



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE EL MASAJININ BAZI
SEMPTOMLARA ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Döndü TUNA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nimet OVAYOLU

Gaziantep
2011



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE EL MASAJININ BAZI
SEMPTOMLARA ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Döndü TUNA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI)

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nimet OVAYOLU

Gaziantep
2011

**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE EL MASAJININ BAZI
SEMPTOMLARA ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Döndü TUNA

Tez Savunma Tarihi: 01.07.2011

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. A. Tuncay DEMİRYÜREK

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Akif ŞİRİKÇİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Nimet OVAYOLU

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Prof. Dr. Akif ŞİRİKÇİ

Doç. Dr. Nimet OVAYOLU

Yard. Doç. Dr. Neriman AYDIN

BEYAN

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

24. 06. 2011

Döndü TUNA

TEŞEKKÜR

Çalışmamın başlangıcından bugüne kadar bilgi, birikim ve yardımlarını esirgemeyen, çalışmama rehberlik eden, beceri ve tecrübeleri ile meslek hayatımı yönlendiren sayın hocam Doç. Dr. Nimet OVAYOLU'na, istatistiksel analizde destek veren Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN'a, çalışmamın her aşamasında özveri ile yardımlarını esirgemeyen Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Görevlisi Özlem OVAYOLU'na ve tabî ki her zaman yanımda olan ve her türlü desteği sağlayan sevgili aileme teşekkür eder, sonsuz hürmet ve şükranlarımı sunarım.

Döndü TUNA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	1
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	1
SEKİL VE RESİM LİSTESİ	1
TABLolar LİSTESİ	1
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2.GENEL BİLGİLER	4
2. 1. Romatoid Artrit	5
2. 1. 1. Epidemiyoloji.....	5
2. 1. 2. Patoloji.....	6
2. 1. 3. Etiopatogenez.....	7
2. 1. 4. Klinik Seyir.....	8
2. 1. 5. Tanı Kriterleri.....	10
2. 1. 5. 1. Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterleri.....	10
2. 1. 6. Klinik Bulgular.....	11
2. 1. 7. Eklem Bulguları.....	12
2. 1. 8. Ekstraartiküler Semptom Ve Bulgular.....	13
2. 1. 9. Laboratuar Bulguları.....	14
2. 1. 10. Görüntüleme Yöntemleri.....	14
2. 2. Tedavi.....	15
2. 2. 1. Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar.....	15
2. 2. 2. Kortikosteroidler.....	16
2. 2. 3. Hastalığı Modifiye Edici İlaçlar.....	16
2. 3. Nonfarmakolojik Tedavi.....	17
2. 3. 1. Hasta Eğitimi.....	18
2. 3. 2. Egzersiz.....	18
2. 3. 3. İstirahat.....	19

2. 3. 4. Fizik tedavi.....	19
2. 3. 5. Uğraşı Terapisi.....	20
2. 3. 6. Akupunktur.....	20
2. 3. 7. Tai Chi.....	20
2. 3. 8. Yoga.....	20
2. 3. 9. Homeopati.....	20
2. 3. 10. Diyet.....	21
2. 4. Masaj.....	21
2. 4. 1. Klasik Masaj İlkeleri.....	22
2. 4. 2. Endikasyonları.....	22
2. 4. 3. Kontraendikasyonları.....	23
2. 4. 4. Klasik Masaj Manipülasyonları.....	23
2. 4. 4. 1. Sıvazlama.....	23
2. 4. 4. 2. Yoğurma.....	23
2. 4. 4. 3. Friksiyon.....	24
2. 4. 4. 4. Darbeleme.....	24
2. 4. 4. 5. Titreşim.....	24
2. 5. El Masajı.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3. 1. Araştırmanın tipi.....	27
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	27
3. 3. 1. Araştırmanın Evreni.....	27
3. 3. 2. Araştırmanın Örneklemi.....	27
3. 3. 3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.4. Masaj uygulaması.....	28
3. 5. Verilerin toplanması.....	29
3. 5.1. Veri Toplama Araçları.....	29
3. 5. 2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	30
3. 5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	31
3. 6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	31
3. 7. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3. 8. Süre ve Olanaklar	31
4. BULGULAR	32

4. 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Sosyo - Demografik Bulguları...	32
4. 2. Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımına ilişkin Bulgular...	34
4. 3. Masaj Uygulaması Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşadıkları Bazı Semptomların Dağılımına ilişkin bulgular.....	36
4. 4. Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Ağrı Pua Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	40
4. 5. Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	40
4. 6. Müdahale ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Puan Farklarının Dağılımına İlişkin Bulgular.....	41
4. 7. Grupların Yaş ve Hastalık Süresi ile Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Genel Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	42
4. 8. Grupların Ağrı ile Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Genel Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye dair bulgular.....	43
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	50
7. KAYNAKLAR.....	51
8. EKLER.....	58
EK-1 Hasta Tanıtım Formu.....	58
EK-2 Sağlık Değerlendirme Anketi.....	60
EK-3 Hasta Onam Formu.....	62
EK-4 Hastane Başhekimlik Onayı	64
EK-5 Araştırma Başvuru Onayı	67
ÖZGEÇMİŞ.....	69

SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ

RA: Romatoid artrit

HPV: Human Parvovirus

HLA: Human Leukocyte Antigen

RF: Romatoid faktör

IgM: İmmünglobulin M

IgA: İmmünglobulin A

ARC: Amerikan Romatizma Koleji

IgG: İmmünglobulin G

IgM: İmmünglobulin M

NSAİİ: Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar

DMARD: Disease-Modifying Antirheumatic Drug – Hastalığı Modifiye Edici İlaçlar

Gİ: gastrointestinal

KS: Kortikosteroidler

MTX: Metotreksat

TNF- α : Tumor Necrosis Factor-alfa

TAT: Tamamlayıcı-Alternatif Tıp

ABD: Amerika Birleflık Devletleri

DİF: Distal İnterfalangial Eklem

HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire)

MKF: Metakarpofalangial Eklemler

PİF: Proksimal İnterfalangial Eklemler

MTF: Metatarsofalangial Eklem

LFI: Lee Fonksiyonel İndeksi

RESİM LİSTESİ

	Sayfa No
Resim 1:.....	25
Resim 2:	25
Resim 3:	26
Resim 4:	26

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Sosyo-Demografik ve Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 2: Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı...	35
Tablo 3: Masaj Uygulaması Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşadığı Bazı Semptomların Dağılımı.....	37
Tablo 3'ün devamı: Masaj Uygulaması Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşadığı Bazı Semptomların Dağılımı.....	39
Tablo 4: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Ağrı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı..	40
Tablo 5: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı..	41
Tablo 6: Müdahale ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Puan Farklarının Dağılımı.....	42
Tablo 7: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ İle Yaş ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	43
Tablo 8: Grupların Ağrı ile Uygulama Öncesi ve Sonrası yaşam kalitesi Genel Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	43

ÖZET

ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE EL MASAJININ BAZI SEMPTOMLARA ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Döndü TUNA

Yüksek Lisans Tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nimet OVAYOLU

Haziran-2011 Sayfa: 68

Bu araştırma, romatoid artritli hastalara yapılan el masajının klinik semptomlara etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak, 30 müdahale, 30 kontrol grubu ile Kasım 2009- Mayıs 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplamada Hasta Bilgi formu, bu form içerisinde yer alan Görsel Analog Skala ve Sağlık Değerlendirme Anketi uygulanmıştır. El masajı yapılan grubun uygulama öncesi %86,7'sinde yorgunluk problemi mevcutken, %53,3'ünün uygulamanın 15. gününde yorgunluk yaşadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Uykusuzluk problemi uygulama öncesi %63,3, 15. gününde ise %53,3 oranında tespit edilmiştir. El masajı öncesi, ağrı puan ortalamasının müdahale grubunda $7,6 \pm 2,2$, el masajı sonrası ise müdahale grubu ağrı puanının $6,4 \pm 2,0$ 'a düştüğü ve her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0,202$). El masajı öncesi müdahale grubunda Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire HAQ) puan ortalamasının $2,1 \pm 0,6$, kontrol grubunda $1,7 \pm 0,6$ olduğu, el masajı sonrası müdahale grubu HAQ puanının $1,7 \pm 0,5$ 'e, kontrol grubunun HAQ puanının $1,5 \pm 0,6$ 'ya düştüğü, iki grup arasında zaman bakımından farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$).

Bu çalışma sonucunda el masajının fonksiyonel durumun arttırılmasında ve yorgunluk, ağrı ve uyku problemlerinin kontrolünde olumlu etki gösterdiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda bazı semptomların azaltılmasında ve fonksiyonel durumun desteklenmesinde, tamamlayıcı yöntemlerden biri olan el masajının farmakolojik yöntemlerle beraber hastalara uygulanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Romatoid artrit, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, fonksiyonel durum, el masajı

ABSTRACT

THE EFFECT OF HAND MASSAGE ON SOME SYMPTOMS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Döndü TUNA

Master Thesis, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Associate Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

June 2011, 68 Pages

The research was conducted as a experimental in order to efficiency of hand massage to clinic sympmtoms in Rheumatoid arthritis (RA) patients, it consisted of 30 experimental group and 30 control group are included between November 2009 and May 2011. Patient Information Form, within this form, the Visual Analog Scale and Health Assessment Questionnaire was used to capture data. The end of the resarch these are concluded; the %86,7 of experimental group has tired problem, the 15. day of reseacrh %53.3 of these group say that they were feeling tired. Before the research %63,3 of these group has sleeping promlem, 15. day of resarch %53,3 has this problem. Before hand massage, experimental group pain point average was found $7,6\pm2,2$, and after hand massage, it's pain point falls down to $6,4\pm2.0$ there is no significant difference between experimental and control groups ($p=0,202$). Before hand massage, experimental group HAQ point average was found $2,1\pm0,6$, control group HAQ point average was $1,7\pm0,6$ and after hand massage, the experimental group HAQ point falls down to $1,7\pm0,5$ and control group HAQ point to $1,5\pm0,6$, there is a significant difference between experimental and control groups in terms of time ($p=0,000$).

The end of the research showed that, hand massage was enhancing the functional state and which have a positive effect on the control to pain, fatigue and sleeping problems. Hand massage is one of the complementary methods to reduce the symptoms can be used with pharmacologic methods.

Key words: Rheumatoid arthritis, pain, fatigue, sleeping problems, functional state, hand massage

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Romatoid artrit (RA); en sık görülen inflamatuvar, simetrik, eroziv sinovit ve bazen multisistem organ tutulumu ile karakterize etyolojisi bilinmeyen otoimmün bir hastalıktır. Toplumda görülme sıklığı %0.5-1 civarında değişmektedir (1). Kadınlarla erkekler arasındaki oran 3/1 ve görülme yaşı 30-50'dir (1,2).

Tipik bulgular sabah sertliği ve küçük eklemlerde simetrik şişliktir. Sinovyal membrandaki enflamasyon eklemlerde ağrı, şişlik, hassasiyet ve eklem sertliğine neden olur. Artiküler semptomların yanında ekstraartiküler tutulumlar da görülür (3,4).

RA önemli bir özürllülük nedeni olan kronik seyirli bir hastalıktır. (5). RA'de %90'dan fazla hastada eller öncelikli olarak tutulur ve el fonksiyonları ciddi olarak etkilenir. Pek çok günlük yaşam aktivitesinin gerçekleştirilmesinde el kullanımı gerektirmesi nedeniyle el işlevi özürllülüğün önemli bir bileşenidir (6,7). Kapı açmak, kavanozun kapağının açılması, ağır eşyaların kaldırılması ve taşınması gibi birçok günlük yaşam aktiviteleri el kuvveti gerektirir ve RA hastalarında el kuvveti sağlam hastalara göre %75 daha düşüktür (8).

Elin etkin olarak kullanılabilmesi için anatomik bütünlük, eklem hareket açıklığı, kas gücü, duyu ve koordinasyonun normal olması ile ağrının olmaması gerekir. RA'li hastalarda, elde şişlik, ağrı, eklem hareket açıklığında ve kas gücünde azalma ile deformiteler, kavrama gücünde azalmaya yol açarak el fonksiyonlarının etkilenmesine neden olur. Deformiteler anatomik bozukluğa yol açar ve hareket yeteneği kaybına sebep olabilir. Elde RA'e bağlı meydana gelen fonksiyon kaybının saptanması erken tanı ve uygun tedavinin başlanması için önem taşımaktadır. Hastaların el fonksiyonlarındaki bozulmalar günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyeceği için, el ve el bileğindeki kısıtlılık ve yetersizlikler belirlenerek fonksiyonlar yakından takip edilmeli, çabuk ve kalıcı önlemler alınmalıdır (5,7). Bu nedenle tedavide ana amaç ağrıyı gidermek, hastalığın yol açtığı fonksiyon kaybını önlemek ve deformiteleri engellemektir (9). Uygulanan medikal tedavilerin yanı sıra çeşitli egzersizler, fizik tedavi ajanları, yardımcı cihazlar, hasta eğitimi, enerji koruma prensipleri, iş-uğraşı terapisi gibi günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmaya yönelik rehabilitasyon yöntemleri de kullanılmaktadır (10). Bu yöntemlerin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için multidisipliner yaklaşım gereklidir (1). Hemşirelik eğitiminde masaj, soğuk

uygulama gibi geleneksel yöntemler yer almasına rağmen son dönemde bazı özel girişimleri (örneğin; TENS) uygulamak için eğitim alan hemşirelerin sayısı da giderek artmaktadır (11).

Yapılan literatür taramalarında hemşireler tarafından uygulanan masajın ağrı ve diğer semptomların yönetiminde kullanımının oldukça etkili olduğu görülmüştür. Kronik hastalığı bulunan bireyler tarafından ağrı ve diğer semptomların yönetiminde ucuz ve non-invaziv bir yöntem olan masajın kullanımına dair veriler umut vericidir. Vücudun yumuşak doku alanlarına yapılan manipulasyon olarak tanımlanan masaj, gevşemeye yardımcı olmak, uykuyu kolaylaştırmak ve kas ağrılarını gidermek amacıyla klinik ortamlarda kullanılmaktadır. Ayrıca masaj uygulaması rahatlatıcılığı ve yan etkilerinin olmaması nedeniyle de tercih edilmektedir (12).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma romatoid artritli hastalara yapılan el masajının semptomlar üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Ülkemizdeki literatürler gözden geçirildiğinde masajın romatoid el üzerinde ne derece güvenli ve yararlı olduğunu gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışma, masajın semptomlar üzerine etkisini gösteren araştırmalara dikkat çekmek ve bu konuda gelecekte yapılacak olan uygulamalara rehberlik etmek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Romatoid Artrit

Romatoid artrit (RA); etiyolojisi belli olmayan, organ tutulumuna yol açan, simetrik poliartiküler ağrı ve şişlik, sabah katılığı, yorgunluk ve halsizlik gibi sistemik bulgular gösteren, özellikle eklemleri tutan ve deformitelerle seyreden, inflamasyon ve hasarla karakterize, yaşam kalitesinde bozulmayla ilişkili, ilerleyici bir hastalıktır (13,14,15,16,17).

RA kronik bir hastalık olarak bireyin benlik imgesini, benlik değerini ve yaşam güvencesini tehdit etmekte, uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca belirsiz zamanlarda ani alevlenmeler, ilerledikçe fiziksel şekil bozuklukları ve dayanılmaz ağrı gelişimine yol açabilmektedir. Ağrı, acı ve ızdırap verici olmakla beraber bireyi ruhsal, sosyal ve bedensel olarak etkilemektedir. Olguların %75'i belirtiler başladıktan sonraki ilk iki yıl içinde tutulan eklemlerde erozyonlar ve ağrı yakınmaları deneyimlemektedir (2).

Özürlülük gelişimine engel olabilmek için tedavi programına sakatlık oluşmadan önce başlanmalı, fiziksel yetersizlik gelişmiş vakalarda da eski fonksiyonları geri kazanmak amaç olmalıdır. Bunu başarabilmek için ağrı kontrolü sağlanmalı, kas gücü ve eklem hareket açıklığı korunmalı, enerji tüketimi azaltılmalı, destek sağlayıcı ortez ve splintler kullanılmalı, hastaya hastalığıyla ilgili eğitim programlarına katılma olanağı sağlanmalıdır (18).

2.1.1. Epidemiyoloji

RA dünyada en sık görülen iltihabi romatizmaların başında gelir, farklı çalışmalarda ve farklı zaman dilimlerinde önemli değişiklik göstermekle birlikte, erişkin toplumda prevalansı %0.5-1.0, yıllık insidansı ise %0.03'tür (16,19,20). Hastalık bebek ve yaşlılar dahil her yaştaki bireyleri etkiler, ancak en sık olarak 40-50 yaşındaki kadınlarda ortaya çıkmaktadır. RA 45 yaşın altındaki erkeklerde çok sık değildir, ancak yaşın artmasıyla insidans hızlı bir şekilde 70'li yaşlara kadar artar, kadınlarda 45 ve 75 yaş arasında bir plato çizer sonrasında azalır. Cinsiyetler arası insidans farkı en çok 50 yaş altındadır (16,21).

Çeşitli coğrafi topluluklar için benzer tahminler olmasına rağmen, kırsal Afrika nüfusu için daha fazla çeşitlilik ortaya konmuştur. Kimi yerde %0.1 olarak bildirilirken,

Kızılderelilerde (Pima, Yakima ve Chippewa kabileleri dahil) görülme sıklığı %0,5 olabilmektedir. Bunun yanı sıra Çin ve Japon toplumlarında hastalık prevalansı düşüktür. Bu veriler hastalık riskinde genetik özellikleri ön plana çıkarmaktadır (21,22). Birinci derece akrabaları arasında RA'lı bulunan bir kişide RA gelişme riski, genel topluma göre 16 kez artmış bulunmaktadır. RA'lı bir kişinin birinci derece akrabaları arasında hastalık bulunma sıklığı ise %10 kadardır. Monozigot ikizlerde %30, dizigot ikizlerde %5 RA görülme riski vardır (23).

2. 1.2. Patoloji

Romatoid artrit kronik poliartiküler sinovit, kıkırdak ve kemikte ilerleyici erozyon ile karakterizedir. Sinovyumun en önemli fonksiyonu, eklem kıkırdağının beslenmesini sağlayan ve eklem sürtünmesiz hareketi için kayganlaştırıcı olan sinovial sıvıyı salgılamaktır. Anatomik olarak normal sinovya iki kısımdan oluşur. Birinci kısım eklem aralığına bakan 1-2 hücreden oluşan basal membransız ince intimal tabaka olarak adlandırılır, gevşek organize olmuştur ve avaskülerdir. Sinoviyal sıvının üretiminden sorumludur. İç hücre dizisinde iki temel hücre tipi mevcuttur. Tip A hücreler "makrofaj benzeri" hücrelerdir ve kemik iliğinden köken alırlar. Fagositoz, antijen sunumu, sitokinler, büyüme faktörleri ve inhibitörlerinin sentezi ve sekresyonu, birçok inflamatuvar mediatörün ve doku yıkımına neden olan enzimlerin üretimi gibi çok sayıda fonksiyonel karakteristikleri vardır. Ayrıca yeni kan damarlarının oluşumunda (neoangiogeneze) önemli rol oynarlar. Yeni kan damarları kıkırdak ve kemiğe komşu daha derin alanlara girdikçe yıkıma neden olan maddeler daha fazla hasar oluştururlar. Diğer hücre tipi Tip B hücreler olup, mezenkimal kökenden gelirler ve "fibroblast benzeri" morfolojileri vardır. Birçok inflamatuvar ve yıkım mediatörlerini sentezlerler. Kıkırdak ve kemik yıkımında birincil etkin rol oynayan hücrelerdir. Sinovyanın ikinci kısmı ise az sayıda hücre ve daha çok damarsal yapılar içeren subintimal tabakadır. Bu tabaka aselülerdir, kan damarları ve fibroblastlar içerir. Bu iki tabaka ortak olarak çalışır. Glikozaminoglikanların yapımını ve vasküler yapılara filtrasyonunu sağlamak temel görevleridir.

Eklem kıkırdağı, subkondral kemiği sinoviyal invazyondan ve sinoviya tarafından salgılanan bir takım inflamatuvar maddelerin yıkıcı etkilerinden koruyan bir bariyer olarak görev yapar. Eklem kıkırdağı ve sinoviyum arasında yer alan "çıplak alanlar" hipertrofik sinoviyumun yıkıcı etkilerinden korunamaz. Romatoid sinovyumun kıkırdak, kemiği ve bağları erozyona uğratan invaziv kısmına "pannus" denir.

Kıkırdak-pannus bileşkesinde, fibroblast benzeri sinovistler ve makrofajlar kıkırdaki penetre eden dokuda kümeleşirler. Sinoviyal doku tarafından salgılanan yıkıcı enzimler ve pannus kıkırdak hasarına neden olur. Eklem anatomisinin bozulmasında ve hastalığın yol açtığı deformitelerin oluşmasında pannuslar rol oynar (13,24,25).

2.1.3. Etiopatogenez

Romatoid artrit klasik tanımı etiyolojisi belli olmayan otoimmün bir hastalık olarak bilinir. Hastalığın etiopatogenezini kesin olarak bilinmemekle birlikte enfeksiyöz ajanlar, genetik, çevre, yaş, immün sistem bozukluğu, stres, cinsiyet (kadın olmak), doğum ağırlığı, yaşam tarzı gibi faktörler suçlanmaktadır (21,22,26,27,28).

Hastalık daha çok kadınlarda (3/1) görülür ve yine kadınlarda daha hızlı ilerler, daha ciddi seyreder ve erkeklere oranla daha düşük remisyon oranları gösterir. Bunun mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte hormonlar bu etkiden sorumlu tutulmaktadır. Östrojen yüksek seviyelerde RA'ı stimüle ederken, düşük dozlarda inhibe etmektedir. Örneğin hamilelikte özellikle üçüncü trimesterde RA, remisyona girmektedir. Bu dönemde kadın seks hormonlarının RA'de koruyucu bir rol oynadığı düşünülmektedir (3,13,22).

RA'nın patogenezi muhtemelen birçok faktörden etkilenmektedir; yatkınlık sağlayan genetik zemin yanında bilinmeyen çevresel faktörlere maruz kalmak da önemlidir. Birçok teorik ve deneysel parametreler otoimmün hastalıklarda enfeksiyonların tetikleyici rolünü desteklemektedir. Buna karşın henüz RA'de sinoviti herhangi bir patojenin başlattığı kanıtlanamamıştır (16). Romatoid Artrit'in etiopatogenezinde birçok enfeksiyöz ajanın rolü olabileceği öne sürülmüştür. Human Parvovirus (HPV) B19, Chlamydia trachomatis, Mycobacterium tuberculosis, Escherichia coli, Epstein Barr virus, Rubella en sık suçlanan ajanlardır. Ancak bu ajanların enfeksiyona nasıl yol açtıkları bilinmemektedir (2,4,29).

Bazı otoimmün hastalıklarda genetik yapının rolü açık bir şekilde ortaya konmuştur. RA'de genetik yatkınlığın olduğunu gösteren birçok veri vardır. Örneğin; RA, seropozitif bireylerin birinci derece akrabalarında yaklaşık dört kat daha fazla görülmektedir. Monozigotik ikizlerde romatoid artrit oluşmasının relatif riski, akrabalık ilişkisi olmayanlara göre 12 ile 65 kat daha fazladır. Oysa genlerinin %50 kadarını paylaşan dizigotik ikizlerde sadece 2-17 kat bir risk artımı söz konusudur (24). Bu fark RA gelişimindeki genetik temele işaret etmektedir. Hastalığın genetik geçiş mekanizması karmaşıktır ve muhtemelen birçok geni içermektedir (16). Yapılan

çalışmalarda da RA oluşumunun tek bir gene bağlı olmadığı, birkaç genin birlikte hastalık gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir. RA için ana risk faktörü HLADRB1 alelleridir. (30). RA ile en çok ilişkili HLA, şüphesiz HLA DR4 molekülüdür. HLA DR4, Romatoid faktörü (RF) pozitif olan hastalarda %60-70 oranında bulunurken, normal toplumlarda yaklaşık %25 oranında saptanmaktadır (31).

Romatoid faktör pozitifliği hastalık riskini arttırmaktadır ve kötü hastalık göstergesidir (4,32). RF(+)’liği kronik infeksiyon, yaşlılık, lösemi, dermatomyozit, skleroderma, sistemik lupus eritematozus ve RA gibi bir çok durumla ilişkili olabilir. Ancak RA’ya özėü semptomlarla birlikteliği durumunda ve >20 IU/ml değerlerinde tanısal olabilir. RA’da %80 oranında (+)’liği söz konusudur (3). RA’ya spesifik olmamasına rağmen RF pozitifliği RA’in prognozunun belirlenmesinde önemli bir belirteçtir. RF varlığı daha aktif hastalıkla ve kemik erezyonlarının gelişmesi ile ilişkilidir (23,32). IgM RF (+) olması, hem ilk bir yıl içinde hem de uzun dönemde eklem hasarının en önemli göstergelerinden biridir. IgA RF (+)’liğinin de eklem hasarı göstergesi olduğu gösterilmiştir (3). Ayrıca uzun hastalık süresi olan RA’lı hastalarda IgG veya IgA RF pozitifliği sistemik tutulumun iyi bir göstergesidir (33).

2.1.4. Klinik Seyir

Romatoid artrit klinik seyri ve prognozu değişkendir (3,34). RA’in başlama şekli hastadan hastaya farklılık göstermesine rağmen en tipik başlangıç şekli %70 oranında birkaç hafta ve hatta aya yayılmış hafif bir ateşin de eşlik ettiği halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı, sabah tutukluğu ve bir veya bir kaç küçük eklemde ağrı ve simetrik şişlik ile karakterize sinsi bir başlangıcın söz konusu olmasıdır (25,35). %8-15’lik hastada akut başlangıç vardır. Semptomlar birkaç gün içinde ortaya çıkar. Hastalar semptomları ortaya çıkaran spesifik aktiviteyi veya zamanı tanımlayabilirler. Sinsi başlangıca göre tutulum daha simetriktir. Başlangıçta tek veya az sayıda eklemi tutar, daha çok genç kadınlarda görülür ve RF negatiftir. Kassel ağrı şiddetli olabilir (4,23). Subakut başlangıç %15-20 hastada görülür. Semptomlar günler veya haftalar içinde gelişebilir. Sistemik tutulum sinsi tutulumda olduğundan daha belirgindir. 60 yaş ve üzerinde başlayan yaşlı başlangıçlı romatoid artrit tablosu genellikle büyük eklemlerin, asimetrik ve ani tutulumuyla seyreder. Yaşlı başlangıçlı romatoid artritte kadın erkek oranı eşitlenmiştir. Enfeksiyon, aşı uygulamaları, fiziksel travma sonrası romatoid artrit başlağına dair iddialar olsa da kesin kanıt bulunmamaktadır. Genel olarak simetrik başlangıç görülse de asimetrik başlangıç tablosuna da sık rastlanır (4,23,35).

İlk olarak tutulan eklemler parmak eklemleridir. Tutulum %40 civarındadır ve en çok etkilenen eklemlerdir. Sonra omuz eklemi %20, ayak eklemi %20, el bilek eklemi % 15 olarak bildirilmiştir (5,35). Hastalığın akut dönemlerinde tutulan eklemlerde immunolojik ve enflamatuvar cevaplar sonucu oluşan sinovit ve sonuçta açığa çıkan yıkıcı enzimler, prostaglandinler, lökotrienler, serbest radikaller ve akut faz reaktanlarının eklem kıkırdağında ve kemikte progressif yıkıma yol açtığı düşünülmektedir. Bu yıkım süreci, özellikle hastalığın akut dönemlerinde tutulan bölgelerde görülen tutukluk ve ağrı ile birlikte eklemlerin fonksiyonel olarak kullanılabilmelerini engeller (36). Eklem tutulumu, şekil bozukluğu yaparak zaman içinde önemli sakatlıklara yol açabilmektedir. Vücuttaki diğer organları da etkileyebilmesi nedeni ile bu hastalığı saf bir eklem rahatsızlığı olarak görmek doğru değildir. Klinik seyri, hastadan hastaya büyük değişiklikler gösterir. Bazı hastalarda az sayıda, hafif seyirli ve kısa süreli eklem tutulumları görülürken, bir grup hastada ise, tedavi ne kadar yoğun olursa olsun, kısa sürede sakatlıklar ve önemli organ hasarları gelişebilmektedir (31). Hastanın ileride prognozunu kötü olacağını gösteren parametreler arasında şiddetli poliartiküler tutulum, romatoid faktör pozitifliği, beraberinde kardiovasküler veya diğer sistemik problemlerin olmasıdır. Ayrıca 50 yaş üzerinde RA gelişen hastalarda, daha genç hastalara göre prognoz daha kötüdür. (3,35,37).

Romatoid artritinin seyri kişiler arasında farklılık göstermektedir ve herhangi bir hastanın prognozunu nasıl olacağını önceden kestirmek çok zordur. Hastalığın özellikle ilk iki yıl içinde ilerlediği ve eklem harabiyetine yol açtığı bilinmektedir. Romatoid artritli hastaların çok az bir kısmı, tanı sonrası ilk iki yıl içinde spontan remisyona girer. Buna karşılık, hastaların büyük kısmında hastalık aktivitesi sürekli ancak iniş ve çıkışlar gösterir. İleriye dönük takiplerde hastaların en fazla %20 kadarında eklem hasarı bulunmadığı görülmüştür. Yaklaşık %20'si ise tedaviye rağmen kronik progresif hastalığa ilerlemektedir. Birçok klinisyene göre hastalığın erken kontrolü, morbidite ve mortaliteyi azaltmak için önemlidir (3,38). Tedavi edilmeyen hastalarda kemiklerde erozyonlar, aksiyal iskelet ve ellerdeki kemik yoğunluğunda azalma, fonksiyonel kapasitede azalma görüleceği bilinmektedir (39).

2.1.5. Tanı Kriterleri

Hastalığın erken dönemlerinde tanı, çoğunlukla diğer hastalıkların dışlanması ile konur. Her ne kadar simetrik eklem tutulumu ve romatoid faktör pozitifliği ayırıcı tanıda

yardımcı olsalar da, sistemik lupus eritematozus, sedef artriti gibi hastalıklar, romatoid artrit ile karışabilir. Bunların dışında, hastalığın ilk günlerinde rubella, hepatit gibi viral infeksiyonlar, bakteriyel infeksiyonlar romatoid artrit ile karıştırılabilir. Erken dönemde hastalığa özgü özellikler yoktur ve hastalığın karakteristik özellikleri zaman içerisinde gelişir. RA tanısını kesin olarak koyduracak tek bir tanısal test yoktur. Genellikle RA tanısı klinik olarak konur. RF pozitifliği veya diğer laboratuvar bulguları RA için özgün değildir. Hastalığın tanısının konulması genellikle bir araya getirilen karakteristik semptom, bulgu, laboratuvar verileri ve radyolojik bulgulara dayanmaktadır. Yine belirli bir süre geçmeden RA tanısı konulmamalıdır. Çünkü ilk haftalarda simetrik sinoviyal inflamasyon ve serolojik bulgular olmayabilir. Bu nedenle belirti ve bulgular en az 6- 8 hafta sürmedikçe kesin tanı için ihtiyatlı konuşmak uygundur.

Çok yönlü bir hastalık olan RA tanısını kolaylaştırmak ve bir standarda bağlamak amacıyla Amerikan Romatizma Koleji'nin (ARC) 1987 yılında yayınladığı tanı kriterleri kullanılmaktadır. Yedi kriterden en az dört tanesinin bulunması ile RA tanısı konulmaktadır. Bu kriterler özellikle yerleşmiş RA hastalarını içeren klinik çalışmalarda kullanılan en iyi kriterler olarak kabul görmektedir (4,13,16,23,31).

2.1.5.1. Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterleri

- 1- Sabah tutukluğu: Eklemlerde ve eklem çevresinde en az bir saat süreli
- 2- Üç veya daha fazla eklemden artrit: Bir hekim tarafından tespit edilen, en az altı haftadır süregelen eklem şişliği veya sıvısı
- 3- El eklemlerinde artrit: El bileği eklemlerinde en az altı haftadır süregelen şişlik
- 4- Simetrik artrit: Vücudun her iki yanındaki eklemlerde simetri gösteren ve en az altı haftadır süren tutulma
- 5- Romatoid nodül: Eklem kenarları ve bası bölgelerinde bir hekim tarafından tespit edilen deri altı nodülleri
- 6- Romatoid faktör pozitifliği: Herhangi bir metod ile anormal miktarda romatoid faktör pozitifliği
- 7- Radyolojik değişiklikler: Ön-arka planda çekilmiş düz el grafilerinde görülen erozyonlar ve periartiküler osteoporoz

Birden dörde kadar olan kriterler en az altı hafta süreyle devam etmelidir ve RA tanısı için dört veya daha fazla kriterin olması gerekir (4,13,16,23,31,35,40,41). Bu kriterler dışında da tanıya yardımcı yöntemler bulunmaktadır. Oküler, vasküler, pulmoner, kardiyak, nörolojik tutulum gibi extraartiküler semptomlar tanıya yardımcı olabilir.

Ayrıca ultrasonografi, manyetik rezonans ve bilgisayarlı tomografi de tanıda kullanılabilir (4).

2.1.6. Klinik Bulgular

Hastalığın başlangıcında halsizlik, terleme ve hafif kilo kaybı bulunabilir ve bu belirtiler zaman zaman eklem yakınmalarının önüne geçebilir. Klasik olarak romatoid artrit, küçük eklemleri tutan simetrik bir poliartrit olarak tanımlansa da omuz, dirsek, diz gibi büyük eklemler de sık olarak tutulmaktadır. RA’te el kemik kütle kaybı erken dönemde gelişmekte, hastalık aktivitesi ile korelasyon göstermekte ve hastalık prognozunun kötü olduğunun bir göstergesi olarak düşünülmektedir. Tutulan eklemlerde sinovyal hipertrofi ve efüzyona bağlı olarak şişlik, ağrı ve işlev kaybı vardır (38,39). Hastaların önemli bir yakınması da uyku veya uzun süren bir istirahat sonrası, eklemler ve eklemlerin çevrelerinde oluşan ve sabah tutukluğu olarak tanımlanan sertlik hissidir. Sabah sertliği, uyku sırasında eklem içinde ödem sıvısının birikmesi sonucudur. Aktif hastalıkta bir saatten uzun sürer, lenfatik ve vasküler sistem ödem sıvısını sıklıkla bir saat içerisinde toplar, böylece ödem ve sertlik azalır. Bazen günün geç saatlerine kadar devam edebilir. Sabah sertliğinin bir saatten uzun sürmesi tanı, 15 dakikadan kısa sürmesi ise remisyon göstergesi olarak kullanılır. Sabah sertliğinin süresi dışında derecesi ve vücutta dağılımı da önemlidir. RA tanısında kullanılan yedi kriterden birisi olarak kabul edilen sabah tutukluğu hastanın ifadesine göre belirlenmektedir. Sabah tutukluğu ile hastalık şiddeti arasında, diğer klinik ve laboratuvar bulgular arasındaki gibi pozitif korelasyon olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Buna karşılık bu ilişkinin olmadığını ya da zayıf olduğunu bildiren araştırmalar da mevcuttur (24,31,38,41).

Artiküler semptomların yanında ekstraartiküler tutulumlar da görülür. Romatoid nodüller, enfeksiyon, malignensi, hematolojik bozukluklar, vaskülit, renal tutulum, pulmoner tutulum, kardiyak tutulum bunlardan bazılarıdır (3).

RA belirsiz zamanlarda ani alevlenmeleri, ilerledikçe fiziksel şekil bozuklukları ve dayanılmaz ağrı gelişimine yol açabilmektedir. Ağrı, anksiyete ve duygusal sıkıntı oluşturur, iyilik haline zarar verir, fonksiyonel kapasiteyi etkiler ve ailesel, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engeller. Böylesi geniş etkileri nedeniyle ağrının, hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını ciddi bir şekilde etkileyerek yaşam kalitesini her yönüyle azalttığı görülmektedir. Orta veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uykusu, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğu bildirilmektedir (2,42). Kas atrofisi artrite eşlik eden önemli

diğer bir bulgudur. İnflamasyonun şiddeti kas atrofisi ile doğru orantılı değildir. Atrofi eklem ağrısına sekonder olarak, ekstremitenin kullanılmaması sonucu gelişmektedir (24).

2.1.7. Eklem Bulguları

Romatoid artrit sistemik seyirli olmakla beraber esas olarak eklem ve çevresinde hasara yol açan, deformiteler oluşturan kronik enflamatuvar bir hastalıktır (36). RA’de eklem deformitesi çeşitli mekanizmalarla oluşur. Deformiteye neden olan primer etken sinovittir. Zaman içinde sinovit periartiküler dokuların gerilim kuvvetlerini azaltarak bu dokuların eklemlere sağladığı stabilizasyonun azalmasına neden olur. Zayıflamış periartiküler dokular kassal ve çevresel kuvvetlere yeterli direnç oluşturamaz. Eklem anatomisi bozularak, mekanik bütünlüğü yok olur. İnstabilite gelişir ve sıklıkla deformiteyle sonuçlanır. Bundan tendon kısalması ve eklem kapsülünde kontraksiyonun sorumlu olduğu düşünülmektedir. Diğer bir deformite nedeni de hastanın eklem ağrısını en az hissettiği pozisyonda tutmaya çalışmasıdır. Herhangi bir eklemde, eklemden bozukluk olsun olmasın, uzun süre hareketsiz pozisyonda tutulması fonksiyonda kayba sebep olur. (4,25). Eklem tutulumu sıklıkla simetrik, büyük eklemler sıklıkla hastalığın ileri safhalarında tutulur (24).

RA’de el genelde ilk etkilenen bölgedir (39), %90’dan fazla hastada eller öncelikli olarak tutulur ve el fonksiyonları ciddi olarak etkilenir. El fonksiyonu, günlük yaşam aktivitelerinde çok önemlidir. Elin etkin olarak kullanılabilmesi için anatomik bütünlük, eklem hareket açıklığı, kas gücü, duyu ve koordinasyonun normal olması ile ağrının olmaması gerekir. RA’li hastalarda, elde şişlik, ağrı, eklem hareket açıklığında ve kas gücünde azalma ile deformiteler kavrama gücünde azalmaya yol açarak el fonksiyonlarının etkilenmesine neden olur. Kavrama gücündeki azalmaya ağrı ve ağrı korkusu kadar refleks baskılanma, kullanmama atrofisi ve eklemlerde bütünlük kaybı da eşlik etmektedir (7).

Romatoid artritte elde kemik kütle kaybı özellikle hastalığın erken döneminde gelişmekte, hastalık aktivitesi ile korelasyon göstermekte ve hastalık prognozunun kötü olduğunun bir göstergesi olarak düşünülmektedir(39). Erken dönem RA hastalarının %39-73’ünde ilk beş yılda ellerde ve bileklerde bir veya daha fazla eklemden erozyon gelişir (4). En sık bulgu el bilek ekleminden ekstansiyon, parmaklarının fleksiyon yönünde kısıtlanmasıdır. Median sinir sıkışmasına bağlı olarak, tenar bölgede atrofi görülebilir. Kıkırdak ve kemik dokudaki yıkıma sekonder olarak tendon ve

ligamentlerdeki gevşeme ve yırtılmalar el deformitelerinin gelişmesine neden olur. Gelişen deformiteler sonucunda elin kavrama gücü azalır, hastalar ellerini yumruk pozisyonuna getiremez ve ince cisimleri tutamaz (35).

Romatoid artritte her eklem tutulabilse de en sık etkilenen eklemler şunlardır: el bilekleri, metakarpofalangial eklemler (MKF), proksimal interfalangial eklemler (PİF), ayak bileği, metatarsofalangial eklem (MTF), diz, omuz, kalça ve dirsek eklemleridir. Hemen hemen her eklem etkilenebilir ama çevresel eklemlerin tutulması, servikal vertebra hariç aksiyel iskeletin ise etkilenmemesi beklenir (13,16,35).

2.1.8. Ekstraartiküler Semptom ve Bulgular

Ekstra artiküler tutulum hastaların yaklaşık % 40'ında görülür. Bu tutulumun insidansı yüksek oranda değişkenlik göstermektedir. Aktif ve ciddi hastalıkta daha sık olduğuna inanılmaktadır (43). RA sistemik enflamatuar bir hastalık olması nedeniyle, eklem hastalığı ön planda olmasına rağmen, her organ sistemini ilgilendiren tutulum yaparak yorgunluk, kilo kaybı gibi sistemik bulgulara neden olabilir. Seropozitif seyreden ve sistemik bulgu veren hastaların yaşam süreleri vermeyenlere göre daha kısadır. Genel olarak ekstraartiküler semptom sayısı ve şiddeti, hastalık süresi ve aktivitesi ile ilişkilidir (35).

RA'nın eklem dışı belirtileri, genellikle nisbeten daha şiddetli hastalığı olan hastalarda görülmekle birlikte, nadiren artrit başlamasından önce de ortaya çıkabilir. Bazı durumlarda ilaçlarla oluşan yan etkilerle hastalık belirtilerini ayırt etmek zor olabilir. Klasik RA'nın kadınları daha çok etkilemesine rağmen, hastalığın eklem dışı belirtileri erkeklerde daha sıktır. Sistemik tutulum özellikle RF negatif olan hastalarda daha sık izlenir (16). Snovyal enflamasyon ve lokal doku yıkımıyla karakterize olan bu hastalık, genellikle el ve ayağın küçük eklemlerini simetrik olarak tutmakla beraber, başka organ tutuluşları da yapabilir, bu tutuluşlar, göz kan damarları, akciğer ve kardiyopulmoner sistem başta olmak üzere değişik tablolarla karşımıza çıkabilir (35).

Bunlar;

- Deri belirtileri (Romatoid Nodüller)
- Akciğer tutulumu (plörezi)
- Kardiyak tutulum (perikardit)
- Böbrek tutulumu (amiloidoz)

- Nörolojik tutulum (bası nöropatisi)
- Musküler tutulum (kas güçsüzlüğü)
- Hematolojik tutulum (anemi) (4,13,16,31,35).

2.1.9. Laboratuvar Bulguları

Laboratuvar bulguları romatoid artrite özgü değildir ve esas olarak klinik belirti ve bulgulara göre konulan tanıyı desteklemede veya hastalığın gidişini değerlendirmede kullanılır (31). Romatoid faktör laboratuvar bulguları içinde tanı için en yardımcı tetkiklerden biridir. Serumda RF varlığı RA tanısı koydurmaz, ancak klasik klinik özelliklerle birlikte olduğunda, klinik tanının doğrulanmasına yardım eder. RF IgG'nin Fc kısmına bağlanan IgM molekülünden meydana gelir. Standart laboratuvar testlerinde serumda %5-10 oranında normal sınırlarda saptanabilir. Başlangıçtan itibaren var olan yüksek titrede RF pozitifliği ağır bir klinik seyir göstergesidir. RF yapımının RA ile patolojik ilgisinin olup olmadığı açık değildir, çünkü sistemik lupus eritematozus, Sjögren sendromu, endokardit, sarkoidoz, hepatit B ve C'yi içeren karaciğer hastalıkları ve akciğer hastalıkları bulunan diğer durumlarda da görülebilmektedir. Ayrıca, sağlıklı olduğu bilinen kişilerde, özellikle 50 yaşın üzerinde ve sigara içenlerde RF serumda tespit edilebilir. Antinükleer antikorlar da RA'li hastaların serumlarında %15-20 oranında gözlenebilir, bunlar genellikle eklem dışı belirtileri olan ve yüksek titrede RF'si olan hastalardır (13,16,23,35).

2.1.10. Görüntüleme Yöntemleri

Direkt grafiler hastalık tanısında ve takibinde önemli bir yere sahiptir. Radyolojik olarak ilk bulgu eklem çevresinde dekalsifikasyon ile birlikte yumuşak doku şişliğinin görülmesidir. İlerleyen inflamasyon ile eklem aralığında simetrik daralma, kistik ve erozif değişiklikler izlenebilir (13,16,23,35). Ultrasonografi alanında meydana gelen gelişmelerin etkisiyle bu teknik de rutinde daha sık olarak kullanılır hale gelmiştir. Yapılan klinik çalışmalarda direkt grafiye oranla erozyonların tespitinde ultrasonografinin daha duyarlı olduğu saptanmıştır. Kemik sintigrafisi de tanı ve tedavi takibinde kullanılabilmektedir (35).

2.2. Tedavi

Romatoid artrit prognozu ve klinik seyri açısından hastadan hastaya farklılıklar gösteren bir hastalık olduğu için, tedavi programının bireysel olarak düzenlenmesi gerekir. Kesin

olarak bilinen sinovitin yerleşik hale geldikten sonra eklem hasarına ve buna bağlı olarak irreversibl fonksiyonel bozukluğa yol açtığıdır. Özürlülük gelişimine engel olabilmek için, tedavi programına sakatlık oluşmadan önce başlanmalı, kas gücü ve eklem hareket açıklığı korunmalı, enerji tüketiminin azaltılması sağlanmalı, destek sağlayıcı ortez ve splintler kullanılmalı, hastaya hastalığı ile ilgili eğitim programlarına katılma olanağı sağlanmalıdır (9,18,34). RA tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak fizik tedavi, iş-uğraşı terapisi, ortopedik girişimler, eğitim programları, psikolojik destek ve mesleki danışmanlık da önemli rol oynar. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar; nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ), kortikosteroidler ve hastalığı modifiye edici ilaçlar (Disease-Modifying Antirheumatic Drug -DMARD) dır (1).

2.2.1. Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar

Bu ilaçlardan beklenen, eklem ağrısı ve şişliğinde semptomatik iyileşme sağlamalarıdır, iltihap zincirinin son halkası üzerinde etkili olduklarından sadece alındıkları süre içinde etkilidirler ve sedimantasyon gibi akut faz yanıtlarını baskılamazlar. Eklem hasarını önlemekte ve hastalığın seyrini değiştirmede etkileri yoktur. Etki bakımından aralarında büyük fark olmayan bu ilaçların seçiminde yarılanma süreleri, yan etkileri dikkate alınır (38).

Standart Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar (NSAİİ)'lerin dört haftadan daha uzun süreli kullanımında %25-35 yan etki görülmektedir. Hastalar özellikle gastrointestinal (Gİ) toksisite için risk altındadır. Gİ bozukluk, gastrik mukozaya direkt hasar veya mide koruyucu prostaglandinlerin yapımının azalması yolu ile oluşur. Bir yıl süreyle NSAİİ kullanan hastaların yaklaşık %2-4'ünde ülser, kanama ve perforasyon gelişir, ilave olarak aspirin veya steroid kullanan hastalarda bu risk artmaktadır. Bu nedenle uzun süre NSAİİ kullanan hastalarda periyodik hemotokrit kontrolü önerilmektedir. Birlikte alınan proton pompa inhibitörü peptik ülser riskini azaltmaktadır. Nonsteroid antiinflatuar ilaçlara bağlı diğer yan etkiler renal kan akımının reversibl olarak bozulması, reversibl hepatosellüler toksisite, baş ağrısı, konfüzyon, aseptik menenjit ve hipersensitivite reaksiyonlarıdır (1,16).

2.2.2. Kortikosteroidler

Kortikosteroidler (KS), inflamasyon semptomlarını güvenilir ve hızlı bir şekilde azaltabildikleri için RA tedavisinde sıklıkla oral, intravenöz ve intraartiküler enjeksiyon şeklinde kullanılır (1,38). Düşük doz oral (<10mg/gün prednizolon veya eşdeğeri diğer

kortikosteroidler), pulse (100-1000mg/gün intravenöz metil prednizolon) ve yetişkin bir insan için bir seferde 1-2 mg olacak şekilde lokal intraartiküler steroid enjeksiyonları, RA'nın aktif dönemlerinde semptomların giderilmesinde çok etkilidir (1). Steroid tedavisine bir kez başlandıktan sonra ilacın kesilmesi zordur. Alevlenmelerden kaçınmak için doz azaltımı yavaş yapılmalıdır (1,16).

2.2.3. Hastalığı Modifiye Edici İlaçlar

Hastalığı modifiye edici ilaçlar, eklem hasarını önleyebilme ve azaltabilme, eklem bütünlüğünü ve fonksiyonunu koruyabilme, RA'li hastaların ekonomik üretkenliğini sürdürebilmelerini sağlama gücüne sahiptir. RA tedavisine DMARD eklerken metotreksat (MTX) en sık tercih edilen ilaçtır. DMARD'ler semptomları düzeltir, eklem şişliği ve hassasiyetini, eklem ağrısını, radyolojik bulguları ve RF ve akut faz proteinlerinin serum konsantrasyonlarını düşürerek RA bulgularını azaltabilir. Hastalık sürecini hafifletir ancak bir derecede kronik inflamasyon genellikle devam eder. Hastalık genellikle ilaç kesildikten sonra nükseder. Bu ilaçların uzun vadeli kullanılan ilaçlar oldukları ve etkilerinin zamanla ortaya çıkacağı hastaya mutlaka anlatılmalı ve tedavi için aldığı ilaçları düzenli kullanması gerektiği vurgulanmalıdır (1,16).

Bu ilaçların hangisi ile tedaviye başlanması hakkında kesin kural yoktur. Günümüzde bu ilaçlara hastalık teşhis edildiği anda başlanması önerilmektedir (31). Uzun etkili tedavide sıklıkla kullanılan ilaçlar antimalaryaller (klorokin ve hidroksiklorokin), salazopirin, metotreksat ve siklosporin A, daha az sıklıkta altın tuzları ve azatioprin'dir. Son yıllarda leflunomid ve Tümör Nekroz Faktör -alfa blokerleri (Tumor Necrosis Factor-alfa - TNF-alfa) de kullanılmaya başlamış ve bunlardan ikisi (etanercept ve infliximab) dünyanın birçok ülkesinde günlük kullanıma girmiştir. Bu ilaçların ortak etkisi değişen oranlarda hastalık seyrine etki etmeleri ve erozyonları mümkün olduğunca engellemeleridir. Ancak hiç birinin kesin şifa sağlamadığı unutulmamalıdır. Hafif RA'de genellikle anti malaryaller ve salazopirin tercih edilmektedir. Buna karşın erken yaşta başlayan hastalık, yüksek RF titresi, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı, şiş eklem sayısının 20'den fazla olması ve eklem dışı bulguların varlığı gibi bulgular tedavide erken dönemlerde metotreksat kullanmayı gerekli kılmaktadır. Tedaviyi değerlendirmek için üç ay beklenmeli, bu süre içinde yanıt alınamazsa alternatif ilaçlardan yararlanılmalıdır (leflunomid, TNF-alfa blokerleri). Anti malaryal kullananların yılda bir göz muayenesine giderek görme alanı yaptırımları, metotreksat, salazopirin ve leflunomid kullananların sekiz haftada bir kan sayımı ve karaciğer

fonksiyonlarına bakmaları gerekir. Siklosporin kullanan hastalarda da böbrek fonksiyonları ve kan basıncı yakından izlenmelidir (9).

2.3. Nonfarmakolojik Tedavi

Romatoid artritde uygulanan medikal tedavilerin yanı sıra çeşitli egzersizler, fizik tedavi ajanları, yardımcı cihazlar, hasta eğitimi, enerji koruma prensipleri, iş-uğraşı terapisi, el masajı gibi günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmaya yönelik rehabilitasyon yöntemleri de kullanılmaktadır. Bu yöntemler hasta ve yakınlarına öğretilabilir ve böylece hasta öz bakıma teşvik edilebilir. Son dönemde pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi juvenil grup da dahil olmak üzere RA'de bu klasik tedavi yöntemlerinin yanı sıra tamamlayıcı-alternatif tıp (TAT) yöntemleri adı altında bir grup destekleyici tedavi yöntemi de kullanılmaya başlanmıştır. Bu amaçla hemşireler de anksiyeteyi azaltmak, konforu arttırmak ve semptomları azaltmak için TAT yöntemlerini kullanmış ve olumlu sonuçlar elde etmişlerdir (10,44)

Genel tıp yöntemlerine tamamlayıcı olarak katkıda bulunan ve klasik tıp adı altında kavramsal olarak yer almayan tanı, tedavi ve hastalıktan korunma uygulamalarına genel olarak tamamlayıcı-alternatif tıp (TAT) adı verilmektedir. TAT, beden ve ruh sağlığını korumaya yönelik, kişinin kendisi, ailesi ve çevresi ile barıştırılması, kendini daha iyi tanımasını sağlamak amacıyla doğal madde ve özel solüsyonlar, farklı tedavi ve egzersiz tekniklerini kullanan özel tıp yöntemlerinden oluşur. Kronik hastalıklarda son yıllarda TAT kullanımı artmıştır. Özellikle RA hastalarında ve kas-iskelet sistemi hastalıklarında önemli derecede popüler hale gelmiştir (10,45).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan araştırmalara göre her üç kişiden birinin TAT uygulamasına başvurduğu, 1990 ve 1997 yılları arasında TAT uygulamalarında % 45 oranında artış olduğu, 1997 verilerine göre ise TAT uygulamalarının tüm tıp uygulamaları içinde % 40'lara ulaştığı tespit edilmiştir. Çeşitli tedavi modalitelerini içeren TAT yöntemine başvuranların %33'ünün kullandığı primer amacının ağrı olduğu belirtilmiştir (19). ABD ve İsrail'deki birinci basamak hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre, bu hekimlerin %60'ının, bir önceki yılda en az bir kez hastalarını TAT uygulayıcılarına sevk ettiği bildirilmiştir (46).

TAT uygulamaları bir alternatif yöntem olarak görülmemeli, modern tıp metodlarını destekleyici yönde kullanılmalıdır TAT yöntemlerine başvuran hastaların hemen tamamının aynı zamanda klasik tıbbi tedavi de almaları bu durumun bir kanıtı olarak değerlendirilebilir. TAT'nin genel özellikleri arasında koruyucu bir yaklaşım olması,

ucuz olması, kolay uygulanması, doğal metodlar içermesi, yan etkilerinin olmaması veya çok az olması, hastanın tedavide daha fazla söz sahibi olması ve insiyatif kullanması sayılabilir. TAT uygulamalarının büyük bir çoğunluğunda öncelikli amaç ruhsal iyileşme ve motivasyon artışının sağlanmasıdır (10,47). Ayrıca farklı hasta gruplarında değişik amaçlarla da kullanılmaktadır. RA'li hastalarda da sıklıkla tercih edilen TAT yöntemleri arasında bitkisel tedavi yöntemleri, besin destekleri, özel diyetler, hiperbarik oksijen tedavisi, tai chi, yoga, akupunktur, meditasyon, homeopati, relaksasyon teknikleri, manipulasyon ve masaj yer almaktadır (40).

2.3.1. Hasta Eğitimi

Hastanın, yaşam standardını geliştirmek amacıyla oluşturulmuş planlı eğitim aktiviteleridir. Hasta eğitimi, hastaya sadece ilaçları konusunda bilgi vermek veya önerilerde bulunmayı ihtiva etmemelidir. Hastaya; günlük yaşam aktiviteleri yeniden ve daha uygun şekilde öğretilmeli, eklemlerini ve enerjisini doğru kullanması için hasta yönlendirilmelidir. Ayrıca hastalığın nedenleri, sonuçları, tedavisi ve diğer konularda hastalara bilgi verilmelidir (34). Travma RA'yi alevlendirir. Ancak aktiviteleri düzenlenmiş, enerjisini biriktirebilen ve stresten sakınan hasta eklem ve kaslarını dikkatli kullandığından ağrı ve yorgunluğu az hisseder (18).

2.3.2. Egzersiz

Kas-iskelet sisteminin ağırlarını gidermek ve hareketliliği korumak amacıyla yapılan egzersiz uygulamaları eski çağlara kadar uzanmaktadır. Kasların kullanılmaması ve hareketsizlik haftada yaklaşık olarak %8 kas gücü kaybına, eklem hareket açıklığının azalmasına ve kas kontraktürlerine yol açabilir. Kollajenler gerilmedikleri zaman kısalır ve bunun sonucu olarak da eklem yapısını bozan kalıcı kontraktürler oluşur. Bu nedenle kas atrofisini geri döndürmek ve dayanıklılığını arttırmak için egzersizler önerilmektedir (35).

Egzersiz hastanın ağırlarını arttırmadan ve güçsüzlüğe de sebebiyet vermeden hastanın ihtiyacına ve hastalığın klinik durumuna göre pasiften, aktif harekete doğru geliştirilmelidir (18).

2.3.3. İstirahat

Uygun miktarda hareket ve dinlenme her hasta için ayrı ayrı değerlendirilerek karar verilmesi gereken parametrelerdir (34). Yatak istirahati RA'li hastalar için 30 yıl öncesinde bir tedavi modalitesi olarak düşünülmekle beraber, bugün yalnızca kısa süreli olarak akut atağın tedavisi sırasında verilmekte ve böyle zamanlarda da, yatak içinde

bile hastanın durumuna göre egzersiz önerilmektedir. RA hastalarında istirahatin aktivasyonu, eklem mekanizmasını negatif yönde etkilemeksizin geliştirdiği ve düşkünlüğü azalttığı gösterilmiştir. Ancak buradaki istirahattan kasıt kısa süreli yatma durumudur (18).

2.3. 4. Fizik tedavi

Hastalığın her döneminde fizik tedavi ve rehabilitasyon gereklidir. Eklem enflamasyonuna bağlı olarak gelişen problemler; eklem hareket kaybı, kas atrofisi, kas güçsüzlüğü ve deformitelerdir. Etkilenen eklem hareket açıklığının korunması çok önemlidir. Çünkü kontraktür ve deformite gelişiminden sonra eklem hareketliliğinin sağlanması çok daha zorlaşır, hatta imkansız hale gelebilir (18). Fizik tedavi modaliteleri içerisinde soğuk tedavisinin ödemin kontrol altına alınmasında etkinliği mevcuttur. Ağrı, sinir iletiminin yavaşlatılması veya durdurulması, kas içiğinin etkinliğinin azaltılması veya endorfinlerin salgılanması ile hafifletilebilir. Şişlik vazokonstrüksiyon yolu ile azalır, böylece kan akımı azalır ve kapiller basınç düşer. Hafif soğutma ayrıca histamin salımını bloke eder ve inflamasyonu azaltır (16,18).

Artrit tedavisinde ıslak ve kuru sıcak uygulamanın da geniş yeri vardır. Esas olarak ağrıyı azaltmak ve esnekliği arttırmak amacıyla kullanılır. Isı ağrı azalmasını, kan akımını arttırarak ve ağrıya neden olan metabolitleri uzaklaştırarak sağlar. Isının etkisi penetrasyonuna, tedavi edilen yüzey alanına ve taşınan enerjiye göre değişim göstermektedir. Isı eklem sertliğinde azalmanın yanı sıra analjezi ve sedasyon üzerine de etki gösterir (16,18).

2.3.5. Uğraşı Terapisi

İş-uğraşı terapistinin geliştireceği yardımcı aletlerle hastanın özellikle evinde yapamadığı veya yapmakta zorlandığı günlük faaliyetlerinde (tuvalet, banyo, mutfak, yemek, içmek, kitap okumak vb.) ve psikolojik destek sağlamada yardımcı olunabilir. Bu tedavide; remisyonda, spontan iyileşme sırasında maksimum fonksiyonu elde etmek, alevlenme dönemi sırasında ise iskelet sistemi bütünlüğünü korumak en önemli amaçtır (18).

2.3.6. Akupunktur

Akupunktur en eski tedavi yöntemlerinden biri olup yaklaşık 2-3 bin yıldan beri uygulanmaktadır. İğneler yardımıyla bulunduğu varsayılan enerji kanallarında meydana gelen dolaşım engelini ortadan kaldırarak dengeyi sağlamak ve bu şekilde hastalığı önlemek amaçlanır. Bu felsefeye göre akupunktur noktaları insan vücudunun kendi

kendini onarım gücünü harekete geçiren noktalar olarak kabul edilir ve bu noktalar uyarılarak hastalık tedavi edilmeye çalışılır (10,48).

2.3.7. Tai Chi

Tai Chi, aslında bir postüral egzersiz formudur ve bilişsel, kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemi yanıtlarını içeren eski bir Çin tekniğidir. Bu yöntemde derin solunum ile relaksasyon teknikleri yavaş ve nazik hareketlerle kombine edilir. Araştırmalar kas gücü ve aerobik verimlilikteki iyileşmeyi gösterdikten sonra, artritli hastalarda esneklik ve hareketliliğin Tai Chi ile sağlanabileceği öne sürülmüştür (10,16).

2.3.8. Yoga

Yoga pek çok farklı fiziksel ve ruhani yöntemleri kapsayan etnik ve sosyal temelli fiziksel sağlık uygulamaları ve beslenme tarzı olarak özetlenebilir. Batı uygulamalarında, yoganın kuvvet ve esnekliği arttırmadaki yeteneği kadar, kardiyovasküler fonksiyondaki yararlı etkileri sıklıkla vurgulanmaktadır. Çok sayıdaki küçük çalışma, yoganın karpal tünel sendromu ile eller ve dizlerdeki osteoartrit semptomlarının düzeltilmesinde yararlı olabileceğini göstermektedir (10,16).

2.3.9. Homeopati

Samuel Hahnemann tarafından ortaya konan bu yönetime göre hastaya belirli bitkisel maddeler çok az miktarlarda verilerek hastanın kendi immun sistemi uyarılır ve bu yolla en etkili ve en efektif etki elde edilerek iyileşmenin hızlandırılması sağlanır. Yan etki görülme riskinin düşüklüğü nedeniyle en sık tercih edilen TAT yöntemleri arasındadır. Homeopatide benzerlikler kuralına göre, sağlıklı bir kişiye verildiğinde benzer hastalık semptomları ortaya çıkaran maddeler tedavide kullanılır. Örneğin artrit tedavisinde sağlıklı kişilerde eklem ağrısı oluşturan maddelerin kullanılması önerilebilir. Homeopatinin ikinci önemli kuralı ise kullanılan maddelerin çok küçük miktarlarda olması ve seyreltilmesi, etkin maddenin buna rağmen etkinliğini koruduğuna inanılmasıdır. Homeopatik solüsyonlar kendi arasında incelendiğinde RA'de herhangi bir homeopatik yöntemin diğerine üstün olmadığı sonucuna varılmıştır (10).

2.3.10. Diyet

Artrit semptomlarının tedavisinde diyet uygulamaları, kolayca ulaşılabilmesi ve kontrol edilebilir bir faktör olarak görülmesi nedeniyle caziptir. Birçok küçük çalışmada, sebze ve meyvelerden zengin diyetin RA riskini azaltacağını veya semptomları iyileştireceğini göstermektedir (16).

2.4. Masaj

Masaj kelimesi; Arapça dokunma anlamına gelen “mass” ve Yunanca yoğurma anlamına gelen “massein” kelimelerinden gelmiştir. Masaj, elleri kullanarak dokunma, baskı, okşama, yoğurma, sıkma gibi temas yollarıyla çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan en eski tedavi yöntemlerinden birisidir. Kan ve lenf dolaşımını sürdürmek, kasları gevşetmek, şişlikleri azaltmak, ağrıyı dindirmek ve uykuyu sağlamak gibi terapötik amaçlarla vücudun yumuşak dokularının sistemik olarak elle veya mekanik olarak uyarılması şeklinde tanımlanmaktadır (49). Masaj uygulaması ile ciltte bulunan çevresel reseptörler uyarılmakta ve uyarılar, spinal kord yolu ile beyne ulaşmaktadır. Burada hoş bir duygu yanında genel bir rahatlama sağlanmaktadır. Masajın etkisi kan ve lenf dolaşımının hızlanması, kaslarda gevşeme ve arteriollerde dilatasyon şeklinde kendini göstermektedir. Masajın, duygusal ve psikolojik açılarından da önemli yararları vardır (50). Masaj uygulanan kişiyi fizyolojik ve psikolojik olarak rahatlatmak amacıyla çok farklı cihazlar kullanılmakla birlikte elle de masaj uygulanmaktadır. Nitekim elle yapılan masaj, klasik masajın temelini oluşturmaktadır (35,51). İnsan vücuduna elle temas cilt ve cilt altında bulunan basınç reseptörlerini uyardığı gibi, o bölgedeki kan dolaşımını (arteryel-venöz-lenfatik) artırır. Ayrıca bedensel temasın insanları psikolojik olarak da rahatlatması eskiden beri bilinen bir gerçektir. İnsanların elleri hem duygusal hem de hareket olarak en gelişmiş organlarından biri olduğu için, bu organı tedavi amacıyla kullanmak, hızlı, ekonomik ve güvenilir bir tedavi yöntemini ortaya çıkarmıştır (52).

Masaj hemşirelik uygulamalarında da yaygın olarak kullanılan tamamlayıcı bir yöntemdir ve pek çok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Çalışmalar masajın anksiyete düzeyini, kan basıncını, kalp ve solunum hızını azalttığını göstermektedir. Ayrıca, masajın kanser hastalarında, lenf nodu diseksiyonunun ardından oluşan lenf ödemi, kas gerginliğini, uykusuzluğu, anksiyete ve depresyonu azalttığı da tespit edilmiştir (50). Bir başka çalışmada masajın ağrı düzeyini azalttığı saptanmıştır. Bunların yanında masajın uykusuzluğu giderme, baş ağrısı, migren, sırt ağrısı, gerilimi azaltma ve kas kramplarını rahatlatma gibi etkilerinin de olduğu belirlenmiştir. (53).

2.4.1. Klasik Masaj İlkeleri

1. Masaj kalbe doğru ve kas liflerinin yönünde yapılmalıdır
(Toplardamar dolaşımı kalbe doğrudur)
2. Kas grupları ayrı ayrı ele alınmalıdır
3. Masaj yapılan kısım iyi desteklenmelidir

4. Masaj manipölasyonları ritmik olarak birbirini izlemelidir
5. Masaj başlatıldıktan sonra masaj yapanın ellerinin vücutla teması kesilmemelidir
6. Yağlar ele dökülerek partnere sürülmelidir
7. Önce kalbe yakın üst bölge ele alınmalı, daha sonra alt kısımlara geçilmelidir
8. Masaj yapılmamış ve yapılmış bölgeler örtülmelidir
9. Masaj odasının düzen ve temizliğine özen gösterilmelidir (51,54).

2.4.2. Endikasyonları

Masaj, ağrı, sertlik, spazm ve kas gerginliği ile birlikte olan yumuşak doku yararlanmalarında önerilir. Şişlik ile birlikte olsun veya olmasın artiküler ağrıda, arteriyel veya venöz yetmezlikte faydalı olabilir. Ayrıca kas kramplarında, kas rahatsızlıklarında ve burkulmalarda akut devreden sonra, migren ve diğer baş ağrılarında, dismenorede, kabızlıkta, günün stresini atmada, eklem rahatsızlıklarında, sinir sistemi rahatsızlıklarında ve uykusuzluk problemi yaşayanlarda kullanılabilir (35,54,55).

2.4.3. Kontrendikasyonları

İnfeksiyon, hemoraji veya pıhtılaşma bozukluğunda masaj uygulanmamalıdır. Özellikle infeksiyon durumlarında, infeksiyon masaj yoluyla vücuda yayılabileceğinden ve açık yara ve yanıklı kişilerde cilt hasar göreceğinden masaj önerilmez.

Masajın kullanılamayacağı diğer durumlar;

- Sistemik mantar hastalıkları
- Ağır osteoporoz
- Gebelikte karın bölgesine
- Peritonit, apandisit gibi iç organ hastalıkları
- Teşhis konulmamış veya konulamamış bütün hastalıklarda masaj kontrendikedir (35,52,54,55).

2.4.4. Klasik Masaj Manipölasyonları

Türkçede manuplasyon veya manipulasyon olarak söylenip yazılan, aslı Fransızca olan “manipulation” sözcüğünün anlamı, el hareketleri, elle yapılan hareketler veya işler

demektir. Masaj yaparken ellerin aldığı biçimler, hareketin gelişmesi ve oluşan etkiler göz önünde bulundurularak klasik masaj manuplasyonları beşe ayrılır.

1. Sıvazlama-Öfloraj-Stroking
2. Yoğurma-Petrisaj-Kneading
3. Friksiyon
4. Darbeleme-Tapotement-Percussion
5. Titreşim-Vibrasyon (54,55).

2.4.4.1. Sıvazlama (öfloraj)

Klasik masajın temel manuplasyonu olan öfloraj, deri üzerine yapılan sıvazlama hareketidir. Öfloraj yüzeysel ya da derin uygulanabilir. Klasik masaj öflorajla başlar, öflorajla biter.

2.4.4.2. Yoğurma-Petrisaj-Kneading

Petrisaj, kası doğrudan ele alan etkili bir masaj manipulasyonudur. Kasın büyüklük ve biçimine göre tek elle, çift elle, tüm elle ve parmaklarla uygulanabilen yoğurma hareketleriyle kas sıkıştırılır ve esnetilir. Kan dolaşımında hızlanma atık maddelerin uzaklaştırılmasını sağlar. Yoğurma hareketi kasların dinlendirilmesinde son derece etkilidir. Uygulama sırasında deride hiperemi (kızarıklık) gözlenir. Derinin kan akımında hızlanma, esnekliğinde artma ve yumuşama beklenir (54,55).

2.4.4.3. Friksiyon

Friksiyon, parmak uçlarıyla ya da başparmakla yapılan küçük alanlı, dairesel ve eliptik bastırma ve kaydırma hareketleridir. Etkinin deride, derialtı dokusunda, kaslarda mı olması istendiğine göre, değişen basınçlarla yüzeysel ve derin uygulanır. Friksiyon, deri derialtı dokusundaki yapışıklıkların, yüzeysel ve derin nedbelerin, sertlik ve kalınlaşmaların gevşetilip çözülmesi; eklemlerin çevresindeki dokuların, tendon ve tendon kılıflarının içindeki sıvı birikimlerinin emiliminin desteklenmesi; metabolizma atıklarının lenf sistemi aracılığıyla bulundukları yerden uzaklaştırılması amacıyla kullanılır (55).

2.4.4.4. Darbeleme-Tapotement-Percussion

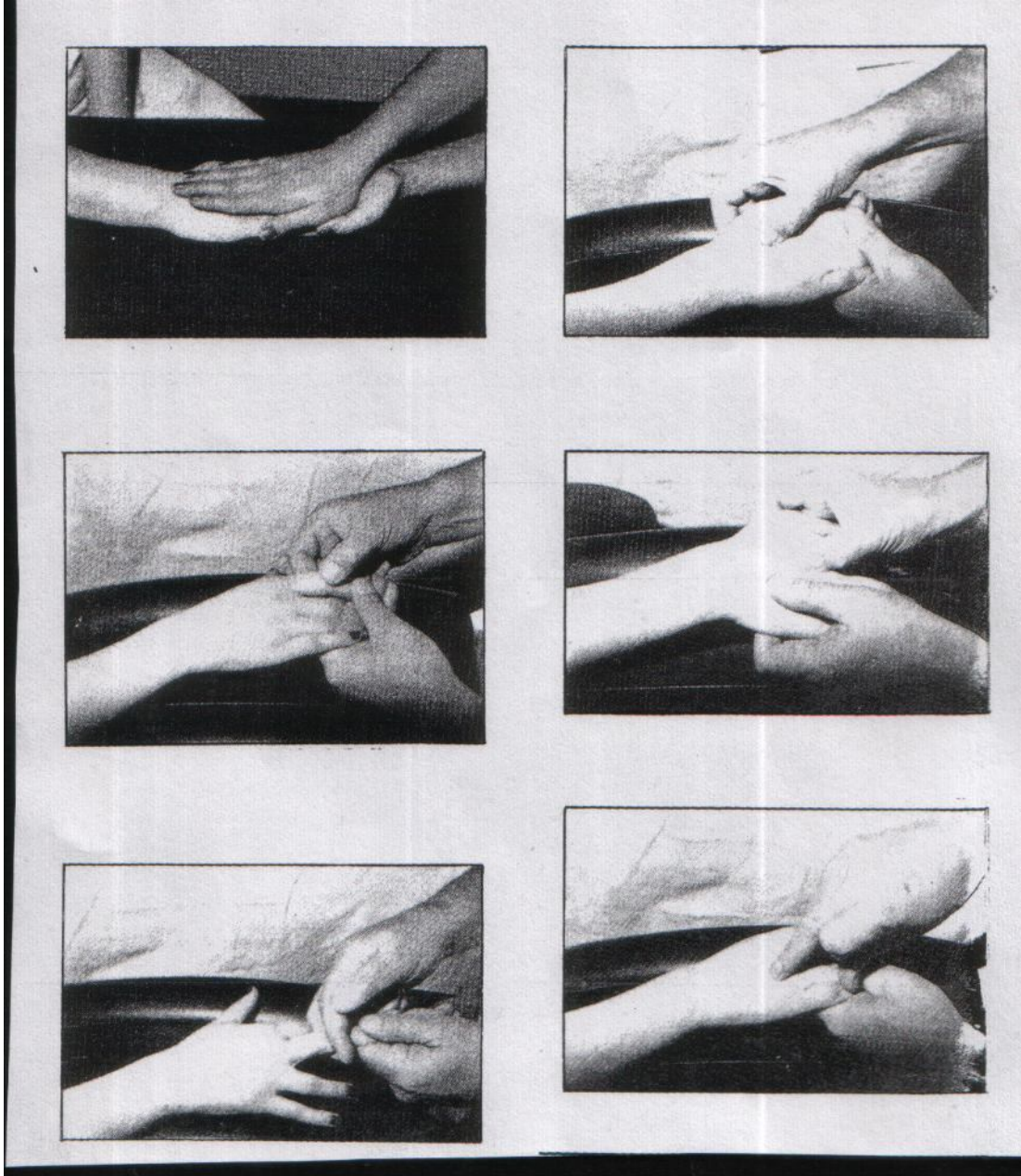
Tapotement, darbe şeklinde ritmik vurma hareketleri olup, derinin kan dolaşımını canlandırma ve tonusu artmış kasların tonuslarının azaltılması amacını güder (55).

2.4.4.5. Titreşim-Vibrasyon

Genellikle bütün avuçla daha nadir olarak ta parmak uçlarıyla uygulanır. El kaydırılmadan doku üzerinde sabit kalır veya belli bir yönde yavaşça yürütülebilir. Çok kısa frekanslarla yaratılan titreşim dokuya aktarılır. Kas spazmını çözücü ve ağrıyı azaltıcı etkisi vardır. Kas gerginliğini giderebilen en önemli masaj hareketidir (54).

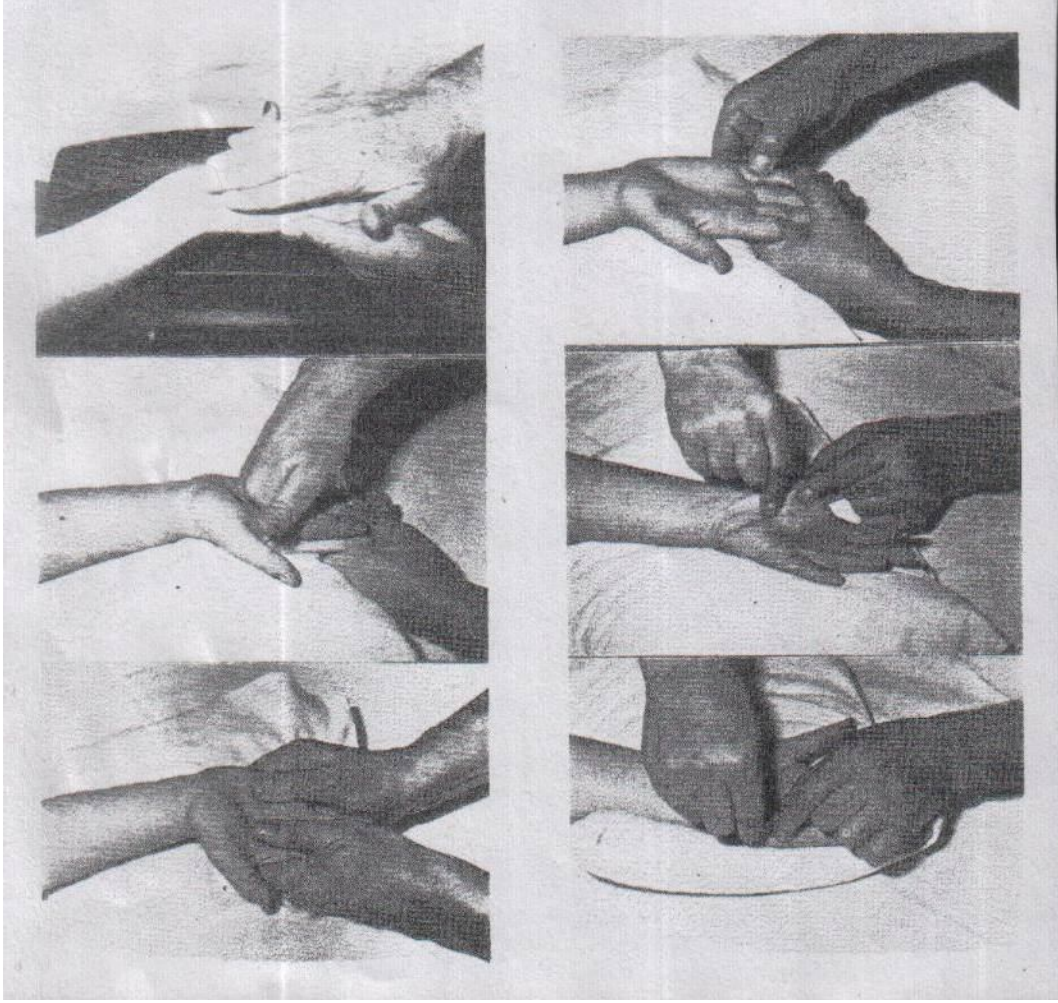
2.5. El Masajı

El masajı için hasta ve masör karşılıklı otururlar. Hastanın tedavi edilecek eli, masörün dizinin üzerindeki yastığa veya masaj masasına konur. El masajına genellikle el sırtından başlanır. Tüm el sırtı avuç içi veya parmaklarla sıvazlandıktan sonra, parmaklar teker teker, son eklemlerinden Distal interfalangial eklemlerine (DİP) kadar başparmakla sıvazlanır. Masör sağ elinin başparmağıyla birinci, ikinci ve üçüncü parmaklara öfloraj yaparken, sol eliyle de hastanın elinin parmak uçlarından tutulan eli tespit eder. Dört ve beşinci parmaklar ise sol elin başparmağıyla sıvazlanır ve tespit işini bu defa sağ el yapar. Daha etkili öfloraj gerekiyorsa binici manipulasyonu uygulanır. Binici manipulasyonu için hastanın sol elini, kendi sol eliyle ya alttan destekler veya el yerde durur masör sadece öfloraj yapan parmağı ucundan tutar ve kendi işaret ve orta parmakları arasına alarak alttan, üstten ve iki yandan birden sıvazlar (Resim 1). Parmaklardan sonra, el sırtının başparmakla öflorajına geçilir. Masör bir eliyle hastanın elini alttan kavradıktan sonra, diğer elinin başparmağıyla el kemikleri arasındaki kasları sıvazlar. Aynı bölgeye, masör hastanın elini kendi parmaklarıyla alttan destekledikten sonra, iki başparmağıyla birlikte de öfloraj yapabilir. Öflorajdan sonra aynı bölgeye, yani el kemikleri arasındaki kaslara orta parmak veya işaret parmağıyla friksiyon yapılır (Resim 2).



Resim 1: El sırtının avuç içiyle sıvazlanması, **Resim 2:** El sırtının öfloraj ve friksiyonu. parmakların öfloraj ve friksiyonu en altta binici manuplasyonu görülmektedir.

Avuç içinin tedavisinde masör, serbest eliyle hastanın elini alttan destekler ve diğer elinin el sırtıyla veya parmaklarıyla tüm avucu aşağıdan el bileğine kadar sıvazlar. Avuç içinin sıvazlanması başparmaklarla da yapılabilir (Resim3). Sıvazlama bittikten sonra parmak eklemlerine ve DİP eklemlere başparmakla friksiyon yapılır Friksiyondan sonra tenor ve hipotenor kas gruplarına parmaklarla kuvvetli petrisaj yapılır (Resim 4) (55).



Resim 3: Avuç içinin avuç içiyle, el sırtıyla ve baş parmaklarla öflorajı.

Resim 4: Parmak eklemlerine friksiyon; tenar ve hipotenar kas gruplarının parmaklarla petrisajı.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın tipi

Araştırma RA tanısı almış hastalara uygulanan el masajının bazı semptomlar üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile randomize kontrollü ve deneysel olarak yapıldı. Araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve gönüllü olan tüm hastalar çalışmaya alındı.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Romatoloji servisi ve polikliniğine gelen hastalara yapıldı. Romatoloji servisi üçüncü kattadır, 26 yatağı bulunan serviste 11 yatak romatoloji hastalarına ayrılmıştır. Serviste altı tek kişilik özel oda, sekiz iki kişilik oda, bir hemşire odası, bir doktor odası, bir toplantı salonu, bir laboratuvar, bir depo ve bir ilaç odası bulunmaktadır. Romatoloji polikliniği, poliklinik binasının zemin katında yer almaktadır. iki poliklinik odası, iki öğretim üyesi odası, bir ultrasonoğrafi odası, bir laboratuvar, bir ayaktan kemoterapi alan hastalara ait oda yer almaktadır.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3. 3. 1. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini 10.11.2009 ve 10.05.2011 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Romatoloji servis ve poliklinikte takip edilen hastalar oluşturdu.

3. 3. 2. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem grubunu 10.11.2009 ve 10.05.2011 tarihleri arasında romatoloji servisinde tedavi gören ve sınırlılıklar dahilinde gönüllü olan, 30 müdahale, 30 kontrol olmak üzere toplam 60 hasta oluşturdu. Serviste takip edilen hastalar müdahale grubunu oluştururken, poliklinikte takip edilen hastalar kontrol grubunu oluşturdu.

3. 3. 3. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri

Romatoid artrit tanısının konmuş olması, el tutulumunun, sabah tutukluğu ve ağrı problemlerinin gelişmiş olması, iletişim sorununun olmaması, bilinçli ve oryantasyonunun tam olması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olması araştırmaya

kabul edilme kriterlerini oluşturdu. Araştırmaya üst eksremite cerrahisi geçirmiş olanlar, el ve ön kol distalinde fraktür öyküsü bulunanlar ve infeksiyonu olanlar dahil edilmedi.

3. 4. Masaj Uygulaması

Masaj uygulamasında uygulayıcı hemşirelik lisans eğitimi sırasındaki klasik masajla ilgili bilgileri ve Beden Eğitimi ve Spor Bölümü öğretim elemanlarından aldığı klasik masaj uygulamasıyla ilgili eğitim doğrultusunda uygulama yapmıştır. Masajla ilgili literatür taranarak klasik masaj tekniklerinden, el masajıyla ilgili bilimsel verilerden yararlanılmıştır (54,55). Uygulama sırasında hastalara en çok rahat ettiği pozisyon verilerek, masaj uygulaması sırasında hastada gevşeme ve masaj işlemine adaptasyon sağlanmıştır.

Uygulayıcı masaj uygulayacağı kol tarafında ve yüzü hastaya dönük durarak, genel gevşemeyi sağlamak adına masaj uygulamasına koldan başlamıştır. Kola yapılan sıvazlama hareketleriyle ısınma sağlanmış, daha sonra asıl girişim olan el masajı uygulamasına geçilmiştir.

Masaj işlemine el üstüne bölgesel sıvazlama hareketi ile başlanmıştır. Bu işlemde uygulayıcının sol eli hastanın avucunda, sağ el parmakların üstünden başlayarak el bileğine kadar derin sıvazlama uygulanmış, eller yer değiştirerek bilekten yüzeysel sıvazlama ile parmak uçlarına geri dönlmüştür. Yeterli ısınma sağlanıncaya kadar bu hareket tekrarlanmıştır. Bu işlem tahmini 1-2 dakika sürmüştür.

Yoğurma işlemi en çok baş ve işaret parmağı arasındaki kasa uygulanmıştır. İşaret ve orta parmağımız bu kası alttan desteklerken başparmak yoğurma işlemi yapmıştır. Aynı işlem kasın el ayası tarafına da uygulanmıştır, bu işlem tahmini 1-2 dakika süre sürmüştür. Her iki elin başparmağı ile enlemesine olarak el ayası boyunca bileğe kadar sıvazlama hareketi yapılmıştır. Bilekten geriye doğru yüzeysel sıvazlama hareketi uygulanmış, bu uygulamalar 3-5 kez tekrar edilmiş ve tahmini 1-2 dakika sürmüştür. Aynı işlem el ters çevrilerek el sırtına da uygulanmıştır.

Hastanın parmakları başparmaktan başlanarak tek tek sıvazlanmıştır. Başparmaklar ile hastanın el ayasında bilekten başlanarak friksiyon dediğimiz küçük dairesel hareketlerle parmağa doğru yoğurma hareketi uygulanmıştır. Bu hareketlere 3-5 defa tekrar edilmiş, sonra hastanın parmağı işaret ve orta parmak arasına alınarak dipten uca doğru hafif bastırılarak çekilmiştir. Bu işlemler her parmak için ayrı ayrı uygulanmıştır ve tahmini 2-3 dakika sürmüştür.

Son olarak bir el hastanın bileğinden yukarıda kolu sabitlerken diğer elin parmakları hastanın tüm parmakları arasına kenetlenmiş ve hastadan ellerini serbest bırakması istenmiştir. Hastanın parmaklarına kenetli elle hastanın bileği hafif dairesel hareketlerle döndürülmüştür. Hastanın kolunun sabitlendiği el bırakılarak hastada rahatlama sağlanmış ve el masajı bitirilmiştir. Bu işlemler arasında sıvazlama hareketi sürekli tekrar edilmiştir (54,55).

3. 5. Verilerin toplanması

Müdahale ve kontrol grubuna ait veriler, araştırmacı tarafından gerekli literatürler taranarak oluşturulmuş sosyo – demografik değişkenler ve hastalık ile ilgili soruları içeren Hasta Bilgi formu, Sağlık Değerlendirme Anketi, ağrının ve bazı semptomların şiddetinin ölçüldüğü Görsel Eşdeğerlik Skalası ile toplandı.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Hasta Bilgi Formu: RA tanısı almış hastalarla ilgili benzer çalışmalar incelenerek oluşturulmuş olan bu form, sosyo–demografik değişkenler ve hastalığa yönelik bireysel bilgileri içermektedir. Bireye ilişkin sosyo–demografik değişkenler, yaş, medeni durum, öğrenim durumu ve mesleğini kapsamaktadır. Bu form hastalık süresi, aile desteği, akrabalarda hastalık öyküsü, diğer kronik hastalıklar, sigara içme, egzersiz yapma, ağrı, yorgunluk, uyku problemi, ağrılı eklem sayısını sorgulayan soruları da içermektedir. Ayrıca bu form içerisinde ağrı şiddeti 10 cm’lik Görsel Analog Skala (VAS) kullanılarak değerlendirildi. Ağrı için hastalara “el eklemlerinizdeki ağrıya karşılık gelen sayıyı işaretleyiniz” denilerek hastalardan ağrılarının şiddetine 0 ile 10 arası değişen bir değer vermeleri istendi. Ayrıca ağrılı eklem sayıları sorgulanarak kaydedildi (42). Hastaların sabah sertliği, sabah yataktan kalktıktan sonra, tamamen normale döndüğü zamana kadar geçen süre sorgulandı ve kaydedildi (41).

Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire-HAQ): Romatoloji hastalarının günlük yaşamındaki fonksiyonel durumunu değerlendirmek için sıklıkla kullanılan, fonksiyonel ölçüm yöntemidir. Hastalık şiddeti ve aktivitesi ile korelasyonu kanıtlanmıştır (4,56,57). Özellikle yetişkin artritli hastalarda kullanılmaktadır (58). Hastanın fonksiyonel yetenek seviyesini değerlendirir, üst ekstremitenin ince motor hareketlerini, alt ekstremitenin lokomotor aktivitelerini ve hem üst hem de alt ekstremiteler ile ilgili değişik aktiviteleri içerir (4). HAQ'ın özürülük indeksinde sekiz alan ve her alanda 2-3 soru olmak üzere, toplam 20 soru vardır. Her soru “son bir hafta

boyunca yapabiliyor musunuz?” şeklindedir. Bu alanlar; giyinme ve kendine bakım, kalkma, yemek yeme, yürüme, hijyen, erişme, kavrama ve normal diğer günlük aktivitelerdir (4,58,59). Ankette son bir hafta sorgulanır ve hastaların belli bazı aktivitelerdeki zorlanmaları değerlendirilir.

Her soru için dört zorluk derecesi vardır.

- ‘‘0’’ normal veya hiç zorluk yok
- ‘‘1’’ biraz zor
- ‘‘2’’ çok zor
- ‘‘3’’ hiç yapamıyorum anlamına gelir.

Her kategorideki en yüksek değer o kategorinin skorunu belirler. Her kategorinin skoru toplanır ve toplam kategori sayısı olan sekize bölünmek suretiyle HAQ skoru elde edilmiş olur. HAQ skorunu hesaplayabilmek için sekiz parametreden en az altısını cevaplamış olmak gerekir. Elde edilen skor 0-3 arasında olabilir.

- 0-1 arasındaki skorlar yumuşak ve orta derece fonksiyonel yetersizlik
- 1-2 arası skorlar orta ve ciddi fonksiyonel yetersizlik
- 2-3 arasındaki skorlar da çok ciddi fonksiyonel yetersizlik anlamına gelir.

HAQ orijinal olarak ABD ve Kanada’da İngilizce konuşan popülasyonda geliştirilmiş ve geçerliliği kanıtlanmıştır. Daha sonra değişik dillere çevrilmiş ve kültürel adaptasyonu yapılmıştır. HAQ çevirilerinin tamamının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Çalışmamızda günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyonel durum Altinkesen’in kullanmış olduğu HAQ Norveç versiyonu esas alınarak değerlendirildi. HAQ-DI hastaların kendi başlarına doldurabileceği ve toplam beş dakika içinde tamamlayabilecekleri bir ankettir (4,58).

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma için serviste takip edilen el masajı uygulanan ve poliklinikte takip edilen hastalarda el masajı uygulanmayan grup olmak üzere iki grup oluşturuldu.

Tüm hastalara Hasta Bilgi Formu ve HAQ uygulandı. Kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmadan rutin tedavisini almaya devam ederken, müdahale grubundaki hastalara her bir eline 10-15 dakika boyunca el masajı uygulandı. Bu gruba 15 gün boyunca masaj uygulamasına devam edildi. Uygulamaların yedinci ve 15. günlerinde kontrol grubu hastaları da dahil olmak üzere tüm hastalara hasta bilgi formu

içerisindeki sabah sertliği, günlük yaşam aktiviteleri gibi bazı durumlardaki değişkenleri içeren sorularla ağrı, yorgunluk ve diğer semptomları değerlendiren VAS ve HAQ formu hastalara tekrar uygulandı.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Uygulamaya başlamadan önce Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden Başhekimlik onayı, Romatoloji servisindeki hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onay, Romatoloji Bilim Dalından yazılı onay ve Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alındı.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, sabah sertliği, fonksiyonel kapasite, günlük yaşam aktiviteleri, genel sağlık algısı

Bağımsız değişkenler: El masajı, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, iş kaybı, sigara içme durumu, egzersiz yapma durumu, aile desteği, akrabalarda hastalık öyküsü, eşlik eden hastalık.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS-15) paket programından yararlanılarak, Ki- Kare, Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi, Student t Testi kullanıldı.

3.9. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2009 yılı içinde planlanmış olup, Haziran ayında araştırma önerisi hazırlanarak Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne teklif edildi. 10.11.2009 ve 10.05.2011 tarihleri arasında toplanan veriler, araştırmacı tarafından değerlendirilerek hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunuldu.

4. BULGULAR

4. 1. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Sosyo - Demografik Bulguları

Araştırma kapsamına alınan kontrol ve müdahale gruplarındaki hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı tablo 1’de gösterilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %6,7’sinin 18-32, %26,7’sinin 33-47, %46,6’sının 48-62, %20,0’nın 63 ve yukarı yaş grubunda ve yaş ortalamasının $50,50 \pm 13,34$ olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundakilerin ise % 16,7’sinin 18-32, %16,7’sinin 33-47, %50,0’nın 48-62, %16,6’sının 63 ve yukarı yaş grubunda ve yaş ortalamasının $50,800 \pm 10,73$ olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %33,3’ü erkek, %66,7’si kadın ve müdahale grubunun %23,3’ü erkek, %76,7’si kadındır. Cinsiyet bakımından iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların tamamı evli olup müdahale ve kontrol grubu arasında yaş ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kontrol grubundaki hastaların %40,0’nın okur-yazar değil, %33,3’ünün ilköğretim mezunu ve %26,7’sinin lise mezunu, müdahale grubundaki hastaların %56,7’sinin okur-yazar değil, %26,7’sinin ilköğretim ve %16,6’sının lise mezunu olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu arasında eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların %16,7’sinin eşi ile, %76,7’sinin eş ve çocukları ile, %6,7’sinin diğer aile bireyleri ile, müdahale grubundakilerin %16,7’sinin eşi ile, %63,3’ünün eş ve çocukları ile, %20,0’nın diğer aile bireyleri ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Meslek grubu ve birlikte yaşanan bireyler bakımından müdahale ve kontrol grubundaki hastalar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. Gruplar arasında sigara içme durumları karşılaştırıldığında kontrol grubunun %50,0’nın sigara kullandığı, %50,0’nın sigara içmediği, müdahale grubunun ise %60,0’inin sigara kullandığı, %40,0’nın sigara kullanmadığı ve iki grup arasında sigara içme durumu bakımından bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunun %83,3’ünün egzersiz alışkanlığının olmadığı, %16,7’sinin ise egzersiz yaptığı, müdahale grubunun ise %96,7’sinin egzersiz alışkanlığına sahip olmadığı, %3,3’ünün egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Egzersiz yapma bakımından iki grup arasında istatistiksel farkın olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 1. Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Kontrol (n=30)		Müdahale (n=30)		X ²	p
	n	%	n	%		
Yaş						
18-32	2	6,7	5	16,7	2,103	0,551
33-47	8	26,7	5	16,7		
48-62	14	46,6	15	50,0		
63-üstü	6	20,0	5	16,6		
Cinsiyet						
Erkek	10	33,3	7	23,3	0,739	0,390
Kadın	20	66,7	23	76,7		
Eğitim durumu						
Okur-yazar değil	12	40,0	17	56,6	1,777	0,411
İlköğretim	10	33,3	8	26,7		
Lise	8	26,7	5	16,7		
Medeni durum						
Evli	30	100,0	30	100,0	0	0,0
Birlikte yaşanan kişiler						
Eşi ile	5	16,7	5	16,7	2,381	0,304
Eş ve çocuklar	23	76,7	19	63,3		
Diğer aile bireyleri	2	6,6	6	20,0		
Sigara						
Evet	15	50,0	18	60,0	0,606	0,436
Hayır	15	50,0	12	40,0		
Egzersiz						
Hayır	25	83,3	29	96,7	2,963	0,085
Evet	5	16,7	1	3,3		
Toplam	30	100,0	30	100,0		

4.2. Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların hastalık süreleri, hastalığa bağlı iş kayıpları, başka kronik hastalığın varlığı, düzenli ilaç kullanımı, ağırlıkla kullanılan el, akrabalarda hastalık öyküsü ve hastaların ifadelerine göre aile desteğine ilişkin

bulguların dağılımı tablo 2’de görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların %6,7’sinin üç yıldan az, %93,3’ünün ise üç yıldan fazla, müdahale grubunun %23,3’ünün üç yıldan az, %76,7’sinin üç yıldan fazla süredir RA hastası olduğu belirlenmiştir. Hastalık süresi bakımından karşılaştırıldığında kontrol ve müdahale grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %80,0’ının RA’dan dolayı iş kaybının bulunmadığı, %20,0’ının iş kaybının olduğu, müdahale grubundaki hastaların %36,7’sinin RA’dan dolayı iş kaybının olmadığı, %63,3’ünün ise iş kaybı yaşadığı belirlenmiştir. Her iki grup arasında anlamlı fark olduğu ve bu farkın kontrol grubundaki hastaların iş kaybının fazla olmamasından kaynaklandığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %73,3’ünün RA dışında hastalığının olmadığı, %26,7’sinin olduğu, müdahale grubundakilerin %66,7’sinin RA dışında hastalığının olmadığı, %33,3’ünün RA dışında hastalığının olduğu tespit edilmiştir. İki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan kontrol grubu hastalarının tamamının ilaçlarını düzenli aldığı, müdahale grubu hastalarının %83,3’ünün ilaçlarını düzenli kullandığı, %16,7’sinin ise düzenli kullanmadığı tespit edilmiştir. Düzenli ilaç kullanımı bakımından gruplar karşılaştırıldığında farkın anlamlı olduğu ve bu farkın kontrol grubu hastalarının tamamının ilaçlarını düzenli kullanmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Kontrol grubu hastalarının %76,7’sinin ağırlıkla kullanılan el olarak sağ elini, %23,3’ünün sol elini, müdahale grubunun %83,3’ünün sağ, %26,7’sinin sol elini kullandığı tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kontrol grubu hastalarının tamamının, müdahale grubunun ise %90,0’ının aile desteğinin olduğu, %10,0’ının aile desteğinin olmadığı, saptanmıştır. Kontrol grubu hastalarının %86,7’sinde akrabalarında hastalık öyküsü yokken, %13,3’ünde akrabalarında hastalık öyküsü olduğu, müdahale grubunun ise %80,0’ında akrabalarında hastalık öyküsü yokken, %20,0’ında akrabalarında hastalık öyküsünün bulunduğu tespit edilmiştir. İki grup aile desteği ve akrabalarda hastalık öyküsü yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır.

Tablo 2: Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Kontrol (n=30)		Müdahale (n=30)		X ² ,	p
	n	%	n	%		
RA hastalık süresi						
3 yıldan az	2	6,7	7	23,3	3,268	0,071
3 yıldan fazla	28	93,3	23	76,7		
İş kaybı						
Hayır	24	80,0	11	36,7	11,589	0,001
Evet	6	20,0	19	63,3		
Başka kronik hastalık						
Hayır	22	73,3	20	66,7	0,317	0,573
Evet	8	26,7	10	33,3		
Düzenli ilaç kullanımı						
Evet	30	100,0	25	83,3	5,455	0,020
Hayır	0	0,0	5	16,7		
Ağırlıkla kullanılan el						
Sağ	23	76,7	25	83,3	0,417	0,519
Sol	7	23,3	5	16,7		
Aile desteği						
Hayır	0	0,0	3	10,0	3,158	0,076
Evet	30	100,0	27	90,0		
Akrabalarda Hastalık öyküsü						
Yok	26	86,7	24	80,0	0,480	0,488
Var	4	13,3	6	20,0		
Toplam	30	100,0	30	100,0		

4.3. Masaj Uygulaması Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşadıkları Bazı Semptomların Dağılımı

Uygulama öncesinde kontrol grubundaki hastaların %30,0'u kendi ifadeleriyle genel sağlık durumlarını iyi, %56,7'si zayıf ve %13,3'ü kötü, müdahale grubunun %26,7'si iyi, %53,3'ü zayıf ve %20,0'ı kötü şeklinde ifade etmişlerdir. Uygulamanın yedinci

gününde kontrol grubu hastalarının %10,0'ı kendi ifadeleriyle genel sağlık durumlarını çok iyi, %60,0'ı iyi, %30,0'ı zayıf, müdahale grubunun %10,0'ı çok iyi, %40,0'ı iyi ve %50,0'ı zayıf şeklinde ifade etmiştir. Uygulamanın 15. gününde kontrol grubunun %16,7'si çok iyi, %66,7'si iyi, %16,7'si zayıf, müdahale grubunun %10,0'ı çok iyi, %60,0'ı iyi, %23,3'ü zayıf ve %6,7'si kötü şeklinde ifade etmiştir. Uygulama öncesi ve sonrası iki grubun kendi ifadeleriyle genel sağlık durumlarını ifade etmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Uygulama öncesi kontrol grubunun %26,7'si sabah sertliği süresini yarım saat, %46,7'si bir saat, %23,3'ü iki saat, %3,3'ü iki saatten fazla, müdahale grubunun %23,3'ü yarım saat, %50,0'ı bir saat, %20,0'ı iki saat, %3,3'ü iki saatten fazla olduğunu ifade etmiştir. Uygulamanın yedinci gününde kontrol grubunun %16,7'si sabah sertliği süresini yarım saat, %56,7'si bir saat, %23,3'ü iki saat, %3,3'ü iki saatten fazla, müdahale grubunun %23,3'ü yarım saat, %50,0'ı bir saat, %23,3'ü iki saat, %3,3'ü iki saatten fazla olduğunu belirtmiştir. Uygulamanın 15. gününde kontrol grubunun %33,3'ü sabah sertliği süresini yarım saat, %60,0'ı bir saat, %22,2'si iki saat, müdahale grubunun %23,3'ü yarım saat, %50,0'ı bir saat, %23,3'ü iki saat, %3,3'ü iki saatten fazla olduğunu ifade etmiştir. Uygulama öncesi ve sonrası sabah sertliği süreleri bakımından iki grup arasında fark bulunamamıştır.

Tablo 3: Masaj Uygulaması Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşadığı Bazı Semptomların Dağılımı

Özellikler	Kontrol (n=30)		Müdahale (n=30)		X ²	p
	n	%	n	%		
Genel sağlık önce						
İyi	9	30,0	8	26,7	0,489	0,783
Zayıf	17	56,7	16	53,3		
Kötü	4	13,3	6	20,0		
Genel sağlık 7. gün						
Çok iyi	3	10,0	3	10,0	2,700	0,259
İyi	18	60,0	12	40,0		
Zayıf	9	30,0	15	50,0		
Genel sağlık 15. gün						
Çok iyi	5	16,7	3	10,0	1,748	0,417
İyi	20	66,6	18	60,0		
Zayıf	5	16,7	7	30,0		
Sabah sertliği süresi önce						
Yarım saat	8	26,7	7	23,3	0,511	0,916
1 saat	14	46,7	15	50,0		
2 saat	7	23,3	6	20,0		
2 saatten fazla	1	3,3	2	6,7		
Sabah sertliği süresi 7. gün						
Yarım saat	5	16,7	7	23,3	0,458	0,928
1 saat	17	56,7	15	50,0		
2 saat	7	23,3	7	23,3		
2 saatten fazla	1	3,3	1	3,3		
Sabah sertliği süresi 15. gün						
Yarım saat	10	33,3	7	23,3	4,402	0,111
1 saat	18	60,0	15	50,0		
2 saat	2	6,7	8	26,7		
Toplam	30	100,0	30	100,0		

Uygulama öncesi yedinci ve 15. günde kontrol grubundaki hastaların %86,7'si yorgunluk yaşadığını, %13,3'ü yaşamadığını, müdahale grubunda %86,7'si yorgunluk yaşadığını, %13,3'ü ise yaşamadığını ifade etmiştir. Uygulamanın yedinci gününde kontrol grubu hastalarının %56,7'si yorgunluk yaşadığını, %43,3'ü yorgunluk yaşamadığını, müdahale grubunun %76,7'si yorgunluk yaşadığını, %23,3'ü ise yorgunluk yaşamadığını ifade etmiştir. Uygulamanın 15. gününde kontrol grubu hastalarının %43,3'ü yorgunluk yaşadığını, %56,7'si yorgunluk yaşamadığını, müdahale grubunun %53,3'ü yorgunluk yaşadığını, %46,7'si yorgunluk yaşamadığını

ifade etmiştir. Uygulama öncesi, yedinci ve 15. gündeki yorgunluk değerleri bakımından iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi, yedinci ve 15. gündeki uyku problemleri sorgulandığında uygulama öncesi kontrol grubunun %73,3'ü uykusuzluk yaşadığını, %26,7'si uykusuzluk yaşamadığını, müdahale grubunun %63,3'ü uykusuzluk yaşadığını, %36,7'si uykusuzluk yaşamadığını belirtmiştir. Uygulamanın yedinci gününde kontrol grubu hastalarının %50,0'ı uykusuzluk yaşadığını ifade ederken, %50,0'ı yaşamadığını, müdahale grubunun %46,7'si uykusuzluk yaşadığını, %53,3'ü yaşamadığını ifade etmiştir. Uygulamanın 15. gününde kontrol grubu hastalarının %66,7'si uykusuzluk yaşadığını, %33,3'ü yaşamadığını, müdahale grubunun %53,3'ü uykusuzluk yaşadığını, %46,7'si yaşamadığını belirtmiştir. Uygulama öncesi ve sonrası uyku problemi bakımından kontrol ve müdahale grupları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere uygulama öncesi, uygulamanın yedinci gününde ve 15. gününde günlük yaşam aktivitelerini ne ölçüde yapabildikleri sorulduğunda; kontrol grubu hastalarının %40,0'ı bağımsız, %46,7'si ağırlı fakat aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, %10,0'ı bir kısım aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, %3,3'ü bağımlı şeklinde ifade etmiş, müdahale grubunun %26,7'si bağımsız, %40,0'ı ağırlı fakat aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, %23,3'ü bir kısım aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, %10,0'ı bağımlı olarak ifade etmiştir. Uygulamanın yedinci gününde kontrol grubu hastalarının %13,3'ü bağımsız, %63,3'ü ağırlı fakat aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, %23,3'ü bir kısım aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, müdahale grubunun %20,0'ı bağımsız, %50,0'ı ağırlı fakat aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, %30,0'ı bir kısım aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, uygulamanın 15. gününde kontrol grubu hastalarının %40,0'ı bağımsız, %56,7'si ağırlı fakat aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, %3,3'ü bir kısım aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, müdahale grubunun %16,7'si bağımsız, %60,0'ı ağırlı fakat aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde, %23,3'ü bir kısım aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde şeklinde ifade etmiştir. Uygulama öncesi yedinci ve 15. gündeki günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumları bakımından kontrol ve müdahale grupları karşılaştırıldığında uygulama öncesi ve yedinci gündeki değerlerde anlamlı bir fark olmadığı ancak 15. günde farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3'ün devamı: Masaj Uygulaması Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşadığı Bazı Semptomların Dağılımı

Özellikler	Kontrol (n=30)		Müdahale (n=30)		X ²	p
	n	%	n	%		
Yorgunluk önce						
Evet	26	86,7	26	86,7	0,0	0,0
Hayır	4	13,3	4	13,3		
Yorgunluk 7. gün						
Evet	17	56,7	23	76,7	2,700	0,100
Hayır	13	43,3	7	23,3		
Yorgunluk 15. gün						
Evet	13	43,3	16	53,3	0,601	0,438
Hayır	17	56,7	14	46,7		
Uyku problemi önce						
Evet	22	73,3	19	63,3	0,693	0,405
Hayır	8	26,7	11	36,7		
Uyku problemi 7. gün						
Evet	15	50,0	14	46,7	0,067	0,796
Hayır	15	50,0	16	53,3		
Uyku problemi 15. gün						
Evet	20	66,7	16	53,3	1,111	0,292
Hayır	10	33,3	14	46,7		
Günlük yaşam						
Aktiviteleri önce						
Bağımsız	12	40,0	8	26,7	3,554	0,314
Ağırılı bağımsız	14	46,7	12	40,0		
Yarı bağımlı	3	10,0	7	23,3		
Bağımlı	1	3,3	3	10,0		
Günlük yaşam						
Aktiviteleri 7. gün						
Bağımsız	4	13,3	6	20,0	1,121	0,571
Ağırılı bağımsız	19	63,4	15	50,0		
Yarı bağımlı	7	23,3	9	30,0		
Günlük yaşam						
Aktiviteleri 15. gün						
Bağımsız	12	40,0	5	16,7	7,411	0,025
Ağırılı bağımlı	17	56,7	18	60,0		
Yarı bağımlı	1	3,3	7	23,3		
Toplam	30	100,0	30	100,0		

4.4. Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Ağrı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve sonrası ağrı değerlerinin ortalamalarına ilişkin bulgular yer almakta ve dağılımları tablo 4'te görülmektedir. Çalışma kapsamına alınan hastaların ağrı ortalaması müdahale grubunda uygulama öncesinde $7,6 \pm 2,2$, uygulamanın yedinci

gününde $7,1\pm2,2$, 15. gününde $6,4\pm2,0$, kontrol grubunda uygulama öncesi $7,3\pm2,1$, uygulamanın yedinci gününde $6,4\pm2,0$, 15. gününde $5,7\pm2,0$ olarak belirlenmiş olup, ağrı bakımından her iki grupta zamanla azalma saptanmıştır.

Tablo 4: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası Ağrı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Ağrı				
Zaman		Müdahale $\bar{X}\pm SD$	Kontrol $\bar{X}\pm SD$	
Ağrı	Önce	$7,6\pm2,2$	$7,3\pm2,1$	
	7. gün	$7,1\pm2,2$	$6,4\pm2,0$	
	15. gün	$6,4\pm2,0$	$5,7\pm2,0$	
		KO	F	P
Test	Zaman	28,717	10,674	0,000
	Zaman+Grup	0,572	0,213	0,809
	Grup	13,889	1,664	0,202

4.5. Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve sonrası HAQ değerlerinin ortalamalarına ilişkin bulgular yer almakta ve dağılımları tablo 5'te görülmektedir. Çalışma kapsamına alınan hastaların HAQ değerleri müdahale grubunda uygulama öncesinde $2,1\pm0,6$, uygulamanın yedinci gününde $1,7\pm0,6$, 15. gününde $1,7\pm0,5$, kontrol grubunda uygulama öncesi $1,7\pm0,6$, uygulamanın yedinci gününde $1,7\pm0,5$, 15. gününde $1,5\pm0,6$ olarak belirlenmiş olup, iki grup arasında zaman bakımından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Müdahale grubunda uygulamanın yedinci gününde HAQ puanında bir düşme saptanmış, yedinci günden sonrası HAQ değerinde herhangi bir değişiklik saptanmamıştır.

Tablo 5: Çalışma Kapsamına Alınan Bireylerin Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

HAQ				
Zaman		Müdahale ̄x±SD	Kontrol ̄x±SD	
HAQ	Önce	2,1±0,6	1,7±0,6	
	7. gün	1,7±0,6	1,7±0,5	
	15. gün	1,7±0,6	1,5±0,6	
		KO	F	P
Test	Zaman	2,018	11,981	0,000
	Zaman+Grup	0,380	2,275	0,137
	Grup	2,139	2,835	0,098

4.6. Müdahale ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Puan Farklarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin uygulama öncesi ve sonrası HAQ puan farklarına ilişkin bulgular yer almakta ve dağılımları tablo 6’da görülmektedir. Çalışma kapsamına alınan hastaların HAQ puan ortalamaları arasındaki farkın ortalaması müdahale grubunda 0,47 $\pm$ 0,46, kontrol grubunda 0,18 $\pm$ 0,47 olarak belirlenmiş olup iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu fark müdahale grubunda puan farkının daha büyük olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 6: Müdahale ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Puan Farklarının Dağılımı

Grup	Özellikler		
	$\bar{X} \pm SD$	t	p
Müdahale	0,47±0,46	2,388	0,020
Kontrol	0,18±0,47		

4.7. Grupların Yaş ve Hastalık Süresi ile Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Genel Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 7’de de görüldüğü gibi yaş ile uygulama öncesi HAQ arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu fakat bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Uygulamanın yedinci ve 15. günlerindeki HAQ ve yaş arasında pozitif doğrusal ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu veriye göre yaş arttıkça HAQ değerinin de arttığı saptanmıştır.

Hastalık süresi ve HAQ arasında uygulama öncesi ve uygulamanın 15. günündeki HAQ puan ortalamaları arasında negatif ilişki olduğu bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamsız olduğu tespit edilmiştir. Hastalık süresi ile uygulamanın yedinci gündeki HAQ puan ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu fakat bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 7: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ İle Yaş ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişkinin Dağılımı

	HAQ					
	Uygulama öncesi		Uygulama sonrası			
	r	p	7. gün r	7. gün p	15. gün r	15. gün p
Yaş	0,202	0,286	0,382	0,037	0,396	0,030
Hastalık süresi	-0,190	0,315	0,016	0,933	-0,080	0,675

4.8. Grupların Ağrı ile Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Genel Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye dair bulgular

Ağrı ile HAQ puan ortalaması arasında fark olduğu ($p<0,05$) ve masaj uygulamasının ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (tablo 8).

Tablo 8: Grupların Ağrı ile Uygulama Öncesi ve Sonrası HAQ Genel Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ağrı	HAQ					
	Uygulama öncesi			Uygulama sonrası		
	r	p	r	7. gün p	15. gün r	p
Ağrı puan	0,374	0,042	0,590	0,001	0,635	0,000
	0,407	0,026	0,610	0,000	0,586	0,001
	0,385	0,036	0,670	0,000	0,731	0,000

5. TARTIŞMA

Romatoid artirit, hastalığın başlangıcından itibaren hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki becerilerini, sosyal, boş zaman ve mesleki aktivitelerini, aile ve sosyal çevresi ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır. Fonksiyonel yetersizlik ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi hastaların tedaviye ihtiyaçlarını belirleyen ve hasta memnuniyetini etkileyen en önemli nedenlerdir (4). Bu çalışma masajın RA hastalarının fonksiyonel durumuna ve semptomlara etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalaması $50,50 \pm 13,34$ olarak bulunmuştur. Çefle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaş ortalaması $51,4 \pm 11,8$ şeklinde saptanmıştır (20). Çalışma kapsamına alınan kontrol grubu hastalarının %33,3'ü erkek, %66,7'si kadın ve müdahale grubunun %23,3'ü erkek, %76,7'si kadın olarak tespit edilmiştir. Taştekin ve arkadaşlarının çalışmasında da kadın hastaların çoğunluğu oluşturduğu belirlenmiştir (5). Çalışmamızda kontrol grubundaki hastaların %40,0'ının okur-yazar olmadığı, %33,3'ünün ilköğretim, %26,7'sinin lise mezunu olduğu, müdahale grubundaki hastaların %56,7'sinin okur-yazar olmadığı, %26,7'sinin ilköğretim, %16,7'sinin lise mezunu olduğu belirlendi. Tekin'in yaptığı çalışmada ise hastaların %18,2'sinin okur-yazar olmadığı, %60,9'unun ilköğretim, %20,9'unun lise mezunu olduğu tespit edilmiştir (60).

RA'li kadın hastalarda belirtilerin erkek hastalara göre daha şiddetli olduğu, hastalık aktivitesi, fonksiyonel kapasite, eklem harabiyeti ve işgücü kaybı açısından daha ağır düzeyde etkilendikleri bildirilmiştir (61). Çalışmamıza alınan bireylerin büyük çoğunluğunu ev hanımlarının oluşturması, hastalığın bayanları daha çok etkilediğinin bir göstergesidir. Kontrol grubundaki hastaların %20,0'ının, müdahale grubundaki hastaların ise %63,3'ünün RA'den dolayı iş kaybı yaşadığı belirlenmiştir. Ceceli ve arkadaşları kronik inflamatuvar bir hastalık olan RA'de zaman içinde kişilerin fonksiyonel durumunda ve iş kapasitesinde kötüye gidişin beklenen bir sonuç olduğunu belirlemişlerdir (56).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin genelinde aile desteğinin bulunduğu ve büyük çoğunluğunun eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı sonucuna varılmıştır. Hindistan ve Ergüney'in yapmış oldukları çalışmada da RA'li hastaların hastalığıyla ilgili aile bireyleriyle, komşularıyla, meslektaşlarıyla ve arkadaşlarıyla yaptığı konuşmaların bile

hastalıkla baş etmede yardımcı olduğu belirtilmiştir (2). Özellikle fiziksel özürüllüğün oluşmasında sosyal desteğin önemi büyüktür ve sosyal destek RA'ye bağlı olarak gelişen fiziksel kısıtlılığı azaltmaktadır (62). Buradan da anlaşılabacağı gibi aile desteği hastalıkla mücadelede, hastalığı kabullenmede ve iyi olma halinin artırılmasında etkilidir.

Çalışmamızda kontrol grubunun %50'si, müdahale grubunun %60'ı sigara kullandığını ifade etmiştir. Mori ve arkadaşlarının RA ve küçük hava yolu tıkanıklığını karşılaştırdığı çalışmalarında küçük hava yolu tıkanıklığının RA hastaları arasında yaygın olduğunu ve küçük havayolu tıkanıklığında sigaranın ve sigara dumanına maruz kalmanın RA hastalığıyla bağlantılı olduğunu belirtmişlerdir (63). Papadopoulos çalışmasında, RA hastalarının tedavi edilmelerine rağmen, sigara alışkanlığının hastalık aktivitesini ve şiddetini arttırdığını göstermiştir (64). Bu veriler doğrultusunda çalışma grubundaki hastaların çoğunluğunun sigara kullandığı göz önüne alındığında, hastaların sigaranın olumsuz etkileri konusunda hemşireler tarafından bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Egzersiz, RA hastaları için önemli bir tedavi yöntemidir. Değişik egzersiz çeşitlerinin RA tedavisinde yararlı olduğu gösterilmiştir (8,65). Hakinken ve arkadaşları çalışmalarında, haftada 2-3 kez evde egzersiz yapan hastaların kas kuvvetinde artma olduğunu belirtmiştir (66). Suami ve arkadaşları egzersizin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilerini bildirmiştir (67). Bizim çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun egzersiz alışkanlığının olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle hastaların sağlık ekibi tarafından egzersizin önemi konusunda bilgilendirilmesi ve hastaların egzersizleri düzenli bir şekilde uygulaması için motive edilmesi gerekmektedir.

Hastaların fonksiyonel kayıplarının hastalık süresi uzadıkça arttığı belirlenmiştir (56,68). Hastalığın erken döneminde fonksiyonel kapasitedeki azalmadan hastalık aktivitesinin, geç dönemde ise eklem hasarındaki artışın sorumlu olduğu tespit edilmiştir (68). RA'de kemik kaybının özellikle ön kol ve elde hastalığın erken döneminde başladığı ve bu dönemde daha hızlı seyrettiği yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (69). Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun hastalık süresinin üç yılın üzerinde olduğu belirlendiğinden, fonksiyon kaybının mümkün olduğu kadar kontrol altında tutulabilmesi açısından, hastalara özellikle hastalığın erken döneminde tedaviye uyumun önemi konusunda eğitim verilmesi oldukça önemlidir.

Araştırma kapsamına alınan kontrol grubu hastalarının tamamının, müdahale grubu hastalarının %83,3'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı, %16,7'sinin ise düzenli kullanmadığı tespit edilmiştir. Düzenli ilaç kullanımı bakımından gruplar

karşılaştırıldığındaki farkın anlamlı olduğu ve bu farkın kontrol grubu hastalarının tamamının ilaçlarını düzenli kullanmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Tekin'in çalışmasında da olguların %89,1'inin ilaçlarını düzenli kullandığını ifade ettiği tespit edilmiştir (60). Hastaların çoğunluğunun ilaçlarını düzenli bir şekilde kullandığını ifade etmesi sevindirici bir sonuçtur.

Romatoid artrit hastalığının oluşumunda birçok genetik faktörün riski belirlediği düşünülmektedir. Monozigotik ikizlerde romatoid artrit oluşmasının relatif riski, akrabalık ilişkisi olmayanlara göre 12 ile 65 kat daha fazladır. Oysa genlerinin %50 kadarını paylaşan dizigotik ikizlerde sadece 2-17 kat bir risk artımı söz konusudur. Bu fark romatoid artrit gelişimindeki genetik temele işaret etmektedir (24). Bizim çalışmamızda kontrol grubu hastalarının %13,3'ünde, müdahale grubunun ise %20,0'ında akrabalarda hastalık öyküsünün bulunduğu belirlenmiştir.

Yapılan araştırmalarda masajın olumlu sağlık sonuçları ile doğrudan ilişkisi olduğu ve fizyolojik etkilerinin çok az ölçülmesi ya da ölçülememesine rağmen hasta algıları stres ve anksiyetenin masajla önemli ölçüde azaltılabileceği vurgulanmaktadır. Basit hareketlerle dokunmatik odaklı bakım, hatta beş dakika el veya ayak masajının hastanın algıladığı stres seviyesinin düşürülmesinde yararlı olabilir (70). Tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerinin hastalar üzerinde olumlu etki oluşturduğu aşikardır. Bizim çalışmamızda da masaj uygulaması ve sonrasında hastaların genel sağlık algılarının arttığı sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda sabah sertliği süresi bakımından müdahale öncesi ve sonrasında anlamlı bir değişimin olmadığı saptanmıştır. Ceceli ve arkadaşlarının çalışmasında sabah tutukluğu süresi 54 ± 30 dakika (minimum:0, maksimum:180 dakika) (56), Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında sabah tutukluğu süresi 90.4 ± 83.2 dakika (30-360 dakika)'dır (57). Yapılan çalışmalarda bu kadar farklı sonuçların elde edilmesi sabah tutukluğunun hastanın ifadesine göre belirlenmesi ile ilişkili olabilir. Sabah tutukluğu kavramı hastaya iyi açıklansa dahi, sonuçta hasta tarafından belirlenip ifade edilen bir değerlendirmedir (41). Çalışmamızda sabah sertliği süresi bakımından müdahale öncesi ve sonrasında anlamlı bir değişimin olmaması bu durumla ilişkili olabilir.

Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir (71). Yorgunluk semptomu RA'te belirgin bir yetersizliğe neden olabilmektedir. Bu semptomun RA'teki kronik enflamatuvar süreçten çok hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (72). Azak ve Çınar'ın yapmış oldukları çalışmada, genel yorgunluk düzeyi ile günlük

faaliyetlerin etkilenmesi arasında pozitif yönde çok ileri derecede anlamlı ilişki saptanmıştır. Genel yorgunluk düzeyi arttıkça günlük faaliyetlerin olumsuz etkilenmesi de artmaktadır (73). Bizim çalışmamızda da masaj uygulamasından sonra, yorgunluk belirgin bir şekilde azalmış, aynı şekilde günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık azalmış, genel sağlık algısı da artmıştır.

Uyku süresini kişinin; fizyolojik metabolizması, fiziksel durumu, yaptığı iş, egzersiz düzeyi ve yaş gibi pek çok önemli faktörler etkilemektedir. Hastalıklar da normal uyku seyrini değiştiren etmenlerdir (74). Uyku düzeninde bozulmanın en sık görüldüğü hastalıklardan biri de RA'dır. Treharne ve arkadaşları çalışmalarında RA'lı hastaların yaşadıkları uyku problemlerinin sıklıkla kendi içlerinde yaşadıkları stresle ilgili olduğunu, psikoeğitimsel programların RA'lı hastaların stresle baş etmelerinde onlara yardımcı olabilecek non-farmakolojik bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir (75). Fadiloğlu ve arkadaşlarının çalışmalarının örneklemini oluşturan yaşlı bireylerin dörtte üçünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (76). Romatoid artritli hastalarda özellikle ağrıya bağlı olarak uyku sorunları görülmektedir. Uyku sorunlarına neden olan psikolojik problemler arasında ise anksiyete ve depresyon gelmektedir. Hastalarda anksiyete ve depresyon gelişmesindeki sebepler ise; hastalığın geriye dönüşümsüz, kronik, ilerleyici, ciddi deformite ve sakatlıklar oluşturması ile bireylerin baş etmede yaşadıkları güçlükler, bağımsızlıklarının kaybı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik, iş kaybı, aile içi rollerde değişiklikler, ekonomik ve sosyal sorunlar gibi durumlar nedeniyledir. Kiper'in RA'lı hastalarda uyku kalitesini araştırdığı çalışmasında, araştırmaya katılan hasta grubunun çoğunluğunun uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (23). Literatüre bakıldığında non-farmakolojik yöntemlerle uyku gelişimi sağlanabileceğine dair çalışmalar mevcuttur. Richard ve arkadaşları uyku ile ilgili çalışmalarında masaj, müzik ve terapötik dokunmanın gevşeme ve rahatlık sağlayarak kritik hastalarda uykuyu olumlu etkilediği sonucuna varmıştır. Bu uygulamaların kritik hastalar için güvenli olduğu ve bu girişimlerin eğitim almış yoğun bakım hemşireleri tarafından rutin olarak uygulanması gerektiği önerisinde bulunmuşlardır (77). Bizim sonuçlarımız da önceki bulgularla uyumludur. Müdahale ve kontrol grubunun her ikisinde de uyku probleminin azaldığı belirlenmiştir ancak bu azalma müdahale grubunda daha belirgindir. Romatoid artritli hastaların işlevsel kayıpları, eklem ağrıları, deformasyonları, beden imgesi bozuklukları, olumsuz ruhsal durumları ve bağımlılık gereksinimleri nedeniyle profesyonel yardım alma gereksinimleri artmaktadır (2). RA'de yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada

RA’li hastalarda yaşam kalitesini hastalık aktivitesi ya da ağrı şiddeti değil, fonksiyonel durumun belirlediği sonucuna varılmıştır (57). Çalışmamızda hasta ifadelerine göre yorumladığımızda hastaların ağrıları olsa da günlük işlerini yapmaya devam ettikleri fakat tutukluk ve deformiteler oluşuktan sonra kendi öz bakımlarını dahi yapmada zorlandıkları saptandı.

Semptom kontrolünde masaj terapisinin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ağrı ve diğer problemlere karşı insan dokunuşunun kullanımının büyük çekiciliğinin olduğunu ve kronik hastalığı olan hastalar tarafından semptom yönetiminde ucuz ve non-invaziv bir yöntem olan masajın kullanılabileceği savunulmuştur (12). Fibromyalji hastalarında semptom yönetiminde masajın etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada, semptomların azaltılmasında masajın etkili olduğu sonucuna varılmıştır (78). Adam ve arkadaşlarının diz osteoartritinde masajın etkinliğini değerlendirdiği çalışmada masaj terapisinin etkili olduğu, fonksiyon gelişiminde ve ağrının azaltılmasında da yararlı olduğu sonucuna varmışlardır (79). Aroma masajının bazı semptomlara etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada aroma el masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkili olduğu vurgulanmıştır (80). Kanser hastalarında semptom yönetiminde masajın etkisini araştıran bir diğer çalışma da ağrı başta olmak üzere bulantının giderilmesi, rahatlama sağlanması, anksiyetenin azaltılması, uyku gelişiminin sağlanması gibi çeşitli semptomlar üzerinde masajın etkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca masajın hastalar tarafından bu kadar rağbet görmesinde ucuz ve non-invaziv bir yöntem olmasının payının büyüklüğünden de bahsedilmektedir (12). Snyder ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin yıllardır anksiyete ve ağrıyı azaltmak, rahatlamayı sağlamak ve konfora teşvik amacıyla tamamlayıcı yöntemleri kullandıklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada tamamlayıcı yöntemlerin hemşirelik uygulamaları içinde yer alması gerektiği ve her hasta için uygulanan tedavinin etkinliğinin bilinmesinin kaliteli hemşirelik bakımının bir unsuru olduğu, ayrıca hasta ya da yakınlarına öğretilen günlük el masajıyla hastanın öz bakım gücünün arttırılabileceği vurgulanmıştır. Ancak hemşireler bu tamamlayıcı yöntemleri hastalara önermeden önce riskleri ve yararları konusunda mutlaka bilgi sahibi olmalıdır (44).

Titler ve Rakel’in ağrı için non-farmakolojik yöntemleri incelediği çalışmalarında ağrı yönetiminde non-farmakolojik yöntemlerin etkili olduğunu ancak farmakolojik yöntem yerine kullanılamayacağını ifade etmişlerdir (81). Snyder ve Wieland’ın çalışmasında da hemşirelik uygulamaları içerisinde non-farmakolojik yöntemlerin önemli bir yeri olduğu ancak bu uygulamaların gerçekleştirilebilmesi için yeterli zaman, beceri ve

bilginin olması gerektiği vurgulanmıştır. (44). Rakel ve Barr çalışmalarında ağrı yönetiminde çeşitli yöntemlerin kullanıldığını ve etkili olduğunu bu etkinin bazen kısa süreli bazen bir yıldan uzun süre devam ettiği ifade edilmiştir. Ağrı yönetiminde multidisipliner yaklaşımın gerektiğini ve hemşirelerin de artık geleneksel yöntemler dışında özel yöntemleri de uygulamak için eğitim almaya başladıklarını belirtmiştir (81). Bizim çalışmamızda da hastaların tümünün ağrısında zamanla bir azalma olduğu saptanmıştır, ancak bu azalma kontrol grubunda daha belirgindir.

Taştekin ve arkadaşlarının çalışmasında günlük yaşamdaki el fonksiyonları, HAQ ile ölçülen özürlülük düzeyi, el kavrama kuvvetleri ve parmakların eklem hareket açıklığı ile yakından ilişkilidir (5). Bizim çalışmamızda uygulamanın yedinci gününde HAQ değerlerinde belirgin bir artış olduğu, yaşla HAQ puan ortalaması arasında pozitif bir ilişki bulunduğu, yaşla bağlantılı olarak HAQ puanının da arttığı belirlenmiştir. Hastalık süresiyle HAQ değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ancak ağrı ile HAQ puanı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Romatoid artirit tanısı almış hastalara uygulanan el masajının bazı semptomlar üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile randomize kontrollü ve deneysel olarak yapılan araştırma bulgularına göre aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin genelinde aile desteğinin bulunduğu ve büyük çoğunluğunun eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı,

Kontrol grubundaki hastaların %20,0'mın, müdahale grubundaki hastaların ise çoğunluğunun RA'den dolayı iş kaybı yaşadığı,

Kontrol grubunun %50'sinin, müdahale grubunun %60'mın sigara kullandığını ifade ettiği,

Hastaların büyük çoğunluğunun egzersiz alışkanlığının olmadığı,

Masaj uygulaması sırasında ve sonrasında müdahale ve kontrol grubundaki hastaların genel sağlık algılarının arttığı, ancak bu artışın müdahale grubunda daha belirgin olduğu,

Masaj uygulamasından sonra yorgunluğun azaldığı,

Müdahale grubunda ve kontrol grubunda uygulamanın yedinci gününde uyku probleminin azaldığı ancak uygulamanın 15. gününde uyku problemindeki artışın müdahale grubunda daha az olduğu,

Hastaların tümünde ağrı semptomunun zamanla bir azalma gösterdiği ancak bu azalmanın müdahale grubunda daha fazla olduğu,

Uygulamanın yedinci gününde HAQ değerlerinde belirgin bir artışın olduğu, yaşla HAQ puan ortalaması arasında pozitif bir ilişki bulunduğu, yaşla bağlantılı olarak HAQ puanının da arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur:

Hastalara bireysel olarak en uygun egzersiz yöntemi belirlenerek, hastaların egzersize yönlendirilmesi,

Hastaların sigaranın olumsuz etkileri konusunda bilgilendirilmesi,

Bazı semptomların azaltılmasında ve fonksiyonel durumun desteklenmesinde, tamamlayıcı yöntemlerden biri olan el masajının farmakolojik yöntemlerle beraber hastalara uygulanması ve bu konuda daha geniş popülasyonları kapsayan çalışmalar yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Demirel A, ve Kırnap M. Romatoid artrit tedavisinde geleneksel ve güncel yaklaşımlar. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences). 2010;19(1):74–84.
2. Hindistan S, ve Ergüney S. Romatoid artritli hastalara verilen eğitimin ağrı düzeylerine, psikolojik belirtilerine ve yardım arama tutumlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(3):69-76.
3. Can Gençay A, ve Günendi Z. Romatoid artritte prognostik faktörler. Romatizma. 2008;23:60-2.
4. Altınkesen E. Erken ve geç dönem Romatoid Artritli Hastalarda Semptomlar, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2006, ,Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 86 sayfa, (Yrd. Doç. Dr. Nihal GELECEK).
5. Taştekin N, Uzunca K, Birtane M, Demirbağ Karayel D, ve Öztürk G. Romatoid artrit’li hastalarda, el eklemlerindeki hareket açıklığı ve el kavrama kuvvetlerinin hastalık aktivasyonu, el fonksiyonları ve özürlülük ile ilişkisi. Romatizma 2006; 21:13-7.
6. Eberhardt K, Sandqvist G, ve Geborek V. Hand function tests are important and sensitive tools for assessment of treatment response in patients with rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol. 2008;37:109–112.
7. Gürçay E, Alanoğlu E, Tuncay R, Uşan H, ve Çakıcı A. Romatoid elde duruöz el skalasının ve kavrama beceri testinin değerlendirilmesi. T Klin FTR. 2004;4:1-6.
8. Amir I, Buljina, Mihra S, Taljanovic, Dijana M, Avdic and Tim B, Hunter. Physical and exercise therapy for treatment of the rheumatoid hand. Arthritis care & research. 2001; 45:392-397.
9. Fresko İ. Romatoid artrit ve seronegatif spondartritlerin tedavi Prensipleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Romatoloji Hastalıkları Sempozyum Dizisi No: 34 • Nisan 2003; s. 55-61.
10. Draçoğlu D. Romatoid artritte tamamlayıcı-alternatif tıp yöntemleri. Romatizma. 2007; 22:24-30.

11. Rakel B, and Barr JO. Physical modalities in chronic pain management. Nurs Clin North Am. 2003 Sep;38(3):477-94.
12. Barrie R. Cassileth, and Andrew J. Vickers. Massage therapy for symptom control: Outcome study at a major cancer center. Journal of Pain and Symptom Management J Pain Symptom Manage. 2004;28:244–249.
13. Gümüşdiş G. Bağ dokusu hastalıkları: Romatoid artrit. Gümüşdiş G, Doğanavşargil E (eds). Klinik Romatoloji, Deniz Matbaası, İstanbul 1999: 269–279.
14. Bearne L,M, Scott D,L, and Hurley M,V. Exercise can reverse quadriceps sensorimotor dysfunction that is associated with rheumatoid arthritis without exacerbating disease activity. Rheumatology. 2002;41:157-166.
15. Melainie Cameron, B.App. Sc.(Osteo.), M.H. Sc. Is manual therapy a rational approach to improving health-related quality of life in people with arthritis?. Australas Chiropr Osteopathy. 2002 July; 10(1): 9–15. (PMCID: PMC2051057)
16. Romatizmal hastalıklarda klinik tedavi (çev. A. Dinç). Romatoloji araştırma ve eğitim derneği yayınları, 3. basım, Ağustos 2007.
17. Sharma PK, Hota D, Pandhi P. Biologics in rheumatoid arthritis. J Assoc Physicians India. 2004 Mar;52:231-6.
18. Balaban B., Tan K. A. ve Alaca R. Romatoid artrit tedavisinde non-farmakolojik yaklaşımlar. Romatizma, Cilt: 17, Sayı: 1, 2002:48-55.
19. Efthimiou P. ve Kukar M. Complementary and alternative medicine use in rheumatoid arthritis: Proposed mechanism of action and efficacy of commonly used modalities. Rheumatol Int (2010) 30:571–586.
20. Çefle A, Yazıcı A, ve Erkol B. Romatoid artritte tiroid fonksiyon testleri ve hastalık aktivitesi ile ilişkisi. İst Tıp Fak Derg. 2007;70:103-106.
21. Andrew P. Cope Clinical Immunology (third Edition). Principles and Practice 2008, pages 767-787 chapter 52- Rheumatoid arthritis.
22. Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. Arthritis Res. 2002;4 Suppl 3:S265-72. Epub 2002 May 9.
23. Kiper S. Romatoid artritli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. 2003, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 116 sayfa, Afyonkarahisar, (Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL).

24. Özsoy M,H, Altinel L, Başarır K, Çavuşoğlu T, ve Dinçel V,E. Romatoid artritte eklem hastalığının patogenezi. TOTBİD (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) Dergisi 2006. Cilt: 5 Sayı;3-4:101-110.
25. Karadakovan A, ve Eti Aslan F, Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Nobel Kitabevi, Adana, 2010. s:1357-1379.
26. Doğan A, Oymak F,S, Taşkapan H, Patiroğlu P,E, Tokgöz B, ve Utaş C. Romatoid artritli bir hastada multiple myelomaya bağlı akut böbrek yetmezliği. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 2002;2:118-121.
27. Julia F, Simard, Karen H, Costenbader, Miguel A, Hernán, Matthew H, Liang, Murray A, Mittelman, and Elizabeth W, Karlson. Early life factors and adult-onset rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2010 January;37(1):32–37. doi:10.3899/jrheum.090237.
28. Alamanos Y, Drosos AA. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. Autoimmun Rev. 2005 Mar;4(3):130-6.
29. Solak Ö. Altındış M. Toktaş H, Dünder Ü, Köken R, Türel A, Tunç N, Kavuncu V. Romatoid artritli hastalarda human parvovirüs B19’un serolojik ve moleküler tanısı. Turk J Rheumatol 2009; 24: 17-20.
30. René R,P, de Vries , Tom W,J, Huizinga and René E,M. Toes. Redefining the HLA and RA association: To be or not to be anti-CCP positive. Journal of Autoimmunity. Volume25, Supplement 1, 2005, pages 21-25.
31. Hamuryudan V. Romatoid artrit. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Romatolojik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No: 34 • Nisan 2003; s. 19-29.
32. Rönnelid J, Wick M C, Lampa J, Lindblad S, Nordmark B, Klareskog L, and Vollenhoven RF. Longitudinal analysis of citrullinated protein/peptide antibodies (anti-CP) during 5 year follow up in early rheumatoid arthritis: anti-CP status predicts worse disease activity and greater radiological progression. Ann Rheum Dis 2005;64:1744–1749. doi: 10.1136/ard.2004.033571.
33. Sarıkaya S, Özdolap Ş, Tekin İÖ, ve Akdağ B. Romatoid artritte romatoid faktör, fonksiyonel durum ve hastalık aktivitesinin kemik kaybı üzerine etkisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2005;51(4):123-126.
34. Levent Ö. ve Ataman Ş. Romatoid artrit tedavisinde yeni yaklaşımlar. T Klin FTR 2002, 2:124-142.

35. Karan A. ve Aksoy C. (ed. T. Göksoy). Romatizmal hastalıkların tanı ve tedavisi. Yüce yayınları, 2002.
36. Birtane M, Hakgüder A, Eryavuz M, ve Kokino S. Akut romatoid artritli kadınlarda fonksiyonel özürlülük indeksleri ile hastalık aktivite belirteçlerinin korelasyonu. Romatizma, Cilt: 16, Sayı: 3, 2001;125-130.
37. Gabriel SE. The epidemiology of rheumatoid arthritis. Rheum Dis Clin Am. 2001 May;27(2):269-81.
38. Hamuryudan V. Romatoid artrit kliniği ve tedavisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Romatolojik Hastalıklar Sempozyumu 25 Mayıs 1999, İstanbul, s. 9-17.
39. Akın S, Güleç O, Beyazova M, ve Korkusuz F. Romatoid artritte el kemik mineral yoğunluğu ve kemik döngüsünün biyokimyasal göstergeleri. Romatizma, Cilt: 19, Sayı: 1, 2004;1-6.
40. Kuran B, Doğu B, ve Soydemir R. Romatoid el ve rehabilitasyonu. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2008; 54 Özel Sayı 1; 20-4.
41. Elden H, ve Nacitarhan V. Romatoid artritli hastalarda sabah tutukluğu ile akut faz reaktanlarının korelasyonu. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2005;51(1):19-21.
42. Çöçelli Pirbudak L, Bacaksız B,D ve Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep tıp dergisi 2008, 14:53-58.
43. Menekşe EB, Cantürk F. ve Alaylı G. Romatoid artritte kardiyovasküler tutulum. Romatizma, Cilt: 19, Sayı: 3, 2004;187-192.
44. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: What is their place in the management of chronic pain? J. Nurs Clin North Am. 2003 Sep;38(3):495-508.
45. Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Lubrano E. La medicina complementare nell'artrite reumatoide. Reumatismo, 2005; 57(4):226-231.
46. Gabriel S, Breuer MD, Orbach H, Elkayam O, Berkun Y, Paran D, Mates M and Nesher G. Use of complementary and alternative medicine among patients attending rheumatology clinics in Israel. IMAJ 2006;8:184–187.
47. Bülbül Hızal S, Turgut M, ve Köylüoğlu S. Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52: 195-202.
48. Kalyon T. A. Akupunktur tedavisi. Türk. Fiz. Tıp. Rehab. Derg. 2007;53 Özel sayı 2: 52-7.

49. Kuzeyli Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, ve Uyar M. Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. Ağrı, 18:1, 2006;26-32.
50. Turan N, Öztürk A, ve Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(1):93–98.
51. Madenci E. Klasik masaj. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2007: 53 Özel Sayı 2; 58-61.
52. Sarı H. Hareket sistemi hastalıklarında fiziksel tıp yöntemleri. Ed.: Sarı H., Tüzün Ş. ve Akgün K. Nobel tıp kitapçevleri, 2002. s:89-96.
53. Khorshid L, ve Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 2, 2005;124-130.
54. Kanbir O. Klasik Masaj. Bursa. Ekin Kitapevi. 2005.
55. Tuna N. A'dan Z'ye masaj. İstanbul Nobel Tıp Kitapevi. 1997. S: 43-56.
56. Ceceli E, Öken Ö, Kısaoğlu S, ve Yorgancıoğlu R. Romatoid artritte keitel fonksiyonel indeksi. Fiziksel Tıp 2000; 3 (2-3): 131-134.
57. Kaya T, Göksel Karatepe A, Günaydın R, Türkmen G, ve Özbek G. Romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesi: Hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve sağlık durumu ile ilişkisi. Romatizma 2007; 22: 119-22.
58. Başaran S, Güzel R, ve Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma, Cilt: 20, Sayı: 1, 2005;55-63.
59. Başkan Mermerci B, Doğan PY, Eser F, Barça N, Özoran K, ve Bodur H. Romatoid artritli hastalarda cinsiyet ile hastalık aktivite kriterleri, fonksiyonel ve psikolojik durum arasındaki ilişki. FTR Bil Der 2010;13:15-20.
60. Tekin M. Romatoid artritli hastalarda tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve uyum artırma yöntemleri, 2007, Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul,69 sayfa, (Prof. Dr. Aytekin OĞUZ).
61. Forslind K, Hafström I, Ahlmen, Svensson B. Sex: a major predictor of remission in early rheumatoid arthritis? Ann Rheum Dis. 2007;66:46-52.
62. Pollard L, Choy E H, Scott D L. The consequences of rheumatoid arthritis: Quality of life measures in the individual patient. Clin Exp Rheumatol 2005; 23 (Suppl. 39): S43-52.
63. Mori S, Koga Y, Sugimoto M. Small airway obstruction in patients with rheumatoid arthritis. Mod Rheumatol. 2011;21:164–173.

64. Papadopoulos NG, Alamanos Y, Voulgari PV. Does cigarette smoking influence disease expression, activity and severity in early rheumatoid arthritis patients? *Clin Exp Rheumatol* 2005;23(6):861-6.
65. Z de Jong and et all. Long term high intensity exercise and damage of small joints in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2004;63:1399–1405. doi: 10.1136/ard.2003.015826.
66. Haˆkkinen A, Sokka T, Kautiainen H, Kotaniemi A, Hannonen P. Sustained maintenance of exercise induced muscle strength gains and normal bone mineral density in patients with early rheumatoid arthritis: a 5 year follow up. *Ann Rheum Dis* 2004;63:910–916.
67. Suomi R, Collier D. Effects of arthritis exercise programs on functional fitness and perceived activities of daily living measures in older adults with arthritis. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84(11):1589-94.
68. Welsing PM, van Gestel AM, Swinkels HL, Kiemeny LA, The relationship between disease activity, joint destruction, and functional capacity over the course of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2001;44(9):2009-17.
69. Deodhar AA, Brabyn J, Pande I, Scott DL, Woolf AD. Hand bone densitometry in rheumatoid arthritis, a five year longitudinal study: an outcome measure and a prognostic marker. *Ann Rheum Dis* 2003;62(8):767-70.
70. Labrique-Walusis F, Keister KJ, Russell AC. Massage therapy for stress management: implications for nursing practice. *Orthop Nurs.* 2010 Jul-Aug;29(4):254-7; quiz 258-9.
71. Yurtsever S. Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000; 4(1):16-20.
72. Turan Y. Kocaağa Z. Koçyiğit H. Gürkan A. Bayram KB. ve İpek S. Correlation of fatigue with clinical parameters and quality of life in rheumatoid arthritis. *Türk J Rheumatol* 2010; 25: 63-7.
73. Azak A, ve Çınar S. Lenfomalı (Hodgkin Ve Non-Hodgkin) hastalarda yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler. *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi.* 2005;2(15):78-85.
74. Parlar S. Parkinson hastalarında uyku bozuklukları ve hemşirelik yönetimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2007; 10: 2;95-104
75. Treharne GJ, Lyons AC, Hale ED, Douglas KMJ, Goodchild CE, Booth DA, and Kitas GD. Sleep disruption frequency in rheumatoid arthritis: Perceived

- stres predicts poor outcome over one year. *Musculoskeletal Care*. 2007;5(1):5164.
76. Fadiloğlu Ç. Huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2006; 9 (3): 165-169.
 77. Richards K, Nagel C, Markie M, Elwell J, Barone C. Use of complementary and alternative therapies to promote sleep in critically ill patients. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2003 Sep;15(3):329-40.
 78. Kalichman L. Massage therapy for fibromyalgia symptoms. *Rheumatol Int*. 2010 Jul;30(9):1151-7.
 79. Adam I, Perlman, Sabina A, Williams AL, Njike VY, David L, Katz. Massage Therapy for Osteoarthritis of the Knee. *Arch Intern Med*. 2006;166:2533-2538.
 80. Chang, So Young. Effects of aroma hand massage on pain, state anxiety and depression in hospice patients with terminal cancer. *J Korean Acad Nurs Vol.38 No.4*, 493-502, August, 2008.
 81. Titler MG, Rakel BA. Nonpharmacologic experimental of pain. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2001 Jun;13(2):221-32.

8. EKLER

EK-1 Hasta Bilgi Formu

Açıklama:

Aşağıda verilen soruların çoğu sağlık durumunuzu belirlemek amacıyla sorulmuştur. Sorulara vereceğiniz cevaplarda doğru veya yanlış yoktur ve çoğunu basit bir yuvarlak içine alarak cevaplayabilirsiniz. Lütfen her soruyu cevaplayınız. Vereceğiniz bilgiler bilimsel araştırmalar dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır.

Lütfen aşağıdaki bilgileri vererek başlayınız.

İSİM:

ADRES:

TEL.:

1-Yaşınız:

.....

2- Eğitim Durumunuz:

- a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaöğretim (Lise) d) Yükseköğretim

3- Medeni Haliniz:

- a) Bekar b) Evli

4- cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

5- Mesleğiniz:

- a) Öğrenci b) Memur c) Serbest d) Emekli e) Ev hanımı f) Diğer

6- Sosyal Güvenceniz var mı?

- a) Hayır b) Evet

7- Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- a) Yalnız c) Eş ve çocuklar
b) Eşi ile d) Diğer aile bireyleri

8- Dominant (yazı yazdığınız) eliniz hangisi belirtiniz.

- a) sağ b) sol

9- Sigara alışkanlığınız var mı?

- a) Hayır b) Evet

10- Egzersiz alışkanlığınız var mı?

- a) Hayır b) Evet

11- Kaç yıldır RA hastasıısınız?

- a) 3 yıldan az bir süredir
b) 3 yıldan fazla bir süredir.

12- Akrabalarda hastalık öyküsü:

- a) Yok b) Var (belirtiniz).....

13- Romatizmadan dolayı iş kaybı var mı?

- a) Hayır b) Evet (belirtiniz).....

14- Bu hastalığınızdan başka kronik hastalığınız var mı?

- a) Hayır b) Evet (Tanısını belirtiniz).....

- 15- Hastalığınıza yönelik düzenli ilaç tedavisi alıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 16- Hastalığınız ile bas etmede size destek olan kişiler var mı?
a) Hayır b) Evet
- 17- Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?
Mükemmel () Çok iyi () İyi () Zayıf () Kötü ()
- 18- El eklemlerinizde ağrınız var mı?
a) Hayır b) Evet

Cevabınız hayır ise 20. soruya geçiniz.

- 19- El eklemlerinizdeki ağrıya karşılık gelen sayıyı işaretleyiniz?
1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

- 20- Elinizdeki ağırlı eklem sayısını belirtiniz.

■

- 21- Sabah sertliği şikayetiniz var mı?
a) Evet b) Hayır

- 22- Sabah sertliği şikayetinizin süresini işaretleyiniz?
a) Yarım saat
b) 1 saat sürüyor
c) 2 saat sürüyor
d) 2 saatten fazla bir süredir.

- 23- Yorgunluk hissi var mı?
a) Evet b) Hayır

- 24- Uyku düzeninde bozulma var mı?
a) Evet b) Hayır

- 25- El eklemlerinizde şişlik var mı?
a) Evet b) Hayır

- 26- Elinizdeki en belirgin şişliğin ölçüsü.
■

- 27- Elinizdeki şiş eklem sayınızı belirtiniz.
■

- 28- RA'ya özgü el eklem deformitesi var mı?
a) Dügme iliği deformitesi
b) Kuğu boynu deformitesi
c) Ulnar deviasyon
d) Diğer

- 29- Deformiteli el eklem sayınızı belirtiniz.
■

- 30- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken;
a) Bağımsız
b) Ağırlı fakat aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde
c) Bir kısım aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde
d) Bağımlı

EK-2
SAĞLIK DEĞERLENDİRME ANKETİ

Adı ve soyadı _____ Tarih _____

Bu bölümde, hastalığınızın günlük yaşamınızı nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Yorumlarınızı lütfen arka Sayfaya yazınız.

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA günlük işleri yapabilme yeteneklerinizi en iyi tanımlayan yanıtı İşaretleyiniz:

HİÇ zorluk Çekmeden	BİRAZ Zorluk Çekerek	ÇOK Zorluk Çekerek	<u>YAPAMIYORUM</u>
---------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------

GİYİNME VE KİŞİSEL BAKIM

Aşağıdakileri yapabiliyor musunuz?

— Ayakkabı bağlarını bağlamak ve düğme iliklemek dahil kendi kendinize giyinebiliyor musunuz? _____

— Saçınızı şampuanlayabiliyor musunuz? _____

YERİNDEN KALKMA

Aşağıdakileri yapabiliyor musunuz?

— Sandalyeden kalkabiliyor musunuz? _____

— Yatağa yatıp kalkabiliyor musunuz? _____

YEMEK YEME

Aşağıdakileri yapabiliyor musunuz? ?

— Tabağınızdaki eti kesebiliyor musunuz? _____

— Dolu bir fincanı veya bardağı ağzınıza götürebiliyor musunuz? _____

— Henüz açılmamış süt kartonunu açabiliyor musunuz? _____

YÜRÜME

Aşağıdakileri yapabiliyor musunuz?

— Açık havada düz zeminde yürüyebiliyor musunuz? _____

— Beş merdiven basamağı çıkabiliyor musunuz? _____

Aşağıdaki listede, yukarıdaki eylemleri yaparken kullandığınız herhangi bir YARDIMCI ARAÇ VEYA AYGIT yer alıyorsa lütfen işaretleyiniz:

_____ Baston	
_____ Giyinmek için kullandığınız yardımcı araçlar (düğme ve fermuar çengeli, uzun saplı ayakkabı çekeceği, vb...)	
_____ Yürüteç	_____ Özel yapılmış çatal kasık
_____ Koltuk destekleri	_____ Özel yapılmış sandalye
_____ Tekerlekli sandalye	_____ Diğer (belirtiniz: _____)

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA günlük işleri yapabilme yeteneklerinizi en iyi tanımlayan yanıtı İşaretleyiniz:

HiÇ zorluk Çekmeden	BİRAZ Zorluk Çekerek	ÇOK Zorluk Çekerek	YAPAMIYORUM
---------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------

VÜCUT TEMİZLİĞİ:

Aşağıdakileri yapabiliyor musunuz?

— Vücudunuzu yıkayıp kurulayabiliyor musunuz?	_____	_____	_____	_____
— Küvette banyo yapabiliyor musunuz?	_____	_____	_____	_____
— Tuvaletle oturup kalkabiliyor musunuz? ?	_____	_____	_____	_____

UZANMA

Aşağıdakileri yapabiliyor musunuz?

— Basınızın biraz yukarısındaki yaklaşık 2 kg'lık bir nesneye (örneğin aile boyu meşrubat) uzanıp aşağıya indirebiliyor musunuz?	_____	_____	_____	_____
— Yerdeki çamaşırları almak için eğilebiliyor musunuz?	_____	_____	_____	_____

KAVRAMA

Aşağıdakileri yapabiliyor musunuz?

— Araba kapılarını açabiliyor musunuz?	_____	_____	_____	_____
— Daha önce açılmamış kavanozları açabiliyor musunuz?	_____	_____	_____	_____
— Muslukları açıp kapatabiliyor musunuz? ?	_____	_____	_____	_____

EYLEMLER

Aşağıdakileri yapabiliyor musunuz?

— Küçük işleri ve alışveriş yapabiliyor musunuz?	_____	_____	_____	_____
— Otomobile binip inebiliyor musunuz?	_____	_____	_____	_____
— Elektrik süpürgesiyle temizlik veya bahçeyle uğraşma gibi işleri yapabiliyor musunuz?	_____	_____	_____	_____

Aşağıdaki listede, yukarıdaki eylemleri yaparken kullandığınız herhangi bir YARDIMCI ARAÇ VEYA

AYGIT yer alıyorsa lütfen işaretleyiniz:

_____ Yükseltilmiş tuvalet oturağı çubuğu	_____ Küvetin yanındaki tutunma
_____ Küvet oturağı araç	_____ Uzanmaya yardımcı uzun saplı
_____ Kavanoz açacağı (daha önce araçlar	_____ Banyoda yardımcı uzun saplı
(uzun açılmış kavanozlar için) saplı sünger gibi)	_____ Diğer (belirtiniz: _____)

Genelde BASKASINDAN YARDIM ALMANIZI gerektiren işleri yazınız:

.....

EK-3

HASTA ONAM FORMU

Yapacağımız çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Romatoid artrit (RA); nedeni belli olmayan, sistemik bulgular gösterebilen, özellikle de kronik olarak eklemleri tutan ve şekil bozuklukları ile seyreden bir hastalıktır. RA’da en çok el ve el bileği eklemlerinin tutulumu göz önünde bulundurularak ele yapılan masaj terapisinin ağrı, el eklem hareket açıklığı, sabah tutukluğu, şişlik gibi durumlarda rahatlık sağlayacağı düşünülmektedir. Romatoid Artrit (RA)’de uygulanan medikal tedavilerin yanı sıra çeşitli egzersizler, fizik tedavi ajanları, yardımcı cihazlar, hasta eğitimi, enerji koruma prensipleri, iş-uğraşı terapisi gibi günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmaya yönelik rehabilitasyon yöntemleri de kullanılmaktadır. Bu çalışmamızda masaj terapisinin RA tedavi ve rehabilitasyonundaki yeri araştırılacaktır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni size Romatoid Artrit (İltihaplı Romatizma) hastalığı tanısının konulmuş olmasıdır. Araştırmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Bu kayıtlar ileride tekrar incelenerek doğru tedavi verilmesine yardımcı olacaktır. Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaç dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmayı yapabilmek için sizin yapacağınız herhangi bir işlem yoktur, sadece çalışmaya katılmanız yeterlidir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Masaj yapımı sırasında oluşabilecek riskler: Hafif ağrı hissi

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Döndü TUNA tarafından Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Çalışmaya sağlığım ve bu hastalığa yakalan bütün hastalar açısından kendi isteğimle katılmak istiyorum.

Teşekkür ederim

Döndü TUNA

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ben,yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma konusunda yazılı ve sözlü olarak bilgilendirildim. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı ve Soyadı, Tarih, İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Tanık Adı Soyadı, Tarih, İmzası

Araştırmacının Adı Soyadı, Tarih, İmzası

EK-4
Hastane Başhekimlik Onayı



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

Sayı: B.30.2.GZP.0.H1.00.00/ 200-

06265

17/06/2011

Konu: Dilekçe

Sn: Döndü TUNA

İLGİ: 08.04.2011 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz ile ilgili Romatoloji Bilim Dalı Başkanlığı'nın yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Bülent TUNÇÖZGÜR
Başhekim V

EK: 1 adet yazı



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİMDALI
ROMATOLOJİ BİLİM DALI

Sayı : İç Hast. AD/2011- 214

16.06.2011

Konu : Romatoloji Bilim Dalı Tez çalışması hk.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi: B30.2.GZP.0.H1.00.00/200-04085 sayılı, 13.04.2011 tarihli yazınız

Hastanemiz Enfeksiyon-Romatoloji servisinde görev yapmakta olan hemşire Döndü TUNA'nın 'Romatoid Artritli Bireylerde El Masajının Bazı Semptomlara Etkinliğinin Değerlendirilmesi' isimli tez çalışmasının hastanemiz hastalarına yapması uygun mütalaa edilmiştir. Çalışma, yayın haline getirilirken bölümümüzün izni olmadan yapılmasına izin verilmemektedir.

Gereğini saygılarımla arz ederim

Doç.Dr. Ahmet Mesut ONAT

Romatoloji Bilim Dalı Başkanı

Ek:1 adet(dilekçe)

ŞAHİNBEY HASTANESİ	
BAŞHEKİMLİK GELEN EVRAK	
TARİH	16.06.2011
SAYI	06347
GELİDİĞİ BİRİM	B30

İlgiliye
bildirim
16-6-11
Prof.Dr. Mehmet TUNÇÖZGÜR
Başhekim Yardımcısı

EK-5
Araştırma Başvuru Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	GAZİANTEP KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ARKA BİNA KAT:2 ŞAHİNBEY-GAZİANTEP
TELEFON	0 342 3606060-77704
FAKS	0 342 3601617
E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Romatoid Artritli Bireylerde El Masajının Bazı Semptomlara Etkinliğinin Değerlendirilmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	-		
	EUDRACT NUMARASI	-		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Nimet OVAYOLU Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	-		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	-		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	-		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	-		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	GAZİANTEP KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐		
		FAZ 2 ☐		
	FAZ 3 ☐			
	FAZ 4 ☐			
	BE/BY ☐			
	DIĞER ☐	Diğer ise belirtiniz:		
	ILAÇ DIŞI ARAŞTIRMA ☐	Belirtiniz:		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-	-	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	SİGORTA	☐	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐	
	ILAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:20	Tarih:10.11.2009
	Doç.Dr.Nimet OVAYOLU'nun sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Doç. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ Başkan	Farmakoloji	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	E ☐ K x	E ☐ H x	Ex H ☐	
Prof. Dr. M. Cemil SAVAŞ Başkan Yardımcısı	Gastroenteroloji	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. İç. Hst. A.D. (Gstr.B.D.)	Ex K ☐	E ☐ H x	Ex H ☐	
Prof. Dr. Serdar UŞÜMEZ Raportör	Diş Hekimliği	Gaziantep Üniv. Diş Hekimliği Fakültesi	Ex K ☐	E ☐ H x	Ex H ☐	
Prof. Dr. Şahin AKSOY Üye	Deontoloji	Harran Üniv. Tıp Fak. Deontoloji A.D.	Ex K ☐	E ☐ H x	E ☐ H x	Katılmadı
Doç. Dr. Ercan SIVASLI/ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	Ex K ☐	E ☐ H x	Ex H ☐	
Doç. Dr. Hüseyin KAYA Üye	Biyoistatistik	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	Ex K ☐	E ☐ H x	Ex H x	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Ş. Nur AKSOY Üye	Biyokimya	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Biyokimya A.D.	E ☐ K x	E ☐ H x	Ex H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Beyhan CENGİZ / Üye	Fizyoloji	Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Fizyoloji A.D.	Ex K ☐	E ☐ H x	H ☐ H x	Katılmadı
Ecz. Ahmet Sami BOŞNAK/Üye	Eczacı	Gaziantep Üniv. Şahinbey Onkoloji Hastanesi	Ex K ☐	E ☐ H x	Ex H ☐	
Avk. Murat GÜNERİ Üye	Hukukçu	Sivil Toplum Kuruluşu	Ex K ☐	E ☐ H x	Ex H ☐	
Baha Gunhan GÜNGÖRDÜ/ Üye	Sivil	Sivil Üye	Ex K ☐	E ☐ H x	Ex H ☐	

* : Araştırma ile İlişki

** : Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Gaziantep'in Nurdağı ilçesinde doğan Döndü Tuna ilkokul ve ortaokulu Nurdağı'nda, liseyi İslahiye Opet Anadolu Lisesinde tamamladı. 2004-2008 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde lisans eğitimi aldı. 2008 yılında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Enfeksiyon-Romatoloji servisinde Hemşire olarak göreve başladı. Halen Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Hemşire olarak görevini sürdürmektedir.