



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN FONKSİYONEL
VE PSİKOSOSYAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

İpek İdil SERTTAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZDEN DEDELİ ÇAYDAM

MANİSA-2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN FONKSİYONEL
VE PSİKOSOSYAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

İPEK İDİL SERTTAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM

(Tez Danışmanı)

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

(Jüri Üyesi)

Prof. Dr. Yasemin TOKEM

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2018

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 edilemeyen 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 davranışım olmadığını beyan ederim.

İPEK İDİL SERTTAN

TEŞEKKÜR

*Fikir ve önerileri ile tezimi başından sonuna kadar yönlendiren
danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Özden DEDELİ'ye,*

*Bilgi ve deneyimleri ile tezime yaptığı katkılardan dolayı
sayın hocam Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e*

Bilimsel katkı ve önerileri için sayın hocam Prof. Dr. Yasemin TOKEM'e

Araştırmaya katılan tüm romatoid artritli hastalara ve ailelerine,

Sevgi ve desteğini benden esirgemeyen değerli eşime ve aileme

TEŞEKKÜR EDERİM.

İpek İdil SERTTAN

Manisa-2018

KISALTMALAR

Romatoid Artrit	RA
Romatoid Faktör	RF
Amerikan Romatizma Derneği	ACR
Amerikan Romatizma Birliği	ARA
Avrupa Romatizma Birliği/ European League Against Rheumatism	EULAR
Tümör Nekroz Faktör	TNF- α
İnterlökin	IL
Polimorfizmler Kromozom 3	3q13
Human Leukocyte Antijen	HLA
Anti Sitrülin (sitrülenmiş) Peptit Antikor	ACPA
Sitomegalovirüs	CMV
İmmünglobülin	Ig
Metakarpofalangial	MCF/MKF
Proksimal İnterfalangial	PIF
Metatarsofalangial	MTF
Distalinterfalangial	DIF
Karpometokarpal	CMC
Eritrosit Sedimentasyon Hızı/Oranı	ESR/ESH
Non Steroid Anti-inflamatuar İlaçlar	NSAİİ
C- Reaktif Protein	CRP
Anti Siklin Sitrülin Peptit	Anti CPP
Hastalık Düzenleyen Antiromatizmal İlaç	DMARD

Statistical Package for the Social Sciences

SPSS

Sağlığı Değerlendirme Anketi

SDA

Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu

RSS-KF

Ortalama

Ort

Standart Sapma

ss



İÇİNDEKİLER

1.	ÖZET	1
2.	ABSTRACT	2
3.	GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1.	Amaç	5
4.	GENEL BİLGİLER	6
4.1.	ROMATOİD ARTRİT'İN TANIMI VE TARİHÇESİ	6
4.2.	EPİDEMİYOLOJİSİ	6
4.3.	ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	7
4.3.1.	Genetik Faktörler	7
4.3.2.	Çevresel Faktörler	8
4.3.3.	İnfeksiyöz ajanlar	8
4.3.4.	Otoantikorlar	8
4.3.5.	Hormonlar	8
4.4.	FİZYOPATOLOJİ	9
4.5.	KLİNİK BELİRTİLER	9
4.5.1.	Eklem Bulguları	10
4.5.2.	Eklem Dışı Belirtiler	11
4.5.2.1.	Romatoid Nodüller	11
4.5.2.2.	Kalp Tutulumu	12
4.5.2.3.	Akciğer Tutulumu	12
4.5.2.4.	Nörolojik Tutulum	12
4.5.2.5.	Böbrek Tutulumu	12

4.5.2.6.	Karaciğer Tutulumu	12
4.5.2.7.	Göz Tutulumu	13
4.5.2.8.	Vaskülit	13
4.5.2.9.	Hematolojik Anomaliler	13
4.6.	TANI YÖNTEMLERİ	14
4.6.1.	Laboratuvar Testleri	16
4.6.2.	Radyolojik İncelemeler	16
4.7.	TEDAVİ	16
4.7.1.	Fizik Tedavi	17
4.7.2.	İlaç Tedavisi	17
4.8.	ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN FONKSİYONEL DURUMLARI	20
4.9.	ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN PSİKOSOSYAL DURUMLARI	21
4.10.	HEMŞİRELİK BAKIMI	23
4.11.	ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	25
5.	GEREÇ VE YÖNTEM	27
5.1.	Araştırmanın Tipi	27
5.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi	27
5.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
5.4.	Araştırmanın Soruları	28
5.5.	Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	28
5.6.	Veri Toplama Araçları	28
5.6.1.	Hasta Tanıtım Formu	28
5.6.2.	Sağlık Değerlendirme Anketi	28

5.6.3.	Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu	29
5.7.	Veri Toplama Yöntemi	29
5.8.	Verilerinin Değerlendirilmesi	29
5.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları	30
5.10.	Araştırmanın Etik Yönü	30
6.	BULGULAR	31
6.1.	Romatoid Artritli Bireylerin Özellikleri	31
6.2.	Romatoid Artritli Bireylerin Sağlığı Değerlendirme Anketi'nden Aldıkları Puanlar	33
6.3.	Romatoid Artritli Bireylerin Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'ndan Aldıkları Puanlar	34
6.4.	Romatoid Artritli Bireylerin Sağlığı Değerlendirme Anketi ile Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'ndan Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler	35
7.	TARTIŞMA	37
8.	SONUÇ VE ÖNERİLER	42
9.	KAYNAKLAR	43
10.	EKLER	54
	EK-1 Anket Formu	55
	EK-2 Sağlığı Değerlendirme Anketi'nin Yazar İzni	60
	EK-3 Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'nun Yazar İzni	61
	Ek-4 İç Hastalıkları Anabilim dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Timur Pırıldar'ın İzni	62

Ek-5 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık	63
Bilimleri Etik Kurulu	

12. YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI	64
ORJİNALLİK RAPORU	



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Romatoid Artritte Görölme Sıklığına Göre Eklem Tutulumları	11
Tablo 2. Romatoid Artrit Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) / Avrupa Romatizma Birliği (EULAR) Tanı Kriterleri	15
Tablo 3. Romatoid Artrit Tedavisindeki Biyolojik Ajanlar	18
Tablo 4. Romatoid Artritli Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	32
Tablo 5. Sağlık/Hastalık Durumları İle İlgili Özellikler	33
Tablo 6. Romatoid Artritli Bireylerin Sağlığı Değerlendirme Anketi'nden Aldıkları Puanlar	34
Tablo 7. Romatoid Artritli Bireylerin Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'ndan Aldıkları Puanlar	35
Tablo 8. Romatoid Artritli Bireylerin Sağlığı Değerlendirme Anketi İle Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'ndan Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyonlar	35

Başlık: Romatoid Artritli Hastaların Fonksiyonel ve Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi

Öğrencinin adı: İpek İdil SERTTAN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM

Anabilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

1.ÖZET

Amaç: Bu çalışmada amaç romatoid artritli hastaların fonksiyonel, duygusal ve psikososyal durumlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, bir üniversite hastanesinin romatoloji polikliniklerinden sağlık bakım hizmeti alan 306 romatoid artritli hasta ile yürütüldü. Araştırmada veriler, Hasta Tanıtım Formu, Sağlık Değerlendirme Anketi (SDA) ve Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizler ve korelasyon analizi yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan romatoid artritli hastaların yaş ortalaması $49,7 \pm 11,8$ (23-60) yıl olup büyük çoğunluğu (%70,6) kadın idi. Romatoid artritli hastaların SDA puan ortalaması $15,7 \pm 13,7$ (0-60), RSS-KF puan ortalaması $43,3 \pm 14,5$ (1-70) olarak bulundu. SDA ile RSS-KF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

Sonuçlar: Araştırma sonuçları, romatoid artritli hastaların fonksiyonel, sosyal, duygusal ve psikolojik durumlarının orta düzeyde olduğu ve fonksiyonel iyilik halleri arttıkça sosyal, psikolojik ve duygusal iyilik hallerinin de arttığını gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sosyal iyi oluş, psikolojik iyi oluş, psikofizyolojik bozukluklar

Title: Assessment of Functional and Psychosocial Situations among Patients with Rheumatoid Arthritis

Student name: Ipek Idil SERTTAN

Supervisor: Ozden DEDELI CAYDAM, MSc, PhD, RN

Department: Internal Medicine Nursing Department

2. ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to assess functional, emotional and psychosocial situations among patients with rheumatoid arthritis.

Materials and Methods: This study which is descriptive and cross sectional was conducted with 306 patients with rheumatoid arthritis at the rheumatology polyclinics in a university hospitals. The data were collected by means of patient information form, Health Assessment Questionnaire and the Mental Health Continuum Short Form. Descriptive and correlation were used in statistical analysis.

Results: The average age of the patients were 49.7 ± 11.8 (23-60) years, 70.6% were female. It was found that the mean of Health Assessment Questionnaire score was 15.7 ± 13.7 (0-60), the mean of the Mental Health Continuum Short Form score was 43.3 ± 14.5 (1-70) among patients with rheumatoid arthritis. A negative correlation was defined between Health Assessment Questionnaire and the Mental Health Continuum Short Form ($r = -0.39$ $p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study indicated that the patients who rheumatoid arthritis experience moderate level of functional, emotional and psychosocial situations. In addition, psychosocial situations was affected by functional situations.

Key words: Rheumatoid arthritis, social well-being, psychological well-being, psychophysiologic disorders

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Romatoid artrit (RA), etyolojisi tam olarak bilinmeyen, özellikle periferik sinoviyal eklemleri tutan, sistemik bulgular gösteren, kronik, enflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır. Ülkemizde RA ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar sınırlı olsa da sıklığının %0,22 ile %1 olduğu, kadınlarda üç kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Akkoç 2010). RA'nın nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte genetik faktörler, hormonlar ve enfeksiyonların rol oynadığı belirtilmektedir (Pehlivan ve ark. 2010; Pehlivan ve ark. 2015). RA'da, eklem tutulumu, sıklıkla alevlenmelerle seyrederek şekil bozukluğu, ciddi deformite ve fonksiyonel kayıplara neden olmaktadır. Eklem tutulumunun yanı sıra ekstraartiküler, sistemik belirti ve bulguların da ortaya çıkması ile hastalık fonksiyonel ve psikososyal sağlığı içeren genel sağlık durumunda azalmaya neden olabilmektedir (Walsh ve ark. 1999; Backman 2006; Kiper ve Sunal 2009; Uçar ve ark. 2015).

Hastaların fiziksel işlevlerindeki bozulma, fonksiyonel yeterliliklerinde azalma, vücut bütünlüğünde bozulma, kayıp, yas, özrürlülük endişesi gibi duygulara neden olabilmektedir. Hastalığın ilerlediği dönemde uyumsuzluk, kaygı, düşmanca duygular ve öfke görülebilmektedir (Aslan ve ark. 1996; Walch ve ark. 1999; Backman 2006; Kurt ve ark. 2013). Literatürde RA'lı hastalarda en sık görülen psikososyal sorunlar; anksiyete, depresyon, baş etmede yaşanan güçlükler, bağımsızlıklarının kaybı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik (Walch ve ark. 1999; Backman 2006; Getting 2010; Ryan 2014; Uçar ve ark. 2014), beden algısı ve benlik saygısında azalma (Aslan ve ark. 1996; Kurt ve ark. 2013), iş kaybı, aile içi rollerde değişiklikler, ekonomik ve sosyal sorunlar (Walch ve ark. 1999; Ryan 2014; Backman 2006; Getting 2010) olarak tanımlanmıştır. RA gibi kronik hastalıklarda tedavinin sonucunun değerlendirilmesinde hastanın fonksiyonel ve psikososyal alanlardaki subjektif düşüncesine daha fazla ağırlık tanınması gerektiğine inanılmaktadır (Evers ve ark. 1998; Garip 2014). RA'da yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin, yaşam süresini uzatmaktan daha önemli olduğu da vurgulanmaktadır (Pollard ve ark.

2005; Kwon ve ark. 2015). Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi RA'da da semptom yönetimi ve tedavinin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için hastanın öz bakım aktivitelerini yapabilmesi, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi, fonksiyonel ve psikososyal iyilik halinin artırılmasının yaşam kalitesinin de olumlu etkilendiği bildirilmiştir (Pollard ve ark. 2005; Kwon ve ark. 2015; Mathcam ve ark. 2014; Pehlivan ve ark. 2015).

Romatoid artritli hastalarda eklem tutulumuna bağlı sabah tutukluğu, eklemlerde ağrı, şişlik, yorgunluk, iştahsızlık, ateş, uykusuzluk, kilo kaybının yanı sıra organ ve sistemleri de olumsuz etkilenmektedir. RA'de hastalık semptomları, fonksiyonel yetersizlikler, genel sağlık durumunun bozulması, tedavinin yan etkileri gibi birçok sorun hastaların yaşamını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitelerini azaltabilmektedir. RA'de etyoloji tam olarak bilinmediği için tedavide amaç ağrının azaltılması, deformite ve sakatlıkların önlenmesi, hastanın fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. RA tedavi ve bakım öncelikle fizyopatolojik-organik süreçleri içerse de bununla sınırlı değildir. Hastalık, her birey açısından subjektif bir durum olarak yaşanmakta ve farklı deneyimlenmektedir. Bu bağlamda, hemşirelerin, hasta için hastalığın objektif ve subjektif yönlerini anlaması önemlidir. RA'lı hastalara bakım veren multidisipliner sağlık bakım ekibi içerisinde yer alan hemşireler RA'lı hastalar ve ailelerine bakım verirken, yaşam kalitelerinin istenen düzeyde olması için, hasta ve ailesini bir bütün olarak ele alması ve hemşirelik bakımını bu yönde planlanması gerekmektedir. Hemşirelerin, RA'lı hastaların, tedavi ve bakımları süresince ortaya çıkabilecek, ataklar, hastalık semptomları, ilaç yan etkileri gibi tedaviyi olumsuz etkileyebilecek durumları belirlenmesi ve bu sorunların çözülmesine yardım etmesi gerekmektedir (Pollard ve ark. 2005; Corbacho ve Daputo 2010; Pehlivan ve ark. 2010; Pehlivan ve ark. 2015; Baloglu ve ark. 2015). Hemşireler, hastanın fonksiyonel ve psikososyal durumunu değerlendirerek, iyileşme ve tedavi giderlerini azaltmayı hedefleyen etkin ve gerçekçi girişim ve uygulamalar planlayabilmelidir (Kocaman 2008; Bilge 2014). Literatürde RA'lı hastalarla yürütülen araştırmalar genellikle öz bakım gücü, yeti yitimi, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri (Pollard ve ark. 2005; Corbacho ve Daputo 2010; Pehlivan ve ark. 2010; Maska ve ark. 2011; Mathcam ve ark. 2014; Pehlivan ve ark. 2015; Kwon ve ark. 2015; Baloglu ve ark. 2015),

anksiyete, depresyon (Altan ve ark 2004; Uçar ve ark. 2014), beden algısı, benlik saygısı (Aslan ve ark. 1996; Kurt ve ark. 2013), sosyal desteği (Benka ve ark. 2012; Doeglas ve ark. 1994) değerlendirmiştir. RA'lı hastaların fonksiyonel ve psikososyal durumlarını bir arada değerlendiren sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür (Walch ve ark. 1999; Ryan 2014; Backman 2006; Getting 2010). Bu çalışmada, literatürden farklı olarak RA'lı hastaların genel iyilik hali ve yaşam kalitelerinin önemli belirleyicileri olan fonksiyonel, emosyonel, sosyal ve psikolojik durumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

3.1. Amaç

Bu çalışmada amaç, romatoid artritli hastaların fonksiyonel, duygusal, sosyal ve psikolojik durumlarının değerlendirilmesidir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. ROMATOİD ARTRİT'İN TANIMI VE TARİHÇESİ

Romatoid Artrit; etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, bağ dokusu hastalıkları içerisinde en sık görülen, enflamatuvar, multisistemik, daha çok eklem tutan, ilerleyici, eklemlerde deformitelere neden olan otoimmün bir hastalıktır (Göksoy 2002; Küçüksaraç 2009). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte otoantikorlar, enfeksiyöz ajanlar, hormonal durum, cinsiyet, genetik faktörler ve çevresel koşullar üzerinde durulmaktadır. En belirgin RA bulgusu el ve ayak bileklerinin küçük eklemlerinde başlamasıdır. Bu bölgelerde hassasiyet, ağrı ve simetrik eklem deformasyonuna yol açmaktadır (Turgutalp 2011).

Archibald Garrod tarafından 1859' da ortaya çıkarılan RA poliartiküler osteoartriti içeren inflamatuvar poliartrit olarak tanımlanmıştı (Kaya 2007). Daha sonra RA, 1922'de sadece inflamatuvar poliartrit olarak kabul görmüş ve 1972 – 1987 yılları arası seronegatif artritlerin çıkarılmasıyla yeniden tanımlanmıştır (Tekin 2007; Kaya 2007). Amerikan Romatizma Birliği (ARA) ilk sınıflandırmayı 1958 yılında yapmıştır (Tahtasız 2009). Günümüzde Amerikan Romatoloji Derneği (ACR)/Avrupa Romatizma Birliği (EULAR)'nin 2010 tanı kriterleri kullanılmaktadır (Key 2012). RA'da erken tanı ve hastalığın doğru tedavi edilmesi engellilik ve deformasyonları önlemektedir.

4.2.EPİDEMİYOLOJİSİ

Romatoid artrit dünya genelinde her ırktan insanı etkileyen yaygın bir kronik hastalıktır (Tekin 2007). RA her yaşta ortaya çıkmakla beraber daha çok 30-65 yaş arasında görülmektedir. Dünya genelinde RA prevalansının %0,5-1

arası olduğu belirtilmektedir (Silman ve Pearson 2002). Ülkemizde RA sıklığının %0.22 ile %1 olduğu bildirilmiştir (Akkoç 2010). Kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat fazla görülmemektedir. Nullipar kadınlarda RA sıklığının arttığı belirtilmiştir. Özellikle 40 yaş üstü kadınlarda görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (Khurana 2005). Bu farklılığın nedeni bilinmemesine karşın bu durumun hormonların immün sisteme etki etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Uzun 2013).

4.3. ETİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte RA gelişiminde genetik ve çevresel faktörlerin yer aldığı bilinmektedir. RA'da immünolojik bozukluklar, cinsiyet, nullipar olmak, otoantikörler, hormonal nedenler, travma, stres, geçirilmiş infeksiyonlar gibi risk faktörleri tanımlanmıştır (Hamuryudan 2007; Kurt ve ark. 2013; Uzun 2013).

4.3.1. Genetik Faktörler

Genetik faktörlerin çevresel etmenlere göre daha baskın rolü olduğu, hastalığın uygun genetik yatkınlık ve çevresel etmenlerin etkileşimiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (Uzun 2013). RA'lı bireylerin birinci dereceden akrabalarının yaklaşık %10'unun da RA olduğu belirlenmiştir (Tekin 2007; Turgutalp 2011). İkizlerde ise monozigotik olanlarında her ikisinde görülme olasılığı yaklaşık %15 iken dizigotik ikizlerde RA'nın görülme olasılığının %4 olduğu bulunmuştur. Yine ikizler arası RA olma-olmama durumları genellikle çevresel etmenlere bağlanmıştır (Turgutalp 2011).

Genetik risk faktörü olarak en önemli olan kromozom 6p21 üzerindeki 'human leukocyte antigen' (HLA)'dır. HLA-D1 ve HLA-D4 RA' ya yatkınlık oluşturan genlerdir. Bu genlerin yanı sıra başka genlerin de RA gelişimine neden olduğu gösterilmiştir. Bu genlerin T hücrelerinde antijen reseptörünün oluşumu ve imünoglobulinlerin zincirlerini kontrol eden genler, tümör nekroz faktör (TNF- α) ve interlökin (IL) 10 genlerindeki polimorfizmler kromozom 3 (3q13)'deki bir bölgenin de RA ile ilişkisi gösterilmiştir (Tekin 2007).

4.3.2. Çevresel Faktörler

Romatoid artrit gelişiminde çevresel faktörlerin direkt etkisi bulunmasa da ağırlıklı olarak önemli olduğu kabul edilmektedir. Sigara kullanımının seropozitif Romatoid Faktör (RF) ve anti sitrulin protein antikor (ACPA) tepkileri ile ilişkili olan önemli bir risk faktörü olduğu kabul görmektedir (Hamuryudan 2007; Akkaya 2015). RA gelişiminde risk faktörleri olarak kabul edilen obezite ve sigara kullanımının önlenmesi desteklenmektedir (Akkaya 2015).

4.3.3. İnfeksiyöz ajanlar

Romatoid artrit gelişiminde Escherichia coli, Ebstein Barr, Hepatit B ve Hepatit C, citomegalovirüs (CMV), Parvovirüs 19, Rubella, Mikoplazma, Mycobacterium tuberkülozis gibi mikroorganizmaların etkili olduğu düşünülmektedir. Bu ajanlara maruz kalan enfekte monositlerin sinoviyuma giderek burada lenfositlerin ve diğer hücrelerin birikmesiyle poliartrite neden olsalar da immün sistem bu ajanları bir süre sonra yok etmektedir. Dolayısı ile bu mikroorganizmaların RA gelişiminde direkt etkisi ve ilişkisi gösterilememiştir (Tokem ve ark. 2011; Hamuryudan 2007; Küçükşaraç 2009).

4.3.4. Otoantikorlar

Romatoid artrit gelişiminde en çok üstünde durulan faktör değişmiş immunoglobulinler olan otoantijenlerdir. RA' da bu otoantijene karşı duyarlılık gelişmektedir. Bu değişim infeksiyöz ajanların anormal immünoglobulin (Ig) E oluşturmaya neden olmaktadır. En önemli otoantikor RF'dir. RF bir otoantikor olarak tanımlanır. Yüksek değerde bulunması hastalık seyrinin şiddetini gösterdiği düşünülmektedir (Tokem ve ark. 2011; Kurt ve ark. 2013).

4.3.5. Hormonlar

Kadınlarda erkeklere göre üç kat fazla görülmesinden ve ileri yaşlarda cinsiyetler arası farkın azalmasından dolayı seks hormonları üzerinde durulmuştur. Bu fark, gebelik döneminde hastalık belirti ve bulgularında azalma

ve pospartum dönemde yeniden alevlenmelerin olmasından dolayı hormonal etkileri düşündürmektedir. Gebe kalan kadının ilk iki trimesterinde %75 civarı düzelme ve semptomlarda azalmalar olduğu, son trimesterde görülen remisyondan sonra doğum gerçekleşince RF titrelerinde %85 civarı artış görülmüştür. Gebeliğin koruyucu olduğu görülmüştür. Nulliparite RA için risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Oral kontraseptif kullananların koruyucu etkisi olmadığı bildirilmiştir ama gelişim süresi ve şiddetini geciktirebileceği sonucuna varılmıştır (Kurt ve ark 2013; Uzun 2013).

4.4. FİZYOPATOLOJİ

Primer enflamasyon eklem içinde sinoviyumda görülmektedir. Öncelikle sinoviyal mikrodolaşımda tıkanma, hücre şişmesi ve hücreler arası mesafe artışı görülmektedir. Daha sonra T hücrelerinin ağırlıkta olduğu bir hücre artışı başlamaktadır. Hastalığın ilk dönemlerinde bol bulunan T hücreleri daha sonraki dönemlerde azalmaktadır. Bunu takiben makrofaj ve dentritik hücre akını ve bunların salgıladığı sitokinlerde artış görülmektedir. Bu sitokinler inflamasyonun şiddetinin artmasına neden olmaktadır. Bu durum sinoviyumun hipertrofik bir hale getirerek yavaş yavaş kıkırdağı aşındırması ile sonuçlanmaktadır. Enflamasyon süreci devam ederse ‘pannus’ olarak adlandırılan kalın bir skar dokusu gelişmektedir. Pannus kıkırdağın eklem yüzüne yapışıp kemiğe doğru ilerleyerek kemik erozyonlarına neden olmaktadır. Kemiklerdeki hasarın ilk iki yılda oluştuğuna inanılmaktadır. Bu nedenle RA’nın erken tanı ve tedavisi önemlidir (Memiş 2011).

4.5.KLİNİK BELİRTİLER

Romatoid artritin başlama şekli hastadan hastaya farklılıklar göstermektedir. Hastaların yaklaşık %70’inde birkaç hafta veya aya yayılmış sinsi bir başlangıç vardır. Bu sürede hastalarda hafif bir ateş, halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı ve bir ya da birkaç küçük eklemde ağrı gelişebilmektedir. Ayrıca uyku veya uzun süren

istirahat sonrası, eklemler veya eklemlerin çevrelerinde oluşan ve sabah tutukluğu olarak tanımlanan sertlik hissidir. Hastalığın aktif döneminde bir saatten uzun sürer, hatta daha da uzun sürebilmektedir. Hastalar giderek günlük işlerini yapmakta aşırı zorlandıklarını ve eklem fonksiyonlarının azaldığını ifade ederler. Romatoid artritte klinik belirtiler eklem bulguları ve eklem dışı belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Bunların yanı sıra laboratuvar testleri ve radyolojik incelemeler de RA tanısını desteklemek ve hastalığın gidişini değerlendirmede kullanılmaktadır (Memiş 2011).

4.5.1.Eklem Bulguları

Romatoid artrit en belirgin bulgusu eklem tutulumlarıdır. Hastalar çoğunlukla eklemlerinde oluşan şikayetler (ağrı, şişlik, kızarıklık, hassasiyet, sabah tutukluğu, şekil bozukluğu) ile hastaneye başvurmaktadırlar. Eklemlerde görülen radyolojik bulgular; eroviz değişimler, şekil bozukluğu (deformite) nedeni ile görülen unlar deviasyon (serçe parmak), kuğu boynu (DİF eklem fleksiyonu, PİF ve MKF eklem hiperekstansiyonu), düğme iliği (Boutonniere deformitesi- PİF fleksiyonu, DİF hiperekstansiyonu)'dir. Tendon tutulumu nedeniyle sinir sıkışmalarının varlığında karpal tünel sendromu da eşlik etmektedir (Göksoy 2002; Altınkesen 2006; Harunlar 2009). Tablo 1'de Romatoid artritte görülme sıklığına göre eklem tutulumları belirtilmiştir (Harunlar 2009).

Tablo 1. Romatoid artritte görülme sıklığına göre eklem tutulumları

Tutulan eklem	Görülme sıklığı (%)
MKF, PİF	91
El bilekleri	78
Omuzlar	65
Dizler	64
Ayak bilekleri	50
Ayaklar	43
Dirsekler	38
Para artiküler bölgeler	27
Kalçalar	17
Temporomandibular eklemler	8
Servikal omurga	4
Sternoklaviküler eklem	2

MKF: Metakarpofalangial, PİF: Proksimal Interfalangial

4.5.2.Eklem Dışı Belirtiler

4.5.2.1. Romatoid nodüller

Subkutan nodüller ekstansör yüzeylerde (olekranon ve proksimal ulna)görülmektedir. Cilt altı yerleşimi olan nodüller yoğunluk, yer, hareket edebilme, yapışık olma-olmama gibi özellik olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Nodül varlığı RA şiddeti hakkında fikir vermektedir. İç organlarda (başta akciğer, kalp, larenk, santral sinir sistemi, sklera) da görülmektedir (Göksoy 2002; Küçüksaraç 2009; Akkaya 2015).

4.5.2.2. Kalp tutulumu

Kalp tutulumunun en sık görülen şekli perikardittir. İletim bozuklukları, koroner arter tıkanıklıkları, kalp vaskülitleri, valvülit, nodül gelişimleri, serozitte görülen diğer kardiak tutulumlardır. Genellikle asemptomatiktir (Hindistan ve Ergüney 2008; Demirel ve Kırnap 2010; Akkaya 2015).

4.5.2.3. Akciğer tutulumu

Romatoid artritli hastalarda plörit en sık görülen akciğer tutulumudur. Genellikle asemptomatik ve hastalığın süresi ile ilişkili değildir. Özellikle tedavide kullanılan Metotreksat türevi ilaçlar akciğer komplikasyonlarına neden olduğu bilinmektedir (Göksoy 2002; Memiş 2011). Nodüler akciğer hastalığı, bronşiyolitis, pulmoner hipertansiyon, arteritis, küçük hava yolu hastalıkları da belirlenen diğer solunumsal tutulumlara örnektir (Küçüksaraç 2009).

4.5.2.4. Nörolojik tutulum

Nörolojik tutulumda en sık görülen tuzak nöropatilerdir. Karpal tünel sendromu bu tuzak nöropatilerin içerisinde en yaygın olanıdır (Altınkesen 2006). Serebral vaskülit, inme, tuzak nöropatileri ve mononöritis multiplex'te nörolojik tutulum olarak görülmektedir (Harunlar 2009).

4.5.2.5. Böbrek tutulumu

Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar (d-penisilamin ve siklosporin, NSAİİ) direkt olarak böbrek tutulumuna neden olmaktadır. Bu tutulumlar glomerülit, sekonder amiloidoz ve nefropatidir (Baloğlu 2010).

4.5.2.6. Karaciğer tutulumu

Emthexate, leflunomide, azthioprine ve nonsteroidler gibi hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların toksisitesine bağlı karaciğer tutulumu görülmektedir (Göksoy 2002; Demirel ve Kırnap 2010; Küçüksaraç 2009). Klasik

olarak ağır RA'da gelişen Felty sendromu; splenomegali ve lökopeni olarak tanımlanmaktadır. Karaciğer tutulumu Felty Sendromu olan RA hastalarının %65 inde görülmektedir (Kaya 2007). Felty sendromu eklem deformiteleri ile kemik yıkımının fazla olduğu ve hastalık süresi uzun olan hastalarda gelişmektedir (Akkaya 2015).

4.5.2.7. Göz tutulumu

Romatoid artrit hastalarında görülen hemen hemen tüm oküler bulgular RA için komplikasyon olarak kabul edilmektedir. En sık görülen göz tutulumu kuru gözdür. Hastaların kullandıkları ilaçların yan etkileri de bazı oküler bulgulara neden olmaktadır. Bunlar katarakt ve glokomdur (Küçüksaraç 2009; Acıcı 2010; Memiş 2011).

4.5.2.8. Vaskülit

Küçük kan damarlarının enfeksiyonu vaskülit olarak adlandırılmaktadır. Geç dönemde ortaya çıkan bir bulgudur. Erken dönemde görülen vaskülit hastalık klinik seyrinin şiddetlendiğini, prognozunu kötüye gittiğinin göstergesidir. En sık tırnak dibi kapillerlerinde tromboz, parmak ucunda yaralar ve bacak ülserleri görülmektedir (Göksoy 2002; Küçüksaraç 2009; Baloğlu 2010; Memiş 2011; Akkaya 2015).

4.5.2.9. Hematolojik Anomaliler

Romatoid artritte normositik hipokromik anemi, eritrosit sedimentasyon hızında artma, serum globülinlerinde yükselme ve CRP pozitifliği hematolojik bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Anemi, eozinofili ve trombositopeni gelişebilmektedir. RA tedavisinde kullanılan ilaçlar kemik iliğinin baskılanmasına neden olmaktadır (Kaya 2007; Küçüksaraç 2009; Harunlar 2009; Baloğlu 2010; Memiş 2011). Trombositopeni de etkilenen eklem sayısına bağlı nadir görülen bir anomalidir. (Küçüksaraç 2009; Öztürk 2014). Romatoid artritli hastalarda aksiler, inguinal ve epitrokleal bölgelerde; mobil ve hassas olarak görülen lenfadenopati de oldukça sık görülmektedir (Kaya 2007).

4.6. TANI YÖNTEMLERİ

Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) tarafından ilk olarak 1958 yılında yayınlanan ilk kriterler 1987’de revize edilmiştir. 2010 yılında ise Romatoid artrit Amerikan Romatoloji Derneği/Avrupa Romatizma Birliği tarafından bugün kullanılan kriterler yayımlanmıştır. Tablo 2’de Romatoid artrit Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) / Avrupa Romatizma Birliği (EULAR) tanı kriterleri belirtilmiştir (Key 2012).



Tablo 2. Romatoid artrit Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) / Avrupa Romatizma Birliği (EULAR) tanı kriterleri

A. Eklem tutulumu

Sinovitin kanıtlandığı şiş veya hassas eklemler.

Büyük eklemler: Diz, kalça, ayak bileği, omuz, dirsek

Küçük eklemler: MCF, PIF, 2.- 5. MTF, başparmak interfalangeal eklemleri ve bileği.

DIF, 1. CMC ve 1. MTF eklemler hariç.

1 büyük eklem	(0 puan)
2-10 büyük eklem	(1 puan)
1-3 küçük eklem	(2 puan)
4-10 küçük eklem	(3 puan)
> 10 eklem (en az 1'i küçük eklem)	(5 puan)

B. Seroloji

RF/CCP negatif	(0 puan)
RF/CCP zayıf pozitif	(2 puan) (zayıf pozitif: Üst limitin 3 katından az)
RF/CCP güçlü pozitif	(3 puan) (güçlü pozitif: Üst limitin 3 katından fazla)

C. Akut faz reaktanları

Normal ESR/CRP	(0 puan)
Anormal ESR/CRP	(1 puan)

D. Sinovitin süresi

6 haftadan az	(0 puan)
6 hafta veya daha fazla	(1 puan)

- ° En az bir eklemden sinovit 6-10 puan arası, ayırıcı daha iyi başka bir tanı yoksa kesin RA.
- ° Simetri, romatoid nodüller veredyolojik değişiklikler RA tanısını koymak için gerekli değil.
- ° Tanıyı koymak için şikayetlerin 6 hafta sürmesi sınırlaması kaldırıldı.
- ° Sabah tutukluğunun varlığı yerine CCP kullanılmaya başlandı.
- ° 1 gün önce bakılan klinik bulgularda bir ekleminde sinoviti olan (2 puan) bir hastada RF/ACPA yüksekse (3 puan) ve sedim/CRP yüksekse (1 puan) RA tanısı konabilir.
- ° Bu kriterlerin sensitivitesi ve spesifitesi %70.

MCF: Metakarpofalangial , PIF: Proksimal Interfalangial, MTF: Metatarsofalangial , DIF: Distal Interfalangial , CMC: Karpometakarpal, RF: Romatoid Faktör, CRP: C-Reaktif Protein, ESR: Eritrosit Sedimentation Rate, CCP: siklin sitrilün peptit, ACPA: Anti Sitrüline (Sitrülenmiş) Protein Antikorlar

4.6.1. Laboratuvar Testleri

Romatoid artrit özgül belirli bir laboratuvar testi olmamasına karşılık, klinik olarak RA'dan şüphelenildiğinde ya da hastalığın gidişini değerlendirmede immünolojik faktörler kullanılmaktadır. Romatoid faktör (RF), spesifik bir antikordur. Negatif olması RA riskini ortadan kaldırmamakla birlikte artrit seronegatif olarak adlandırılmaktadır. RF pozitifliğinde de direkt olarak RA tanısı konulmamaktadır. RF hastalığın erken dönemlerinde genellikle negatiftir. Ayrıca RF Sjögren gibi bazı romatizmal hastalıklarda ve normal popülasyonda da pozitif görülebilmektedir. RF'nin RA tanısında spesifik olmadığı vurgulanmaktadır. Son yıllarda RF ile birlikte bakılan ikinci bir serolojik faktör olarak Anti Sitrüline (Sitrüllenmiş) Protein Antikorlar (ACPA), ACR/EULAR 2010 Romatoid Artrit Sınıflama Kriterleri'ne eklenmiştir. ACPA için yapılan test anti-CPP (siklin sitrilün peptit)'dir. RA olmayan bireylerde genellikle negatiftir ve %98 spesifite sağladığı belirtilmektedir (Key 2012; Atagündüz 2013; Akkaya 2015).

4.6.2. Radyolojik İncelemeler

Romatoid artritli hastaların büyük çoğunluğunda el, el bilekleri, özellikle ayak, ayak bileklerinde tutulum görüldüğü için hastalığın tanısı ve seyri için görüntülenmesi çok önemlidir. Hastaların bazılarında el ve el bilekleri önce tutulum gösterirken bazılarında ise önce ayak ve ayak bilekleri tutulum görülmektedir. Görüntülemelerde eklemlerdeki eroziv yapılar, osteofitler, deformiteler, kistler, poliartiküler osteoporoz ve sinovitler tanılanmaktadır (Hamuryudan 2007; Memiş 2011).

4.7. TEDAVİ

Romatoid artrit otoimmün, kronik, hastanın günlük yaşam aktivitelerini hem deforme hem de ağrı yönünden kısıtlayan, sosyal yaşamlarında üzerlerine düşen sosyal görevleri yapmaktan alıkoyan bir süreçtir (Uyar Hazar 2008).

Tedavinin en önemli amacı ağrıyı azaltmak ve enflamasyonu gidermektir. Kötü giden prognozu yavaşlatmak, oluşabilecek deformiteleri ve sakatlıkları önlemek, hasta bireyin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamadan devam edebilmesini sağlamak gibi amaçları içermektedir. Her bireyde hastalık farklı seyredebilmektedir. Dolayısı ile her bireyin tedavi yanıtı farklıdır. Tedavi bireyselleştirilerek uygulanmaktadır. Bu nedenle tedavi fizik tedavi, ilaç tedavisi ve cerrahi olarak gruplandırılmaktadır. Bu bölümde fizik tedavi ve ilaç tedavisi ele alınacaktır (Demirel ve Kırnap 2010; Acıacı 2010).

4.7.1. Fizik Tedavi

Bireyin eklem hareketlerini sürdürmesine yardımcı olacak hareketleri sağlamada yardımcıdır. Yardımcı araçlardan (atel, baston) deforme eklemleri destekleme ve eklem fonksiyonlarını arttırmada yararlanılmaktadır. Ağrı ve inflamasyonu azaltmak için hasta dinlenmeye teşvik edilir, ancak sürekli hareketsizlikten de kaçınması gerekir. Çünkü eklemlerin kullanılmaması sonucu eklem hareket alanı daralır, kas atrofileri ve kontraktürler gelişir. Eklemleri ve enerjiyi koruma yöntemlerinin ve güçlendirici egzersizlerin öğretilmesi eklem fonksiyonlarını sürdürme hedefine ulaşmada önemlidir (Memiş 2011).

4.7.2. İlaç Tedavisi

Hastalığın erken döneminde eklem erozyonu başlamaktadır. Romatoid artrit'in en belirgin iki bulgusu ağrı ve enflamasyondur. Tedavisindeki amaçta ilk olarak bu iki bulgunun şiddetini azaltmak, progresyonu ve deformiteyi engellemektir (Tahtasız 2009; Uyar Hazar 2008). Bu amaçlar doğrultusunda verilen farmakolojik tedavi, erken tanı döneminde uygulandığında kalıcı eklem hasarlarını engelleme ve hastalığın ilerleyişini yavaşlatma için uygun olsalar da hiç biri hastalığı tamamen ortadan kaldırmamaktadır (Uzun 2013). Tablo 3'te romatoid artrit tedavisindeki biyolojik ajanlar gösterilmiştir (Kurt ve ark. 2013).

Tablo 3. Romatoid Artrit Tedavisindeki Biyolojik Ajanlar

1. Nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ)
2. Kortikosteroidler
3. Hastalığı modifiye edici ilaçlar (DMARD'lar)
 - 3.1. Sülfasalazin
 - 3.2. Antimaleryaller
 - 3.3. D-penisilamin
 - 3.4. Altın tuzları
 - 3.5. İmmünoşüpresifler
- 5.1.1. Azatiopürin
- 5.1.2. Siklofosfamid
- 5.1.3. Metotreksat
- 5.1.4. Leflunomid
- 3.6. Biyolojik ajanlar
 - 6.1.1. Tümör nekrozis faktör- α blokerleri
 - 6.1.2. Anakinra
 - 6.1.3. Abatasept
 - 6.1.4. Rituksimab

Erken Artritin Tedavisi İçin EULAR Tavsiyelerinin 2016 Güncellenmesi: Kanıtlara ve Uzman Görüşüne Dayanan Nihai Tavsiyeler aşağıda verilmiştir (Combe ve ark. 2016).

- A. Erken artrit tedavisinde en iyi bakımın yapılması ve hastayla romatolog arasında paylaşılan bir karara dayanması gerekir
- B. Romatologlar öncelikle erken artritli hastalar için bakım yapmaları gereken uzmanlardır
- C. Erken artritli bir hastada kesin bir tanı, ancak dikkatli bir öykü alma ve klinik muayene sonrasında yapılmalıdır; bu klinik muayene, laboratuvar testlerini ve ek prosedürleri de yönlendirmelidir.

Öneriler:

1. Artrit (herhangi bir eklem şişliği, ağrı ya da sertlik ile ilişkili olarak) olan hastalar, semptomların başlangıcından sonraki 6 hafta içinde bir romatizmal uzman tarafından yönlendirilmeli ve görülmelidir.
2. Klinik muayene, artritin tespiti için tercih edilen yöntemdir ve ultrasonografi ile teyit edilebilir
3. Kesin bir tanıya ulaşılamazsa ve hastada erken diferensiye edilemeyen artrit varsa, şişkin derilerin sayısı, akut faz reaktanları, romatoid faktör, ACPA ve

görüntüleme bulguları dahil olmak üzere kalıcı ve / veya erozif hastalık için risk faktörleri yönetim kararlarında düşünülmelidir.

4. Sürekli artrit riski altındaki hastalar, iltihaplı bir romatizmal hastalık için sınıflandırma kriterlerini yerine getirmemiş olsalar bile DMARD'larda mümkün olduğu kadar erken (ideal olarak 3 ay içinde) başlatılmalıdır
5. DMARD'lar arasında, metotreksat, çapa ilaç olarak düşünülür ve kontrendikasyon yoksa, kalıcı hastalık riski taşıyan hastalarda ilk tedavi stratejisinin bir parçası olmalıdır.
6. NSAİİ etkili semptomatik tedavidir ancak gastrointestinal, renal ve kardiyovasküler risklerin değerlendirilmesinden sonra mümkün olan en kısa sürede minimum etkili dozda kullanılmalıdır.
7. Sistemik glukokortikoidler ağrı, şişme ve yapısal progresyonu azaltır, ancak kümülatif yan etkileri göz önüne alındığında, gerekli olan en düşük dozda geçici (<6 ay) yardımcı tedavi olarak kullanılmalıdır. Lokal inflamasyon semptomlarının hafifletilmesi için eklem içi glukokortikoid enjeksiyonları düşünülmelidir.
8. DMARD tedavisinin temel amacı, klinik remisyon sağlamaktır ve hastalığın aktivitesini, advers olayları ve komorbiditeleri düzenli olarak izlemek, bu hedefe ulaşmak için tedavi stratejisinde seçim ve değişiklikler konusunda yol göstermelidir.
9. Hastalık aktivitesinin izlenmesi, ihale ve şişme eklem sayıları, hasta ve doktor genel değerlendirmeleri, ESR ve CRP'yi, genellikle birleşik bir ölçüm uygulayarak içermelidir. Artrit aktivitesi, tedavi hedefine ulaşıncaya kadar 1 ay ile 3 aylık aralıklarla değerlendirilmelidir. Fonksiyonel değerlendirmeler gibi radyografik ve hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütleri, hastalık aktivitesinin izlenmesini tamamlamak için kullanılabilir.
10. Dinamik egzersizler ve mesleki terapi gibi farmakolojik olmayan müdahaleler, erken artritli hastalarda ilaç tedavisine ek olarak düşünülmelidir.
11. Erken artritli sigara bırakma hastalarında, diş bakımı, kilo kontrolü, aşılama durumunun değerlendirilmesi ve komorbiditelerin yönetimi, genel hasta bakımının bir parçası olmalıdır
12. Hastalıkla ilgili hasta bilgileri, sonucu (komorbiditeler dahil) ve tedavisi önemlidir. Ağrı, engellilik, işte çalışabilme ve toplumsal katılım ile başa çıkmayı hedefleyen eğitim programları ek müdahale olarak kullanılabilir

ACPA, antitirüsüne peptit antikorları; CRP, C reaktif protein; DMARD, hastalık düzenden antiromatizmal ilaç; ESR, eritrosit sedimentasyon hızı; EULAR, Romatizma Karşı Avrupa Birliği; NSAİİ'ler, non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar.

4.8. ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN FONKSİYONEL DURUMLARI

Romatoid artrit erken evresinden itibaren hastalık süresince çeşitli düzeyler de fonksiyon kayıplarına neden olmaktadır. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri, mesleki aktiviteleri ve öz bakım becerileri olumsuz etkilenmektedir. RA'lı hastaların fonksiyonel durumlarını etkileyen faktörler sosyodemografik özellikler, hastalık semptomları, eklem deformiteleri, ağrı, yorgunluk, hastalık aktivitesi, uygulanan tedavi ve ilaçların yan etkileri olarak tanımlanmaktadır (Ceceli ve ark. 2000; Birtane ve ark. 2001). Günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıklar bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bu aktiviteler özellikle bireyin bağımlılık ve bağımsızlık durumundan etkilenmektedir. Hareket, temizlik, kişisel bakım, giyinip soyunma, beslenme gibi diğer aktiviteler de ağrı, eklem deformitesi, bağımlılık, hastalık aktivitesi, kullanılan ilaçlar ve sosyodemografik özellikler gibi faktörlerden etkilendiği vurgulanmaktadır (Pehlivan ve ark. 2010; Pehlivan ve ark. 2015). Yapılan çalışmalarda özellikle ağrı ve yorgunluğun fonksiyonel durumu olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Altındağ 2007; Günaydın ve ark. 2009; Pehlivan ve ark. 2010; Turan ve ark. 2010). RA'nın neden olduğu fonksiyonel kayıplar, bağımlılık, olumsuz fiziksel değişiklikler hastalarda strese neden olarak uyumlarını da bozduğu belirtilmektedir (Hindistan ve Ergüney 2008).

Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan ve bağımlılığa neden olan birçok kronik hastalıkta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. RA'nın izlenmesi, hastalığın çok boyutlu etkilerinin ve hasta sonuçlarının değerlendirilmesinde sağlık durumu, fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önerilmektedir. RA tedavisindeki amaçlar bireyin bağımsızlığının arttırılması, fonksiyonel yetersizliğin azaltılması, günlük

yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, tedavi yan etkilerinin azaltılması, hastalığın bireyin yaşamı üzerindeki olumsuzlukların azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması olarak tanımlanmaktadır (Pollard ve ark. 2005; Kaya ve ark. 2007; Garip 2014).

4.9. ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN PSİKOSOSYAL DURUMLARI

Romatid artritte yaşanan fiziksel ve fonksiyonel kayıpların yanı sıra birçok psikososyal sorun gelişebilmektedir. RA'ya bağlı semptomların emosyonel durum, kişisel ve sosyal yaşam ilişkileri gibi yaşamın birçok alanını etkileyebileceği bildirilmiştir (Whalley ve ark. 1997). Bu nedenle fiziksel ve fonksiyonel semptomların yönetimine ilave olarak hastaların psikososyal olarak da değerlendirilmesi gerekmektedir (Getting 2010; Ryan 2014; Dirik ve Karancı 2010).

RA hastalarda; fiziksel işlevlerde bozulma ve hareketlerde azalma vücut bütünlüğünde bozulma, özürlülük endişesi ve yas tepkisine neden olabilmektedir. Hastalığın ilerlediği dönemde uyumsuzluk, kaygı, düşmanca duygular ve öfke görülmektedir. Öte yandan tedavi kullanılan birçok ilacın da nöropsikiyatrik yan etkileri olduğu bilinmektedir. Bu emosyonel ve psikososyal faktörler hastalığın seyrini, tedavi ve rehabilitasyon sürecini de olumsuz etkilemektedir (Özkan 1997). RA'da sık görülen psikolojik sorunlar depresyon, benlik saygısında azalma, fiziksel kapasitede azalmaya bağlı iş, aile, evlilik ve benzeri sosyal yapılarda uyum sorunları, kronik ağrıya bağlı içe çekilme ve dürtü kontrol bozukluğu şeklinde belirtilmiştir (Hindistan ve Ergüney 2008). Aile üyelerinin RA'lı hastaların bakımı ve sosyal olarak desteklenmesinde önemli rolleri olsa da toplumlardaki kültürel, sosyal ve ekonomik değişimler nedeni ile bakım verenlerin rolleri de değişmektedir (Zarit 2004). Romatiod artritte yalnızlığın oldukça sık görüldüğü, sosyal desteğin ise hastaların psikososyal sağlığına olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (Benka ve ark. 2012; Kool ve ark.

2013). RA'lı hastalarda depresyon ve anksiyetenin genel topluma göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Altan ve ark. 2004; Cüre ve ark. 2006; Rogers ve ark. 2015). Bir çalışmada RA'lı hastalarda depresyon oranının %66,2, anksiyete oranının ise %70 olduğu gösterilmiştir (El-Miedany ve ark. 2002). Bir çalışmada da RA'lı hastaların %25'inde anksiyete ve stresin birlikte olduğu gösterilmiştir (VanDyke ve ark. 2004). Romatoid artritli hastalarda, 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, anksiyete, depresyon, distres gelişmesine, beden algısı ve benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır (Aslan ve ark. 1996; Backman 2006; Benka ve ark. 2002; Ryan 2014; Getting 2010; Kurt ve ark. 2013; Dirik ve Karancı 2010). Otoimmün bir hastalık olan RA'da psikososyal faktörlerin immün sisteme etki ederek hastalık sürecini değiştirebileceği düşünülmektedir. Çalışmalarda hem stresin hem de depresyonun RA'lı hastalarda immün sistem üzerine olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir (Zautra ve ark. 1994; Zautra ve ark. 2001; Backman 2006). Bir çalışmada umutsuzluk ve depresyonun hastalık aktivite skorunu olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Parker ve ark. 1992).

Sağlığın günümüzde en çok kabul görmüş ve en yaygın şekilde kullanılan tanımı “sadece bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, sosyal ve psikolojik yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmaktır” Bu sağlık anlayışı bireyin sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal varlığı ile bir bütün olarak ele almakta ve bu anlayışa da bütüncül sağlık yaklaşımı olarak adandırılmaktadır. RA'lı hastaların bedensel faaliyetlerini uygun biçimde yapamamak konusunda (eklem deformasyonları, fonksiyon kaybı, kısıtlılık, bağımlılık vb) objektif semptomları ve hastalığa ait subjektif semptomları (ağrı, bulantı, yorgunluk, uykusuzluk vb) gelişmektedir (Baltaş 2000). Dolayısı ile fiziksel defromiteler, beden görünümünde değişiklik, bağımlılık, eklem ağrıları gibi fiziksel sorunların yanı sıra yalnızlık, sosyal iletişimde bozulma, anksiyete, depresyon, stres gibi psikososyal sorunların da bakım, tedavi ve rehabilitasyonunun yapılması önerilmektedir (Özkan 1997).

4.10. HEMŞİRELİK BAKIMI

Kronik hastalıklardan biri olan RA, yaşamı tehdit edebilen, bireyin otonomisini kaybettirebilen, bağımlılığı arttıran, günlük yaşam aktiviteleri veya ilişkilerin değişmesine neden olabilen, dolayısıyla hastanın fiziksel ve psikososyal olarak olumsuz etkileyebilen zorlu bir hastalıktır. Bu hastalarda fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, genel iyilik halinin bozulması, hastaların tedaviye uyumlarını ve öz bakım güçlerini zayıflatmaktadır. Hemşireler, bireylerin öz bakım aktivitelerini sürdürebilmesi için birey ve aileye bakım, eğitim ve danışmanlık sağlayan sağlık profesyonelleridir. Öz bakım gücünü destekleyici hemşirelik bakımı RA'lı hastanın sınırlılıkları içerisinde günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini sağlayarak bağımlılığın azaltılmasını, genel iyilik halinin ve yaşam kalitesinin de artırılmasını sağlayacaktır. Bireyi fiziksel, sosyal, ruhsal, kültürel ve manevi özellikleri ile bir bütün olarak değerlendiren hemşirelik mesleğinde, bireylere holistik (bütüncül) bir sağlık bakım hizmeti sunulması hemşirelik bakımının temelidir. Hemşire hastanın sınırlılıkları içerisinde fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığını destekleyici hemşirelik bakımını sunabilmesi için, bireyin sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımalı, hastalık semptomları ve tedavinin etkinliğini iyi değerlendirebilmeli ve gerekli hemşirelik eğitimlerini ve girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır. Hemşireler RA'lı hastalarda genel sağlık durumu değerlendirerek ve olumsuz etkileyen durumları belirleyerek, neden yönelik girişimlerde bulunabilmeli, böylece RA'a bağlı gelişebilecek komplikasyonları azaltarak, hastaların tedavi uyumlarını ve yaşam kalitelerini arttırabilmelidirler (Kaya 2006; Dirik ve Karancı 2010; Pehlivan ve ark. 2010; Pehlivan ve ark. 2015).

Hemşirelik bakımının temel amacı; ağrının giderilmesi ve hastanın rahatlatılması, yorgunluğunun giderilmesi, hareketinin artırılması, bireysel devamlılığın sağlanması, beden bilincinin iyileştirilmesi, etkili baş etme ve komplikasyonların olmamasıdır. Hemşirenin bakım sürecini planlaması için, hastalık sürecini iyi değerlendirmesi, enflamasyon ve dejenerasyon durumu, hastalığın lokal ya da sistemik olup olmadığını bilmesi gerekmektedir.

Ağrının giderilmesi: Hastaya antiinflamatuvar, analjezik ve antiromatizmal ilaçlar isteme uygun olarak verilir. Hastanın durumuna göre sıcak veya soğuk

uygulama yapılır. Sıcak uygulama 20 dakika içerisinde hastaya rahatlık sağlar ve tedavi amacıyla verilen egzersizlerin hasta tarafından yapılmasını kolaylaştırır. Eğer enflamasyon akut ise soğuk uygulama yapılması gerekmektedir. Soğuk ve sıcak uygulamalar duyu kaybı olan hastalarda dikkatle yapılarak izlenmelidir. Yürümeye yardımcı araçlar (koltuk değneği, baston, yürüteç gibi) eklemler üzerindeki ağırlığı kısmen de olsa azaltacağı için ağrıyı da azaltır.

Yorgunluğun azaltılması: Eklem bağ doku hastalıklarında yorgunluk akut veya kronik olabilir. Akut yorgunlukta hasta kısa süre istirahat ettiğinde ya da uyuduğunda kendisini daha dinlenmiş hisseder. Kronik yorgunluk ise hastalık süreciyle ilgilidir. İnatçıdır ve dinlenmekle geçmez. Hastanın yorgunluğunu azaltmak için yeterli uyuması ve dinlenmesi sağlanır. Ağrıyan ekstremiteler desteklenir.

Hareketin artırılması: Hareketi kısıtlayan deformitelerin önlenmesi ve etkilenen eklem üzerindeki baskıyı en aza indirmek için vücuda uygun pozisyon verilmesi temel ilkedir. Hasta yatakta düz yatırılır, ayakları desteklenir, başının altına yastık koyulur. Diz altlarına yastık konulması, fleksiyon kontraktürlerine neden olduğundan konulmaz. Hasta günde birkaç kez kalça fleksiyon kontraktürünü önlemek için prone pozisyonunda yatırılır. Fizyoterapist iş birliği ile hastaya uygun egzersiz ve hareketler uygulanır. Etkilenen eklemlere range of motion (ROM) egzersizleri yaptırılır. Yürümesi için yardımcı araç gereçler kullanılması sağlanır. Hasta yardım almaksızın hareket etmesi için cesaretlendirilir. Hareket için yeterli zaman ayrıldıktan sonra hastanın dinlenmesi sağlanır.

Bireysel bakımda yeterlilik kazanması: Hastanın bireysel bakımını engelleyen faktörler belirlenir. Bireysel bakım gereksinimleri, hastanın öncelikleri saptanarak, hastanın eklemlerini fazla yormadan enerji tüketmeden en kolay şekilde nasıl yapılacağı hastaya öğretilir. Önceleri birey desteklenerek aktivitelerinin yapılması sağlanır, daha sonra kendi başına yapması için cesaretlendirilerek yavaş yavaş kendisinin yapması sağlanır. Evde kendi bakımını sürdüremeyecek durumda olan bireyler için aile bireyleri eğitilerek veya sosyal destek alabileceği kurumlara yönlendirilerek hastanın bakımı sürdürülür.

Beden bilincinin iyileştirilmesi: Eklem bağ doku hastalıkları kronik, değişken ve sonucunun tahmin edilememesi nedeniyle hastanın sosyal yaşamını,

kendini algılamasını, işi / mesleğini ve ekonomik durumunu bozabilen hastalıklardır. Beden bilincinde bozulma, depresyon, sosyal izolasyona neden olabilir. Hasta duygu, düşünce ve endişelerini dile getirmesi için cesaretlendirilmelidir. Sorununu ifade etmesine izin verilmelidir. Hasta ile konuşularak daha önce stresle nasıl baş ettiği, destek sistemleri öğrenilmelidir.

Olası komplikasyonların izlenmesi ve önlenmesi: Eklem bağ doku hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçlar ciddi anlamda yan etki potansiyeline sahip ilaçlardır. Bu nedenle de hemşirelik bakımının önemli bir yönü de ilaç yan etkileri ve komplikasyonların önlenmesine yöneliktir. Hastanın laboratuvar bulguları ve ilaç yan etkileri dikkatle izlenir. Bu ilaçların bazı yan etkileri gastrointestinal irritasyon veya kanama, kemik iliğinin baskılanması, böbrek veya karaciğer toksitesi, enfeksiyon, ağızda yara, görme bozukluklarıdır. Yüksek dozda verilen kortikosteroidler, lokal ya da sistemik enfeksiyon belirti ve bulgularını gizleyebilir. Hastaya ve bakım vericilere ilaç yan etkileri ve komplikasyonları hakkında bilgi verilir. Baş dönmesi, baş ağrısı, bulantı - kusma, idrar, gaita ve kusmukta kan görülmesi halinde hekime bildirilmesi önerilir. Hastaya yan etkileri nedeniyle ilaç dozunu ve zamanını değiştirmemesi, tedaviyi aksatmaması gerektiği vurgulanır. Hekimine bilgi verirse ilaç dozunun azaltılabileceği veya ilacın durdurulabileceği açıklanır (Kaptan ve Dedeli 2012; Kaya 2012).

4.11. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan ve bağımlılığa neden olan birçok kronik hastalıkta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. RA'nın izlenmesi, hastalığın çok boyutlu etkilerinin ve hasta sonuçlarının değerlendirilmesinde sağlık durumu, fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önerilmektedir. RA tedavisindeki amaçlar bireyin bağımsızlığının arttırılması, fonksiyonel yetersizliğin azaltılması, günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, tedavi yan etkilerinin azaltılması, hastalığın bireyin yaşamı üzerindeki olumsuzlukların azaltılması ve yaşam kalitesinin arttırılması olarak tanımlanmaktadır (Pollard ve ark. 2005; Garip 2014).

Romatoid artritli fiziksel işlevlerde bozulma ve hareketlerde azalma vücut bütünlüğünde bozulma, özürlülük endişesi ve yas tepkisine neden olabilmektedir. Hastalığın ilerlediği dönemde uyumsuzluk, kaygı, düşmanca duygular ve öfke görülmektedir (Özkan 1997). Romatoid artritli hastalarda, 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, anksiyete, depresyon, distress gelişmesine, beden algısı ve benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenle hastalığın yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psikososyal problemlerin yönetimini de kapsamaktadır (Ryan 2014; Getting 2010; Dirik ve Karancı 2010).

Literatürde RA'lı hastalarla yürütülen araştırmalar genellikle öz bakım gücü, yeti yitimi, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri (Pollard ve ark. 2005; Corbacho ve Daputo 2010; Pehlivan ve ark. 2010; Maska ve ark. 2011; Mathcam ve ark. 2014; Pehlivan ve ark. 2015; Kwon ve ark. 2015; Baloglu ve ark. 2015), anksiyete, depresyon (Altan ve ark 2004; Uçar ve ark. 2014), beden algısı, benlik saygısı (Aslan ve ark. 1996; Kurt ve ark. 2013), sosyal desteği (Benka ve ark. 2012; Doeglas ve ark. 1994) değerlendirmiştir. RA'lı hastaların fonksiyonel ve psikososyal durumlarını bir arada değerlendiren sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür (Walch ve ark. 1999; Ryan 2014; Backman 2006; Getting 2010). Bu çalışmada, literatürden farklı olarak RA'lı hastaların genel iyilik hali ve yaşam kalitelerinin önemli belirleyicileri olan fonksiyonel, emosyonel, sosyal ve psikolojik durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi

Araştırma Mayıs 2016 – Aralık 2016 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Romatoloji Polikliniği'nde yürütüldü.

5.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nin Romatoloji Polikliniği'nden tedavi ve bakım hizmeti alan RA'lı hastalar oluşturdu. Bu kuruma bir yılda başvuran toplam RA'lı hasta sayısının 1540 olduğu belirlendi (N=1540). Ülkemizde RA sıklığının %0,22 ile %1 olduğu bildirilmektedir (Akkoç 2010). Araştırmanın sonuçlarının güvenilir olması ve istatistiksel analizin yapılabilmesine yetecek büyüklükte bir örnek büyüklüğüne karar vermek için %1 sıklık, %1 göz yumulabilir hata payı ve %95 güven düzeyinde örnekleme alınacak RA'lı hasta sayısı hesaplandı. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun 306 RA'lı hasta ile çalışmanın yürütülmesine karar verildi (n=306). Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- 18-65 yaş arası olan,
- Kanser tanısı olmayan,
- Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı her hangi bir bedensel, ruhsal ve zihinsel engeli olmayan,
- Soru formlarındaki ifadeleri anlama yetisine sahip olan,
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile çalışmaya katılmayı kabul eden RA'lı hastalardır.

5.4.Araştırmanın Soruları

Romatoid artritli hastaların fonksiyonel durumları nasıldır?

Romatoid artritli hastaların duygusal, sosyal ve psikolojik durumları nasıldır?

Romatoid artritli hastaların fonksiyonel durumları duygusal, sosyal ve psikolojik durumlarını etkiler mi?

5.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımsız Değişkenler: Sağlığı Değerlendirme Anketi'nden alınan puan ortalamalarıdır.

Bağımlı Değişkenler: Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'ndan alınan puan ortalamalarıdır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Hasta Tanıtım Formu, Sağlık Değerlendirme Anketi (SDA) ve Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'nu içeren soru formu kullanarak toplandı (Ek-1).

5.6.1.Hasta Tanıtım Formu: Hastaların sosyo demografik değişkenleri, hastalıkla ilgili bilgilerin bulunduğu araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 16 soruluk bir anket formudur (Kaya 2007; Pehlivan ve ark. 2010; Pehlivan ve ark. 2015).

5.6.2.Sağlık Değerlendirme Anketi: Romatoid artrit hastaları başta olmak üzere romatizmal hastalıklarda fonksiyonel durumu değerlendirmek için geliştirilmiştir. 20 sorudan oluşmuş sekiz aktiviteyi içermektedir. Giyinip kuşanma, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, kavrama, günlük işleri değerlendirmektedir. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan en yüksek 60 olup puan arttıkça genel sağlık durumunun kötüleştiğini göstermektedir. Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği Küçükdeveci ve ark. (2004) tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0,97 olduğu

bildirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,96 bulundu. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için yazar izni elektronik posta ile alındı (Ek-2).

5.6.3. Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu: Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu (RSS-KF), bireyin duygusal, sosyal ve psikolojik iyi olma özelliklerini ölçen ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesine dayanan (self-report) bir ölçektir. Ölçek 14 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 6'lı Likert formatında düzenlenmiştir (0-Hiçbir Zaman – 5-Her gün). Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 70 arasında değişmektedir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekteki 14 maddenin toplanmasıyla ruh sağlığı sürekliliği ile ilgili toplam puan elde edilmektedir. Ayrıca duygusal, sosyal ve psikolojik iyi olma alt boyutlarının puanlaması yapılabilmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puanlar o alanla ilgili yüksek iyi olmayı ifade etmektedir. Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliği Demirci ve Akın (2015) tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0,74 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada RSS-KF'nin Cronbach Alpha değeri 0,87 bulundu. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için yazar izni elektronik posta ile alındı (Ek-3)

5.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nin Romatoloji polikliniği ve servislerinde, gündüz mesai saatleri içerisinde, araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun olan RA'lı hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından dolduruldu. Her bir görüşme yaklaşık 30 dakika sürdü.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar programına girildikten sonra, tanımlayıcı istatistiksel analizler ve korelasyon analizleri yapıldı. Bulgular, sayısal ve yüzdelik dağılım, ortalama (Ort) ve standart sapma (SS) şeklinde gösterildi. Anlamlılık $\alpha=0,05$ güven aralığında $p<0,05$ olarak kabul edildi.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nin Romatoloji Polikliniği ve servislerinde ayaktan ya da yatarak tedavi ve bakım hizmeti alan hastalardan; ölçeklerdeki ifadeleri anlama yetisine sahip, 18-65 yaş arası, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı her hangi bir bedensel ve zihinsel engeli olmayan, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar ile yürütölmüş olması nedeniyle bulgular toplumdaki tüm RA'lı hastalara genellenemez.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce İç Hastalıkları Anabilim dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Timur Pırıldar'dan (Ek-4) ve Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakölteı Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (Ek-5) ilgili izinler alındı. Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.

6. BULGULAR

6.1. Romatoid Artritli Bireylerin Özellikleri

Araştırmaya katılan RA'lı hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4'te gösterildi.

Araştırmaya katılan RA'lı hastaların yaş ortalaması $49,7 \pm 11,8$ (23-60) yıl olup büyük çoğunluğu evli (%80,4) ve kadındı (%70,6).



Tablo 4. Romatoid Artritli Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=306)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	216	70,6
Erkek	90	29,4
Medeni durum		
Evli	246	80,4
Bekar	60	19,6
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	28	9,2
İlkokul	156	51,0
Orta okul	33	10,8
Lise	69	22,5
Lisans	20	6,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	98	32,0
Çalışmıyor	208	68,0
İş kaybı		
Var	68	22,2
Yok	238	77,8
Gelir durumu		
Gelir giderden az	85	27,8
Gelir gidere denk	201	65,7
Gelir giderden fazla	20	6,5
Sosyal güvencesi		
Var	292	95,4
Yok	14	4,6
Yaşanılan Kişiler		
Yalnız	33	10,8
Eş	103	33,7
Eş ve çocuk	138	45,0
Çocuklar	13	4,3
Diğer	19	6,2
Ailede RA varlığı		
Var	124	40,5
Yok	182	59,5

Araştırmaya katılan RA'lı hastaların sağlık/hastalık durumları ile ilgili özellikleri Tablo 5'te gösterildi.

Araştırmaya katılan RA'lı hastaların %32,7 'sinin tanı süresi bir yıldan az olup büyük çoğunluğu NSAİİ+ Steroid+ İmmünosupresan (%17,7) tedavi almakta idi. Yine RA'lı hastaların %24,5'i kullandıkları RA ilaçlarından dolayı yan etkiler yaşadıklarını belirtti.

Tablo 5. Sağlık/Hastalık Durumları İle İlgili Özellikler (n=306)

Özellikler	Sayı	%
Tanı süresi		
1 yıldan az	100	32,7
1-5 yıl	93	30,4
6-10 yıl	50	16,3
11 yıl ve üzeri	63	20,6
Tedavi süresi		
1 yıldan az	116	37,9
1-5 yıl	97	31,7
6-10 yıl	41	13,4
11 yıl ve üzeri	52	17,0
RA ile ilgili kullanılan ilaçlar		
*NSAİİ	44	14,4
Steroidler	35	11,4
**DMARD	13	4,2
İmmünoşüpresanlar	14	4,5
Kullanmıyor	17	5,5
*NSAİİ+Steroidler	41	13,3
*NSAİİ+ Steroid+ İmmünoşüpresanlar	54	17,7
**DMARD+Steroid+ İmmünoşüpresanlar	53	17,3
*NSAİİ+Steroidler+**DMARD	18	6,1
*NSAİİ+**DMARD+İmmünoşüpresanlar	6	2,1
*NSAİİ+Steroidler+**DMARD+İmmünoşüpresanlar	11	3,5
RA ile ilgili ilaçların yan etkileri		
Var	75	24,5
Yok	231	75,5
Belirti-Bulgular		
Eklemdede Ağrı+ Eklemdede Şişlik+ Eklemdede Hareket kısıtlılığı + Sabah Tutukluğu + Halsizlik + Yorgunluk Hareket sırasında eklemlerde çatırtı-kütleme	113	36,9
Eklemdede ağrı + Eklemdede şişlik + Ateş + Eklemdede hareket kısıtlılığı + Şekil bozukluğu + Kansızlık + Kemik erimesi + Halsizlik + Yorgunluk + Hareket sırasında eklemlerde çatırtı-kütleme	105	34,3
Eklemdede ağrı + Eklemdede şişlik + Eklemdede ısı artışı + Hareket kısıtlılığı + Şekil bozukluğu + Sabah tutukluğu + Ateş + Halsizlik + Yorgunluk	73	23,9
Sabah tutukluğu + İştahsızlık + Kilo kaybı + Kansızlık + Kemik erimesi + Kızarıklık + Uykusuzluk + Yorgunluk	15	4,9
Başka kronik hastalık		
Var	152	49,6
Yok	154	50,3
Kronik hastalıkla ilgili kullanılan ilaçlar		
Antihipertansif+ Kalp ilacı	57	18,6
OAD+İnsülin	27	8,8
Tiroid ilacı	8	2,6
Diğer	8	2,6
Antihipertansif+ Kalp ilacı+OAD+İnsülin	48	15,7
Kullanmıyor	158	51,7
Doktorunuzun önerdiği şekilde kontrollere gidiyor musunuz?		
Evet	95	31,0
Hayır	211	69,0
Doktorunuzun önerdiği şekilde tedavilerinizi kullanıyor musunuz?		
Evet	82	36,8
Hayır	224	73,2

Not: *NSAİİ=Nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar, **DMARD= Hastalığı modifiye eden antiromatizmal ilaçlar

6.2. Romatoid Artritli Hastaların Sağlığı Değerlendirme Anketi'nden Aldıkları Puanlar

Araştırmaya katılan RA'lı hastaların SDA'nden aldıkları puanlar Tablo 6'da gösterildi.

Tablo 6. Romatoid Artritli Hastaların Sağlığı Değerlendirme Anketi'nden Aldıkları Puanlar (n=306)

Sağlığı Değerlendirme Anketi ve Alt Boyutları	Ort±SS	Min-Maks Puanlar	Ortanca±SS	Min-Maks Puanlar
Giyinme/Genel bakım	1,4±1,6	0,0-6,0	0,74±0,8	0,0-3,0
Oturup/Kalkma	1,6±1,6	0,0-6,0	0,91±0,8	0,0-3,0
Yemek yeme	2,1±2,3	0,0-9,0	0,79±0,8	0,0-3,0
Yürüyüş	1,9±1,6	0,0-6,0	1,06±0,8	0,0-3,0
Hijyen	1,0±1,9	0,0-9,0	0,39±0,75	0,0-3,0
Uzanma	2,1±1,9	0,0-6,0	1,06±0,9	0,0-3,0
Kavrama	2,7±2,5	0,0-9,0	0,98±0,8	0,0-3,0
Diğer Aktiviteler	2,4±2,5	0,0-9,0	0,94±0,8	0,0-3,0
SDA Toplam	15,7±13,7	0,0-60,0	0,78±0,68	0,0-3,0

Not: Ortalama±Standart Sapma=Ort±SS

Hastaların SDA'nden aldıkları puan ortalamasının 15,7±13,7 (0-60), ortancasının 0,78±0,68 olduğu bulundu. RA'lı hastaların yaşamlarında en çok etkilenen alanların ise kavrama, uzanma ve yemek yeme olduğu görüldü.

6.3. Romatoid Artritli Hastaların Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'ndan Aldıkları Puanlar

Romatoid artritli hastaların Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'ndan aldıkları puanlar Tablo 7'de gösterildi.

Tablo 7. Romatoid Artritli Hastaların Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu’ndan Aldıkları Puanlar (n=306)

Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu ve Alt Boyutları	Ort±SS	Min-Maks Puanlar
Duygusal	7,6±4,7	0,0-15,0
Sosyal	13,0±6,1	0,0-25,0
Psikolojik	22,6±6,4	0,0-30,0
RSS-KF Toplam	43,3±14,5	1,0-70,0

Not: Ortalama±Standart Sapma=Ort±SS

Araştırmaya katılan RA’lı hastaların RSS-KF’ndan aldıkları puan ortalaması 43,3±14,5 (1-70) olduğu belirlendi. Hastaların sırası ile duygusal, sosyal ve psikolojik iyilik hallerinin olumsuz etkilendiği görüldü.

6.4. Romatoid Artritli Hastaların Sağlığı Değerlendirme Anketi ile Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu’ndan Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler

Araştırmaya katılan RA’lı hastaların SDA ve RSS-KF ‘ndan aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar Tablo 8’de belirtildi.

Tablo 8. Romatoid Artritli Hastaların Sağlığı Değerlendirme Anketi ile Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu’ndan Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyonlar (n=306)

Sağlığı Değerlendirme Anketi	Duygusal	Sosyal	Psikolojik	##RSS-KF
#SDA	r=-0,42 p=0,00**	r=-0,28 p=0,00**	r=-0,30 p=0,00**	r=-0,39 p=0,00**

Not= *p<0,05, **p<0,01, #SDA= Sağlığı Değerlendirme Anketi, ##RSS-KF= Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu

Araştırmaya katılan RA’lı hastaların Sağlığı Değerlendirme Anketi ve Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu ‘ndan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak

negatif yönde anlamlı ilişki ($p<0,01$) bulundu. RA'lı hastaların Sağlığı Değerlendirme Anketi ve Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu 'nun alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler aşağıda belirtildi:

Sağlığı Değerlendirme Anketi puanı ile RSS-KF Duygusal alt boyutundan alınan puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,01$).

Sağlığı Değerlendirme Anketi puanı ile RSS-KF Sosyal alt boyutundan alınan puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi ($p<0,01$).

Sağlığı Değerlendirme Anketi puanı ile RSS-KF Psikolojik alt boyutundan alınan puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,01$).

7. TARTIŞMA

Romatoid artrit en sık görülen inflamatuvar eklem hastalıklarından biridir. Tüm dünyada görülme sıklığı yaklaşık %0,5-1 arasında iken (Widdifield ve ark. 2014) ülkemizde görülme sıklığının %0,22 ile %1 olduğu bildirilmektedir (Akkoç 2010). Hastalığın 40-50 yaş arasında başladığı ve kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Araştırmamıza katılan RA'lı hastaların büyük çoğunluğu kadın ve yaş ortalaması 49,7±11,8 idi. Ülkemizde RA'lı hastalar ile yürütülen çalışmalar ile karşılaştırıldığında hastalarımızın özelliklerinin literatür ile benzer olduğu söylenebilir (Emrem ve ark. 2007; Tekin 2007; Karahan ve ark. 2014; Uçar ve ark. 2014; Kılıç 2015; Baloğlu 2015; Uçar ve ark. 2015).

Kronik hastalıkların hastalar üzerine biyopsikososyal etkilerinin belirlenmesinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Özellikle ilerleyici, geri dönüşümsüz hasar, kısıtlılık ve fiziksel kayıplara neden olan romatizmal hastalıklarda yaşam kalitesinin en önemli belirteçlerinin fonksiyonel durum ve genel sağlık durumu olduğu bilinmektedir (Kaya ve ark. 2007; Akkaya 2015; Baloğlu ve ark. 2015). Romatoid artritli hastaların fonksiyonel durumlarını SDA ile değerlendirdiğimiz çalışmamızda hastalarımızın fonksiyonel durumlarının orta düzeyde etkilendiği bulundu. Literatürde RA'lı hastaların fonksiyonel durumlarını SDA kullanılarak değerlendiren çalışmalar (Küçükdeveci ve ark. 2004; Tekin 2007; Osiri ve ark. 2009; Song ve ark. 2014; Kılıç 2015) ile karşılaştırıldığında hastalarımızın puanlarının daha düşük, fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu görüldü. Bu durum örneklem grubumuzun daha büyük olması ve örneklem grubunun yaş ortalamasının bu çalışmalardaki örneklem grubundan daha düşük olması ile açıklanabilir. Öte yandan hastalarımızın SDA puanları, yaş ortalaması bizim çalışma örneklemimizden daha genç olan araştırma sonuçları ile (Wolfe ve ark. 2007; Uçar ve ark. 2014) karşılaştırıldığında hastalarımızın puanlarının yine daha düşük, fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu görüldü. Bu durum hastalarımızın büyük çoğunluğunun bir yıldan daha kısa süredir RA tanılı olması ile açıklanabilir. Hastalık süresinin artması ile eklem hasarının arttığı,

fonksiyonel durum ve genel sađlđđın olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Emrem ve ark. 2007). Romatoid artrit hastaları hastalığın her evresinde fonksiyonel kayıp veya kısıtlılık yaşamaktadır (Ceceli ve ark. 2000; Birtane ve ark. 2001). Yine fonksiyonel durum ve kısıtlılıklar bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bu fonksiyonel aktiviteler özellikle bireyin bağımlılık ve bağımsızlık durumundan etkilenmektedir. Temizlik, kişisel bakım, giyinip soyunma, oturma kalkma ve hareket gibi aktivitelerin ağrı, eklem deformitesi, bağımlılık, hastalık aktivitesi, kullanılan ilaçlar ve sosyodemografik özellikler gibi faktörlerden etkilendiği vurgulanmaktadır (Pehlivan ve ark. 2010; Pehlivan ve ark. 2015). Çalışmamızda hastaların en sık etkilenen fonksiyonel alanın kavrama, uzanma ve yemek yeme olduğu bulundu. Bu durum, araştırmaya katılan hastaların yaşam alanlarında yürüyen merdiven, asansör ve kaldırım rampaları gibi düzenlemelerin kullanmalarının yaşamlarını kolaylaştırdığını ancak fotoselli kapı, ışık, musluk, sabunluk ve havluluk gibi sistemlerin bazı sosyal yaşam alanlarında yeterli sayıda olmadığını belirtmeleri ile açıklanabilir. Yine hastalar teknolojik gelişmeler sayesinde hijyen, giyinme, oturma ve yürüyüş gibi fonksiyonel aktivitelerde ailelerine ve çevrelerindeki insanlara karşı bağımlılıklarının azaldığını gün içerisinde hayatlarında daha etkin olduklarını belirttiler.

Her bireyin kronik hastalığa, semptomlarına, fonksiyonel ve fiziksel kısıtlılıklara karşı verdiği yanıt birbirinden farklı olabilmektedir (Kocaman 2008). Romatoid artrit gibi otoimmün hastalıklarda stres ve psikososyal durumun otoimmünite ve hastalık sürecini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Aslan ve ark. 1996; Altan ve ark. 2004). Bir çalışmada hastaların %65,9'u hastalığın başlamasında önemli bir yaşam olayı deneyimlediklerini belirtmişlerdir (Aslan ve ark. 1996). Araştırmamıza katılan hastaların psikolojik, sosyal ve duygusal durumlarını RSS-KF ile değerlendirdiğimiz çalışmamızda, hastaların en çok etkilenen alanın duygusal iyilik hali olduğu bulundu. Literatürde, duygusal stresin en önemli belirteçlerinden birinin anksiyete ve anksiyete düzeyi olduğu da vurgulanmaktadır (El-Miedany ve El-Rasheed 2002; VanDyke ve ark. 2004). RA'lı hastalarda duygusal iyilik halini olumsuz etkileyen faktörleri değerlendiren çalışmalar öz yeterlik, konfor, iş arkadaşlarına hastalığı ile ilgili bilgi verebilme, iş yaşamına katılabilme, iş kayıpları, sosyal destek gibi kavramları belirlemiştir (Walsh ve ark. 1999; Griffin ve ark. 2001; Lacaille ve

ark. 2004; Backman ve Kennedy 2004; Evans ve ark. 2005; Li ve ark. 2006) Hastaların deneyimledikleri duygusal güçlükler genellikle literatürde anksiyete, depresyon, öfke, ağlamaklı olma, ajitasyon olarak tanımlanmıştır (Backman 2006). Bazı araştırmacılar RA'lı hastaların duygusal tepkilerini uzaklaşma, kaçış-kaçınma, kendini kontrol etme, sorumluluk kabul etme ve pozitif yeniden değerlendirme olarak belirlemiş ve bu durumları duygusal odaklı başa çıkma yöntemleri olarak tanımlamışlardır (Folkman ve Lazarus 1985; Doeglas ve ark. 1994; Walker ve ark. 1999). Fonksiyonel kayıplar, bu kayıpların düzeyinin ve genel sağlık durumunun duygusal iyilik haline etkisini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulguları da fonksiyonel yetersizliklerin ya da kayıpların duygusal iyilik halini olumsuz etkilediğini göstermiştir (Katz ve Yelin 2001; Hirsh ve ark. 2006). Çalışmamızda hastaların fonksiyonel yetersizlikleri arttıkça duygusal iyilik halinin de olumsuz etkilendiği bulundu. Bu durum hastaların büyük çoğunluğunun kadın, evli, eş ve çocukları ile yaşamaları ile açıklanabilir. Kadınların fonksiyonel yetersizlikleri ve kısıtlılıkları aile ve sosyal yaşamdaki rollerini de olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle de duygusal iyilik halleri bozulabilir. RA'lı kadın hastalarda yürütülen bir çalışmada (n=41) hastaların fonksiyonel kısıtlılık ve bağımlılıkları arttıkça duygusal olarak daha çok stres yaşadıkları, kendilerini değersiz ve yetersiz bularak, benlik saygılarının da azaldığı gösterilmiştir (Aslan ve ark. 1996). Corbacho ve Depueto (2010) çalışmalarında (n=39) fonksiyonel durumun yaşam kalitesinin en çok fiziksel ve duygusal alt boyutlarını olumsuz etkilediğini bildirmiştir. RA'lı hastalarda fonksiyonel kısıtlılık ve bağımlılık henüz gelişmemiş olsa da hastaların bu korkuları yaşayabildiği, duygusal sorunlara neden olabildiği belirtilmiştir (van Lankveld ve ark. 1993; Walker ve ark. 1999).

Sosyal iyilik hali, bireylerin sosyal yaşamları ile ilgili işlevselliğini, sosyal katılımı, sosyal bütünleşmeyi, sosyal uyumu, sosyal gelişimi ve sosyal kabulü olarak tanımlanmaktadır (Demirci ve Akın 2015). Romatoid artritli hastalarda fonksiyonel kayıplar, bağımlılıklar ve kısıtlılıklar hastaların iş, aile yaşamı, boş zaman aktiviteleri, hobiler gibi sosyal aktiviteleri olumsuz etkileyebilmektedir. Sosyal bir varlık olarak insan sosyal yaşama, özel roller ve sorumluluklar ile katılabilmektedir. Hastalık süreci, ağrı, yorgunluk, beden imajında değişiklik ve diğer semptomlar hastanın bu sosyal roller ve sorumlulukları sürdürmesine engel olarak sosyal iyilik halini de olumsuz etkileyebilmektedir (Backman 2006).

Araştırmamıza katılan hastaların sosyal iyilik hallerinin ikinci sırada etkilenen alan olduğu bulundu. Buna ilave olarak hastaların fonksiyonel yetersizlikleri arttıkça sosyal iyilik halinin de olumsuz etkilendiği bulundu. Yapılan bir çalışmada (n=366) iş yaşamında yetersiz kurumsal ve sosyal desteği olan romatoid artritli hastaların ağrı ve kısıtlılıkları ile maladaptif baş etme davranışları gösterdiği ve ilerleyen dönemde de depresyon gelişimine zemin hazırladığı gösterilmiştir (Li ve ark. 2006). Romatoid artritli hastalarda yürütülen bir başka çalışmada aile özellikle de eş desteğinin psikolojik ve sosyal fonksiyonları olumlu etkileyerek ağrı ile baş etmeyi arttırdığı gösterilmiştir (Evans ve ark. 2005). Romatoid artritli hastaların fonksiyonel kısıtlılıklar, ağrı ve yorgunluk gibi semptomlar nedeni ile genel popülasyona oranla daha az boş zaman aktivitelerine katılabildiği bilinmektedir (Backman 2006). Yapılan çalışmalarda fiziksel kısıtlılıkların eğlence aktivitelerine katılma, hobileri sürdürme, sosyal etkileşimleri sürdürme gibi sosyal faaliyetleri azaltarak hastaların sosyal iyilik halini olumsuz etkilediğini, bu durumun da psikolojik sağlığı olumsuz etkilediği depresif semptomlara neden olduğu gösterilmiştir (Katz ve Yelin 2001; Katz ve ark. 2006; Wikström ve ark. 2006).

Romatoid atritte hastalığın etkisi, ağrı ve fonksiyonel yetersizlikler aile hayatı, sosyal ilişkiler, sosyal aktiviteler, iş hayatı, ekonomik durum gibi tüm alanları olumsuz etkilemekte bu etkilenen alanlar ya da kayıplar psikolojik iyilik halini azaltabilmektedir (Altan ve ark. 2004). Araştırmamıza katılan hastaların psikolojik iyilik hallerinin en az etkilenen alan olduğu bulundu. Bu durum hastaların büyük çoğunluğunun evli, ailesi ile yaşaması, hastalık nedeni ile iş kaybı yaşamaması, başka bir kronik hastalığının olmaması ile açıklanabilir. Literatürde fonksiyonel kısıtlılıklara neden olan romatoid artrit gibi kronik hastalıklarda hastaların sosyal destek düzeyi, emosyonel baş etme becerileri ve öz etkililik algısı yüksek ise psikolojik olarak daha az etkilendikleri, psikolojik distresin belirtisi olan anksiyete ve depresyon semptomlarının azaldığı belirtilmiştir (Walsh ve ark. 1999; Benight ve Bandura 2004; Treharne ve ark. 2005; Benka ve ark. 2012). Yapılan çalışmalarda RA'lı hastaları psikolojik yardım aramaya iten durumların da sosyal statüleri, iş ve evlilik hayatlarındaki olumsuzluklar, uyum sorunları, toplumsal izolasyon, içe kapanma gibi psikolojik yakınmalar olduğu bildirilmektedir (Aslan ve ark. 1996; Cüre ve ark. 2006; Kaya ve ark. 2007; Hindistan ve Ergüney 2008). Çalışmamızda hastaların fonksiyonel

yetersizlikleri arttıkça psikolojik iyilik halinin de olumsuz etkilendiği bulundu. Bu durum çalışmaya katılan hastalarda fonksiyonel kısıtlılık ve bağımlılık henüz gelişmemiş olsa da hastaların bu korkuları yaşayabildiği bunun da psikolojik sorunlara neden olması ile açıklanabilir. Romatoid artritli hastalarda gelişebilen eklem deformitelerinin beden algısı ve benlik saygısını azaltarak hastaların kendilerini daha az çekici bulmasına, bedenlerinden daha az doyum almalarına neden olarak psikolojik sorunların gelişmesine yatkınlığı arttırdığı bildirilmektedir (Aslan ve ark. 1996). Otoimmün bir hastalık olan RA'da psikolojik faktörlerin immün sistemi olumsuz etkileyerek hastalık sürecini değiştirebileceği düşünülmektedir. Bir çalışmada umutsuzluk ve depresyonun hastalık aktivite skorunu olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Parker ve ark. 1992). Yapılan çalışmalarda hem stresin hem de depresyonun RA'lı hastalarda immün sistem üzerine olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir (Zautra ve ark. 1994; Zautra ve ark. 2001; Backman 2006).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları, romatoid artritli hastaların fonksiyonel, sosyal, duygusal ve psikolojik iyilik halinin orta düzeyde olduğunu, psikososyal iyilik halinde en çok etkilenen alanın duygusal iyilik hali olduğunu ve fonksiyonel iyilik halleri arttıkça sosyal, psikolojik ve duygusal iyilik hallerinin de arttığını gösterdi.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Romatoid artritli hastaların duygusal iyilik halini olumsuz etkileyen fonksiyonel yetersizliklerin belirlenerek tedavi ve bakımında öncelik verilmesi,
- Psikososyal iyilik halini olumsuz etkileyen sorunların bu alanda uzman sağlık profesyonelleri ile görüşülerek uygun girişimlerin planlanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Acıcı S. Romatoid artritli hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve bağımlılık durumlarına göre stresle baş etme yöntemleri (Yüksek Lisans Tezi). Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.

Akkaya F. Romatoid artrit hastalarında yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.

Akkoç N. Türkiye’de romatizmal hastalıkların epidemiyolojisi ve diğer ülkelerle karşılaştırılması. RAED DERGİSİ. 2010;2: 1-8.

Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. Romatizma. 2004; 19(1):7-13.

Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N ve ark. romatoid artrit ve osteoartrit hastalarında yetiyitimi ve depresyon. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2007;17: 24-9.

Altınkesen E. Erken ve geç dönem romatoid artritli hastalarda semptomlar, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.

Aslan SH, Karaköse H, Soy M, Alparslan ZN. Romatoid artritli olan kadın hastalarda beden algısı, benlik saygısı, aleksitimi, depresyon ve kaygı. Düşünen Adam. 1996;9(4): 23-7.

Atagündüz MP. Anti-CCP. Türkiye Klinikleri J Rheumatol-Special Topics 2013;6(2): 29-34.

Backman CL. Psychosocial aspects in the management of arthritis pain. *Arthritis Research & Therapy*. 2006;8: 221 (doi:10.1186/ar2083).

Backman CL, Kennedy SM, Chalmers A, Singer J: Participation in paid and unpaid work by adults with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2004;31:47-56.

Baloğlu HH. Romatoid artrit hastalarında sağlık ile ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Uzmanlık Tezi). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 2010.

Baloğlu HH, Aşkın AA, Yener M. Determination of the factors that affect health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Acta Medica Mediterranea*. 2015;31: 687-95.

Baltaş Z. Sağlık psikolojisi. Birinci Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş;2000.p. 32-36.

Benight C, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*. 2004;42:1129–48.

Benka JJ, Nagyova I, Rosenberger J, Calfova A, Macejova Z, Midde B, Lazurova I, van Dijk JP, Groothoff JW. Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a 4-year prospective study. *Disability & Rehabilitation*. 2012; 34(9): 754–61.

Bilge U, Yaşar Bilge NŞ, Kılıç S, Bilgin M. Romatoid Artrit Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Alerjik Hastalık Sıklığı İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 2016;(4):332-8. DOI: 10.17098/amj.48109

Birtane M, Hakgüder A, Eryavuz M, Kokino S. Akut romatoid artritli kadınlarda fonksiyonel özürlülük indeksleri ile hastalık aktivite belirteçlerinin korelasyonu. *Romatizma*. 2001;16(3): 125-30.

Ceceli E, Öken Ö, Kısaoğlu S, Yorgancıoğlu R. Romatoid artritte keitel fonksiyonel indeksi. Fiziksel Tıp. 2000; 3(2-3):131-4.

Corbacho MI, Dapuerto JJ. Assessing the functional status and quality of life of patients with rheumatoid arthritis. Bras J Rheumatol 2010;50(1):31-43.

Cüre E, Şahin M, Eren İ, Tunç EŞ, Baştürk A, İnanlı Çİ. Romatoid artritli hastalarda psikiyatrik semptomlar ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. MN Dahili Tıp Bilimleri.2006; 1/5-6:358-64.

Demirci İ, Akın A. Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'nun geçerliği ve güvenilirliği. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.2015; 48(1):49-64.

Demirel A, Kırnap M. Romatoid artrit tedavisinde geleneksel ve güncel yaklaşımlar. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 19(1):74-84.

Dirik G, Karancı AN. Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory. Psychology & Health. 2010;25(5):617-32.

Doeglas D, Suurmeijer T, Krol B, Sanderman R, van Rijswijk M, van Leeuwen M. Social support, social disability, and psychological well-being in rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res. 1994; 7(1):10-5.

El-Miedany YM, El-Rasheed AHE. Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? Joint Bone Spine. 2002; 69: 300–7.

Emrem A, Karataş Z, Reyhanoğlu S ve ark. Romatoid artritte fonksiyonel değerlendirme ölçütlerinin radyolojik değerlendirme ile karşılaştırılması. Göztepe Tıp Dergisi. 2007;21(2):64-7.

Evans S, Shipton EA, Keenan TR: Psychosocial functioning of mothers with chronic pain: A comparison to pain-free controls. *Eur J Pain* 2005; 9:683-90.

Evers AWM, Kraaijmaat FW, Geenen R, Bijlsma JWW. Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behaviour Research and Therapy*. 1998; 36:179-93.

Folkman S, Lazarus RS. If changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985; 48:150–70.

Garip Y. Functional assessment measures in rheumatologic disorders. *World J Rheumatol*. 2014;12; 4(2): 6-13.

Getting L. Psychological well-being in rheumatoid arthritis: A review of the literature. *Musculoskeletal Care*. 2010; 8: 99–106.

Göksoy T. Romatizmal hastalıkların tanı ve tedavisi. Ed. Göksoy T, Tavashlı Matbaacılık, 2002, İstanbul.

Günaydın R, Karatepe Göksel A, Demirhan A, Koç A, Kaya T. Romatoid artritli hastalarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2009;29(4):911-6.

Griffin KW, Friend R, Kaell AT, Bennett RS: Distress and disease status among patients with rheumatoid arthritis: Roles of coping styles and perceived responses from support providers. *Ann Behav Med* 2001; 23:133-8.

Hamuryudan V. Türkiye’de sık karşılaşılan hastalıklar I (Enfeksiyon Hastalıkları, Romatizmal Hastalıklar), İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi (55), 2007; s. 69-86.

Harunlar T. Romatoid artritli hastalarda Anti TNF ve DMARD tedavi sonuçlarının hastalık ve iyileşme kriterlerine göre karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2009.

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.

Hirsh AT, Waxenberg LB, Atchison JW, Gremillion HA, Robinson ME. Evidence for sex differences in the relationships of pain, mood and disability. J Pain 2006;7:592-601.

Kaptan G, Dedeli Ö. Teoriden uygulamaya temel iç hastalıkları hemşireliği kavram ve kuramlar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi. 2012,pp.405-6.

Karahan AY, Bağcı S, Salbaş E, Erol K, Karpuz S, Küçük A. Romatoid artrit olgularının hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2014; 5 (3): 429-34.

Katz PP, Yelin EH: Activity loss and the onset of depressive symptoms. Do some activities matter more than others? Arthritis Rheum 2001;44:1194-202.

Katz PP, Morris A, Yelin E. Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2006;65:763-9.

Kaya A. Romatoid artrit’li hastalarda anjiyotensin II reseptör blokerlerinin preklinik ateroskleroz üzerine etkileri (Uzmanlık Tezi). İstanbul: Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007.

Kaya N. Romatoid artritli bireylerin hemşirelik bakımı. İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi. 2006;15(57):51-71.

Kaya N. Romatoid artrit ve bakım. In: Durna Z (Ed). Kronik hastalıklar ve bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2012;441-63.

Kaya T, Karatepe AG, Günaydın R, Türkmen G, Özbek G. Romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesi: Hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve sağlık durumu ile ilişkisi. Romatizma. 2007; 22: 119-22.

Key J, Upchurch KS. ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. Rheumatology. 2012;51:vi5-vi9 doi:10.1093/rheumatology/kes279.

Khurana R. Berney S.M. Clinical aspects of rheumatoid arthritis. Pathophysiology. 2005;12(3): 153–65.

Kılıç MC. Romatoid artrit hastalarında el fonksiyonlarının aktivite katılım performansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.

Kiper S, Sunal N. Romatoid artritli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2009;10:33-9.

Kwon JH, Kim LY, Lee SM. Relation between functional ability and health-related quality of life of children with juvenile rheumatoid arthritis. J. Phys. Ther. Sci. 2015; 27: 837-40.

Kocaman N. Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11: 1.

Kool MB, van Middendorp H, Lumley MA, Bijlsma JW, Geenen R. Social support and invalidation by others contribute uniquely to the understanding of physical and mental health of patients with rheumatic diseases. J Health Psychol. 2013; 18: 86-95.

Kurt E, Özdiilli K, Yorulmaz H. Romatoid artritli hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013; 50: 202-08.

Küçükdeveci AA, Şahin H, Ataman Ş, Griffiths B, Tennant. Issues in cross-cultural validity: Example from the adaptation, reliability, and validity testing of a Turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis & Rheumatism*. 2004; 51(1):14-9.

Küüksaraç S. Romatoid artritli hastalarda karpal tünel sendromunun el fonksiyonları üzerine etkisi (Uzmanlık Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, 2009.

Lacaille D, Sheps S, Spinelli JJ, Chalmers A, Esdaile JM: Identification of modifiable work-related factors that influence the risk of work disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004;51:843-52.

Li X, Gignac MAM, Anis AH: Workplace, psychosocial factors and depressive symptoms among working people with arthritis:A longitudinal study. *J Rheumatol* 2006;33:1849-55.

Maska L, Anderson J, Michaud K. Measures of functional status and quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*. 2011;63(11):4-13.

Matcham F, Scott IC, Rayner L ve ark. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2014;44:123-30.

Memiş S. Romatizmal hastalıklar. In: Kardakovan A, Eti Aslan F (Eds). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana: Adana Nobel Tıp Kitabevi. 2011;pp 1381-84.

Osiri M, Wongchinsri J, Ukritchon S, Hanvivadhanakul P, Kasitanon N, Siripaitoon B. Comprehensibility, reliability, validity, and responsiveness of the Thai version of the Health Assessment Questionnaire in Thai patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy*. 2009; 11:R129.

Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklar psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013;1(1):57-72.

Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 1997. p.99-103.

Öztürk O. Sigara bağımlılığının romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkisi (Uzmanlık Tezi). Samsun: Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2014.

Parker J, Smarr K, Anderson S, et al. Relationship of changes in helplessness and depression to disease activity in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 1992;19:1901-5.

Pehlivan S, Ersoy S, Ugan Y, Fadıloğlu Ç. Romatoid artritli hastalarda özbakım gücü ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;31(1):27-38.

Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Pehlivan Y, Onat AM. Romatolojik sorunu olan hastalarda yaşam kalitesi ve bazı semptomlarla ilişkisi. Gaziantep Tıp Dergisi.2010;16(1):10-4.

Pollard L, Choy EH, Scott DL. The consequences of rheumatoid arthritis: Quality of life measures in the individual patient. Clin Exp Rheumatol.2005; 23 (Suppl. 39):43-52.

Rogers H, Brotherton H, Olivera PS, Segura DM, Peña AM. Depressive and anxiety symptoms and social support are independently associated with disease-specific quality of life in Colombian patients with rheumatoid arthritis. Rev Bras Reumatol. 2015; 55(5):406-13.

Ryan S. Psychological effects of living with rheumatoid arthritis. Nursing Standard. 2014;29(13):52-9.

Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res* 2002; 4 (suppl 3):265-72.

Song Y, Zhu L, Wang S, Leng L, Bucala R, Lu L. Multi-Dimensional Health Assessment Questionnaire in China: Reliability, validity and Clinical Value in patients with rheumatoid arthritis. *PLOSE ONE*. 2014;9(5):e97952.

Tahtasız M. Romatoid Artritli hastalarda doku ve renkli doppler ekokardiografi bulguları (Uzmanlık Tezi). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2009.

Tekin M. Romatoid artritli hastalarda tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve uyum artırma önerileri (Uzmanlık Tezi). İstanbul: Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, 2007.

Tokem Y, Argon G, Keser G. Case management model in Turkish rheumatoid arthritis. *Rehabilitation Nursing*. 2011;36:205-13.

Treharne GJ, Kıtas GD, Lyons AC, Booth DA. Well-being in rheumatoid arthritis: The effects of disease duration and psychological factors. *Journal of Health Psychology*. 2005; 10(3):457–74.

Turan Y, Kocaağa Z, Koçyiğit H ve ark. Correlation of fatigue with clinical parameters and quality of life in rheumatoid arthritis. *Turkish Journal of Rheumatology*. 2010; 25: 63-7.

Turgutalp F. Romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler (Yüksek Lisans Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 2011.

Uçar M, Gül AI, Sarp Ü. Romatoid artrit ve depresyon arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*. 2014; 41 (3): 548-51.

Uçar M, Sarp Ü, Karaçavuş S ve ark. Romatoid artrit hastalık aktivite skorları ile kemik minereal yoğunluğu arasındaki ilişki. Bozok Tıp Derg 2015;4(3):1-6.

Uyar Hazar H. Üriner inkontinansı olan romatoid artritli kadınlarda eğitimin etkinliğinin incelenmesi (Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.

Uzun H. Romatoid artritli hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.

VanDyke MM, Parker JC, Smarr KL, Hewett JE, Johnson GE, Slaughter JR ve ark. Anxiety in rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism: Arthritis Care & Research. 2004;51:408-12.

van Lankveld W, Naering G, van der Staak C ve ark. Stress caused by rheumatoid arthritis: relation among subjective stressors of the disease, disease status and well-being. J Behav Med.1993;16:309-21.

Walker JG, Littlejohn GO, McMurray NE, Cutolo M. Stress system response and rheumatoid arthritis: a multilevel approach. Rheumatol 1999;38:1050-7.

Walsh JD, Blanchard BE, Kremer JM, Blanchard GC. The psychosocial effects of rheumatoid arthritis on the patient and the well partner. Behaviour Research and Therapy. 1999; 37: 259-71.

Whalley D, Mc Kenna SP, De Jong Z, Van Der Heijde D. Quality of life in rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol 1997; 36(8): 884-8.

Widdifield J, Paterson JM, Bernatsky S, Tu K, et al. The Epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Ontario, Canada. Arthritis & Rheumatology. 2014; 66(4): 786-793. DOI 10.1002/art.38306

Wikström I, Book C, Jacobsson LTH. Difficulties in performing leisure activities among persons with newly diagnosed rheumatoid arthritis: a prospective, controlled study. *Rheumatology* 2006;45:1162-6.

Wolfe F, Michaud K, Pincus T. Development and validation of the Health Assessment Questionnaire II. *Arthritis & Rheumatism*. 2004;50(10):3296-305.

Zarit SH. Family care and burden at the end of life. *CMAJ*. 2004; 170: 1811.

Zautra AJ, Burleson MH ve ark. Interpersonal stress, depression, hormones, and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Health Psychol* 1994; 13: 139-48.

Zautra AJ, Smith BW. Depression and reactivity to stress in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Psychosom Med* 2001;63: 687-96.

10. EKLER

Ek-1 Anket formu

EK-2 Sağlığı Değerlendirme Anketi'nin Yazar İzni

EK-3 Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'nun Yazar İzni

Ek-4 İç Hastalıkları Anabilim dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Timur Pırıldar'ın İzni

Ek-5 Etik Kurul Formu

Ek-6 Tez Orjinallik Raporu

EK-1 SORU FORMU

Merhaba,

Eklem romatizması olan bireylerin fonksiyonel, sosyal, ruhsal ve duygusal durumlarını değerlendiren bir çalışma yürütmekteyim. Aşağıda sizin bazı özellikleriniz, hastalığınız nedeni ile yaşadığınız fiziksel, sosyal, ruhsal, duygusal güçlükler ve günlük yaşamınızın etkilenme durumunu değerlendirmek için bazı sorular yer almaktadır. Bu soruların doğru veya yanlış yanıtı yoktur. Önemli olan sizin kişisel görüşlerinizdir. Lütfen, ifadeleri okuduktan sonra size uygun olan yanıtta yer alan kutucuğu veya ()'i işaretleyiniz. Katılım ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Hemş. İpek İdil SERTTAN

EKLEM ROMATİZMASI OLAN HASTALARIN FONKSİYONEL VE PSİKOSOSYAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3) Medeni durumunuz:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

4) Eğitim durumunuz:

- ☐ Okur yazar
- ☐ İlkokulu
- ☐ Orta okul
- ☐ Lise
- ☐ Fakülte/Yüksek okul
- ☐ Lisans üstü

5) Çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

6) Çalışıyorsanız iş/mesleğiniz:.....

7) Romatizmal hastalığınız nedeni ile iş kaybı yaşadınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8) Sosyal güvenceniz:

- ☐ Var
- ☐ Yok

9) Size göre ailenizin gelir düzeyi nasıl?

- ☐ Gelir giderden az
- ☐ Gelir gidere denk
- ☐ Gelir giderden fazla

10) Kim/Kimlerle yaşıyorsunuz?

- ☐ Yalnız
- ☐ Eşim
- ☐ Eşim ve çocuklarım
- ☐ Çocuklarım
- ☐ Diğer

11) Ailenizde başka romatizmal hastalığı olan var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

12) Romatizmal eklem hastalığı tanınız ne zaman konuldu?

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-5 yıl
- ☐ 6-10 yıl
- ☐ 10 yıl ve üzeri

13) Romatizmal eklem hastalığı tedaviniz ne zamandan beri devam etmektedir?

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-5 yıl
- ☐ 6-10 yıl
- ☐ 10 yıl ve üzeri

14) Romatizmal eklem hastalığınız ile ilgili hangi tedavi/tedavileri alıyorsunuz?

- ☐ NSAİİ
- ☐ Steroidler
- ☐ TNF-alfa inhibitörleri
- ☐ İmmunosupresanlar
- ☐ Hastalığı modifiye eden antiromatizmal ilaçlar
- ☐ Diğer.....

15) Romatizmal eklem hastalığınız ile ilgili kullandığınız ilaçlarınıza bağlı yan etkiler gördünüz mü?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

16) Doktorunuzun önerdiği şekilde kontrollere gidiyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

17) Doktorunuzun önerdiği şekilde tedavilerinizi kullanıyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

18) Romatizmal eklem hastalığınız ile ilgili aşağıdaki belirtilerden hangisine sahipsiniz?

- ☐ Eklemelerinizde ağrı
- ☐ Eklemelerinizde şişlik
- ☐ Eklemelerinizde ısı artışı
- ☐ Eklemelerinizde kızarıklık
- ☐ Eklemelerinizde hareket kısıtlılığı
- ☐ Eklemelerinizde şekil bozukluğu
- ☐ Sabah tutukluğu
- ☐ İştahsızlık
- ☐ Kilo kaybı
- ☐ Ateş
- ☐ Kansızlık
- ☐ Kemik erimesi
- ☐ Halsizlik
- ☐ Yorgunluk
- ☐ Uykusuzluk
- ☐ Hareket sırasında eklemlerde çıtırtı ve kütleme

19) Romatizma dışında başka bir hastalığınız var mı?

- ☐ Evet ise belirtiniz.....
- ☐ Hayır

20) Bu hastalığınız ile ilgili kullandığınız ilaçlarınız var mı?

- ☐ Antihipertansif
- ☐ OAD
- ☐ İnsülin
- ☐ Tiroid ilacı
- ☐ Kalp ilacı
- ☐ Diğer.....

SAĞLIK DEĞERLENDİRME ANKETİ

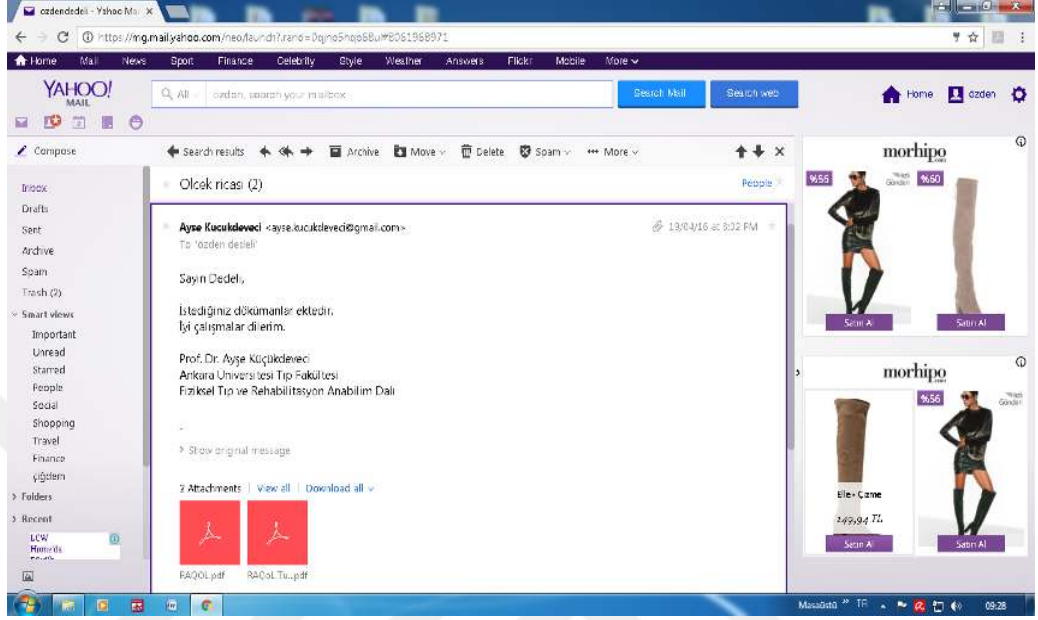
Aşağıda belirtilenleri yapabiliyor musunuz?

	Hiç Zorlanmadan	Biraz Zor	Çok Zor	Yapamıyorum
	0	1	2	3
GİYİNME/ GENEL BAKIM				
1-Ayakkabı bağlamak ve düğme iliklemek dahil olmak üzere giyinmek				
2-Saç yıkamak				
OTURUP/ KALKMA				
3-Kolluğu olmayan dik bir sandalyeden kalkma				
4-Yatağa yatıp kalkmak				
YEMEK YEME				
5-Bıçakla et kesmek				
6-Dolu bir bardağı ağza götürmek				
7-Açılmamış kordon bir süt kutusunu açmak				
YÜRÜYÜŞ				
8-Düz yolda yürümek				
9-Beş basamak çıkıp, inmek				
HİJYEN				
10-Tüm vücudu yıkayıp, kurulayabiliyor mu?				
11-Banyo yapabiliyor mu?				
12-Tuvalete gidebiliyor mu?				
UZANMA				
13-Başının üstündeki seviyede bulunan bir raftan 2-3 kilo kadar bir ağırlığı alabiliyor mu?				
14-Yerde bulunan bir giysiyi eğilip, alabiliyor mu?				
KAVRAMA				
15-Araba kapılarını açabiliyor mu?				
16-Daha önce açılmamış bir kavanoz Kapağını açabiliyor mu?				
17-Muslukları kapatıp, açabiliyor mu?				
DİĞER AKTİVİTELER				
18-Evin dışındaki işleri, örneğin alışveriş yapabiliyor mu?				
19-Arabaya binip, inebiliyor mu?				
20-Elektrikli süpürge kullanabiliyor mu?				
TOTAL=	TOTAL/20=			

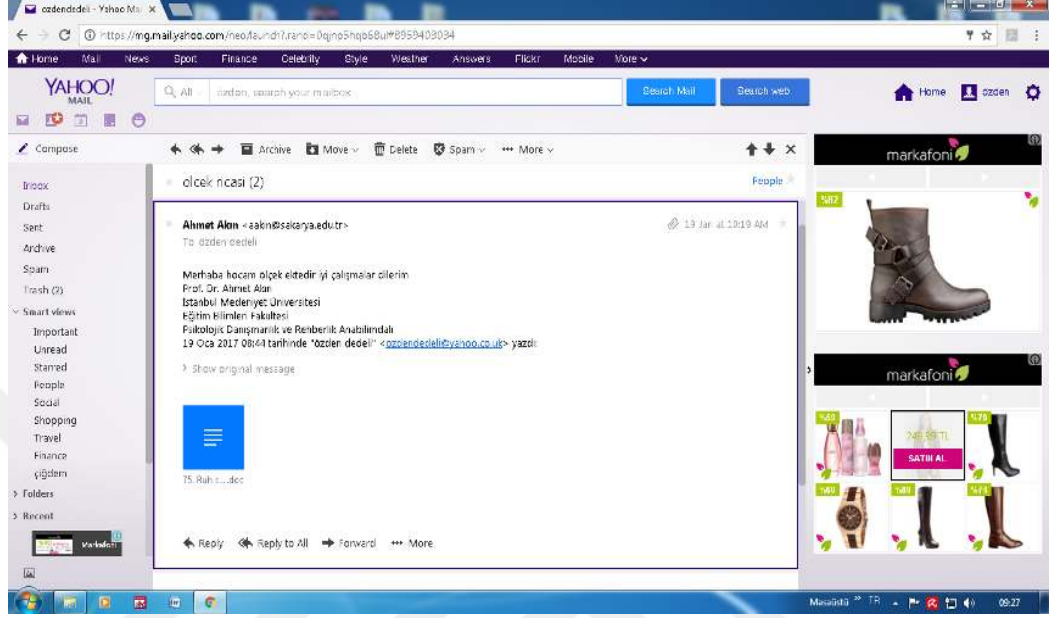
Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu

Son 1 ay boyunca ne kadar sıklıkla bu duyguları hissettiniz?	Hiçbir Zaman	Bir ya da iki kez	Yaklaşık haftada bir	Yaklaşık haftada 2-3 defa	Neredeyse her gün	Her gün
1. Mutlu hissettim.						
2. Yaşamla ilgilendiğimi hissettim.						
3. Memnun hissettim.						
4. Topluma katkıda bulunmak için önemli bir şeyler yaptığımı hissettim.						
5. Bir topluluğa ait olduğumu (sosyal grup, okul, mahalle) hissettim.						
6. Toplumun benim gibi insanlar için daha iyi bir yer haline geldiğini hissettim						
7. İnsanların temelde iyi olduğunu hissettim.						
8. Toplumun çalışma şeklinin, bana anlamlı geldiğini hissettim.						
9. Kişiliğimin birçok yönünü sevdiğimi hissettim.						
10. Günlük hayatın sorumluluklarını yerine getirmekte başarılı olduğumu hissettim.						
11. Diğer insanlarla Sıcak ve güvene dayalı bir ilişkim olduğunu hissettim						
12. Yaşadığım deneyimlerin beni gelişmeye ve daha iyi bir insan olmaya zorladığını hissettim.						
13. Düşüncelerime ya da fikir ve görüşlerimi ifade edişime güvendiğimi hissettim.						
14. Yaşamımın bir yönü ve amacı olduğunu hissettim.						

EK-2 Sağlığı Değerlendirme Anketi'nin Yazar İzni



EK-3 Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'nun Yazar İzni

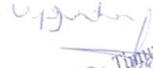


**Ek-4 İç Hastalıkları Anabilim dalı öğretim üyesi Prof. Dr.
Timur Pırıldar'ın İzni**

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
HAFSA SULTAN HASTANESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
ROMATOLOJİ BİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ ile Romatoloji servisi ve polikliniklerinde yürütmeyi planladığımız "Romatoid Artritli Hastaların Fonksiyonel ve Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi" konu başlıklı yüksek lisans tezimin etik kurul izninin alınabilmesi ve araştırmamızı birimlerinizde yürütülebilmem için ilgili izin hususunda gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

13.03.17
Yüks. Lisans Öğr. İpek İdil BOSTANCI



Prof. Dr. Timur PIRILDAĞ
Romatoloji ve İç Hastalıkları Uzmanı
Dip. Tesck. No: 19692

Ek-1 Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurul Kararı
Ek-2 Öğrenci belgesi
Ek-3 Anket formu

**Ek-5 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık
Bilimleri Etik Kurulu**

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	12 / 04 / 2017 / 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Romatoid Artritli Hastaların Fonksiyonel ve Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ - Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire İpek İdil BOSTANCI						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☒		AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	15 / 03 / 2017 / Tarih ve 12564 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı		Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	-102-	☐	☐	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD	AX	☐	☐
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	M. Demet	☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	ALTAN	☐	☐
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	ÖZYURT	☐	☒	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	ÇEÇEN	☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	ÇAVUŞOĞLU	☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat	YILMAZER	☐	☐
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO	TOK	☐	☐	İhsan AVCI Sivil Üye	AVCI	☐	☒
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim. Prof. Dr. Zeki ARI Başkan							

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: **Romatoid Artritli Hastaların Fonksiyonel Ve Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi**

Tezime ilişkin 17/05/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 14'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı : İpek İdil Serttan
Öğrenci No : 161380015
Anabilim Dalı : İç Hastalıkları Hemşireliği
Programı : Yüksek Lisans

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Unvan, Ad Soyad, İmza)

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.

7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

