil, Metilfenidat gibi tedaviler de bulunmaktadır.
- *Spastisite için Semptomatik Tedavi:* Fiziksel rehabilitasyon ile birlikte, Baklofen, Tizanidin HCl, Klonazepam, Dantrolen Sodyum, Botulinum Toksin Tip A gibi medikal tedaviler bulunmaktadır.
- *Mesane Disfonksiyonu için Semptomatik Tedavi:* Hiperaktif mesane varlığında, antikolinerjikler uygulanabilmektedir.
- *Ağrı Sendromları için Semptomatik Tedavi:* Antikonvülzanlar, antispazmodikler, Non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) uygulanabilmektedir (Tuncer ve Karabudak, 2016).

## **2.8. Multiple Sklerozda Hemşirelik Bakımı**

Kronik hastalıklarda, çaresizlik, ümitsizlik, öfke, aile içi rollerde sınırlılık, iş yaşantısına ait sorunlar, özgüven kaybı, sosyal izolasyon vb. psikososyal sorunlar görülebilmektedir. Tüm bu sorunlar hemşirelik bakımını gerektirmektedir. MS hastalığında da yeti yitimi, fonksiyonel kayıp gibi durumlar hastaların duygusal yüklerini artırmakta ve stres düzeyini artırmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

MS hastalığının her bireyde farklılık göstermesi, farklı paternlere sahip olması, belirsizlik ve kontrol kaybı yaşanması gibi durumlar, bireye özgü bakım verilmesini gerektirmektedir. Teşhis anında, akut durumlarda, hastalığın relaps dönemlerinde, özürülük ile yaşama gibi durumlarda hemşirenin vereceği doğrudan bakım hizmetine, eğitime ve desteğe gereksinim bulunmaktadır.

Halper ve Holland'ın aktardığına göre; Carolyn Chambers Clark (1986)'ın sağlıklı yaşam modeli, MS Hemşireliği süreci ile ilişkilidir. Bu modelde, hemşire ve birey arasında bir iş birliği vardır. Sadece hemşire odaklı ya da sadece hasta odaklı bir yaklaşım yerine; hemşirenin bakım ve destek verdiği terapötik bir ilişki, bireyin ise kendi sorumluluklarını aldığı, öz denetimini geliştirici bir yaklaşım benimsenmektedir (Halper ve Holland, 2011).

### **2.8.1. Atak Yönetimi**

MS hastaları, akut alevlenme dönemleri geçirebilmektedir. Bu dönemlerde, kortikosteroidler ile akut müdahale durumunu ve rehabilitasyon hizmetlerini gerektirebilmektedir. Atak tedavisinde kortikosteroidler kullanıldığı için, bu ilaç grubuna yönelik yan etkiler izlenmelidir. Bu grup ilaçların, karbonhidrat, yağ mekanizmasına etkileri bilinmelidir. Yüksek doz kortikosteroidlerin sıvı retansiyonuna, potasyum kaybına ve kilo artışına sebep olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlarla beraber osteoporoz riski, gastrointestinal sisteme yönelik sorunlar görülebilmektedir. Osteoporoz riski sebebiyle uygun aralıklarla kemik yoğunluğu ölçümü yapılabilmektedir. Kortikosteroid tedavisinin gastrointestinal sistem üzerine de etkileri sebebiyle ise tedavi sırasında H2 reseptör blokerleri uygulanabilmektedir. Tedavi süreci boyunca kan şekeri izlemi yapılmalı ve tedavi rejimi aniden kesilmemelidir. Tedavi süresince diyetle dikkat edilmeli, birey sodyumdan fakir, potasyumdan zengin diyet ile beslenmelidir. Hastanın hipertansiyon ya da aritmi gibi bir durumu var ise infüzyon süresi uzatılabilmektedir. Kortikosteroid tedavisi, immunosupresif etki yaratacağı için enfeksiyona karşı birey korunmalıdır ve tedavi öncesinde hastada herhangi bir enfeksiyon var olup olmadığı bilinmelidir. Bireyde tedaviye bağlı olarak mizaçta değişiklikler olabileceği konusunda hasta yakınları bilgilendirilmelidir (Tülek, 2007; Siva ve ark., 2016).

### **2.8.2. Semptom Yönetimi**

MS hastası bireylerde %78-90 oranlarına kadar varan mesane sorunları görülebilmektedir ve ataklar döneminde bu şikayetlerde artış olabilmektedir (Akkuş ve Kapucu, 2006). Acil idrara çıkma isteği, sık idrar yapma, inkontinans ve noktüri gibi semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Soyuer, 2002). Mesane sorunlarına yönelik hemşirelik bakımının amacı; mesanenin normal işleyişini sağlamak, böbrek fonksiyonlarını korumak ve enfeksiyonların önüne geçmektir. Bireylere mesane alışkanlıklarına ilişkin bir günlük tutması önerilmektedir. Bu günlüğe göre değerlendirmeler yapılarak birey ve ailesi, yeni alışkanlık kazandırma eğitimine alınabilmektedir. Bireyde acil idrara çıkma, aniden boşaltım gereksinimi gibi sorunlar varsa; kafein gibi diüretik etkili içeceklerden uzak durması, günde 2 lt. sıvının alınması fakat akşam saatlerinde sıvı alımında kısıtlamaya gidilmesi önerilmektedir. Mesane kaslarını güçlendirmek amacıyla Kegel egzersizleri öğretilebilmektedir ve önerilmektedir. Bireyde idrar retansiyonu durumu geliştirse; mesane üzerine el ile

aşağıya doğru bastırma hareketini yapması önerilmektedir. Birey için aralıklı kateterizasyon uygulanıyorsa; enfeksiyondan korumak adına önlemler alınmalı ve bireyin de bu konuda bilgi ve beceriye sahip olması için eğitim verilmelidir (Metz ve ark., 1999; De Ridder ve ark., 2005; Akkuş ve Kapucu, 2006).

MS hastası bireylerde duyu bozulmaları/değişiklikler ya da fiziksel kısıtlılık, beden imajında bozulma gibi sebepler ile, erkeklerde %50-%90'lere varan oranlarda, kadınlarda ise %40- %80 oranında cinsel fonksiyon bozukluğu görülmektedir (Kılıç ve ark., 2012). Hemşireler, cinsel sorunların ifade edilmesine, bu sorunların saptanmasına yönelik girişimde bulunmalıdır. Bireyin cinsel yaşamına ilişkin alışkanlıkları ve soruna yönelik tıbbi tedavi alıp almadığı belirlenmelidir. Mesane sorunları beraberinde cinsel sorunları da getirebilmektedir. Bu yüzden, eğer birey aralıklı kateterizasyon işlemi uyguluyorsa, cinsel aktivite öncesinde boşaltımı gerçekleştirerek kateteri çıkarma ve cinsel aktiviteden birkaç saat öncesinde sıvı alımında kısıtlamaya gidilmesi gibi önerilerde bulunulmalıdır. Altta beden imajı ile ilişkili bir problemin olup olmadığı saptanmalı, bu konuda bireyin kendini ifade etmesi sağlanmalıdır. Kadınlarda vajinal kuruluk, erkeklerde ereksiyon sorunu var ise; erkek için oral/ lokal olarak kullanılabilen ilaçlar, kadın için vajinal lubrikantların kullanılması konusunda bilgilendirilmeli ve tedavi gerektiren durumlarda birey, hekim kontrolünde tıbbi tedavi almaya yönlendirilmelidir (Lisak, 2001; McCabe, 2002; Akkuş ve Kapucu, 2006).

Bireylerde %33-43 oranlarında konuşma bozuklukları ve %10-33 oranında yutma sorunları da görülebilmektedir (Calcagno ve ark., 2002; Soyuer, 2002; Akkuş ve Kapucu, 2006). En çok görülen konuşma bozukluğu konuşma ve ses çıkarmada koordinasyon sorunu olan dizartridir. Bireyde dizartri sorunu varsa; dil kaslarını güçlendirecek egzersizler önerilebilir. Birey ve aile konuşma terapistine yönlendirilmeli, egzersiz ve teknikler öğretilmelidir. Yutma sorunu olan bireyde görülebilen komplikasyonların başında aspirasyon ve pulmoner enfeksiyonlar gelmektedir. Besleme esnasında, boynu fleksiyona alma gibi aspirasyon riskini azaltacak girişimler konusunda birey yakınları bilgilendirilmelidir. Gıdaların aşırı sıcak verilmemesi, sıvı gıdalardan kaçınılması, aspirasyon riskini önlemek amacıyla yarı katı gıdaların tercih edilmesi konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır (Calcagno ve ark., 2002; Akkuş ve Kapucu, 2006).



MS hastalarında, enjeksiyon kullanımına bağlı (interferonlar), sinir iletimindeki bozukluklar, stres, sıcak, ataksi, spastisite, depresyon gibi nedenlerle yorgunluk semptomu yüksek düzeyde (%75-95) görülmektedir (Akkuş ve Kapucu, 2006; Mutluay, 2006). Yorgunluk semptomunu yönetmede; bireyin baş etme mekanizmaları, sosyal destek sistemleri, yorgunluğun derecesi, günlük yaşamı etkileme düzeyi, uyku alışkanlığı değerlendirilmelidir. MS hastalarında sıcak yorgunluğu artırdığı için sıcak havalarda vücudu serin tutabilecek pamuklu giyecekler tercih edilmesi, serin ortamda bulunulması, öğle saatlerinde dışarı çıkılmaması, aşırı sıcak banyo, kaplıca gibi yerlerden kaçınılması önerilmelidir. Gün içerisinde enerjinin korunması için yapılacak aktivitelerin sabah saatlerinde yapılması, günün ilerleyen saatlerinde yüksek enerji gerektirecek aktivitelerden kaçınılması, kilo vermek, öğün atlamamak ve sık öğünler yapılarak kan şekerinin düşmesinden kaçınılması, sigara içilmemesi ve alkol tüketimi varsa azaltılması gibi önlemler yorgunluğu azaltabilecektir (Akkuş ve Kapucu, 2006; Mutluay, 2006; Tan ve Dayapoğlu, 2011).

MS hastası bireylerde spazm da görülebilmektedir. Spastisite çoğunlukla alt ekstremiteleri etkilemektedir (Mutluay, 2006). Spazm semptomu yorgunluğu tetikleyebilmektedir. Bu sebeple, spazmı artıran faktörler belirlenmelidir. Bireyde var olan spazmı rahatlatmak için serin havuz egzersizleri, ekstremiteye soğuk uygulama ya buzlu suya daldırılması, ROM (range of motion) egzersizleri, derin solunum egzersizleri uygulanabilmektedir. Ayrıca spastisiteyi artıran bir vücut pozisyonu varsa ondan kaçınılması, farklı pozisyonlarda dinlenmek faydalı olabilecektir (Akkuş ve Kapucu, 2006; Mutluay, 2006).

MS hastalarında sık görülen sorunlardan biri de uyku problemleridir. Uyku sorunları diğer semptomlardan olan yorgunluk ve cinsel fonksiyon bozukluklarını da artırabilmektedir. Spazm ve noktüri sorunları için kullanılan bazı medikal tedaviler (Amantadine, Baclofen gibi) uyku problemlerine yol açabilmektedir. Bireylerin uyku alışkanlıkları değerlendirilmeli, uyku saatlerine göre düzenleme yapılmalı, yatmadan önce mesanenin boşaltımı sağlanmalı, akşam saatlerinde sıvı kısıtlamasına gidilmelidir. Uyumadan önce ılık banyo yapılması, uykuya geçmeden iki saat öncesinde hafif egzersizlerin yapılması, uyunan odanın koşullarının iyileştirilmesi (havalanmış, sessiz, sakın olması), masaj ve gevşeme teknikleri faydalı olacaktır (Akkuş ve Kapucu, 2006).

MS hastalarında en az %50 oranında majör depresyon geliştiği bildirilmektedir. Geleceğe yönelik belirsizlik, belirsizliğin getirdiği kaygı durumu, kayıp duygusu, hastalığa bağlı nörolojik bozukluklar beraberinde depresyonu getirebilmektedir. Hemşire, birey ve yakınlarını depresyon belirtileri (iştahta azalma, uyku sorunları gibi) yönünden değerlendirmelidir. Gereksinimler belirlenerek baş etme yöntemleri geliştirilmesine yardımcı olunmalı ve psikiyatrist/ psikologa yönlendirilmelidir (Samuel ve Cavallo, 2004; Akkuş ve Kapucu, 2006).

### **2.8.3. Hasta Eğitimi**

MS hastalarının tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı olarak birçok yan etki ortaya çıkabilmektedir. Özellikle interferon tedavisinde enjeksiyon sonrasında grip benzeri semptomlar görülebilmektedir. Enjeksiyon öncesi/sonrasında acetaminophen grubu ilaçlardan alınması grip benzeri semptomlar için olduğu kadar enjeksiyon bölgesi reaksiyonları için de faydalı olabilmektedir. İnterferon ya da benzeri immuno-modülatör ilaçların kullanımından önce ve sonrasında hekimin belirlediği belirli aralıklarla bireyin karaciğer enzimleri yönünden ve kan tablosu yönünden kontrol edilmesi gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Enjeksiyonun yapılması, ilacın hazırlanması, enjeksiyon sonrası oluşabilecek yan etkiler konusunda hasta birey ve yakınları bilgilendirilmeli, enjeksiyon yapılabilecek bölgeler uygulamalı olarak gösterilmelidir (Tülek, 2006). Yeni tanı konulan hasta için diyet hakkında bilgilendirme, kontrollerini aksatmaması konusunda bilgilendirme ve enfeksiyonlardan korunma konusunda bilgilendirmelerin yapılması gerekmektedir. Hastaların sosyal etkileşime girebilmeleri, rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri, rol sınırlılığının önüne geçilmesi, hastaya özgü stresle baş etme tekniklerinin öğretilmesi açısından da hastaların grup şeklinde ya da bireysel olarak eğitime alınması gerekmektedir (Wollin ve ark., 2000; Tülek, 2006).

Hemşirenin sorumluluklarından biri de tedaviye uyumun sağlanması ve değerlendirilmesidir. Tedaviye uyumun sağlanması için yapılacak eğitimlerde hemşire, hasta bireyde hastalığı kontrol etme duygusunu uyandırabilmelidir (Tülek, 2007; Erbay ve Yeşilbalkan, 2017). MS hastalığında görülebilecek semptomlara bağlı olarak, bireylerin ve ailenin öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Hemşire, birey ve ailesine destek kaynaklara ulaşmada rehberlik yaparak, eğitim vererek, danışman görevini üstlenerek bakım vermelidir. Bu şekilde, öz-bakım gereksinimleri

desteklenerek yaşam kalitesi de artırılabilir (Akkuş ve Kapucu, 2006; Kumsar ve Yılmaz, 2014).

## **2.9. Öz-Bakım Kavramı**

Öz bakım, sağlığın iyileştirilmesi, gelişmesi, korunması ve psikolojik iyilik halinin sağlanması için bireyin kendi üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmesidir (Altay ve Avcı 2009; Erci ve ark., 2017) Dorothea E. Orem'in öz-bakım kuramı üç ayrı hemşirelik kuramını içermektedir. Bunlar "öz-bakım kuramı", "öz-bakım yetersizliği kuramı" ve "hemşirelik sistemleri kuramı"dır (Pektekin, 2013).

### **2.9.1. Öz-Bakım Kuramı**

Bu kuramda Orem öz-bakımın tanımını yapmaktadır. Orem'e göre; bireylerin yaşamını sürdürmesi için sürekli bir enerjiye gereksinimleri bulunmaktadır. Öz-bakım becerisi bireyden bireye farklılık göstermekle beraber; bireyler, kendileri ya da başkalarının öz-bakım gereksinimlerini karşılayacak güce sahiptir ve bu sorumluluğu almaktadır (Pektekin, 2013). Orem, yaş, cinsiyet, sosyo-kültürel durum, aile sistemi, yaşama şekli, kaynakların ulaşılabilirliği gibi, bireylerin öz-bakım gücünü etkileyen birçok etmen olduğunu savunmaktadır (Karadağ ve ark., 2017). Orem'e göre; bireylerin gereksinim duyduğu üç çeşit öz-bakım bulunmaktadır. Bunlar; "Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri", "Sağlıktan Sapmalardaki Öz-Bakım Gereksinimleri" ve "Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri"dir (Pektekin, 2013; Karadağ ve ark., 2017).

#### **Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri**

Günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkili olan gereksinimlerdir. Bunlar içerisinde; hava, su, beslenme, aktivite/dinlenme, eliminasyon, güvenli çevrenin sağlanması, sosyal etkileşimde bulunma gibi gereksinimler bulunmaktadır. Tüm bu gereksinimlerin karşılanması bireyin yaşı, sosyokültürel değerleri, yaşam biçimi gibi faktörler ile ilişkili olarak farklılık göstermektedir (Pektekin, 2013). Sağlıklı bir bireyde evrensel öz-bakım gereksinimleri ile öz-bakım davranışları arasında bir denge bulunmaktadır (Karadağ ve ark., 2017).

#### **Sağlıktan Sapmalardaki Öz-Bakım Gereksinimleri**

Birey kendi gereksinimlerini karşılayamadığında sağlıktan sapma durumu ortaya çıkacaktır (Karadağ ve ark., 2017). Bu tür öz-bakım gereksinimleri bireyin fiziksel

yapısında bir bozulma olduğunda (ödem, enfeksiyon, tümör gibi), fiziksel işlevlerde bir problem olduğunda (kırık oluşumu, menapoz gibi) ya da davranış değişikliğine neden olan aşırı alkol/sigara tüketimi gibi nedenlerle ortaya çıkabilmektedir (Pektekin, 2013). Orem bu durumu, “Yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilen” şeklinde tanımlamaktadır (Karadağ ve ark., 2017).

### **Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri**

Bireyin büyüme ve gelişim aşamalarında ortaya çıkan öz-bakım gereksinimleridir (Pektekin, 2013). İnsan hayatındaki gebelik, doğum, eş kaybı olması gibi gelişim gösteren süreçler sebebiyle sınıflandırılmalar şeklinde incelenmektedir. Orem’e göre bu evreler, intrauterin dönemden başlayarak, yaşamın neonatal dönemini, bebeklik dönemini, adölesan dönemini, yetişkinliği ve gebelik gibi yaşam boyunca karşılaşılan/karşılaşılabilecek süreçleri kapsamaktadır (Karadağ ve ark., 2017).

#### **2.9.2. Öz-Bakım Yetersizliği**

Bireyin öz-bakım gereksinimi olmasına rağmen, öz-bakım gücünde ortaya çıkan sorunlar sonucu öz-bakım yetersizliği oluşmaktadır. Bu kuramın temeli hemşireye gereksinim duyulan zaman ve gereksinimin nedenini açıklamaktadır (Pektekin, 2013). Öz-Bakım Yetersizliği Modeli’nde Orem, hemşireliğin ne için ve ne zaman gerekli olduğunu irdelemektedir. Bireyin sahip olduğu öz-bakım davranışları, gereksinimlerini karşılamada yetersiz hale geldiğinde hemşirelik girişimlerine ihtiyaç doğacaktır. Öz-bakım gereksinimleri, bireyin karşılayacağından daha yüksek düzeye ulaştığı anda öz-bakım eksikliğinden söz edilmektedir. Orem’in teorisine göre, öz-bakım eksikliğinin ortaya çıktığı durumlarda, hemşirenin hastaya destek olması için beş farklı yöntem tanımlamaktadır. Bu yöntemler “bireye rehberlik etme”, “fiziksel-psikolojik yönden destek olma”, “birey adına davranmak/ yapmak”, “gereksinimleri karşılamayı destekleyecek ortamın sağlanması” ve “bireyin öğretimi” dir (Karadağ ve ark., 2017).

#### **2.9.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı**

Hemşirelik sistemleri kuramında, hemşirenin yapacağı işlevlerin planlaması ve uygulanması açıklanmaktadır. Orem’e göre “Eksikliği tamamıyla gideren hemşirelik sistemi”, “Eksikliği kısmen gideren hemşirelik sistemi” ve “destekleyici, eğitici sistem” şeklinde üç çeşit hemşirelik sistemi bulunmaktadır. Eksikliği tamamıyla gideren hemşirelik sistemi tamamen hemşire eylemlerini kapsamaktadır. Hemşire hastayı

korumakta, terapötik öz-bakımını gerçekleştirmekte ve bireyin gereksinimlerini karşılaması için bireyi desteklemektedir. Bireyin öz-bakım konusundaki yetersizliğini kabullenmesini destekleyici bir yaklaşım mevcuttur (Pektekin, 2013; Karadağ ve ark., 2017). Tümüyle eksikliği giderici hemşirelik sisteminde, bireyin çevrede gelişen olaylara karşı farkındalığı olmasına karşın, fiziksel ve psikolojik olarak tamamen bir yetersizlik durumu vardır ve gereksinimlerini karşılamada tümüyle yetersizdir. Böyle bir durumda hemşire, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini ve gereksinimlerinin karşılanmasını güvence altına almalıdır (Karadağ ve ark., 2017).

Kısmen eksikliği giderici hemşirelik sisteminde; hemşire, gereken durumlarda bireye yardım eder. Hemşire, birey için öz-bakım önlemleri almakta, öz-bakım için duyulan sınırlılıkları gidermede bireye yardımcı olmakta, bireyin kendi öz-bakımını yerine getirmesi desteklenmekte ve öz-bakım gücü düzenlenmektedir. Destekleyici, eğitsel sistemde ise; eğitim, çevre düzeni ve hemşire desteği ile birlikte birey, kendi öz-bakımını kendi gidermektedir. Hemşire, destek olma, rehberlik etme, ışık tutma, gelişime elverişli ortamın oluşturulması adına çeşitli yöntemleri kullanarak bireyin öz-bakım davranışlarının gelişimini ve bu davranışların kullanımını sağlamaktadır (Pektekin, 2013; Karadağ ve ark., 2017). Bireyin öz-bakım becerilerini geliştirmek, bireyin hastalığı ve yaşamı üzerinde kişisel denetimini artıracaktır. Dolayısıyla birey tüm boyutları ile bir iyilik haline ulaşabilecektir (Mollaoğlu, 2007).

#### **2.9.4. MS ve Öz-Bakım**

Öz-bakım bir süreçtir ve bu süreç içerisinde bireyler ilaç uyumu sağlama ya da psikolojik olarak kendini hazır hissetme gibi bazı öz-bakım sürdürme ve geliştirme davranışlarında bulunurlar (Riegel ve ark., 2009).

MS kronik hastalıklardan biridir ve kronik hastalıkların yönetiminde öz-yönetimin geliştirilmesi ve öz-bakımın güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Öz-bakım davranışlarının kazanılması adına bireyin eğitsel olarak desteklenmesi tedaviden daha fazlasını kapsamaktadır. Öz-bakım becerileri yeterince desteklenmeyen bireylerde tedaviye uyumsuzluk ve negatif sağlık bakım sonuçları ortaya çıkabilmektedir. Wagner ve arkadaşları tarafından tanımlanan “Kronik Bakım Modeli” nin bileşenlerinden birini de “Öz-Yönetim Desteği” oluşturmaktadır. Buna göre, bireyler kendi gereksinimlerini karşılamada başrolü oynamaktadır ve bu bileşende, hemşire-birey iş birliği ile bireylerin öz-yönetiminin desteklenmesi, geliştirilmesi, öz-bakım becerilerinin geliştirilmesi için

kaynak sağlama yer almaktadır. Öz-yönetim desteği sağlanması ile, tedaviye uyum, memnuniyet düzeyi artmakta, bireylerin fonksiyonelliğinde, sağlık durumu ve yaşam kalitesinde artış olabilmektedir (İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Öz-yönetim desteği geliştirilirken bakım verici de unutulmamalıdır. Bakım vericinin durumu nasıl algıladığı, bireyin bakış açısını da etkileyeceği için önemlidir. Dolayısıyla bireyin hastalığa uyumunu sağlayabilmek için hasta ve ailesi birlikte ele alınmalıdır (Türkmen, 2012).

MS hastalarında görülen önemli sorunlardan birinin öz-bakım eksikliği olduğu ve öz-bakımın MS hastalarının semptom yönetimine büyük katkı sağladığı belirtilmektedir (Mollaoğlu ve ark., 2006). MS hastalığına sahip bireylerde görülen yorgunluk, uyku problemleri, depresyon, kronik ağrı gibi problemler, bireylerin öz-denetim mekanizmalarını geliştirmeleri ile hafifletilebilmektedir (Fraser ve ark., 2013).

Bu sebeple, MS hastalarının öz-bakım gücü gelişimi hemşire tarafından desteklenmelidir. Hemşirenin öz-bakım gücünü desteklemesi için ise, öz-bakım gücünün etkilenme düzeyini belirlemesi ve buna uygun şekilde bakım planlaması gerekmektedir (Mollaoğlu ve ark., 2006).

## **2.10. Yaşam Kalitesi Kavramı**

World Health Organization (WHO), “Yaşam kalitesi, bireylerin kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri konusunda, içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında yaşamdaki konumlarını nasıl algıladığıdır.” şeklinde tanımlamıştır (WHO,1997).

Yaşam kalitesi, mutlu ve memnun olma, genel bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Eser, 2014). Yaşam kalitesi teriminin ilk olarak Long tarafından 1960’da kullanıldığı bildirilmektedir. Sonrasında ise yaşam kalitesi tüm alanlarda önemli göstergelerden biri olarak evrensel bir hal almıştır. Maslow, ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisinde ihtiyaçların niceliği ile beraber nitelikleri üzerinde de durmaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Yaşam kalitesi tüm alanlarda kullanılan çok geniş bir kavramdır. Bu sebeple, “Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” şeklinde bir kavram da oluşmuştur (King, 2007).

Önceden enfeksiyon gibi hastalıklarla insanların yaşamları son bulurken; günümüzde hastalık örüntülerinin değişmesi ve yaşam sürelerinin uzaması ile birlikte yaşam kalitesi kavramı da gittikçe daha çok önem kazanmaya başlamıştır. Yaşam

kalitesini artırmak hemşirelik bakımının da en önemli parçalarından biri haline gelmiştir (Mollaoğlu, 2007).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bireyin yaşamında fiziksel, mental ve sosyal sağlık alanlarındaki işlev ve algısıdır (CDC, 2016; Karimi ve Brazier, 2016). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamını subjektif olarak nasıl algıladığı ile ilişkili olarak değişkenlik göstermektedir. Bu kavram, kronik ve dejeneratif hastalıkların, hastalar üzerine etkilerini ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır. Kronik hastalığın türü fark etmeksizin, sık ve tekrarlı hastaneye yatma durumu, günlük yaşam aktivitelerindeki aksamalar, tedavi sürecinin devamlı olması gibi nedenlerle bireylerin yaşam kaliteleri büyük ölçüde etkilenmektedir ve bireylerin fiziksel iyilik halinin yanı sıra psikolojik iyilik halinde de bozulmalara yol açmaktadır. Sonuç olarak, bireyde kendine güveni yitirme, tedavi rejimine uyumsuzluk, sosyal statü ve rollerini yerine getirmede güçlük, öz-bakımını yerine getirememesi gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (Mollaoğlu, 2007).

Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, fiziksel engele sahip olma durumu, yaşam biçimleri, eş kaybı, iş kaybı gibi sosyal kayıplar, kronik bir hastalığa sahip olma ve ilaç kullanımı gibi birçok etmenin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (Mavioğlu ve ark., 2014; Şahin ve Emiroğlu, 2014).

Cinsiyet açısından bakıldığında; ev işleri ve çocuk bakma gibi kadınlara toplum tarafından yüklenmiş olan roller sebebiyle kadınlar sosyal ve ekonomik özgürlüklerini tam olarak kazanamamaktadır. Aynı zamanda bu durum kadınları sedanter yaşam tarzına itmektedir ve obezite gibi sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir. Tüm bu etmenler, kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir.

Yaş ile yaşam kalitesi ilişkisine bakıldığında; ileri yaşlardaki yaşam kalitesi ile ilgili çalışmaların daha fazla olduğu ve ileri yaşlarda yaşam kalitesinde düşüş olduğu görülmektedir. Yaşın artması ile kronik hastalıklar ve bağımlılık düzeyindeki artış, yaşlılığın beraberinde getirdiği sağlık sorunları, emeklilik ile gelir düzeyindeki değişiklik gibi ekonomik problemler, eşlerden birinin kaybı, bilişsel becerilerde azalma ve cinsel fonksiyonlarda yetersizlik ya da bozulma gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar yaşam kalitesini büyük oranda etkilemektedir (Sönmez ve ark., 2007; Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Görüldüğü üzere, yaşam kalitesi doğrudan ya da dolaylı olarak birçok faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörlerden diğerleri ise, medeni durum, sağlık durumu, ekonomik durum, eğitim durumu, sosyal destek alıp almama, iş yaşamının özellikleri ve boş zamanlarda yapılan aktivitelerdir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

MS hastalığının bireyin yaşamını sosyoekonomik ve psikolojik yönden etkileyen ve özürllülüğü de sebep olabilen kronik bir hastalık olması, gelecek kaygısı ve belirsizlikler yaşanması ve kesin tedavisinin olmaması bireylere ve yakınlarına her yönden yük oluşturabilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük, tedavi maliyetleri, hareket yeteneğinde kısıtlılık ile iş kaybı, finansal stres gibi sorunlar bireylerin ve ailenin yaşam kalitesini önemli düzeyde düşürebilmektedir (Doğru ve ark., 2014).

### **2.10.1. MS ve Yaşam Kalitesi**

MS tanısı alma aşaması ve tanı aldıktan sonraki süreçler, bireylerin yaşamlarında ciddi etkiler bırakmaktadır. Bireylerin yaşam kalitelerinin etkilenme oranlarının sosyal destek alma oranlarıyla ilişkili olarak değiştiği bildirilmektedir. MS hastası bireylerin baş etme stratejileri ve psikososyal sorunlara adapte olabilme yeteneğine bağlı olarak yaşam kalitesi belirli oranlarda etkilenmektedir (Zengin ve ark., 2017). Bireylerin özgüveni, güvenlik duygusu bozulabileceği gibi, iş yaşamı ve aile yaşamında da değişiklikler olabilmektedir (Yıldız ve ark., 2006).

MS hastalarında görülen yorgunluk ve yetersizlik durumunun yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkilediği ve de MS hastası bireylerde görülen yorgunluğun yaşam kalitesindeki düşüklük ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Soyuer ve ark., 2005; Aygünoğlu ve ark., 2015). Yaşam kalitesi ile bireylerin EDSS arasında güçlü bir ilişki olduğu ve özürllülük arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü çalışmalarda gösterilmektedir (Nortvedt ve ark., 1999; Henriksson ve ark., 2001; Haliloğlu ve ark., 2009).

MS hastalığının tipi ve şiddeti ile de yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir (Henriksson ve ark., 2001). Birincil ve ikincil progresif MS tipine sahip olan hastalarda ve spastisitesi olan hastalarda yaşam kalitesi ölçümlerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Yıldız ve ark., 2006).



## 2.11. Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi

Kronik bir hastalığa sahip olmanın beraberinde getirdiği semptomların yönetimi, fiziksel sorunlar ve sınırlılıklar gibi birçok faktörün etkisiyle bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Mollaoğlu, 2007).

Altıparmak ve ark. (2011)'ın yapmış olduğu çalışmada; öz-bakım gücü ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki olduğu ve eğitim düzeyinin ilköğretim üzerinde olmasının öz-bakım gücünü olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Hastalık süresi daha kısa olanların fonksiyonlarını daha iyi yerine getirebildiği belirtilmektedir (Altıparmak ve ark., 2011). Öz-bakım gücü arttıkça sağlık, ailesel durumlar, sosyo-ekonomik durum, bireylerin psikolojik ve sosyal yönden iyilik hallerinin arttığı, dolayısıyla yaşam kalitesinin arttığı gösterilmiştir (Alemdar ve Pakyüz, 2015).

Akciğer kanseri tanısı almış bireylerde yapılan bir çalışmada; öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir (Altıparmak ve ark., 2011). Alemdar ve Pakyüz (2015)'ün Hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada; öz-bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bildirilmektedir (Alemdar ve Pakyüz, 2015).

Kurbun ve Akten (2018)'in çalışmasında; öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Kurbun ve Akten, 2018). Öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu diğer çalışmalarda da bildirilmektedir (Tsay ve Healstead, 2002; Heydarzadeh ve ark., 2010).

Kessing ve ark. (2017)'in kalp yetmezliği hastaları ile yapılan çalışmasında; öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu belirtmektedir (Kessing ve ark., 2017). Buck ve ark. (2012)'nin çalışmasında; öz-bakım ile yaşam kalitesi arasında anlamlı, doğrusal bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Buck ve ark., 2012).

Literatürdeki çalışmalar, öz-bakım gücünün yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (West ve Isenberg, 1997; Jaarsma ve ark., 2000). Akyol ve Karadakovan (2002)'nin yapmış olduğu çalışmada; öz-bakım gücü arttıkça bireylerin iyilik hali, esenlik durumu, fonksiyonel durumunda artış olduğu ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin anlamlı olduğu bildirilmiştir (Akyol ve Karadakovan, 2002).

Literatürde, MS hastalarında öz-bakım gücünün yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır.

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma verileri, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (OMÜ SUVAM) Nöroloji Poliklinik ve Nöroloji Kliniği'nde Eylül 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini OMÜ SUVAM Nöroloji Poliklinik ve Nöroloji Kliniği'ne kayıtlı, dahil edilme kriterlerini sağlayan MS hastaları oluşturmuştur. Örneklemi ise dahil edilme kriterlerini sağlayan 120 hasta oluşturmuştur. G. Power Version 3.1 istatistik analiz programında %95 güven aralığı ve 0,90 güç oranıyla, örneklemin minimum 111 katılımcıdan oluşması gerektiği saptanmıştır. Örneklemden çıkarılma kriterlerine bağlı olarak, katılımcı sayısının azalabileceği olasılığı sebebiyle güç oranında azalmanın önlenmesi için örneklemin 120 katılımcıdan oluşmasına karar verilmiştir. Bu nedenle toplam örneklem sayısı 120 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın dahil edilme kriterleri aşağıda verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (OMÜ SUVAM) Nöroloji Klinik ya da Polikliniğine MS tanısı ile kayıtlı olmak.
- Türkçe okuyup yazma becerisine sahip olmak.
- 18 yaş üzeri olmak.
- En az 6 ay önce tanı almış olmak.
- Hastada öz-bakım gücünü etkileyebilecek yeti yitimine sebep olan başka bir fonksiyonel bozukluğun olmaması.
- Araştırmaya katılımı gönüllü olarak kabul etmek.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanma aşamasında Nöroloji Polikliniği sorumlu hekimi ile görüşülerek hastaların muayene sonrasında yönlendirilmesi talep edilmiş ve yönlendirilen hastalardan araştırma kriterini sağlayan hastalara anket uygulanmıştır. Nöroloji Kliniği'nde ise sorumlu hemşire ile görüşülerek hastaların tedavi, dinlenme saatleri dışında uygun oldukları zaman belirlenmiş bu zaman dilimi içerisinde anket uygulanmıştır. Her bir anket formu ve ölçekler için toplam cevaplama süresi ortalama 20-30 dk.'dır.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini belirleyen tanıtıcı bilgiler formu, Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Multiple Skleroz Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu**

Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanmıştır (Üstün, 2006; Dayapoğlu, 2009; Şahan, 2010; Öz, 2013; Özmen, 2015; Tuncay, 2013). Bu form; sosyodemografik verilerin ve hastalığa ilişkin özelliklerin sorgulandığı 10 sorudan oluşmaktadır (Ek-1). Formun içinde yer alan EDSS skoru için, OMÜ SUVAM Nöroloji Polikliniği sorumlu hekimi tarafından hastaların muayenesi sonucunda elde edilen EDSS skor bilgisi kullanılmıştır.

#### **3.5.2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)**

Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ), Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiş; 1993 yılında ise Nahcivan tarafından Türk toplumuna uyarlanarak geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kearney ve Fleischer, 1979; Nahcivan, 1994). Uyarlama öncesinde 43 madde olan Öz-Bakım Gücü Ölçeği ifadelerden toplam korelasyon katsayıları  $<0,20$  olan maddelerin (7,11,12,19,22,23,34 ve 35) ölçekten çıkartılması ile bireylerin kendilerine bakma becerilerini içeren 35 maddeye dönüştürülmüştür (Nahcivan, 1993; Nahcivan, 1994; Nahcivan, 2004). 5'li likert tipi olan ölçekteki ifadeler 0-4 arasında puanlanmıştır. Maddelerden 8 tanesinde (3,6,9,13,19,22,26,31) puanlama tersine dönmektedir, maddeler tersten değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 140'tır ve puan arttıkça öz-bakım gücü de artmaktadır. Bu

araştırma için, ifadelerin toplam cronbach alfa katsayısı 0,952'dir (Ek-2). Yüksek derecede güvenilir olarak bulunmuştur.

### **3.5.3. Multiple Skleroz Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (MSQoL-54)**

Multiple Skleroz Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (MSQoL-54), MS hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için Vickrey ve ark. tarafından İngilizce olarak geliştirilmiştir (Vickrey ve ark., 1995). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması İdiman ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır (İdiman ve ark., 2006). Ölçek, SF-36 Ölçeği'ne yeni maddeler eklenmesi ile oluşturulmuştur. Ölçek, 2 ana grup, 13 alt boyut ve 2 bağımsız maddeden oluşmaktadır. MSQoL-54 Ölçeği altında Bileşik Fiziksel Sağlık ve Bileşik Mental Sağlık şeklinde iki ana grup bulunmaktadır. Bileşik Fiziksel Sağlık ana grubu içinde, Fiziksel Sağlık, Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı, Ağrı, Enerji/Yorgunluk, Sosyal İşlev, Sağlık Algılaması, Sağlık Distresi ve Cinsel İşlev olmak üzere 8 alt boyut bulunmaktadır. Bileşik Mental Sağlık ana grubu altında, Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı, Emosyonel Esenlik, Sağlık Distresi, Bilişsel İşlev ve Genel Yaşam Kalitesi olmak üzere 5 alt boyut bulunmaktadır. Bağımsız maddeler ise Sağlıkta Değişiklik ve Cinsel İşlevden Memnuniyet olmak üzere 2 maddedir.

Fiziksel Sağlık alt boyutu, günlük fiziksel etkinliklerini yerine getirme, Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı alt boyutu fiziksel sağlığın bozulmasına bağlı iş/günlük aktivitelerde sorun olmaması, Ağrı alt boyutu ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması, Enerji/Yorgunluk alt boyutu sürekli enerjik hissetme, Sosyal İşlev alt boyutu fiziksel/emosyonel sorunlara bağlı olmadan sosyal aktivitelerini sürdürme, Sağlık Algılaması alt boyutu sağlığının mükemmel olduğuna inanma, Sağlık Distresi alt boyutu, sağlık sorunlarına bağlı distresin olmaması ve Cinsel İşlev alt boyutu nörolojik/psikososyal etkenlerden dolayı cinsel işlevlerin bozulmaması şeklinde tanımlanmaktadır. Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı alt boyutu emosyonel sorunlara bağlı iş/günlük aktivitelerde sorun olmaması, Emosyonel Esenlik sürekli mutlu ve rahat hissetme, Bilişsel İşlev alt boyutu bellek, dikkat sorunları olmaması ve Genel Yaşam Kalitesi alt boyutu subjektif yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır. Bağımsız maddelerden Sağlıkta Değişiklik maddesi, bir önceki yıla göre sağlıkta kötüleşme olmaması olarak, Cinsel İşlevden Memnuniyet bağımsız maddesi ise cinsel işlevin tatmin etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Tülek, 2006).

Bu araştırma için, ölçeğin Bileşik Fiziksel Sağlık ana grubunun toplam cronbach alfa değeri 0,857, (Bileşik Fiziksel Sağlık alt boyutlarından Fiziksel Sağlık alt boyutunun 0,960, Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı alt boyutunun 0,871, Ağrı alt boyutunun 0,891, Enerji/Yorgunluk alt boyutunun 0,847, Sosyal İşlev alt boyutunun 0,721, Sağlık Algılaması alt boyutunun 0,869, Sağlık Distresi alt boyutunun 0,942, Cinsel İşlev alt boyutunun cronbach alfa değeri ise 0,960'dır.) Bileşik Mental Sağlık ana grubunun toplam cronbach alfa değeri 0,704, (Bileşik Mental Sağlık alt boyutlarından Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı alt boyutunun 0,872, Emosyonel Esenlik alt boyutunun 0,828, Sağlık Distresi alt boyutunun 0,942, Bilişsel İşlev alt boyutunun 0,919, Genel Yaşam Kalitesi alt boyutunun cronbach alfa değeri ise 0,772) dir (Ek-3).

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenini MSQoL-54 Ölçeği puanı oluştururken; ÖBGÖ toplam puanı bağımsız değişkeni, tanıtıcı bilgiler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum gibi) ve hastalığa ilişkin özellikler (hastalık tipi, özürülük skoru, hastalık süresi, atak geçirme sayısı) puanı ise kontrol değişkenlerini oluşturmaktadır.

### **3.7. İstatistiksel Değerlendirme**

Verilerin analizinde IBM SPSS 21 (Statistical package for the social sciences- Version 21 Chicago, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. Verilerin dağılımları incelenirken çarpıklık ve basıklık değerleri ele alınarak bu değerlerin -2 ile +2 arasında olması temel alınmıştır (George ve Mallery, 2010). Ortalama, yüzdelik hesaplamaları, frekans analizi, medyan ile minimum ve maksimum değerlerine bakılmıştır. MSQoL-54 ölçeğinin tüm alt boyutları ile bağımsız maddelerine göre verilerin dağılımına ve ÖBGÖ'ne göre dağılımlarına bakılmış olup, normal dağılım gösterenler için Independent-Samples T testi ile One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerde ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. MSQoL-54 ve ÖBGÖ ölçekleri arasındaki ilişkiyi ve öz-bakım gücünün yaşam kalitesi üzerine etki yüzdesini incelemek için Multivariate Varyans Analizi (MANOVA) uygulanmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan B.30.2.ODM.0.20.08/1032 sayılı etik kurul onayı (Ek-4) ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (OMÜ

SUVAM)' nden yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya katılan bireylere Gizlilik ve Gizliliğin Korunma İlkesi'ne uygun bir biçimde, bilgilerinin gizli tutulacağı konusunda açıklama yapılmıştır. Hastalara araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılabileceği açıklanmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma sonuçlarının, sadece Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (OMÜ SUVAM) Nöroloji Polinik ve Nöroloji Kliniği'ne kayıtlı olan ve dahil edilme kriterlerini sağlayan MS hastalarına genellenebilir olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



#### 4. BULGULAR

Tablo 1’de hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri verilmiştir. Buna göre; hastaların %28,3’ü 40-49 yaş grubunda, %70’i kadın, %38,3’ü ortaokul/lise mezunu, %73,3’ü evli, %75,8’i çocuk sahibi olduğunu ve %51,7’si çalışmadığını bildirmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %72,5’inin RRMS tipi MS hastası olduğu, %54,2’sinin EDSS skoru 0-1,5 aralığında olduğu, %66,7’sinin 0-5 atak geçirdiği, %45,8’inin 8 yıl ve daha uzun süredir MS hastası olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
18-29 yaş	27	22,5
30-39 yaş	34	28,3
40-49 yaş	34	28,3
50-59 yaş	18	15,0
60 yaş ve üzeri	7	5,9
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	84	70
Erkek	36	30
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	5	4,2
İlkokul	45	37,5
Ortaokul/Lise	46	38,3
Üniversite	24	20,0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	88	73,3
Bekar	32	26,7
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Evet	91	75,8
Hayır	29	24,2
<b>Çalışma Durumu</b>		
Hastalıktan dolayı çalışmıyor	35	29,2
Çalışmıyor	62	51,7
Çalışıyor	23	19,1

**Tablo 1.** Tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı (devam)

Hastalığa İlişkin Özellikler	n	%
<b>MS Tipi</b>		
RRMS	87	72,5
PPMS	9	7,5
SPMS	6	5,0
CIS	18	15,0
<b>EDSS</b>		
0- 1,5	65	54,2
2- 3,5	18	15,0
4- 6	37	30,8
<b>Atak Geçirme Sayısı</b>		
0-5 atak	80	66,7
6-11 atak	32	26,7
12 ve üzeri atak	8	6,6
<b>Hastalık Yılı</b>		
6 ay-1 yıl	11	9,2
2-3 yıl	19	15,8
4-5 yıl	23	19,2
6-7 yıl	12	10,0
8 yıl ve üzeri	55	45,8
<b>TOPLAM</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)'nden aldıkları ortalama puanı 93,37±25,47'dir. Hastaların Bileşik Fiziksel Sağlık grubundan aldığı toplam puan 53,92±20,78'dir. Bileşik Fiziksel Sağlık grubunda hastalar en yüksek puanı 67,81±35,59 ile Cinsel İşlev alt boyutundan en düşük puanı ise 39,46±16,99 ortalama puanı ile Enerji/Yorgunluk alt boyutundan almıştır (Tablo 2).

Hastaların Bileşik Mental Sağlık grubundan aldığı toplam puan 62,52±17,93'dir. Bu ana grupta en yüksek puan ortalaması 78,33±36,83 ile Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı, en düşük puan ortalaması ise 54,40±20,54 ile Genel Yaşam Kalitesi alt boyutuna ait olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Hastaların bağımsız maddeler olan Sağlıkta Değişiklik puan ortalaması 48,95±26,60 ve Cinsel İşlevden Memnuniyet puan ortalamasının 57,10±33,44 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).



**Tablo 2.** MSQoL-54 ölçeği alt boyut ve ÖBGÖ puan ortalamaları

Ölçek	$\bar{x} \pm SS$	
<b>Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)</b>	<b>93,37 <math>\pm</math>25,47</b>	
<b>Bileşik Fiziksel Sağlık Alt Boyutları</b>	Fiziksel Sağlık	44,79 $\pm$ 32,17
	Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı	58,54 $\pm$ 40,93
	Ağrı	61,79 $\pm$ 28,50
	Enerji-Yorgunluk	39,46 $\pm$ 16,99
	Sosyal İşlev	66,52 $\pm$ 25,40
	Sağlık Algılaması	46,04 $\pm$ 23,85
	Sağlık Distresi	59,25 $\pm$ 23,67
	Cinsel İşlev	67,81 $\pm$ 35,59
<b>Bileşik Fiziksel Sağlık</b>	<b>53,92 <math>\pm</math>20,78</b>	
<b>Bileşik Mental Sağlık Alt Boyutları</b>	Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı	78,33 $\pm$ 36,83
	Emosyonel Esenlik	55,10 $\pm$ 15,38
	Sağlık Distresi	59,25 $\pm$ 23,67
	Bilişsel İşlev	64,37 $\pm$ 25,27
	Genel Yaşam Kalitesi	54,40 $\pm$ 20,54
<b>Bileşik Mental Sağlık</b>	<b>62,52 <math>\pm</math>17,93</b>	
<b>Bağımsız Maddeler</b>	Sağlıkta Değişiklik	<b>48,95 <math>\pm</math>26,60</b>
	Cinsel İşlevden Memnuniyet	<b>57,10 <math>\pm</math>33,44</b>

\*  $\bar{x}$ : Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma

**Tablo 3.** Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre ÖBGÖ puan ortalamalarının dağılımı

<b>Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)</b>		
<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b><math>\bar{x} \pm SS</math></b>	<b>Test İstatistiği</b>
<b>Yaş</b>		
18-29 yaş	98,7 $\pm$ 30,7	
30-39 yaş	92,3 $\pm$ 22,9	F: 0,856
40-49 yaş	89,8 $\pm$ 27,7	p: 0,493
50-59 yaş	97,8 $\pm$ 17,8	
60 ve üzeri yaş	84,0 $\pm$ 19,6	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	97,7 $\pm$ 24,9	t: 2,941
Erkek	83,3 $\pm$ 24,3	<b>p: 0,004</b>
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	75,8 $\pm$ 18,4 a	
İlkokul	92,3 $\pm$ 23,5 a	F: 4,942
Ortaokul/Lise	88,1 $\pm$ 26,4 a	<b>p: 0,003</b>
Üniversite	109,0 $\pm$ 22,1 b	
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	93,4 $\pm$ 23,3	t: 0,028
Bekar	93,3 $\pm$ 31,0	p: 0,978
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Evet	91,8 $\pm$ 23,6	t: -1,175
Hayır	98,2 $\pm$ 30,7	p: 0,242
<b>Çalışma Durumu</b>		
Hastalıktan dolayı çalışmıyor	83,9 $\pm$ 23,5 a	
Çalışmıyor	96,9 $\pm$ 25,0 b	F: 3,564
Çalışıyor	98,3 $\pm$ 26,9 ab	<b>p: 0,031</b>
<b>MS Tipi</b>		
RRMS	92,1 $\pm$ 26,7	
PPMS	91,6 $\pm$ 26,0	F: 0,721
SPMS	90,5 $\pm$ 24,3	p: 0,541
CIS	101,5 $\pm$ 19,2	

**Tablo 3.** Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre ÖBGÖ puan ortalamalarının dağılımı (devam)

Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)		
Tanıtıcı Özellikler	$\bar{x} \pm SS$	Test İstatistiği
<b>EDSS</b>		
0-1,5	96,2 $\pm$ 26,8	
2- 3,5	91,8 $\pm$ 23,2	F: 0,927
4- 6	89,2 $\pm$ 24,0	p: 0,399
<b>Atak Geçirme Sayısı</b>		
0-5 atak	95,5 $\pm$ 26,0	F: 0,905
6-11 atak	89,7 $\pm$ 23,9	p: 0,408
12 ve üzeri atak	86,5 $\pm$ 26,6	
<b>Hastalık Yılı</b>		
6 ay-1 yıl	90,9 $\pm$ 27,7	
2-3 yıl	89,2 $\pm$ 27,2	F: 0,975
4-5 yıl	102,5 $\pm$ 26,1	p: 0,424
6-7 yıl	93,7 $\pm$ 25,0	
8 yıl ve üzeri	91,4 $\pm$ 24,3	

\*  $\bar{x}$ : Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, F: ANOVA test istatistiği, t: Independent-Samples T test istatistiği, p: Anlamlılık düzeyi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 3’de tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklere göre ÖBGÖ puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında, 18-29 yaş grubu hastaların puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu ancak ÖBGÖ puan ortalaması ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Kadın hastaların ÖBGÖ puan ortalaması, erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 3).

Eğitim durumu üniversite olan hastalar, ÖBGÖ puan ortalaması en yüksek olan grubu oluşturmuştur ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) Evli hastaların ÖBGÖ puan ortalamasının bekarlardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Çocuk sahibi olan hastaların ÖBGÖ ortalama puanı daha düşük düzeyde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).

Hastaların çalışma durumuna bakıldığında, çalıştığını bildiren hastaların ÖBGÖ puan ortalaması diğer gruplardan yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). MS tipine göre ÖBGÖ puanları incelendiğinde; CIS kategorisinde olan hastaların diğer MS tiplerine göre puanı daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 3). EDSS'i 0-1,5 arasında olan hastaların ÖBGÖ puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 3). Atak sayısı 0-5 arasında olan hastaların ÖBGÖ ortalama puanı, diğer gruplara göre daha yüksek olarak saptanmıştır. ÖBGÖ ortalama puanı ile atak sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına rağmen, hastalık süresi 4-5 yıl aralığında olan hastaların ÖBGÖ puan ortalaması diğer gruplardan yüksek olarak belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 3).



**Tablo 4.** Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre MSQoL-54 Ölçeği alt grupları ortalama puan dağılımı

	MSQoL-54 Ölçeği			
	Bileşik Fiziksel Sağlık	Bileşik Mental Sağlık	Sağlıkta Değişiklik	Cinsel İşlevden Memnuniyet
<b>Tanıtıcı Özellikler</b>				
<b>Yaş</b>				
18-29 yaş	64,3 ±18,5	64,9 ±20,4	60,2 ±32,0	50 (0-100)
30-39 yaş	53,0 ±21,1	60,0 ±18,0	47,8 ±22,5	50 (0-100)
40-49 yaş	50,2 ±21,3	61,3 ±18,6	43,4 ±25,6	75 (0-100)
50-59 yaş	49,7 ±18,1	67,2 ±10,5	43,1 ±22,4	62,5 (0-100)
60 ve üzeri yaş	46,9 ±23,4	56,7 ±20,8	53,6 ±30,4	75 (0-100)
	F: 2,459 p: 0,050	F: 0,665 p: 0,618	F: 1,923 p: 0,111	X <sup>2</sup> : 3,106 p: 0,540
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	57,6 ±20,2	65,1 ±17,0	51,5 ±27,3	60,5 ±33,3
Erkek	45,2 ±19,8	56,4 ±18,9	43,1 ±24,4	50,0 ±33,1
	t: 3,104 p: <b>0,002</b>	t: 2,489 p: <b>0,014</b>	t: 1,601 p: 0,112	t: 1,493 p: 0,138
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar	56,7 ±18,8	65,3 (39,4-82,4)	45,0 ±20,9	70,0 ±32,6
İlkokul	50,7 ±21,2	66,1 (10,9-91,2)	50,5 ±27,1	53,1 ±34,1
Ortaokul/Lise	53,8 ±19,5	67,2 (17,9-84,6)	46,1 ±25,5	59,5 ±34,9
Üniversite	59,6 ±22,7	70 (27,6-89,2)	52,1 ±29,4	56,7 ±29,1
	F: 0,974 p: 0,408	X <sup>2</sup> : 3,673 p: 0,299	F: 0,367 p: 0,777	F: 0,503 p: 0,681
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	52,3 ±21,4	63,6 ±16,7	46,3 ±25,6	57,1 ±34,5
Bekar	58,5 ±18,7	59,5 ±21,0	56,3 ±28,4	57,1 ±26,7
	t: -1,451 p: 0,149	t: 0,998 p: 0,323	t: -1,828 p: 0,070	t: -0,005 p: 0,996

**Tablo 4.** Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre MSQoL-54 Ölçeği alt grupları ortalama puan dağılımı (devam)

MSQoL-54 Ölçeği				
	Bileşik Fiziksel Sağlık	Bileşik Mental Sağlık	Sağlıkta Değişiklik	Cinsel İşlevden Memnuniyet
<b>Tanıtcı Özellikler</b>				
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>				
Evet	52,0 ±21,2	63,2 ±17,0	44,5 ±25,5	57,6 ±34,0
Hayır	60,1 ±18,4	60,3 ±20,8	62,9 ±25,5	53,8 ±30,4
	t: -1,862	t: 0,683	t: -3,387	t: 0,375
	p: 0,065	p: 0,498	<b>p: 0,001</b>	p: 0,709
<b>Çalışma Durumu</b>				
Hastalıktan dolayı çalışmıyor	38,7 ±16,3 a	55,5 (10,9-89,7) a	38,6 ±26,7 a	37,5 ±31,1 a
Çalışmıyor	59,7 ±18,8 b	69,9 (17,9-91,2) b	54,8 ±27,1b	67,0 ±31,3 b
Çalışıyor	61,5 ±20,6 b	73,4 (27,6-84,6) b	48,9±20,6ab	63,8 ±29,8 b
	F: 16,781	X <sup>2</sup> : 16,439	F: 4,422	F: 9,430
	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p: 0,014</b>	<b>p &lt; 0,001</b>
<b>MS Tipi</b>				
RRMS	53,8 (9,4-89,5)a	66,1 (10,9-91,2)a	49,1 ±27,3	56,1 ±33,4
PPMS	29,7 (19,6-79,9)a	64,7 (31,8-89,7)ab	33,3 ±12,5	44,4 ±39,1
SPMS	39,9 (36,0-55,8)a	53,6 (52,7-77,5)ab	41,7 ±30,3	50,0 ±31,6
CIS	73,5 (34,5-84,8)b	75,6 (63,5-84,4)b	58,3 ±24,3	70,6 ±29,6
	X <sup>2</sup> : 15,460	X <sup>2</sup> : 10,669	F: 1,979	F: 1,485
	<b>p: 0,001</b>	<b>p: 0,014</b>	p: 0,121	p: 0,223
<b>EDSS</b>				
0-1,5	62,6 ±18,4 a	66,2 ±17,9 a	56,9 ±27,1 a	63,5 ±33,0 a
2- 3,5	50,9 ±19,4 b	60,7 ±19,1 ab	47,2±25,6ab	67,6 ±30,3 a
4- 6	40,1 ±17,5 b	57,0 ±16,2 b	35,8±20,9 b	41,7 ±31,0 b
	F: 18,228	F: 3,348	F: 8,396	F: 5,804
	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p: 0,039</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p: 0,004</b>

**Tablo 4.** Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre MSQoL-54 Ölçeği alt grupları ortalama puan dağılımı (devam)

	MSQoL-54 Ölçeği			
	Bileşik Fiziksel Sağlık	Bileşik Mental Sağlık	Sağlıkta Değişiklik	Cinsel İşlevden Memnuniyet
<b>Tanıttıcı Özellikler</b>				
<b>Atak Geçirme Sayısı</b>				
0-5 atak	58,5 ±20,2 a	66,0 ±17,4 a	52,2 ±26,1	61,6 ±32,7
6-11 atak	47,0 ±19,1 b	57,8 ±16,9 ab	44,5 ±27,5	50,9 ±32,9
12 ve üzeri atak	36,0 ±18,1 b	46,7 ±16,6 b	34,4 ±22,9	40,6 ±37,6
	F: 7,357	F: 6,197	F: 2,282	F: 2,071
	<b>p: 0,001</b>	<b>p: 0,003</b>	p: 0,107	p: 0,131
<b>Hastalık Yılı</b>				
6 ay-1 yıl	60,3 ±24,7 ab	74,2 (10,9-89,2) ab	68,2 ±27,6 a	57,1 ±45,0
2-3 yıl	55,7 ±20,0 ab	65,3 (17,9-79,9) ab	55,3 ±31,8ab	54,7 ±31,9
4-5 yıl	68,7 ±17,8 a	76,1 (26,8-91,2) a	54,3 ±24,6ab	72,5 ±28,0
6-7 yıl	50,8 ±20,8 ab	68,9 (40,2-89,7) ab	39,6 ±19,8ab	43,2 ±37,2
8 yıl ve üzeri	46,6 ±18,2 b	63,1 (21,5-82,4) b	42,7 ±24,4 b	54,7 ±32,5
	F: 5,753	X <sup>2</sup> : 14,358	F: 3,302	F: 1,662
	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p: 0,006</b>	<b>p: 0,013</b>	p: 0,165

\* Ortalama ±standart sapma, Ortanca (min-max), F: ANOVA test istatistiği, t: Independent-Samples T test istatistiği, X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis test istatistiği, p: Anlamlılık düzeyi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4’de tanıtıcı özelliklere göre MSQoL-54 Ölçeği alt boyut puan ortalamaları dağılımı verilmiştir. Buna göre yaşam kalitesi alt boyutlarının yaş değişkeninden etkilenmediği ancak Bileşik Fiziksel Sağlık ve Bileşik Mental Sağlık ana grubu puan ortalamalarının cinsiyet değişkeninden etkilendiği ve kadınların yaşam kalitesine ilişkin alt boyutların tamamından yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturdukları belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 4). Eğitim durumu değişkenine bakıldığında, üniversite mezunu hastaların cinsel işlevden memnuniyet alt boyutu dışında diğer alt boyutlardan en yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturdukları ancak eğitim durumu değişkeni ile MSQoL-54 Ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir (p>0,05) (Tablo 4).

Medeni durum değişkeninin MSQoL-54 Ölçeği ana grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmezken, çocuk sahibi olma durumu ile sadece bağımsız maddelerden sağlıkta değişiklik alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

Çalışma durumuna bakıldığında, çalışan hastalar ana grup puan ortalaması en yüksek olan grubu oluştururken, çalışmadığını bildiren hastalar bağımsız maddelerden en yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturmuşlardır. Çalışma durumu ile MSQoL-54 Ölçeği alt boyutları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

MS tipine göre incelendiğinde, CIS kategorisinde olan hastaların diğer MS tiplerine göre tüm alt boyutlardan yüksek puan ortalaması aldığı ve MS tipi değişkeni ile Bileşik Fiziksel Sağlık ve Bileşik Mental Sağlık ortalama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

EDSS'si 0-1,5 arasında olan hastaların Cinsel İşlevden Memnuniyet maddesi dışında tüm alt boyutlardan yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturduğu ve EDSS ile MSQoL-54 Ölçeği alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

Atak sayısı 0-5 arasında olan hastaların tüm alt boyutlardan yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturduğu ve atak sayısı ile Bileşik Fiziksel Sağlık, Bileşik Mental Sağlık puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo4).

Hastalık süresi 4-5 yıl olan hastaların Sağlıkta Değişiklik maddesi dışında tüm alt boyutlardan yüksek puan ortalaması alan grubu oluşturdukları ve Bileşik Fiziksel Sağlık, Bileşik Mental Sağlık ve Sağlıkta Değişiklik alt boyutu ile hastalık süresi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).



**Tablo 5.** ÖBGÖ ile MSQoL-54 Ölçeği arasındaki multivariate varyans analizi

MSQoL-54 Ölçeği	B	SS	t	p	r	R2
Bileşik Fiziksel Sağlık	0,566 (0,534-0,599)	0,016	34,568	0,000	0,614	0,921
Bileşik Mental Sağlık	0,666 (0,638-0,694)	0,014	46,773	0,000	0,656	0,955
Sağlıkta Değişiklik	0,505 (0,457-0,554)	0,025	20,526	0,000	0,362	0,805
Cinsel İşlevden Memnuniyet	0,606 (0,542-0,67)	0,032	18,797	0,000	0,359	0,776

\*B: Beta katsayısı, SS: Standart sapma, t: t değeri, p: Anlamlılık düzeyi, r: Korelasyon katsayısı, R2: Düzeltilmiş belirlilik katsayısı

Öz bakım gücünün yaşam kalitesi üzerine etkisine bakıldığında, Bileşik Fiziksel Sağlık ve Bileşik Mental Sağlık ana grupları ile Öz-Bakım Gücü arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Sağlıkta Değişiklik ve Cinsel İşlevden Memnuniyet bağımsız maddeleri ile Öz-Bakım Gücü arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 5). Öz-Bakım Gücü, bileşik fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesini %92, bileşik mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesini %95, sağlıkta değişikliğe ilişkin yaşam kalitesini %80 ve cinsel işlevden memnuniyete ilişkin yaşam kalitesini %77 oranında açıkladığı belirlenmiştir (Tablo 5).

## 5. TARTIŞMA

Araştırma sonucunda, MS hastalarının ÖBGÖ ortalama puanı  $93,37 \pm 25,47$  olarak bulunmuştur (Tablo 2). Bu değer, Mollaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında  $76,60 \pm 9,47$ , Alkan'ın çalışmasında  $99,33 \pm 18,54$ ; Başak ve arkadaşlarının çalışmasında  $79,81 \pm 18,32$  olarak saptanmıştır (Mollaoğlu ve ark., 2006; Başak ve ark., 2015; Alkan, 2016). Bu araştırma sonucu literatürdeki çalışmalar ile paralellik göstermektedir. ÖBGÖ'nden alınabilecek en yüksek puanın 140 olduğu düşünüldüğünde, hastaların öz-bakım gücünün orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların yaşam kalitesi, Bileşik Fiziksel Sağlık ana grubu puan ortalaması  $53,92 \pm 20,78$ , olarak belirlenmiş ve en yüksek puanın Cinsel İşlev, en düşük puanın ise Enerji/Yorgunluk alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Özkul'un araştırmasında; Bileşik Fiziksel Sağlık ortanca puanı 114,31, Mehmeti'nin araştırmasında  $57,19 \pm 17,08$ , Zateri'nin araştırmasında  $54,10 \pm 21,30$  olarak belirlenmiştir (Zateri, 2006; Özkul, 2017; Mehmeti, 2018). Tülek araştırmasında, Bileşik Fiziksel Sağlık ana grubunda en yüksek puanın Ağrı, en düşük puanın ise Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı alt boyutu olduğunu, Akkuş ise en yüksek puanın Ağrı ve Cinsel İşlev alt boyutuna; en düşük puanın Fiziksel Sağlık alt boyutuna ait olduğunu bildirmiştir (Tülek, 2006; Akkuş, 2008). Doğan'ın araştırmasında, en yüksek puan Fiziksel Sağlık ve Sağlık Algılaması alt boyutlarına aitken, en düşük puanın Cinsel İşlev alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır (Doğan, 2015). Nejati ve arkadaşlarının araştırmasında, en yüksek puan Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı, en düşük puan ise Cinsel İşlev alt boyutundan alınmıştır (Nejati ve ark., 2016).

Hastaların Bileşik Mental Sağlık ortalama puanı  $62,52 \pm 17,93$  olarak belirlenmiş, hastalar en yüksek puanı Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı, en düşük puanı ise Genel Yaşam Kalitesi alt boyutundan almıştır (Tablo 2). Bileşik Mental Sağlık puanı Direk'in araştırmasında  $61,39 \pm 27,08$ , Doğan'ın araştırmasında  $47,86 \pm 19,88$ , Bulguroğlu'nun araştırmasında ise ortanca puanı 75,65 olarak bildirilmiştir (Bulguroğlu, 2015; Doğan, 2015; Direk, 2017). Tülek'in araştırmasında en yüksek puanı Bilişsel İşlev alt boyutu, en düşük puanı Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı alt boyutu alırken, Akkuş'un araştırmasında en yüksek puanı Emosyonel Esenlik alt boyutu; en düşük puanı ise Genel Yaşam Kalitesi alt boyutu almıştır (Tülek, 2006; Akkuş, 2008). Nejati ve

arkadaşlarının araştırmasında hastalar en yüksek puanı Sağlık Distresi alt boyutundan alırken; en düşük puanı Bilişsel İşlev alt boyutundan almıştır (Nejati ve ark., 2016).

Hastaların Sağlıkta Değişiklik bağımsız maddesinden aldıkları puan  $48,95 \pm 26,60$  iken; Cinsel İşlevden Memnuniyet'ten aldıkları puan  $57,10 \pm 33,44$ 'tür (Tablo 2). Rosato ve arkadaşlarının araştırmasında, hastaların sağlıkta değişikliğe ilişkin ortanca puanı 54,8 olarak, cinsel fonksiyonlara ilişkin puanı ise 78,2 olarak bildirilmiştir (Rosato ve ark., 2018). Catic ve arkadaşlarının araştırmasında, hastaların Sağlıkta Değişiklik ortalama puanı  $42,34 \pm 25,04$  iken, Cinsel İşlevden Memnuniyet ortalama puanı  $68,44 \pm 35,62$  olarak saptanmıştır (Catic ve ark., 2017). MS hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği çok sayıda araştırmada yaşam kalitesi puanları farklı olmakla birlikte birbirine yakın değerler bildirilmiştir (Zateri, 2006; Tülek, 2006; Akkuş, 2008; Bulguroğlu, 2015; Doğan, 2015; Nejati ve ark., 2016; Direk, 2017; Özkul, 2017; Mehmeti, 2018).

Hastaların tamtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre ÖBGÖ ortalama puan dağılımına bakıldığında; öz bakım gücünün yaş değişkeninden etkilenmediği ancak 60 yaş ve üzeri hasta grubunda, diğer yaş gruplarına göre öz-bakım gücünün daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 3). Kronik hastalıklarda öz-bakım gücünün incelenmesi ile ilgili literatürde, yaş arttıkça öz-bakım gücünün de düştüğü ve öz yeterlilik ile öz-bakım arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Song ve ark., 1999; Tsay ve Healstead, 2002). Yaşlılık döneminde bireyler, fonksiyonlarının sınırlandığını ve işlevselliğini yitirdiğini hissedebilir (Ardahan ve ark., 2012). Dolayısıyla bu durumun yaşlılık döneminde öz-bakım gücünün düşmesine sebep olduğu düşünülmektedir.

Kadınların ÖBGÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve cinsiyet değişkeni ile ÖBGÖ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ) (Tablo 3). Araştırma sonucuna benzer şekilde kadınların öz-bakım gücünün daha yüksek olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Sağıt, 2010; Şahan, 2010; Kılıç, 2013; Puvill ve ark., 2016). Akyol ve Karadakovan ile Akyol ve arkadaşlarının araştırmalarında ise; erkeklerin öz-bakım gücünün daha iyi olduğu fakat farkın anlamlı olmadığı ortaya konmaktadır (Akyol ve Karadakovan, 2002; Akyol ve ark., 2003). Kadınların bakım ve bakım vermeye ilişkin rollere erkeklere göre daha alışkın

olmalarının kendi bakımlarına ilişkin davranışlarını etkilediği ve sonucu bu yönde değiştirdiği düşünülmüştür.

Eğitim düzeyine göre öz-bakım gücü incelendiğinde; üniversite mezunu hastaların öz-bakım gücünün daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 3). Bakoğlu ve Yetkin'in araştırmasında bu çalışma ile benzer şekilde, yükseköğretim mezunlarının öz-bakım gücünün daha iyi ve farkın anlamlı olduğu bildirilmektedir (Bakoğlu ve Yetkin, 2000). Akyol ve arkadaşlarının araştırmasında, anlamlılık saptanmamasına rağmen, fakülte mezunu olan hastaların öz-bakım gücünün daha iyi olduğu ortaya konmaktadır (Akyol ve ark., 2003). Bu durumun, eğitim düzeyi arttıkça bilgiye ulaşmanın kolaylaşması ve farkındalık düzeyinin daha yüksek olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Öz-bakım gücünün medeni durum ve çocuk sahibi olma durumundan etkilenmediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 3). Riegel ve arkadaşlarının araştırmasında, herhangi biriyle ya da aile bireyleri ile yaşayan hastaların öz-bakım gücünün daha iyi olduğu ortaya konmaktadır (Riegel ve ark., 2007). Eş ve çocukları ile yaşayan hastaların, yalnız yaşayan hastalara göre öz-bakım gücünün daha iyi olduğu bildirilmektedir (Sağıt, 2010). Literatürde kronik hastalıklarda sosyal desteğin rolüne ve hastalıkla baş etmeye yardımcı olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (Schwarzer ve ark., 2003; Özer ve Argon, 2005; Riegel ve ark., 2007; Aykar ve ark., 2014). Sosyal destek arttıkça hastaların öz-bakım düzeyinin yükseldiği bildirilmektedir (Karakurt ve ark., 2013). Bu araştırma sonucu literatür ile farklılık göstermektedir. Eş ve çocuk varlığı bir sosyal destek mekanizması olarak düşünülebileceği gibi, bireyin kendisinden başka birilerinin bakım sorumluluğunu üstlenmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla bireyin öz-bakımına olumlu ya da olumsuz etkileri olabileceği ve araştırma sonuçlarının bu nedenle farklılık gösterdiği düşünülmüştür.

Hastaların çalışma durumlarına göre öz-bakım gücü incelendiğinde; çalışan hastaların öz-bakım gücünün diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığı nedeniyle çalışmadığını bildiren hastalar, öz-bakım gücü en düşük grubu oluşturmaktadır ( $p<0,05$ ) (Tablo 3). Öz yeterlilik ile öz-bakım arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Song ve ark., 1999; Tsay ve Healstead, 2002). Hastaların özürürlük durumlarının, yorgunluk, yürüme ile ilişkili semptomların çalışma durumuna olumsuz yönde etkisi ve yaş arttıkça hastalıktan dolayı çalışmama riskinde %8'lik bir

artış olduğu bildirilmektedir (Raggi ve ark., 2016). Hastalıktan dolayı çalışamayanların malulen emekli, özürülük durumuna ve semptomlar sebebiyle fonksiyonel kısıtlamaya sahip hasta grubunu oluşturduğu düşünüldüğünde; öz-bakım gücünün daha düşük olması olası sonuçlardandır.

Öz-bakım gücünün MS tipi, EDSS ve atak geçirme sayısından etkilenmediği ancak MS'in başlangıç tipi olarak görülen CIS (Klinik İzole Sendrom) hastalarında, EDSS ve atak sayısı azaldıkça öz-bakım gücünün arttığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 3). CIS henüz yeti yitiminin gelişmediği ara bir form olarak bildirilmektedir (Ertekin ve ark., 2013). Atak sayısının azlığı, çoğu zaman yeti yitiminin sınırlı düzeyde ortaya çıktığını ya da oluşmadığını düşündürmektedir. Dolayısıyla araştırmamızın bu sonucu, hastaların fonksiyonel kapasitelerinin henüz sınırlayıcı düzeye ulaşmaması ile ilişkilendirilmiştir.

Hastalık yılı ile öz-bakım gücü arasında istatistiksel olarak fark bulunmamasına karşın, öz-bakım gücünün 4-5 yıllık hastalık sürecinde en yüksek düzeye ulaştığı ve sonrasında tekrar azaldığı görülmektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 3). Benzer şekilde bir araştırmada, hastalığın başlangıç sürecinde öz-bakım gücünün düştüğü, sonraki süreçte bir artış söz konusu olduğu ve süreç uzadıkça öz-bakım gücü düzeyinde tekrar bir düşüş meydana geldiği bildirilmektedir (Riegel ve ark., 2007). Bir başka araştırmada, ilk 4 yıllık hastalık sürecinde öz-bakım gücünün en düşük düzeyde olduğu ve hastalık süresi arttıkça öz-bakım gücünün de artış gösterdiği fakat 10 yıldan uzun hastalık sürecinde öz-bakım gücü düzeyinde tekrar düşüş yaşandığı bildirilmektedir (Şahan, 2010). Araştırmamızın bu sonucu literatür ile paralellik göstermektedir. Hastalığın ilk dönemlerinde tanı koyulması ile yaşanan şok durumunun öz-bakım gücünde düşüş meydana getirdiği ve adaptasyon döneminde öz-bakım gücünde bir artış oluştuğu, uzayan hastalık döneminde ise tükenmişlik sonucunda öz-bakım gücünde tekrar düşme yaşandığı, dolayısıyla sonucun bu yönde etkilendiği düşünülmüştür.

Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre MSQoL-54 Ölçeği puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; MSQoL-54 Ölçeği alt grup ve bağımsız maddelerinin yaş değişkeninden etkilenmediği ancak yaş arttıkça bileşik fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4). Literatürde benzer sonuçları görmek mümkündür (Abdullah ve Badr, 2017; Amtmann ve ark., 2018). 50 yaşından sonra fiziksel ve mental sağlığın olumsuz yönde etkilendiği ve bunun sonucu

olarak yaşam kalitesinin de negatif yönde etkilendiği bildirilmektedir (Solari ve ark., 1999).

Cinsiyet değişkenine bakıldığında, alt grup ve bağımsız madde puan ortalamalarının kadınlarda daha yüksek olduğu Bileşik Fiziksel Sağlık ve Bileşik Mental Sağlık puan ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4). Araştırma sonucu bu bağlamda Direk, Akkuş ve Tülek'in araştırmaları ile benzerlik göstermektedir (Tülek, 2006; Akkuş, 2008; Direk, 2017). Başka bir araştırmada, fiziksel ve mental sağlığın cinsiyet değişkeninden etkilenmediği; kadınların erkeklere göre fiziksel sağlığa ilişkin puanının daha yüksek; mental sağlığa ilişkin puanının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Huh ve ark., 2014). Hatam ve arkadaşlarının araştırmasında ise Bileşik Fiziksel Sağlık ve Bileşik Mental Sağlık gruplarının cinsiyetten etkilenmediği saptanmıştır (Hatam ve ark., 2016). Literatürde farklılıklar olmakla birlikte kadınların fiziksel ve mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu bildiren araştırmalara sıkça rastlanmaktadır (Tülek, 2006; Akkuş, 2008; Huh ve ark., 2014; Direk, 2017). MS hastalığı prognozunun kadın hastalarda daha iyi seyrettiği bildirilmektedir (Kesselring ve Beer 2005; Khan ve ark., 2007). Sonucun bu yönde etkilendiği düşünülmüştür.

Eğitim durumu ile MSQoL-54 Ölçeği alt grup ve bağımsız maddeler arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır ancak eğitim durumu üniversite olan hastaların Cinsel İşlevden Memnuniyet dışındaki yaşam kalitesi alanları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Huh ve arkadaşlarının araştırmasında, daha düşük öğrenime sahip olan hastaların cinsel yaşam ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur (Huh ve ark., 2014). Diğer bir araştırmada, anlamlılık görülmemesine rağmen, üniversite mezunu olanların cinsel doyumları diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur (Özkan ve ark., 2009). Vural ve Temel'in araştırmasında, cinsel doyum ile eğitim düzeyi arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (Vural ve Temel, 2010). Eğitim durumu yükseldikçe, cinsel doyum düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bu durumun, cinsellik kavramının çeşitli boyutlardan oluşması, eğitim durumunun bireye farklı bakış açıları kazandırması, çok boyutlu düşünmeyi geliştirmesi ve cinselliği tüm boyutlarıyla yaşama talebi doğurması ile ilişkili olduğu, dolayısıyla sonucun bu yönde etkilendiği düşünülmüştür.

MSQoL-54 Ölçeği alt grup ve bağımsız maddeleri ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, çocuk sahibi olma durumu ile

sadece Sağlıkta Değişiklik ortalama puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4). Bir araştırmada, bekar olan hastaların fiziksel ve mental sağlığa ilişkin puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Abdullah ve Badr, 2017). Baumstarck ve arkadaşlarının araştırmasında ise medeni durumun fiziksel ve mental sağlığı etkilemediği bulunmuştur (Baumstarck ve ark., 2015). Bu araştırmada, çocuk sahibi olmadığını bildiren hastaların sağlıkta değişikliğe ilişkin yaşam kalitesi yüksek olarak belirlenmiştir. Çocuk sahibi olmanın yaşam kalitesini artırdığı bildirilmektedir (Akkuş, 2008). Çocuk ve eşin olmayışı bireyin sosyal destek mekanizmalarının sınırlılığını oluşturabilmektedir. Yalnız yaşayan bireyler aktivitelerini sınırlı destek ile çoğu zaman destek almadan bireysel olarak gerçekleştirmekle yükümlüdür. Bu durumun bireyde kendi kendine yetebilme ve mevcut fonksiyonlarını maksimum düzeyde kullanabilme adına itici güç oluşturduğu düşünülmüştür. Çocuk sahibi olmak ise ebeveyn rolünün gerekliliklerini yerine getirmek, bir başka bireyi yetiştirme sorumluluğunu üstlenmek ile ilgilidir. Çocuk sahibi olmayan bireylerin sağlıkta değişikliğe ilişkin anksiyeteyi, çocuk sahibi olan bireyler kadar yaşamadıkları ve sonucun bu yönde etkilendiği düşünülmüştür.

Araştırma sonucunda, hastalıktan dolayı çalışmayan hastaların MSQoL-54 Ölçeği alt grup ve bağımsız maddeler puan ortalaması diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. Çalışma durumu ile MSQoL-54 Ölçeği alt grup ve bağımsız maddeleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4). Literatürde çalışmayan hastaların fiziksel ve mental sağlığa ilişkin puanlarının çalışanlara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (Moore ve ark., 2015; Abdullah ve Badr, 2017). Abdullah ve Badr araştırmasında, çalışma durumunun fiziksel ve mental sağlığı etkilediğini bildirirken; Baumstarck ve arkadaşları, çalışma durumunun fiziksel ve mental sağlığı etkilemediğini bildirmiştir (Baumstarck ve ark., 2015; Abdullah ve Badr, 2017). MS'in genç yaşlarda ortaya çıkabilecek bir hastalık olduğu ve bu araştırma örnekleminin %50,8'inin 18-39 yaş hastalardan oluştuğu göz önüne alındığında; genç kesimin hastalık sebebiyle çalışmamasının yaşam kalitesi bileşenlerini etkilemesi söz konusu olmaktadır. İş ve çalışma koşullarının sağlığın belirleyicileri olduğu ve çalışma durumu, gelir düzeyi ile sağlık algısı arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (Ulutürk, 2015). Tüm bu etkenlerin sağlığın belirleyicileri olduğu düşünüldüğünde; yaşam kalitesinin çalışma durumundan etkilenmesi olasıdır.

MS tipine göre MSOoL-54 alt grupları ve bağımsız madde puan ortalamalarına bakıldığında; CIS tamısı ile takip edilen hastalarda daha yüksek olduğu ve Bileşik Fiziksel Sağlık ile Bileşik Mental Sağlık grupları ile MS tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4). EDSS'ye göre bakıldığında ise EDSS'si düşük olan hastaların alt grup ve bağımsız madde puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4). Benzer şekilde atak sıklığı azaldıkça MSOoL-54 ölçeği alt grup ve bağımsız maddelerine ilişkin yaşam kalitesinin arttığı, Bileşik Fiziksel Sağlık ile Bileşik Mental Sağlık ve atak sayısı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4). Krysko ve O'Connor araştırmasında, EDSS ile fiziksel ve mental sağlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir (Krysko ve O'Connor, 2016). Literatürde yeti yitimi arttıkça fiziksel sağlığın bozulduğu ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir (Vickrey ve ark., 1995; Stuifbergen ve Roberts, 1997; Pfennings ve ark., 1999; Nortvedt ve ark., 2000; Janardhan ve Bakshi, 2002; Solari, 2005). Fonksiyon kaybının artması yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Çoğu zaman her bir atak, bir yeti yitimi ya da kısa/uzun süreli fonksiyon kaybına neden olabilmektedir. Dolayısıyla fonksiyon kaybı ve yeti yitiminin daha az olduğu CIS tipinde, EDSS'si düşük hastalarda ve atak sayısı daha az olan hastalarda yaşam kalitesinin yüksek olması olası bir sonuçtur.

Hastalık yılına göre MSQoL-54 alt gruplarına bakıldığında; hastaların ölçek alt grupları ve Cinsel İşlevden Memnuniyet bağımsız maddesinin 4-5 yıldır MS hastası olanlarda daha yüksek olduğu, Sağlıkta Değişiklik maddesinin ise 6ay-1 yıldır MS hastası olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalık yılının bileşik fiziksel, mental sağlığa ve sağlıkta değişikliğe ilişkin ortalama puanları etkilediği görülmektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4). Bir araştırmada, 5 yıldan uzun hastalık sürecinde hastaların fiziksel ve mental sağlık puanlarının düştüğü bildirilmektedir (Rezapour ve ark., 2017). Başka bir araştırmada, hastalık yılı arttıkça, yaşam kalitesinin düştüğü bildirilirken; Huh ve arkadaşları ile Baumstarck ve arkadaşları, hastalık yılının fiziksel ve mental sağlığı etkilemediğini bildirmiştir (Huh ve ark., 2014; Baumstarck ve ark., 2015; Abdullah ve Badr, 2017). MS hastalığında, hastalık süresi uzadıkça yeti yitiminde artış görülebilmesi ve kronik hastalık olması sebebiyle uzayan sürecin yaşam kalitesini etkilediği düşünülmüştür.



Öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi alt grupları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiş ve öz-bakım gücünün yaşam kalitesi alt grupları üzerine etkisine bakıldığında; en çok bileşik mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü birbirini karşılıklı olarak etkilemektedir (Pınar, 1995). Kronik hastalığa sahip hasta grupları ile yapılan çalışmalarda; öz-bakım gücünün yaşam kalitesi alanları üzerinde etkisi olduğu ve bu etkinin anlamlı olduğu bildirilmektedir (Akyol ve Karadakovan, 2002; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım, 2009; Alemdar ve Pakyüz, 2015). Öz-bakım gücünün tanımı yapılırken, özellikle emosyonel iyilik halini sağladığı belirtilmektedir (Chen ve Chi, 2015). Hastanın öz-bakımını gerçekleştirmesinin, bireysel baş etme becerilerini geliştirdiği dolayısıyla bu durumun mental sağlığı besleyerek yaşam kalitesini yükselttiği, araştırma sonucunun bu yönde etkilendiği düşünülmüştür.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

MS hastalarında yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan  $93,37 \pm 25,47$ ' dir. Öz-bakım gücünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların öz-bakım gücü düzeylerinin; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu değişkenlerinden etkilendiği ( $p < 0,05$ ); yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu değişkenlerinden etkilenmediği belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Hastalığa ilişkin özellikler içinde MS tipi, EDSS, hastalık yılı, atak geçirme sayısı değişkenlerinden etkilenmediği belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ).
- Hastaların Bileşik Fiziksel Sağlık grubundan aldığı toplam puan  $53,92 \pm 20,78$ ' dir. Hastalar, Bileşik Fiziksel Sağlık alt grubunda en yüksek puanı Cinsel İşlev alt boyutundan alırken; en düşük puanı Enerji/Yorgunluk alt boyutundan almıştır.
- Hastaların Bileşik Mental Sağlık grubundan aldığı toplam puan  $62,52 \pm 17,93$ ' dir. Bileşik Mental Sağlık alt grubunda hastalar, en yüksek puanı Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Sınırlılığı alt boyutundan alırken; en düşük puanı Genel Yaşam Kalitesi alt boyutundan almıştır.
- Hastaların bağımsız maddelerden olan Sağlıkta Değişiklik'ten aldıkları ortalama puan  $48,95 \pm 26,60$  ve Cinsel İşlevden Memnuniyet' ten aldıkları ortalama puan  $57,10 \pm 33,44$  şeklindedir.
- Bileşik Fiziksel Sağlık alt grubunun; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, çalışma durumu değişkenlerinden etkilendiği ( $p < 0,05$ ); yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuğa sahip olma durumu değişkenlerinden etkilenmediği belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Hastalığa ilişkin özelliklerden MS tipi, EDSS, hastalık yılı, atak geçirme sayısı değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).
- Bileşik Mental Sağlık alt grubunun; tanıtıcı özellikler içinde yer alan cinsiyet, çalışma durumu değişkenlerinden etkilendiği ( $p < 0,05$ ); yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu değişkenlerinden etkilenmediği

belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Hastalığa ilişkin özelliklerden MS tipi, EDSS, hastalık yılı, atak geçirme sayısı değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

- Bağımsız Maddelerden olan Sağlıkta Değişiklik'in; tanıtıcı özellikler içinde yer alan çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu değişkenlerinden etkilendiği ( $p<0,05$ ); yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum değişkenlerinden etkilenmediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Hastalığa ilişkin özelliklerden EDSS ve hastalık yılı değişkenlerinden etkilendiği ( $p<0,05$ ); MS tipi ve atak geçirme sayısı değişkenlerinden etkilenmediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).
- Bağımsız Maddelerden olan Cinsel İşlevden Memnuniyet'in; tanıtıcı özellikler içinde yer alan çalışma durumu değişkeninden etkilendiği ( $p<0,05$ ); yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu değişkenlerinden etkilenmediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Hastalığa ilişkin özelliklerden EDSS değişkeninden etkilendiği ( $p<0,05$ ); MS tipi, atak geçirme sayısı ve hastalık yılı değişkenlerinden etkilenmediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).
- Öz-bakım gücünün yaşam kalitesinin tüm alt grupları ile arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmış ve öz-bakım gücünün en çok bileşik mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin açıklayıcısı olduğu belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Bu araştırma sonuçlarına göre;

- Hastaların öz-bakım düzeylerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun için, eğitim düzeyine göre eğitim verilmesi, hastalık ve tedavi süreçlerine ilişkin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi önerilmektedir. Bu nedenle, hastalara hastalığı hakkında bilgi ve becerilerin öğretilmesi, yaşam tarzı değişikliklerine uyumun sağlanması, bireyin öz-bakımı doğrultusunda gerekli etkinlikleri başlatabilmesi için hastanın kişisel, maddi ve manevi özelliklerinin belirlenerek buna yönelik girişimde bulunulması, destekleyici ve eğitsel hemşirelik sürecinin uygulanması önerilmektedir.
- Öz-bakım gücünün kazandırılması için hemşirenin hasta birey ve aileyi desteklemesi, öğretici çevreyi oluşturması, rehberlik etmesi ve eğitici rolünü kullanması gerekmektedir. Hastalık yılı uzadıkça özellikle 8 yıl sonrasında hastaların öz-bakım düzeyinin düştüğü görülmektedir. Kronik hastalıklarda

sürecin uzun olması bu durumu tetiklemektedir. Bu nedenle, tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi MS hastalığında da hastanın ve ailenin bakımının desteklenmesi gerekmektedir.

- Hastaların yaşam kalitesine etkisi olacağı düşünülen değişkenlerin iyi tespit edilmesi ve ilgili yaşam kalitesi alanına yönelik bakımın planlanması önemlidir. Bu amaçla fiziksel alana ilişkin yaşam kalitesinin artırılması için mevcut fonksiyonel kapasitenin maksimum kullanılması ve korunmasına yönelik, mental sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin artırılması için sosyal ve psikolojik destek sistemlerinin harekete geçirilmesi önerilebilir. Ayrıca cinsel işleve ve sağlıkta değişime ilişkin hastaların partnerleri ve ailelerinin de bakım sürecine dahil edilmeleri son derece önemlidir. Bu amaçla yaşam kalitesine yönelik bakımda aile, partner desteğinin ve eğitiminin sağlanması önerilmektedir.
- Araştırmada EDSS tüm yaşam kalitesi alanlarını etkileyen bir değişken olarak öne çıkmaktadır. Dolayısıyla bağımlılığın azalması, iş gücü kaybının önlenmesi amacıyla hastaların tedaviye, mevcut fonksiyon kapasitesine uyumunu sağlayacak bakım girişimlerinin oluşturulması ve bu konuyu ele alan araştırmaların yapılması önerilmektedir.
- Öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde, anlamlı bir ilişki olduğu ve bu araştırmada öz-bakım gücünün en çok mental sağlık üzerine etkisi olduğu görülmektedir. Hastanın öz-bakım gücünün uzun vadeli ve değişken hastalık doğası sürecinde sürekli desteklenmesi ve MS Hemşireliği alanının yapılandırılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abdullah EJ, Badr HE. Assessing the quality of life in patients with Multiple Sclerosis in Kuwait: a cross sectional study. *Psychol Health Med* 2017;23(4):391-399.
- Akkuş Y, Kapucu S. Multipl Skleroz ve hasta eğitimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2006;13(2):57-63.
- Akkuş Y. Multipl Sklerozlu hastalarda ev ziyareti yoluyla verilen bakım hizmetinin yaşam kalitesine etkisi, *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara, Doktora Tezi, 2008.*
- Akyol AD, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2002;41(2):97-102.
- Akyol AD., Özpoğaç B., Boztürk Y., Çakıcı K. İnmeli hastaların öz bakım güçlerinin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;19(1-3),35-45.
- Alataş Ö. Klinik İzole Sendrom ve relapsing remitting Multiple Skleroz hastalarında diffüzyon tensor görüntüleme bulgularının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Uzmanlık Tezi, 2013.*
- Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2015;2:19-30.
- Alharbi FM. Update in vitamin D and Multiple Sclerosis. *Neurosciences (Riyadh)* 2015;20(4):329-35.
- Alkan S. Multipl Sklerozlu hastalara verilen öz bakıma yönelik yapılandırılmış eğitimin öz bakım gücü üzerine etkisi, *Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum, Doktora Tezi, 2016.*
- Altay B, Avcı Aİ. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz-bakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Univ Tıp Fakul Derg* 2009;36(4):275-282.
- Altıparmak S, Fadıloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi* 2011;50(2):95-102.
- Amtmann D, Bamer AM, Kim J, Chung H, Salem R. People with Multiple Sclerosis report significantly worse symptoms and health related quality of life than the US general population as measured by PROMIS and Neuroqol outcome measures. *Disabil Health J* 2018;11(1):99-107.
- Ardahan M, Balyacı ÖE, Genç A. Yaşlıların algıladıkları aile desteğinin yaşam doyumlarına etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2012;21:59-62.

- Ascherio A, Munch M. Epstein-Barr virus and Multiple Sclerosis. *Epidemiology* 2000;11:220-224.
- Aygünoğlu SK, Çelebi A, Vardar N, Gürsoy E. Multipl Skleroz hastalarında yorgunluğun depresyon, özürlülük ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Arch Neuropsychiatr* 2015;52:247-251.
- Aykar FŞ, Bilge A, Mermer G, Şahin S. Validity and reliability of the social support scale in chronic diseases– TR (SSCII-TR). *Eur Geriatr Med* 2014;5:21-25.
- Bakoğlu E., Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;4(1),41-49.
- Başak T, Ünver V, Demirkaya Ş. Activities of daily living and self-care agency in patients with Multiple Sclerosis for the first 10 years. *Rehabil Nurs* 2015;40(1):60–65.
- Baumstarck K, Pelletier J, Boucekine M, Auquier P. Predictors of quality of life in patients with relapsing-remitting Multiple Sclerosis: a 2-year longitudinal study. *Rev Neurol* 2015;171(2):173-180.
- Bertrams HJ, Kuwert EK. Association of histocompatibility haplotype HLA-A3-B7 with Multiple Sclerosis. *J Immunol* 1976;117:1906-1912.
- Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)* 2016;137-150.
- Buck GH, Christopher SL, Debra KM, Nancy MA, Terry L, Bentley B, Worrall-Carter L, Riegel B. Relationship between self-care and health-related quality of life in older adults with moderate to advanced heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2012;27(1):8–15.
- Bulguroğlu İH. Multipl Skleroz’lu hastalarda mat pilates ve aletli pilates eğitiminin denge, kuvvet, mobilite, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
- Calcagno P, Ruoppolo G, Grasso MG, De Vincentiis M, Paolucci S. Dyshagia in Multiple Sclerosis prevalence and prognostic factors. *Acta Neurologica Scandinavica* 2002;105(1):40-43.
- Catic T, Culig J, Suljic E, Masic A, Gojak R. Validation of the disease-specific questionnaire MSQoL-54 in Bosnia and Herzegovina Multiple Sclerosis patients sample. *Medical Archives* 2017;71(2):103-106.
- Centers Disease Control and Prevention (CDC) 2016. Health-related quality of life. <https://www.cdc.gov/hrqol/index.htm>, 2018.
- Chen IH, Chi MJ. Effects of self-care behaviors on medical utilization of the elderly with chronic diseases -a representative sample study. *Arch Gerontol Geriatr* 2015;60:478–85.

- Chitnis T, Glanz B, Jaffin S, Healy B. Demographics of pediatric-onset Multiple Sclerosis in an ms center population from the Northeastern United States, *Multiple Sclerosis* 2009;15:627–631.
- Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *The Lancet*, 2008; 372: 1502-1517.
- Costello K, Halper J, Colleen H. Nursing practice in Multiple Sclerosis: A Core Curriculum. 1rd Ed., Canada, Demos Medical Publishing, 2003; 18.
- Dayapoğlu N. Multiple Sklerozlu hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk ve uyku kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Doktora Tezi, 2009.
- De Moerloose, P., Jeannet, M., Martins-da-Silva, B., Werner-Favre, C., Rohr, J. and Gauthier, G. Increased frequency of HLA-DRw2 and DRw3 in Multiple Sclerosis. *Tissue Antigens* 1979;13,357–360.
- De Ridder D, Ost D, Van der Aa F, Stagnaro M, Beneton C, Gross-Paju K, Eelen P, Limbourg H, Harper M, Segal JC, Fowler CJ, Nordenbo A. Conservative bladder management in advanced Multiple Sclerosis. *J Mult Scler* 2005;11(6):694-699.
- DeLorenze GN, Munger KL, Lennette ET, Orentreich N, Vogelmann JH, Ascherio A. Epstein-barr virus and Multiple Sclerosis: Evidence of association from a prospective study with long-term follow-up. *Arch Neurol* 2006;63:839-844.
- Direk M. Multiple Skleroz hastalarında yürüme bozukluğu ve yaşam kalitesinin incelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Doğan DH. Multiple Sklerozlu hastalara uygulanan refleksolojinin ağrı, yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Doktora Tezi, 2015.
- Doğru BV, Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç. Multiple Skleroz ve evde bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;30(2):100-117.
- Erbay Ö, Yeşilbalkan ÖU. Multipl Sklerozda ilaç tedavisine uyumu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2017;9(2):171-176.
- Erci B, Yılmaz D, Budak F. Yaşlı bireylerde özbakım gücü ve yaşam doyumunun umut düzeylerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017;8:72-76.
- Ertekin Ö, Özakbaş S, İdiman E, Algun CZ. Quality of life, fatigue and balance improvements after home-based exercise program in Multiple Sclerosis patients. *Noro Psikiyatr Ars* 2012;49:33-38.
- Ertekin Ö, Özakbaş S, Çınar BP, Algun ZC, İdiman E. Klinik İzole Sendrom ve Multipl Skleroz hastalarında fiziksel aktivite düzeyi, egzersiz algısı ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. *Noro Psikiyatr Ars* 2013;50:116-121.

- Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Türk Noroloji Dergisi* 2014;20(1):1-4.
- European Multiple Sclerosis Platform (EMSP) 2015. Multiple Sclerosis & employment in Europe literature summary. [http://www.theworkfoundation.com/wp-content/uploads/2016/11/396\\_Ready\\_for\\_Work\\_MS\\_Lit\\_Review.pdf](http://www.theworkfoundation.com/wp-content/uploads/2016/11/396_Ready_for_Work_MS_Lit_Review.pdf), 2018.
- Fraser R, Ehde D, Amtmann D, Verall A, Johnson KL, Johnson E, Kraft GH. Self-management for people with Multiple Sclerosis. *Int J MS Care* 2013;15:99–106.
- Frohman EM, Racke MK, Raine CS. Multiple sclerosis--the plaque and its pathogenesis. *N Engl J Med* 2006;354:942-955.
- George D, Mallery M. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update. 10rd Ed., Boston, Pearson. 2010.*
- Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2009;25(1):87-100.
- Haliloğlu S, İçağasıoğlu A, Baklacioğlu HŞ, Yumuşakhuyulu Y, Atlığ Ş, Demirhan E, Işık N. Multipl Sklerozda yaşam kalitesinin fonksiyonel durum ile ilişkisi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2009;24(3):129-133.
- Halper J, Holland NJ. *Comprehensive Nursing care in Multiple Sclerosis. 3rd Ed., New York, Springer Publishing. 2011; 25.*
- Harirchian MH, Fatehi F, Sarraf P, Honarvar NM, Bitarafan S. Worldwide prevalence of familial Multiple Sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Mult Scler Relat Disord* 2017;20:43-47.
- Hatam N, Bastani P, Shahtaheri RS. Quality of life in relapsing-remitting Multiple Sclerosis patients receiving CinnoVex compared with Avonex. *Journal of Research in Pharmacy Practice* 2016;5(3):181-185.
- Henriksson F, Fredrikson S, Masterman T, Johnsson B. Cost, quality of life and disease severity in Multipl Sclerosis. *Eur J Neurol* 2001;8(1):27-35.
- Heydarzadeh M, Atashpeykar S, Azar JT. Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010;15(2):71–76.
- Huh SY, Joo J, Kim SH, Joung AR, Park K, Kim W, Park MS, Kim HJ. Validity of Korean versions of the Multiple Sclerosis impact scale and the Multiple Sclerosis international quality of life questionnaire. *J Clin Neurol* 2014;10(2):148-156.
- İdiman E, Uzunel F, Ozakbas S, Yozbatiran N, Oguz M, Callioglu B, Gokce N, Bahar Z. Cross-cultural adaptation and validation of Multiple Sclerosis quality of life questionnaire (MSQOL-54) in a Turkish Multiple Sclerosis sample. *J Neurol Sci* 2006;240:77-80.



- İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: kronik bakım modeli. F.N. Hem. Derg 2015;23(1):66-75.
- Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. Heart Lung 2000;29(5):319-330.
- Janardhan V, Bakshi R. Quality of life in patients with Multiple Sclerosis: The impact of fatigue and depression. J Neurol Sci 2002;205:51–58.
- Kampman MT, Brustad M. Vitamin D: a candidate for the environmental effect in Multiple Sclerosis -observations from Norway. Neuroepidemiology 2008;30:140-146.
- Karabudak R, Karampampa K, Çalışkan Z. Treatment experience, burden and unmet needs (TRIBUNE) in MS study: results from Turkey. J Med Econ 2015;18(1):69-75.
- Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG. Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2017; 354-359.
- Karakurt P, Hacıhasanoğlu RA, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013;14(1):1-9.
- Karimi M, Brazier J. Health, Health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? Pharmacocon 2016;34(7):645-649.
- Kaya T, Karatepe AG, Demirhan A, Günaydın R, Gedizlioğlu M, Çe P. Multipl Sklerozlu hastalarda yorgunluk ve ilişkili faktörler, J Neurol Sci Turk 2009;26:(2)#19:190-197.
- Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res Nurs Health 1979;2(1):25-34.
- Kesselring J, Beer S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. Lancet Neurol 2005;4:643-652.
- Kessing D, Denollet J., Widdershoven J, Kupper N. Self-care and health-related quality of life in chronic heart failure: A longitudinal analysis. Eur J Cardiovasc Nurs 2017;16(7):605-613.
- Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T. Multidisciplinary rehabilitation for adults with Multiple Sclerosis. Cochrane Database Syst Rev 2007;18(2):1-61.
- Kılıç B, Ünver V, Bolu A, Demirkaya Ş. Sexual dysfunction and coping strategies in Multiple Sclerosis patients. Sex Disabil 2012;30:3-13.
- Kılıç Z. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin özbakım gücü ve etkileyen faktörler, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2013.

- King M. Health-related quality of life in cancer clinical trials and patient management. 2. Sağlıkta Yaşam Kongresi, İzmir, Özet Kitabı, 2007; 7.
- Krysko KM, O'Connor P. Quality of Life, Cognition and Mood in Adults with Pediatric Multiple Sclerosis. *Can J Neurol Sci* 2016;43(3):368-374.
- Kumsar KA, Yılmaz TF. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014;2(2):62-70.
- Kurbun H, Akten Mİ. Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2018;27(3):277-287.
- Kürtüncü M, Karabudak R, İdiman E. Multiple Skleroz tam ve tedavi kılavuzu: Multiple Sklerozda oral tedaviler *Türk Nöroloji Derneği* 2016;61-66. <https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/tnd-ms-k%C5%BElavuzu.pdf>, 2018.
- Kuşçu YD, Kandemir M, Ünal A, Topçular B, Kırbaş D. Longitudinal study of cognitive impairment in Multiple Sclerosis: a 5-year follow-up, *Noro Psikiyatr Ars* 2012;49:29-32.
- Lisak D. Overview of symptomatic management of Multiple Sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2001;33(5):224-230.
- Lublin FD, Reingold SC. Clinical features and subtypes of Multiple Sclerosis. *Blue Books of Practical Neurology* 2003;27:13-20.
- Mavioğlu H, Tülek Z, Bakar E, Tavşanlı GN. Multiple Sklerozda yaşam kalitesi ve ölçümü, *Türk Noroloji Dergisi* 2014;20(1):14-23.
- McCabe MP. Relationship functioning and sexuality among people with Multiple Sclerosis. *J Sex Res* 2002;39(4):302-309.
- Mehmeti M. Multipl Skleroz hastalarında alt ekstremite eklem hareket açıklığının, yürümeye etkisinin incelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi*, 2018.
- Metz LM, Patten SB, McGowan D. Symptomatic therapies of Multiple Sclerosis. *Biomed Pharmacother* 1999;53:371-379.
- Milanlıoğlu A, Özdemir GP, Çilingir V, Güleç ÇT, Aydın NM, Tombul T. Coping strategies and mood profiles in patients with Multiple Sclerosis, *Arq Neuropsiquiatr* 2014;72(7):490-495.
- Mirza M. Multiple Sklerozun etyoloji ve eğidemiolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2002;24(1):40-47.
- Mollaoğlu M, Fertelli KT, Tuncay ÖF. Multiple Sklerozlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(3):1-7.

- Mollaoğlu M, Üstün E. Fatigue in Multiple Sclerosis patients. *J Clin Nurs* 2009;18:1231-1238.
- Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve Hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kongresi, İzmir, Özet Kitabı, 2007; 9-11.
- Moore F, Vickrey B, Fortin K, Lee L. Two Multiple Sclerosis quality-of-life measures: comparison in a national sample. *Can J Neurol Sci* 2015;42(1):55-63.
- MS Society 2017. Vitamin D.  
<https://www.mssociety.org.uk/ms-research/emerging-areas/vitamin-d>, 2018.
- Multiple Sclerosis International Federation (MSIF) 2013. Atlas of MS.  
<https://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/Atlas-of-MS.pdf>, 2018.
- Munger KL, Levin LI, Hollis BW, Howard NS, Ascherio A. Serum 25-hydroxyvitamin D levels and risk of Multiple Sclerosis. *Jama* 2006;296:2832-2838.
- Mutluay FK. Multipl Skleroz rehabilitasyonu. *Turk Noroloji Dergisi* 2006;12:134-143.
- Nahcivan NÖ. Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, Doktora Tezi, 1993.
- Nahcivan NÖ. Turkish language equivalent of the exercise of self care agency scale. *Western Journal of Nursing and Health* 2004;47(3):311-320.
- Nahcivan ÖN. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması: öz bakım gücü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni* 1994;7(33):109-119.
- Naito S, Namerow N, Mickey MR, Terasaki PI. Multiple Sclerosis: association with HL-A3. *Tissue Antigens* 1972;2:1-4.
- Nejati S, Rajezi Esfahani S, Rahmani S, Afrookhteh G, Hoveida S. The effect of group mindfulness-based stress reduction and consciousness yoga program on quality of life and fatigue severity in patients with MS. *J Caring Sci* 2016;5(4):325-335.
- Nischwitz S, Muller-Myhsok B, Weber F. Risk conferring genes in Multiple Sclerosis. *FEBS Lett* 2011;585:3789-3797.
- Nortvedt MW, Riise T, Myhr KM, Nyland HI. Performance of the SF-36, SF-12, and RAND-36 summary scales in a Multiple Sclerosis population. *Med Care* 2000;38(10):1022-1028.
- Nortvedt MW, Riise T, Myhr KM, Nylan HI. Quality of life in Multiple Sclerosis: measuring the disease effect more broadly. *Neurology* 1999;53:1098-1103.
- Öz HS. Multiple Sklerozlu hastaların stresle baş etme tarzlarının ve psikiyatrik belirtilerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013.

- Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):57-72.
- Özer S., Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;21(1)63-77.
- Özkan S, Demirhan H, Çınar İÖ. Gebelik ve bazı sosyodemografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(3):28-37.
- Özkul Ç. Multipl Skleroz hastalarında aerobik eğitimle kombine pilates eğitiminin biyokimyasal faktörler, fiziksel performans, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara, Doktora Tezi, 2017.
- Özmen S. Multiple Sklerozlu hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
- Öztürk S, Aytaç G, Kızılay F, Sindel M. Multiple Skleroz. Akdeniz Tıp Dergisi 2017;3:137-147.
- Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi: Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık. 2013; 106-109.
- Pfennings L, Cohen L, Adèr H, Polman C, Lankhorst G, Smits R, van der Ploeg H. Exploring differences between subgroups of Multiple Sclerosis patients in health-related quality of life. J Neurol 1999;246:587-591.
- Pınar R. Diyabetes Mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, Doktora Tezi, 1995.
- Puvill T, Lindenberg J, Gussekloo J, de Craen Anton JM, Slaets Joris PJ, Westendorp Rudi GJ. Associations of various health-ratings with geriatric giants, mortality and life satisfaction in older people. PLoS One 2016;11(9):1-19.
- Raggi A, Covelli V, Schiavolin S, Scaratti C, Leonardi M, Willems M. Work-related problems in Multiple Sclerosis: A literature review on its associates and determinants. Disabil Rehabil 2016;38(10):936-944.
- Rezapour A, Almasian Kia A, Goodarzi S, Hasoumi M, Nouraei Motlagh S, Vahedi S. The impact of disease characteristics on Multiple Sclerosis patients' quality of life. Epidemiol Health 2017;19(39):1-17.
- Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. J Cardiovasc Nurs 2009;24(6):485-497.
- Riegel B., Dickson VV., Goldberg LR., Deatrck JA. Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care. Nurs Res 2007;56(4),235-243.

- Rosato R, Testa S, Bertolotto A, Scavelli F, Giovannetti AM, Confalonieri P, Patti F, Chisari CG, Lugaresi A, Pietrolongo E, Grasso MG, Rossi I, Toscano A, Loera B, Giordano A, Solari A. eMSQOL-29: Prospective validation of the abbreviated, electronic version of MSQOL-54. *J Mult Scler* 2018 DOI: 10.1177/1352458518774935.
- Sağıt B. Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda tele izlem yönteminin etkinliğinin incelenmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Şahan E. Kronik böbrek yetmezliği tanısı ile izlenen adölesanlarda yaşam kalitesi ve özbakım gücü. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 36-37.
- Şahin NE, Emiroğlu ON. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;1(1):57-66.
- Samuel L, Cavollo P. Emotional issues of the person with MS 2004. <https://secure.nationalmssociety.org/docs/HOM/Emotion.pdf>, 2018.
- Sarıdaş F. Multiple Skleroz gelişimi ile ilişkili miRNA'ların araştırılması. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa, Uzmanlık Tezi, 2018.
- Scalfari A, Knappertz V, Cutter G, Goodin SD, Ashton R, Ebers CG. Mortality in patients with Multiple Sclerosis. *American Academy of Neurology Neurology* 2013;81(2):184-192.
- Schmidt EZ, Hofmann P, Niederwieser G, Kapfhammer HP, Bonelli RM. Sexuality in Multiple Sclerosis. *J Neural Transm* 2005;112:1201-1211.
- Schwarzer R, Knoll N, Rieckman N. Social Support: To appear in: *Introduction to Health Psychology*. Kaptein A, Weinman J Eds. England, Blackwell Science Ltd. 2003; 1-20.
- Siva A, Kuşçu DY, Işık N, Ünal A, Sütlaş N, Saip S. Multiple Skleroz tanı ve tedavi kılavuzu: Multiple Sklerozda atak tedavisi. *Türk Nöroloji Derneği* 2016;20-24. <https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/tnd-ms-k%C5%BElavuzu.pdf>, 2018.
- Solari A, Filippini G, Mendozzi L, Ghezzi A, Cifani S, Barbieri S, Baldini S, Salmaggi A, Mantia LL, Farinotti M, Caputo D, Mosconi P. Validation of Italian Multiple Sclerosis quality of life 54 questionnaire. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;67:158-162.
- Solari A. Role of health-related quality of life measures in the routine care of people with Multiple Sclerosis. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:16.
- Song MR, Kim MJ, Lee IB, et al. A Study of the correlation between self-efficacy and self-care in hemodialysis. *J Korean Acad Nursing* 1999;29(3):563-575.

- Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E, Kayalı D, Yetiş Ç, Şentürk E, Kuralay M, Gülcan MA. izmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007;21(3):145-153.
- Soyuer F, Mirza M, Öztürk A. Multiple Skleroz’da yaşam kalitesi üzerine yorgunluk ve yetersizliğin etkisi. Erciyes Tıp Dergisi 2005;27(4):147-151.
- Soyuer F. Multipl Skleroz rehabilitasyonu. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2002;11(2):76-83.
- Stuifbergen AK, Roberts GJ. Health promotion practices of women with Multiple Sclerosis. Arch Phys Med Rehabil 1997;78(59):3-9.
- Tan M, Dayapoğlu N. Multiple Sklerozlu hastalarda yorgunluk ve Hemşirelik bakımı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011;19:105-108.
- Topçular B, Özcan EM, Kuşçu YD, İçen KN, Sütlaç NP, Kırbaş D, Bingöl A. Yineleyici Multiple Skleroz’da kognitif bozukluk. Noro Psikiyatr Ars 2012;49:178-182.
- Tsay SL, Healstead M. Self-care, self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. Int J Nurs Stud 2002;39:245-251.
- Tselis A. Epstein-Barr virus cause of Multiple Sclerosis. Curr Opin Rheumatol 2012;24:424-428.
- Tülek Z. Düzenli sağlık kontrolüne alınan Multipl Sklerozlu hastalarda yaşam kalitesinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, Doktora Tezi, 2006.
- Tülek Z. Multipl Sklerozlu hastanın Hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;11(2):25-32.
- Tuncay FÖ. Multiple Sklerozlu bireylere uygulanan soğutucu giysi (cooling suit) yönteminin yorgunluk ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, Doktora Tezi, 2013.
- Tuncer A, Karabudak R. Multiple Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu: Multiple Skleroz Sürecinde İzlenen Semptomların Tedavisi. Türk Nöroloji Derneği 2016; 67-74.  
<https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/tnd-ms-k%C5%BElavuzu.pdf>, 2018.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017. Ölüm Nedeni İstatistikleri.  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>, 2018.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) 2015. Rapor Bülteni.  
<https://www.khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/33e39a36e7f04aa490775e7c960fc338.pdf>, 2018.
- Türkiye MS Derneği 2017. MS ve D vitamini.  
<https://www.turkiyemsderneği.org/ms-d-vitamini/>, 2018.

- Türkmen E. Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna, Z. Editör, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2012; 37-44.
- Ulutürk S. Sağlık ekonomisi, sağlık statüsü, sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütler ve önemi: Türkiye örneği. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar* 2015;52(603):47-63.
- Ünal A, Işık N, Kuşçu YD, Sütlaş N, Saip S, Siva A. Multiple Skleroz Tanı ve Tedavi Kılavuzu: Multiple Sklerozda Atak Tedavisi. Türk Nöroloji Derneği 2013. [http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/MS'KILAVUZ\(2\).pdf](http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/MS'KILAVUZ(2).pdf), 2018.
- Ünal A, Mavioğlu H, Emre U. Multiple Skleroz tanı ve tedavi kılavuzu: Multiple Skleroz. Türk Nöroloji Derneği 2016;1-3. <https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/tnd-ms-k%C5%BElavuzu.pdf>, 2018.
- Üstün E. Multiple Sklerozlu hastalarda yorgunluk ve yorgunluğu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Vickrey BG, Hays RD, Harooni RW, Myers LW, Ellison GW. A health related quality of life measure for Multiple Sclerosis. *Qual Life Res* 1995;4:187- 206.
- Vural K, Temel AB. Cinsel doyumun yordanmasında bazı faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13(1):24-34.
- West P, Isenberg M. Instrument development: the mental health-related self-care agency scale. *Arch Psychiatr Nurs* 1997;9(3):126-132.
- Wollin J, Dale H, Spenser N, Walsh A. What people with newly diagnosed ms (and their families and friends) need to know. *Int J of MS Care* 2000;2(3):29-58.
- World Health Organization (WHO) 1997. Programme on mental health WHOQOL measuring quality of life. [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf), 2018.
- World Health Organization (WHO) 2008. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43968/1/9789241563758\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43968/1/9789241563758_eng.pdf), 2018.
- World Health Organization (WHO), 2017. Methods and data sources for country-level causes of death 2000-2015. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html), 2018.
- Wu GF, Alvarez E. The immunopathophysiology of Multiple Sclerosis. *Neurol Clin* 2011;29:257-278.
- Yıldız H, İçağasıoğlu A, Canik N, Ağaoğlu Y, Işık N, Emrem A, Karataş Z. Multipl Sklerozda yaşam kalitesi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2006;20(1):36-39.
- Yüceyar N, Feray S, Sütlaş N, Çelebi A, Toğrol E, Necioğlu D. Multiple Skleroz tanı ve tedavi kılavuzu: relaps remitting Multipl Sklerozda enjekte edilebilen

immünomodulator ilaçlar. Türk Nöroloji Derneği 2016;25-34.  
<https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/tnd-ms-k%C5%BElavuzu.pdf>,2018.

Yüceyar N, Özcan E. Multiple Skleroz tanı ve tedavi kılavuzu: multiple sklerozda monoklonal antikolar. Türk Nöroloji Derneği 2016;33-44.  
<https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/tnd-ms-k%C5%BElavuzu.pdf>,2018.

Zateri C. Multipl Sklerozda fonksiyonel durumun yaşam kalitesine etkisi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trakya, Uzmanlık Tezi, 2006.

Zengin O, Erbay E, Yıldırım B, Altındağ Ö. Quality of life, coping, and social support in patients with Multiple Sclerosis: a pilot study. Turk J Neurol 2017;23(4):211-218.





## EKLER

### EK 1: TANITICI BİLGİ FORMU

#### Sayın Katılımcı;

Siz değerli multiple skleroz hastalarınızda öz bakım gücünüzün yaşam kalitesi üzerine etkisini saptamak amacıyla tasarladığımız çalışmaya gönüllü olarak katılımınızı talep etmekteyiz. Amacımız ileride bu konuda yapılacak çalışmalara temel oluşturarak sizlerin yaşam kalitesini artırmaktır. Sizlerin katılımı ile gerçekleşecek olan çalışma hemşirelik bilimine de önemli katkılar sağlayacaktır. İlginiz ve desteğiniz için teşekkürler...

Arş. Gör. Ahsen TAŞTAN  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

#### TANITICI BİLGİ FORMU

- Yaşınız:.....
- Cinsiyetiniz:  
a) Kadın b) Erkek
- Eğitim durumunuz:  
a) Okur-yazar b) Ortaokul-Lise Mezunu c) İlkokul Mezunu d) Üniversite  
Mezunu
- Medeni durumunuz:  
a) Evli b) Bekar
- Çocuğunuz var mı?  
a) Var b) Yok
- Çalışma durumunuz:  
a) Çalışmıyorum (Hastalıktan dolayı)  
b) Çalışmıyorum  
c) Çalışıyorum
- MS Hastalık Tipiniz (.....)?
- EDSS .....
- Hastalık Süresi (.....)?  
a) 6 aydan az b) 6 ay- 1 yıl a) 2 – 3 yıl b) 4- 5 yıl c) 6 – 7 yıl d) 8 yıl ve  
üzeri
- Şu ana kadar kaç atak geçirdiniz? Sayısını belirtiniz: .....

## EK 2: ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (ÖBGÖ)

Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Bazı ifadeleri yanıtlamak zor gelirse, karar verebilmek için en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en güzel ifade eden açıklamaların karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	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 sahip değilim.					
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapma 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 projeler başlatmaktan 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.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.					
15.Sağlığımın çok iyi düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16.Sağlığıma korumak için yapılan çabaların tümünü hakkettiğine inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					

19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayırım.					
20.Kendimle dostum.					
21.Kendime iyi bakarım.					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfî 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 gerekli şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyarım.					
31.Bazen hastalandığımda rahatsızlıklarımı önemsemez 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 3: MSQL-54 (MULTIPLE SCLEROSIS QUALITY OF LIFE) MULTİPL SKLEROZ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu çalışmada, sağlığınız ve günlük aktiviteleriniz değerlendirilecektir. Her soruyu, size uygun gelen numarayı (1,2,3,...) yuvarlak içine alarak yanıtlayınız. Herhangi bir soruda, nasıl yanıt vereceğiniz konusunda tereddüt ederseniz lütfen verebileceğiniz en iyi yanıtı veriniz ve yanına yorum veya açıklama yazınız. **Formu okuma veya işaretleme konusunda tereddütleriniz olursa, soru sormaktan çekinmeyiniz.**

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz)

- Mükemmel ..... 1  
Çok iyi... ..... 2  
İyi..... 3  
Fena değil (orta)..... 4  
Kötü..... 5

2. **Bir yıl öncesi ile kıyasladığınızda**, genel olarak sağlığınıza **şu anda** kaç puan verirsiniz? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz)

- Şu anda geçen yıla göre çok daha iyi. .... 1  
Şu anda geçen yıla göre biraz daha iyi ..... 2  
Neredeyse aynı ..... 3  
Şu anda geçen yıla göre biraz daha kötü..... 4  
Şu anda geçen yıla göre çok daha kötü ..... 5

3-12. Aşağıdaki sorular, olağan bir günde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgilidir. **Sağlığınız** bu aktivitelerde bulunmanızı engelliyor mu? Eğer öyleyse, ne kadar? (Her satırda 1, 2 veya 3'ü yuvarlak içine alınız)

	Evet, oldukça engelliyor	Evet, biraz engelliyor	Hayır, hiç engellemiyor
3. Koşma, ağır kaldırma, ağır sporlara katılma gibi ağır aktiviteler	1	2	3
4. Bir masayı çekme, elektrik süpürmesini itme ve ağır olmayan sporları yapma gibi orta dereceli aktiviteler	1	2	3
5. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	1	2	3
6. Çok sayıda merdiven çıkma	1	2	3
7. Merdivenle bir kat çıkma	1	2	3
8. Eğilme veya diz çökme	1	2	3
9. Bir iki kilometreden fazla yürüme	1	2	3
10. Birkaç sokak öteye yürüme	1	2	3
11. Bir sokak öteye yürüme	1	2	3
12. Kendi kendine banyo yapma ve giyinme	1	2	3

13-16. **Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın** sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı? (Her satırda 1 seçenek işaretleyiniz.)

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
13. İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız <u>zamanı</u> azalttınız mı?	1	2
14. İstediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
15. İş veya diğer etkinliklerinizin <u>türünde</u> kısıtlanma oldu mu?	1	2
16. İş veya diğer etkinlikleri yaparken <u>güçlük</u> ektiniz mi? (rneğin daha fazla zaman aldı mı?)	1	2

17-19. **Son 4 hafta** boyunca, **duygusal sorunlarınızın** (rneğin çökkünlük, keder -depresyon- veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı? (Her satırda 1 seçenek işaretleyiniz.)

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
17. İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız <u>zamanı</u> azalttınız mı?	1	2
18. İstediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
19. İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar <u>dikkatli</u> yapamadınız mı?	1	2

20. **Son 4 hafta boyunca** bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal aktivitelerinizi ne derecede etkiledi?

(Seçeneklerden 1'ini işaretleyiniz)

- Hiç etkilemedi..... 1
- Biraz etkiledi..... 2
- Orta derecede etkiledi ..... 3
- Oldukça etkiledi ..... 4
- Aşırı derecede etkiledi ..... 5

## Ağrı

21. **Son 4 hafta** boyunca ne kadar **bedensel** **ağrınız** oldu? (Seçeneklerden 1'ini işaretleyiniz)

- Hiç ..... 1  
Çok hafif ..... 2  
Hafif ..... 3  
Orta ..... 4  
şiddetli ..... 5  
Çok şiddetli ..... 6

22. **Son 4 hafta** boyunca **ağrı**, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem evdişi işinizi) ne kadar etkiledi?

- (Seçeneklerden 1'ini işaretleyiniz)  
Hiç etkilemedi ..... 1  
Biraz etkiledi ..... 2  
Orta derecede etkiledi ..... 3  
Oldukça etkiledi ..... 4  
Aşırı derecede etkiledi ..... 5

23-32. Aşağıdaki sorular sizin **son 4 hafta boyunca** neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, **son 4 haftadaki** sıklığını göz önüne alarak seçiniz. (Her satırda 1 seçenek işaretleyiniz.)

	Her zaman	çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
23. Kendinizi yaşam/ canlılık dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
24. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
25. Kendinizi hiçbir Őeyin neşelendiremeyeceği kadar zgn hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
26. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
27. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
28. Kendinizi kırığın ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
29. Kendinizi yıpranmış,okyorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
30. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
31. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
32. Sabah uyandığınızda kendinizi dinlenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

33. **Son 4 hafta** boyunca **bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız** sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) **ne sıklıkta** etkiledi? (Sadece 1 seçeneği işaretleyiniz)

- Her zaman ..... 1  
Çoğu zaman ..... 2  
Bazen ..... 3  
Nadiren ..... 4  
Hiçbir zaman ..... 5

## Genel Sağlık

34-37. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU veya YANLIŞtır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
34. Bana, diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyormuşum gibi geliyor.	1	2	3	4	5
35. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
36. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
37. Sağlığım mükemmel.	1	2	3	4	5

## Sağlığa İlişkin Sıkıntılar

Geçtiğimiz 4 hafta boyunca aşağıdaki sorunlarla hangi sıklıkta karşılaştınız? (Her satırda 1 seçenek işaretleyiniz.)

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiç bir zaman
38. Sağlık problemleriniz cesaretinizi kırdı mı?	1	2	3	4	5	6
39. Sağlığımız konusunda hayal kırıklığına uğradınız mı?	1	2	3	4	5	6
40. Sağlığımız hayatınızda endişe kaynağı oldu mu?	1	2	3	4	5	6
41. Sağlık sorunlarınızın bir yük gibi omuzlarınıza çöktüğünü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

## Bilişsel İşlev

Geçtiğimiz 4 hafta boyunca aşağıdaki sorunlarla hangi sıklıkta karşılaştınız? (Her satırda 1 seçenek işaretleyiniz.)

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiç bir zaman
42. Konsantre olma (yoğunlaşma) ve düşünme konusunda güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4	5	6
43. Bir aktiviteye uzun süre dikkatinizi verme konusunda sorun yaşadınız mı?	1	2	3	4	5	6
44. Hafıza ile ilgili sorun (unutkanlık) yaşadınız mı?	1	2	3	4	5	6
45. Çevrenizdekiler (aile üyeleri veya akrabalar vb), hafıza veya konsantrasyonla ilgili sorunlarınız olduğunu farkettiler mi?	1	2	3	4	5	6

## Cinsel İşlev

46-50. Aşağıdaki sorular cinsel işlevleriniz ve bundan aldığınız doyum ile ilgilidir. Lütfen soruları **sadece son 4 haftayı** dikkate alarak, mümkün olduğunca doğru yanıtlayınız

ERKEK	Sorun olmadı	Çok az sorun oldu	Sorun oldu	Büyük sorun oldu
46. Cinsel ilgi azlığı	1	2	3	4
47. Ereksiyonun (penisin sertleşmesinin) gerçekleşmesinde veya sürdürülmesinde güçlük	1	2	3	4
48. Orgazm olmada (boşalmada) güçlük	1	2	3	4
49. Cinsel partneri (eşi) tatmin edebilme becerisi	1	2	3	4

KADIN	Sorun olmadı	Çok az sorun oldu	Sorun oldu	Büyük sorun oldu
46. Cinsel ilgi azlığı	1	2	3	4
47. Vaginada (döl yolunda) kuruluk (yetersiz ıslanma)	1	2	3	4
48. Orgazm olmada güçlük	1	2	3	4
49. Cinsel partneri (eşi) tatmin edebilme becerisi	1	2	3	4

50. Son 4 hafta boyunca genel olarak cinsel işlevleriniz /yeterliliğiniz sizi ne kadar tatmin etti?

(Sadece 1 seçenek işaretleyiniz.)

- Çok tatmin etti..... 1
- Biraz tatmin etti..... 2
- Ne etti, ne etmedi..... 3
- Pek tatmin etmedi ..... 4
- Hiç tatmin etmedi..... 5



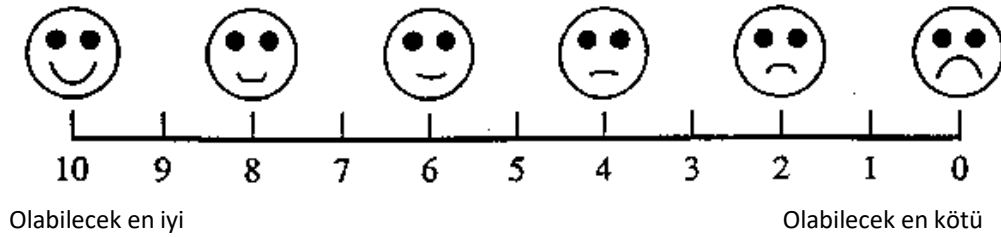
51. Son 4 hafta boyunca, barsak veya idrar sorunlarınız aileniz, arkadaşlarınız ve komşularınızla olan sosyal yaşamınızı ne derecede engelledi?

- Hiç engellemedi ..... 1  
Hafif derecede engelledi .....2  
Orta derecede engelledi ..... 3  
Oldukça engelledi ..... 4  
Aşırı derecede engelledi..... 5

52. Son 4 hafta boyunca ağrınız yaşamdan zevk almanızı ne derece engelledi? (Sadece 1 seçenek işaretleyiniz.)

- Hiç engellemedi ..... 1  
Hafif derecede engelledi ..... 2  
Orta derecede engelledi ..... 3  
Oldukça engelledi ..... 4  
Aşırı derecede engelledi..... 5

53. Genel olarak yaşam kalitenize kaç puan verirsiniz? (Aşağıdaki şekil üzerinde sadece 1 sayıyı işaretleyiniz)



54. Yaşamınızı tüm boyutlarıyla bir bütün olarak düşündüğünüzde, duygularınızı en iyi aşağıdakilerden hangisi tanımlar? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz)

- Berbat.....1  
Mutsuz .....2  
Çoğunlukla memnuniyetsiz .....3  
Değişken- Bazen memnun, bazen memnuniyetsiz. ....4  
Çoğunlukla memnun .....5  
Bir hayli memnun.....6  
Çok memnun .....7

## EK 4: Etik Kurul Onayı



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1032

23.06.2017

Sayın Yrd.Doç.Dr. Afitap ÖZDELİKARA

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Multiple Skleroz Hastalarında Özbakım Gücünün Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2017/265 Karar nolu Ölçek geliştirme çalışmaları nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 22.06.2017 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof.Dr.Dursun AYGÜN  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## EK 5: OMÜ SUVAM Kurum İzni



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : 15374210-757.01-E.20064  
Konu : Tez Çalışmanız Hakkında

21/08/2017

SN. AHSEN TAŞTAN

"Multiple Skleroz Hastalarında Özbakım Gücünün Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" adlı yüksek lisans tez çalışmanızı Hastanemizde yapma isteğiniz uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize rica ederim.

**e-imzalıdır**

Doç.Dr. Tekin ŞİMŞEK  
Merkez Müdürü V.

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN  
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29  
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Kep Adresi: [omu@hs01.kep.tr](mailto:omu@hs01.kep.tr)

Meral TULUM  
[meral.tulum@omu.edu.tr](mailto:meral.tulum@omu.edu.tr)  
Dahili Tel : 2327

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

## EK 6: Öz-Bakım Gücü Ölçeği İzni

Q label:ölçek-izinleri X ▾

3 ileti dizisinden 2. < >

**Ahsen Taştan** <ahsen.170389@gmail.com> 26 May 2017 12:52 ☆ ↶  
Alıcı: nnahcivan, nursen ▾

Sayın Nahcivan,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktayım.

Öz-Bakım gücünü ölçen bir yüksek lisans tezi planlamaktayız. Sizin çalışmalarınızda incelemiş olduğumuz ve geçerlik güvenirliğini yaptığımız öz bakım gücü ölçeği için izninizi ve ölçek ile ilgili bilgileri rica ediyoruz.

İyi Çalışmalar Diliyorum...

...

**Nursen Nahcivan** <nnaahcivan@gmail.com> 26 May 2017 13:01 ☆ ↶  
Alıcı: ben ▾

Ahsen Hanım merhaba,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili gerekli dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dilekleriyle,

--  
Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN  
İstanbul Üniversitesi/İstanbul University

## EK 7: MSQoL-54 Ölçeği İzni

Q label:ölçek-izinleri X ▾

3 ileti dizisinden 1. < > ⚙

**Ahsen Taştan** <ahsen.170389@gmail.com> 30 May 2017 Sal 14:26 ☆ ↩ ⋮  
Alıcı: Serkan ▾

Sayın Hocam,

Dün sizin ile MS hastalarında yaşam kalitesini ölçen MSQoL-54 ölçeği ile ilgili izniniz için telefon görüşmesi yapmıştık. Kullanabilirsiniz şeklinde cevap vermiştiniz. İzniniz ve ilginiz için teşekkür ederim Hocam. Fakat yüksek lisans tezinin arkasına yazılı izin gerekmekte imiş. Mail yoluyla ile de izninizi önemle rica ediyorum Hocam.

İyi Çalışmalar Diliyorum...

⋮

**Serkan Ozakbas** <serkan.ozakbas@gmail.com> 30 May 2017 Sal 15:16 ★ ↩ ⋮  
Alıcı: ben ▾

Merhaba,

Türkçe geçerlik çalışmasını yaptığımız MSQoL-54 ölçeğini kullanmanıza izin veriyoruz.  
Başarılı bir çalışma olmasını dilerim.

Prof Dr Serkan Özakbaş  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Nöroloji Anabilim Dalı

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Ahsen TAŞTAN

**Doğum Yeri:** Sakarya

**Doğum Tarihi:** 17.03.1989

**Medeni Hali:** Bekar

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):**

Lisans: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü  
2010-2014

Yüksek Lisans: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları  
Hemşireliği Programı 2016- Devam ediyor.

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:**

Medicana International Samsun 2014-2014

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2016- Devam  
ediyor.

**E-posta:** ahsen.tastan@omu.edu.tr

