

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serap ÜNSAR

ROMATOİD ARTRİTLİ KADINLARA HASTALIK
YÖNETİMİNE İLİŞKİN VERİLEN EĞİTİMİN YAŞAM
KALİTESİ VE ANKSİYETE DEPRESYON ÜZERİNE
ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

İrem YILDIZ ÇİLENGİROĞLU

EDİRNE-2020

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serap ÜNSAR

ROMATOİD ARTRİTLİ KADINLARA HASTALIK
YÖNETİMİNE İLİŞKİN VERİLEN EĞİTİMİN YAŞAM
KALİTESİ VE ANKSİYETE DEPRESYON ÜZERİNE
ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

İrem YILDIZ ÇİLENGİROĞLU

Destekleyen Kurum: TÜBAP 2019/02

Tez No: 10219598

EDİRNE-2020

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici olan ve beni her konuda destekleyen değerli danışmanım Prof. Dr. Serap Ünsar'a, bilimsel ve manevi desteklerini esirgemeyerek her konuda yardımcı olan değerli hocalarım Prof. Dr. Özgül Erol'a, Doç. Dr. Melahat Akgün Kostak, Dr. Öğr. Üyesi Seda Kurt'a, eğitim kitapçığının hazırlanması aşamasında değerli görüş ve önerileriyle katkı sağlayan Prof. Dr. Hatice Mert'e, veri toplama aşamasındaki katkıları için Romatoloji ABD Başkanı Doç. Dr. Hakan Emmungil'e ve Doç. Dr. Hakan Yılmaz'er'e, Romatoloji Kliniği sorumlu hemşiresi Ayşe Gökçe Işıklı'ya ve klinik hemşiresi Fatma Önüt'e, tez sürecindeki finansal destekleri için Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne, Arş. Gör. Lale Yacan ve Arş. Gör. Remziye Semerci başta olmak üzere tez sürecinde desteklerini esirgemeyen arkadaşlarıma, yüksek lisans eğitimim boyunca en büyük destekçim olan ve beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan eşime ve aileme en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
ROMATOİD ARTRİT TANIMI	3
ROMATOİD ARTRİT EPİDEMİYOLOJİSİ	3
ROMATOİD ARTRİT FİZYOLOJİSİ	4
ROMATOİD ARTRİT ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖLERİ	4
ROMATOİD ARTRİT BELİRTİ VE BULGULARI	6
ROMATOİD ARTRİT’TE TANI	9
ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİ	13
ROMATOİD ARTRİT’TE HEMŞİRELİK BAKIMI	19
ROMATOİD ARTRİT’TE YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON	22
GEREÇ VE YÖNTEM	25
BULGULAR	35
TARTIŞMA	54
SONUÇ VE ÖNERİLER	63
ÖZET	65
SUMMARY	67
KAYNAKLAR	69
ŞEKİLLER LİSTESİ	76
TABLolar LİSTESİ	77
ÖZGEÇMİŞ	78
EKLER	79

SİMGE VE KISALTMALAR

ACR:	American College of Rheumatology
Ark:	Arkadaşları
CCP:	Siklik Sitrülenmiş Peptid
DMARD:	Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar
EULAR:	European League Against Rheumatism
GI:	Gastrointestinal
HADS:	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HAQ:	Sağlık Değerlendirme Anketi Ölçeği
NSAİİ:	Non-Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar
RA:	Romatoid Artrit
RAQoL:	Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği
RF:	Romatoid Faktör
TNF:	Tümör nekrozis faktör

GİRİŞ VE AMAÇ

Romatoid Artrit (RA); fiziksel ve psikososyal sağlık üzerinde önemli etkilere neden olan, ciddi fonksiyonel kayıplara yol açan yaygın kronik bir hastalıktır (1). RA en sık görülen inflamatuvar eklem hastalığı olarak da bilinmektedir (2). Kadınlarda erkeklerden üç kat daha fazla görülmektedir (1-3).

Dünya'daki RA prevalansını incelediğimizde ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Fransa' da % 0.31, İtalya' da % 0.48, İsveç' de % 0.77, Finlandiya' da % 0.8 ve İngiltere' de % 0.85 olduğu bildirilmiştir (4-6). Ülkemizdeki RA prevalansının %0.56, kadınlardaki RA prevalansının ise % 0.89 olduğu bildirilmiştir (7,8).

Romatoid Artrit'te hastalık aktivitesinin eklemlerde meydana getirdiği sorunlar hastaların günlük yaşamlarını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (1,9). Hastalığın ilerlemesiyle sinovyal inflamasyon kaynaklı ağrı ve eklem tutulumlarına bağlı olarak hareketleri kısıtlanan hastalar, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememekte ve başkalarının yardımına gereksinim duymaktadır (2). Literatürü incelediğimizde; bireysel hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (10). Bir diğer çalışmada ise eğitim sonrasında deney grubundaki RA'lı hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (11).

Romatoid Artrit'te depresyon, genel popülasyona göre daha yaygındır ve artmış ağrı, yorgunluk, yaşam kalitesinin azalması, hareket kısıtlılığının artması ve sağlık bakım maliyetlerinin artması ile ilişkilendirilmektedir (12,13). Bir meta analiz çalışmasında RA'li hastalardaki depresyon prevalansının %14.8 ile %48 arasında bulunduğu ve depresyon görülme sıklılığının genel popülasyona oranla iki kat daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (12). RA hastalarında depresyon ve anksiyete prevalansının sırasıyla % 23.3 ve % 42.3 olduğu,

anksiyetenin depresyona göre daha yaygın görüldüğü belirtilmiştir (13). Anksiyetenin RA hastalarında cinsiyet, yaş, medeni durum, ağrı, hastalık aktivitesi ve sosyoekonomik durumla ilişkili olduğu bildirilmiştir (14).

Romatoid Artrit hastasında eklem yıkımı, fonksiyonel sakatlık ve organ hasarı oluşabilir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi çok önemlidir (15). Avrupa Romatizma Birliği (European League Against Rheumatism, EULAR) önerilerine göre de RA tedavisinde hasta, hastalığı ve tedavisi hakkında yeteri kadar bilgilendirilmeli ve izlenecek olan tedavi protokolüne hasta ve hekim birlikte karar vermelidirler (16). RA tedavisi ve bakımının etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için hasta eğitimi çok önemlidir. Hasta eğitimi, hastanın tedaviye uyum sağlaması ve davranışlarını değiştirmesine katkı sağlamaktadır (15). Hastaları doğru ve uygun öz bakım davranışlarını benimsemeye teşvik etmek, hastalığın başarılı bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunan önemli bir faktördür (1,15,16). RA'li hastalarda fonksiyonel yetersizliğin azaltılması, semptom yönetimi, egzersiz, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, tıbbi tedaviye uyum iyi bir hastalık yönetiminin planlanması ile mümkün olabilir. Bu şekilde verilen bir hasta eğitimi; uygulanan tedavinin başarısını artırmak, fonksiyonel yeterliliği sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak açısından önemlidir. Bu konuda da sağlık profesyonellerine ve özellikle de hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşire, hasta ve ailesine sağlık danışmanlığı yaparak bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine, hastalığa uyumlarına ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardımcı olur (3,10). Fall ve ark. nın (17) yaptığı kalitatif bir çalışmada, hemşirelerin RA bakımında önemli bir rolünün olduğu vurgulanmıştır. Hasta eğitiminin, hemşirenin görev ve sorumluluklarının temel bir parçası olduğu ve hastaya bilgilendirme ve duygusal destek sağladığı belirtilmiştir.

Bu randomize kontrollü çalışma, RA'lı kadınlara hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

ROMATOİD ARTRİT TANIMI

Romatoid Artrit, eklemlerin sinoviyal membranından kaynaklanan kronik, otoimmün bir bozukluktur. RA, erişkinlerde en sık görülen otoimmün inflamatuvar artrittir. Morbidite ve mortalite riskini artıran inflamasyon, ağrı, tutukluk ve ilerleyici eklem harabiyeti ile karakterize bir hastalıktır. Hastalığın alevlenme ve remisyon dönemleri bulunmaktadır (18,19).

ROMATOİD ARTRİT EPİDEMİYOLOJİSİ

Romatoid Artrit dünyada yaygın olarak görülmekte ve tüm etnik grupları etkilemektedir. Prevalansı farklılık göstermesine rağmen % 1-2 olup, bu oran 70 yaşlarındaki kadınlarda %5'e kadar yükselmektedir. En sık 30-50 yaşları arasında ve kadınlarda erkeklere göre üç kat daha sık görülmektedir (4,7). Ülkemizdeki RA prevalansı % 0.56, kadınlardaki RA prevalansının ise % 0.89 olduğu bildirilmiştir (7-8).

Romatoid Artrit prevalansı, güneyden kuzey bölgelerine belirgin bir artış gösteren ülkeler arasında değişmektedir. Fransa' da % 0.31, İtalya' da % 0.48, İsveç' de % 0.77, Finlandiya' da % 0.8 ve İngiltere' de % 0.85 olarak bildirilmiştir (4-6).

Amerikan Romatoloji Birliği (American College of Rheumatology, ACR) kriterlerine göre RA prevalansı ile ilgili tahminler, kadınlarda erkeklere göre ve daha ileri yaşlarda daha yüksek bir prevalansa sahip olduğu ve % 0.5 ile % 1 arasında olduğu belirtilmektedir (6).

ROMATOİD ARTRİT FİZYOPATOLOJİSİ

Romatoid Artrit, sinoviyal inflamasyon ve eklem harabiyetine neden olan anormal bir immün yanıttır. Eklem harabiyetine ve antikor gelişimine neden olan CD4+ yardımcı T hücrelerinin aktivasyonu, lokal inflamatuvar mediyatörlerin ve sitokinlerin (tümör nekroz faktörü-TNF) ve interlökin (IL-1 gibi) salınımı süreci başlatabilmektedir. Romatoid faktör (RF) olarak adlandırılan antikorlar hastaların %70-80'inde bulunmaktadır. RF antikorları immün kompleksi şekillendirmek için beş tür immünglobulinlerin en büyüğü olan IgG' ye karşı sinoviyumda gelişir. İmmün kompleks sinoviyal membranda veya eklem kıkırdağının yüzey katmanlarında depolanmaktadır. İmmün kompleks oluşumu komplement aktivasyonuna ve inflamatuvar yanıtı neden olmaktadır. Nötrofiller, makrofajlar ve lenfositler inflamasyon bölgesine çekilmekte; nötrofiller ve makrofajlar immün kompleksi fagosite etmekte ve lizozomal enzimler salgılanmaktadır, eklem kıkırdağına zarar vermekte, sinoviyal membran kalınlaşmaktadır. İnflamatuvar yanıt diğer inflamatuvar hücrelerin bölgeye gelmesine neden olan süreç devam etmektedir. Sinoviyal hücreler ve subsinoviyal doku reaktif hiperplaziye uğramakta, kapiller geçirgenlik ve kan akımı artmakta, eklemlerde ödem görülmektedir. Sinoviyal membranda yeni kan damarları oluşmakta ve romatoid sinovitin ilerlemesine neden olmaktadır. İnflamasyon süreci durdurulamazsa pannus adı verilen kalın bir skar dokusu gelişmekte, kıkırdak ve kemik yıkımına neden olmaktadır. Kas liflerinde dejeneratif değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Tendon ve ligament elastikliği ve kasılma gücü kaybolmaktadır (18,20).

ROMATOİD ARTRİT ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖLERİ

Hastalığın etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik faktörler, enfeksiyonlar, hormonlar, travmalar, stres ve özellikle de immünolojik faktörlerin rolleri üzerinde durulmaktadır. RA'da genetik faktörlerin %15 oranında, genetik olmayan faktörlerin ise %85 oranında etkili olduğu tahmin edilmektedir (21).

RA'da risk faktörleri şunlardır:

- Genetik faktörler
- Çevresel faktörler
- Enfeksiyonlar
- Hormonlar
- İmmünolojik özellikler

Genetik Faktörler

Hastalık aynı aile içinde birden çok kişide görülmektedir. Tek yumurta ikizleri arasında hastalığın birlikte görülme sıklığı %15-20 oranındadır. Bu oran çift yumurta ikizlerine göre 4 misli bir artış ifade eder. HLA DR4 ve HLA DR1, RA'da yatkınlık yaratan genlerin başında gelmektedir. Ayrıca, RA ile ilişkili alelleri taşıyan kişilerde hastalığın daha ağır seyrettiğini bildiren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (21,22).

Çevresel Faktörler

Sigara içmek seropozitif RA gelişimi için en önemli risk faktörüdür.

Romatoid Artritli bireyler rutubetli havalarda eklem tutukluğu ve bu duruma bağlı ağrının arttığını, sıcak ve kuru havanın zıt bir etkiye sahip olduğunu ifade etmektedirler (21,23).

Enfeksiyonlar

Bazı enfeksiyon ajanlarının, RA'yı başlatan primer faktörler arasında olabileceği düşünülmüş olmasına rağmen spesifik etyolojik ajan saptanamamıştır. Ancak sinoviyal dokudaki bakteriyel DNA'nın saptanmasını sağlayan Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) teknikleri, RA'lı hastaların sinovyal hücrelerinde yüksek oranda başlıca deri ve mukozal orjinli olmak üzere bakteriyel nükleotid dizilerinin bulunduğunu saptamıştır. Virüsler, RA'da olası etyolojik faktörler arasında yer almaktadır. Epstein-Barr virüsünün (EBV) B lenfositlerini aktive ederek RF'yi arttırdığı düşünülmektedir (19,20,22).

Hormonlar

Romatoid Artrit, daha çok kadınlarda görülen otoimmün bir hastalık olduğu için progesteron ve östrojen hormonlarının etkisi ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Östrojen, RA 'da önemli rolleri olan T lenfositlerinin antijen stimülasyon etkilerini baskılamaktadır. RA'da seks hormonlarının sitokin yapımı üzerine etkileri de çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir. RA'nın hamilelik seyrinde immünolojik toleranstan dolayı remisyona girebildiği ve doğumdan sonra atak görüldüğü bilinmektedir. Gebelik sırasında RA'lı kadınların %75 'inde remisyona girmektedir. Plasentadan, daha gebeliğin çok erken dönemlerinde TGF- β , IL-10 ve alfa fetoprotein gibi faktörler salgılanır ve RA'nın remisyona girmesine bu faktörlerinde katkısı olmaktadır. Oral kontraseptif ilaçlar RA gelişme riskini azaltmakta ve hastalığın ciddi seyretmesini engellemektedir. RA'nın doğum yapmış kadınlarda doğum yapmamış kadınlara

oranla daha az görüldüğü ve erken menarş ve düzensiz menstrual siklusun riski arttırdığı belirtilmektedir (22,23).

İmmünolojik Özellikler

Sinoviumun lenfosittik infiltrasyonu, dolaşımdaki immün kompleksler (klasik romatoid faktör antikörleri gibi) ve lenfositlerin poliklonal aktivasyonları immün sistemdeki anormal bir aktiviteye işaret ederler. T hücreleri, B hücreleri, makrofaj benzeri hücreler, mast hücreleri ve endotelyal hücreler, RA'lı hastanın inflamatuvar sinoviasında bulunur. T hücreleri, makrofaj ve makrofaj benzeri hücreler olan antijen sunan hücrelerin yüzeylerinde bulunan antijeni tanırlar. T hücrelerinin RA patogenezinde kritik önemi vardır. RA patogenezinin açıklayan bir hipotezde; RA'nın antijenler tarafından yürütülen ve T hücre bağımlı bir hastalık olduğu ve inflamatuvar olayların CD4+ T hücrelerinin sinoviyal dokudaki antijenleri tanımaları sonucu başlatıldığı öne sürülmüştür. Ancak farklı RA hastalarının sinoviyalarında özel ve ortak bir antijene rastlanmamıştır. Başka bir hipotezde ise bir lenfoproliferasyonun anomalisi ile periferik tolerans mekanizmasının bozulması ve sonuçta T hücre homeostazındaki bozulmanın hastalığı tetiklediği öne sürülmüştür. Buna göre RA hastalarında immün sistem, kendi kendine aktivite kazanan fazla sayıda fonksiyone T hücresi içermektedir (19,21).

ROMATOİD ARTRİT BELİRTİ VE BULGULARI

Romatoid Artrit bir kronik poliartrittir ve klinik belirtileri oldukça değişkendir. Hastaların yaklaşık üçte ikisinde hastalık genel olarak halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık ve sinovit ortaya çıkana kadar olan dönemde, silik kas-iskelet yakınmaları ile başlar. Bu prodromal dönemi haftalar veya aylar sürebilir ve çoğu kez tanınmaz. Spesifik belirtiler genellikle kademeli olarak ortaya çıkar ve özellikle el eklemleri, el bileği, diz ve ayak eklemleri olmak üzere birçok eklem simetrik tarzda etkilenir. Yaklaşık %10 hastada hızla gelişen poliartrit ve sıklıkla ateş, lenfadenopati, splenomegali gibi yapısal belirtilerle başlangıç daha akuttur. Hastaların üçte birinde başlangıçta yakınmalar bir veya birkaç eklemle sınırlı olabilir. Bazı hastalarda eklem tutulum paterni asimetric kalabilirken simetrik patern daha tipiktir (19,20,23). RA eklem bulguları Tablo 1'de, RA eklem dışı bulguları ise Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 1. Romatoid Artrit eklem bulguları (19,20,23)

Eklem bulguları
Elin parmak eklemleri (%35-40) El parmak eklemi (25-30), El bileği (%12-18), Ayaklar, dirsek ve diz eklemleri
Özellikle sabahları artan şiddetli, çok ağrılı eklemler (etkilenen eklemlerde şişme, lokal sıcaklık, eritem, palpasyonda sertlik)
Uzun süreli olgularında el parmaklarında ulnar deviasyon
Kuşu boynu deformitesi veya bunun tersi düğme iliği deformitesi
Baş parmakta Z deformitesi olarak tanımlanan şekil bozukluğu
Ekstansör tendonlarda gevşeme veya kopma sonucu düşük parmaklar ve ayak deformiteleri

Hastaların eklem tutulumlarının yanında halsizlik ve yorgunluk belirtileri de başlıca görülmektedir. Akut poliartiküler başlangıçlı RA hastalarında; ateş, kilo kaybı ve depresyon da görülebilir. Hastalığın etkileri bireylerin günlük yaşamında sıkıntı yaşamasına neden olmakla birlikte psikolojik durumlarını etkilemektedir. Ayak ve ayak bileklerinde görülen ağrı, eklem tutuklukları, sinovitten dolayı oluşan şişlikler hareket yeteneğini sınırlandırarak hasta üzerinde olumsuz etki yaratmakta ve anksiyeteyi arttırmaktadır (19,20,23).

Tablo 2. Romatoid Artrit eklem dışı bulguları (19,20,23)

Eklem dışı bulgular
Deri altı nodülleri; dirseğin ön yüzü, el sırtı, oksipital bölge, sakrum ve aşil tendonu gibi bası noktalarında ağrısız, sert ve birkaç mm'den birkaç cm'ye kadar değişen boyutta ve sıklıkla alttaki periosta yapışık hareketli şişliklerdir.
Visseral nodüller başta akciğer, larenks ve kalp olmak üzere birçok organda görülebilir. Bir diğer erken bulgu karpal tünel sendromudur.
Deride; romatoid nodül, vaskülit, palmar eritem görülür.
Akciğerde; plörezi, pulmoner hipertansiyon, interstisyel fibrozis görülür.
Kalpte; perikardit, miyokardit, endokardit, ileti bozuklukları görülür.
Sklerit, skleromalazi, kuru göz şeklinde kendini belli eden "keratokonjonktivitis sicca" en sık rastlanan göz bulgusudur.
Sinir sisteminde; tuzak nöropatileri, periferik nöropati ve vaskülite bağlı gelişen mononöritis mütipleks görülür.
Normokrom normositer anemi, eritrosit sedimentasyon hızında artma, serum globülinlerde yükselme ve CRP pozitifliği görülür.
Felty sendromu; splenomegali ve lökopeni ile karakterizedir.
Transaminaz yüksekliği görülür. Seyrek olarak nodüler rejeneratif hiperplazi ve portal fibroz görülür.
Osteoporoz; hastalık aktivitesi, inaktivasyon ve steroid kullanımı sonucu oluşur.
Amiloid; AA tipi ve geç dönem bulgusudur. Proteinüri görülmesi ile tanıya gidilir. Kalp, bağırsak, karaciğer ve cilt tutulabilir.

CRP: C-Reaktif Protein.

ROMATOİD ARTRİT'TE TANI

Romatoid Artrit'te tanılama; öykü, fizik muayene, laboratuvar testleri, radyografiler, eklem sıvısı ve doku örnekleri alınarak yapılmaktadır (21,22).

Öykü

Romatoid Artritli bireyin anamnezinde yaş, cinsiyet, soygeçmiş, olumsuz duygusal durumları, geçirdiği enfeksiyon ve diğer hastalıklar, iş yükü, bireysel ve toplumsal roller, doğum, ameliyat gibi tetikleyici faktörlerin varlığı, semptomların başlangıcı, süresi, lokalizasyonu, yorgunluk, ateş, güçsüzlük ve uyku kalitesi sorgulanmaktadır (21).

Fizik Muayene

Sadece tanı koymak amacıyla değil, hastalığın prognozunu değerlendirmek, başlangıçtaki bulguları saptamak için RA'lı bütün hastaların tam bir fizik muayenesinin yapılması gerekmektedir. Eklemlerde ağrı ve şişkinlik yaygın görülmektedir. Şişkinlik, sinovyal hipertrofi veya efüzyona bağlı olabilir. Efüzyon şişliğe katkıda bulunduğu ve eklem basıncı fleksiyonda arttığında sinovyumun bir kısmı hapsedilir, eklemde geri kalan kısımdan ayrılarak bir kist oluşturur. Birçok periferik eklemde kist görülmekle birlikte en sık bilineni dizdedir (Baker kisti). Pasif harekette ağrı ve duyarlılık, inflamasyonu gösteren hassas bulgulardır. Metakarpofalangeal (MCP) ve Metatarsfalangeal (MTP) eklem bölgelerinin lateral olarak sıkılması ve yumruk sıkma gücünün değerlendirilmesi, duyarlılığı ve eklem hareketlerinde kısıtlılığı saptamada yardımcı olmaktadır (21,22).

Romatoid Artritli olguları sınıflandırmak için uzun yıllar 1987'de geliştirilen ACR kriterleri kullanılmıştır. Ancak bu kriterlerle; ilerlemiş, erozyonların geliştiği, geç dönemdeki sıklıkla RF pozitif olguların RA tanısı ile sınıflandırabildiği görülmüştür. Bu kriterlerle RA'lı olguların erken tanınması ve erozyonların hızla geliştiği ilk aylar ve yıllarda erken ve etkili tedavi edilmelerinde güçlükler olduğu ortaya koyulmuştur. Bu nedenle 2010 ACR ve EULAR işbirliği ile yeni sınıflandırma kriterleri geliştirilmiştir (21-23). Bu sınıflandırma kriterlerinde eklem tutulumu, seroloji, akut faz reaktanları ve semptomların süresi skorlanır ve hastaya kesin RA tanısı konması için 6-10 arasında puan alması gereklidir. RA tanı kriterleri Tablo 3'te sunulmuştur (24-26).

Tablo 3. 2010 Romatoid Artrit tanı kriterleri (ACR/EULAR) (24-26)

Hedef popülasyon	Puan
<p>≥1 aşikar klinik sinovitli (şiş) eklem</p> <p>Başka bir hastalıkla (SLE, gut, psöriatrik artrit gibi) açıklanamayan sinovit</p> <p>A-D kategorisindeki sorular puanlanır.</p> <p>Kesin Romatoid Artrit olarak sınıflandırmak için 6/10 skor gerekmektedir.</p> <p>< 6/10 puan olan olgular zaman içerisinde bu kriterlerle yeniden değerlendirilmelidir.</p>	
<p>A. Eklem Tutulumu</p> <p>Şiş veya hassas eklem (görüntüleme ile teyid edilmiş olabilir) DIF, 1.KMK, 1.MTF hariç)</p> <p>Küçük eklem (el bileği, 1.İF, 1-5 MKF/ 2-5. MTF)</p> <p>Büyük eklem (omuz, dirsek, kalça, diz, ayak bileği)</p> <p>1 büyük eklem</p> <p>2-10 büyük eklem</p> <p>1-3 küçük eklem (eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın)</p> <p>4-10 küçük eklem (eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın)</p> <p>>10 eklem (en az 1 küçük eklem)</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>5</p>
<p>B. Seroloji (Tanı için en az bir (+) test sonucu gereklidir)</p> <p>Negatif RF ve negatif ACPA</p> <p>Düşük RF veya düşük ACPA pozitifliği</p> <p>Yüksek RF veya ACPA pozitifliği</p>	<p>0</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p>C. Akut Faz (Tanı için en az bir anormal test sonucu gereklidir)</p> <p>Normal CRP ve normal sedimentasyon</p> <p>Anormal CRP veya anormal sedimentasyon</p>	<p>0</p> <p>1</p>
<p>D. Semptom süresi (Hastanın bildirdiği süre dikkate alınmalıdır)</p> <p>< 6 hafta</p> <p>> 6 hafta</p>	<p>0</p> <p>1</p>

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus; **DIF:** Distal interfalangeal eklem; **KMK:** Karpometakarpal eklem; **MTF:** Metatarsofalangeal eklem; **RF:** Romatoid Faktör; **ACPA:** Anti-sitrüline peptid antikor; **CRP:** C-reaktif protein

Laboratuvar Testleri

Romatoid Artrit tanısı için spesifik bir test yoktur. Bununla beraber Ig'nin Fc parçası ile reaksiyon veren bir otoantikor olan RF, hastaların üçte ikisinden fazlasında bulunur ve genel olarak RA'li hastaların değerlendirmesinde kullanılır. Yaygın olarak kullanılan testler IgM romatoid faktörleri tespit eder. Sağlıklı insanların %5'inde bulunan RF, RA'da tanı koymak için özgün değildir. RF sıklığı genel popülasyonda yaşla birlikte artar ve >65 yaş bireylerin %10-20'sinde test pozitifdir. RA dışında bazı durumlarda RF pozitif olabilir. Sistemik lupus eritematoz, Sjogren sendromu, kronik karaciğer hastalığı, sarkoidoz, interstisyel pulmoner fibroz, infeksiyöz mononukleoz, hepatit B, tüberküloz, lepra, sifiliz, subakut bakteriyel endokardit, viseral layşmanyazis, şistozomiyazis ve malarya bu durumlar arasında yer almaktadır. Ayrıca normal bireylerde aşılama veya transfüzyon sonrasında RF geçici olarak pozitifleşebilir ve RA'li hastaların yakınlarında da bulunabilir (19,23).

Romatoid Artrit'in belirlenmesinde RF değeri zayıf olduğunda, RA tanısı koyulamaz. RF pozitif olan hastaların üçte birinden daha azının RA olduğu bulunmaktadır. Bu nedenle RF testi, bir tarama yöntemi olarak yararlı olmayabilir. Bununla beraber yüksek titrede pozitif olan hastaların eklem dışı bulgularla birlikte daha şiddetli ve ilerleyici hastalığa sahip olma eğilimlerinden dolayı RF varlığı prognostik önem taşımaktadır. RF, nodül veya vaskülitli olan tüm hastalarda bulunmaz. Sonuç olarak RA için anlamlı klinik bulguları olan hastalarda, tanının doğrulanması için kullanılabilir ve yüksek titrede saptandığında hastanın ciddi sistemik hastalık için riskini belirler (19,23).

Son zamanlarda erken RA tanısında RF'den daha özgül olan anti CCP (siklik sitrillenmiş peptid) testi kullanılmaktadır. Anti CCP varlığı, tanıda yardımcı olması yanında daha ağır ve eroziv gidişli bir hastalığa, fonksiyon kaybı ve eklem dışı bulguların gelişeceğine işaret etmesi açısından önemlidir. Anti- CCP testi RA için daha iyi özgüllüğe sahip olduğu için bazı araştırmacılar, RA'li hastaların değerlendirilmesinde RF yerine anti-CCP kullanılmasını savunmaktadır. Anti-CCP en çok kemik erozyonları geliştirme eğilimi ile birlikte agresif hastalığı olan kişilerde bulunur. Yine anti-CCP gelişimi; HLA-β1 alleli ile ilişkili RA'i olan ve sigara içenlerde en sıktır ve RA klinik bulguları ortaya çıkmadan önce saptanabilir. Ancak RF gibi anti-CCP testi de ileride RA gelişimini tahmin etmek için kullanışlı değildir. Çünkü çoğunlukla RA olmayacak normal bireylerde yaklaşık %1.5 ve diğer romatizmal hastalıklarda da nadiren test pozitifliği görülebilir. Yine de RA tanısını doğrulamak ve prognozu tahmin etmek için faydalı bir testtir (19,21,23).

Aktif RA'de çoğu kez normokorom, normositik anemi görülmektedir. Bunun kemik iliğinde büyük ölçüde demir depolarının bulunduğu inefektif eritropoezi gösterdiği düşünülmektedir. Genellikle anemi ve trombositoz hastalık aktivitesi ile ilişkili olmaktadır. Çoğu kez beyaz küre sayısı normal olsa da hafif lökositoz bulunabilir. Felty sendromu olmadan da lökopeni görülebilmektedir. Eozinofilinin saptanması, genellikle ciddi sistemik hastalığı işaret eder (19,21,23).

Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein gibi akut faz yanıtçıları aktif inflamasyon varlığında genellikle yüksektir, ancak bunlar RA tanısı için özgül değildir. Bu parametreler RA'yı osteoartrit veya fibromiyalji gibi iltihabi olmayan nedenlerden ayırt etmede yararlıdır. Anti-nükleer antikor (ANA), RA'lı hastaların %20-40'ında saptanabilir, bunlar genellikle eklem dışı belirtileri olan ve yüksek titrede RF'si olan hastalardır (19,21,23).

Radyolojik Bulgular

Radyolojik bulgular erken dönemde tanıya yardımcı değildir. Hastalığın süresine ve şiddetine bağlı olarak değişkenlik gösterir. En erken değişiklikler; tutulan eklem çevresinde simetrik yumuşak doku şişliği, juksta-artiküler osteoporoz ve erozyonlardır. Geç dönemde yumuşak doku şişliği azalır, eklem aralığı daralır ve juksta-artiküler osteoporoz diffüz osteoporozla ilerler. Ellerde düğme iliği ve kuğu boynu deformiteleri görülür. Radioulnar eklemlerde erozyon gelişebilir. Ayaklarda metatars başlarında erozyon olur. Diz grafilerinde kıkırdak kaybı ve erozyonlar tespit edilir. Kalça grafilerinde kalçanın asetabulumuna doğru yaklaşmış olduğu ve erozyonlar görülür. Omuzda eklem aralığında daralma, erozyon ve sinovyal kistler görülebilir (19,21,23).

Klasik radyografilerin aksine manyetik rezonans görüntüleme ile kemik erozyonları, inflame sinovyum, tenosinovit ve kıkırdaktaki erken değişimler saptanabilmektedir (19,21,23).

Eklem Sıvısı ve Doku Örnekleri İncelenmesi

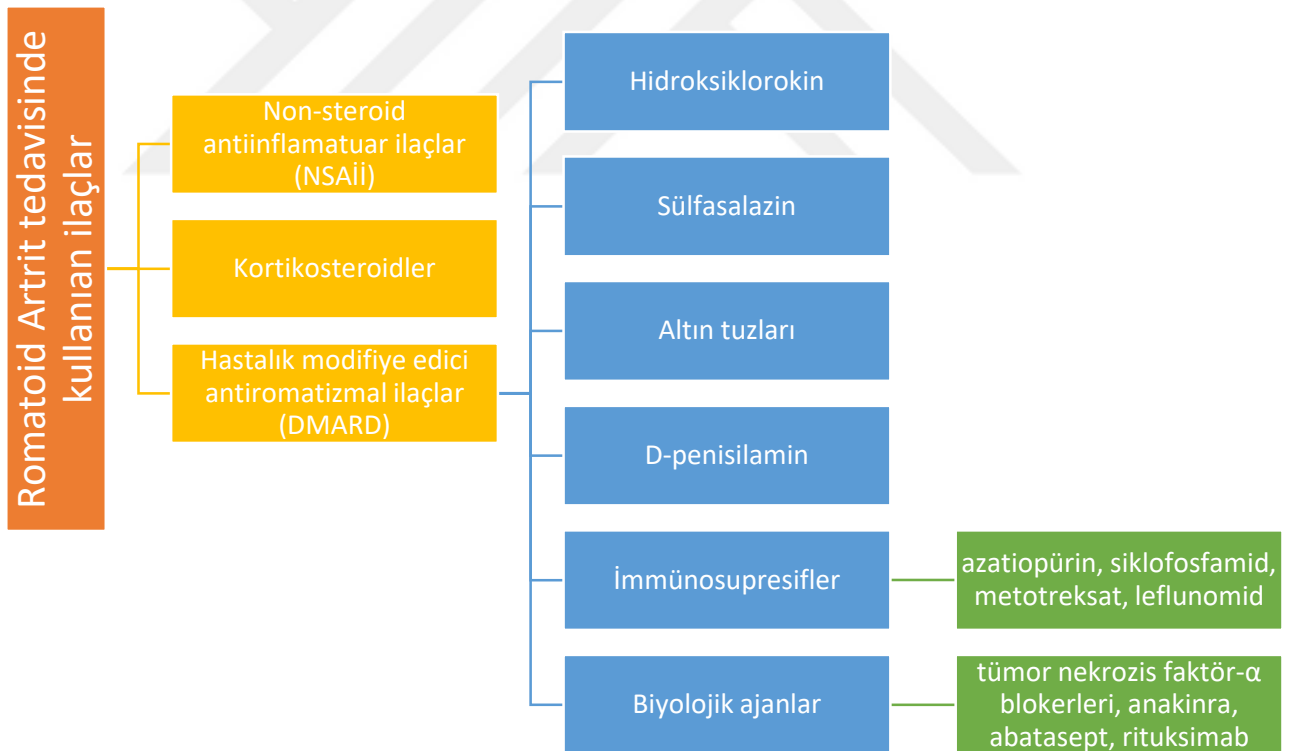
Tanı konulmuşsa sinovyal sıvının incelenmesi genellikle gerekli değildir. Fakat, bir eklemden orantısız şekilde şişme veya rahatsızlık geliştiğinde enfeksiyon veya kristal artropatisini dışlamak için artrosentez yapılmalıdır (21).

Romatoid Artrit'te eklem sıvısı inflamatuardır. Görünümü bulanık, lökosit sayısı yüksek, akışkanlığı azalmış ve müsin pıhtısı bozulmuştur. Poliformonükleer lökosit hakimiyeti mevcuttur. Eklemlerin direkt grafilerinde yumuşak doku şişliği, eklem aralığında daralma,

periartiküler osteoporoz, erozyonlar ve ileri dönemlerde deformiteler vardır. Serumda olmadığı halde sinovyal sıvıda RF saptanabilir (21).

ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİ

Romatoid Artrit'te tedavinin amaçları; ağrının giderilmesi, enflamasyonun azaltılması ya da baskılanması, yan etkilerin erken tanımlanması ya da engellenmesi, işlevin korunması ya da yeniden sağlanması ve yaşam biçiminin devam ettirilmesidir. En fazla hasarın olduğu ve yetersizliğin yaşandığı dönem hastalığın erken dönemidir. Bu nedenle erken tanı, etkili tedavi ve yakın takip büyük önem taşımaktadır (20). Hastalığın tedavisinde multidisipliner yaklaşım önerilmektedir. İlaç tedavisine ek olarak fizik tedavi, eğitim programları, iş-uğraşı terapisi, psikolojik destek, ortopedik girişimler ve mesleki danışmanlık önemli rol oynamaktadır (27). Şekil 1'de RA'lı hastaların tedavisinde kullanılan en yaygın ilaçlar sunulmuştur.



Şekil 1. Romatoid Artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar (8,9)

Non-Steroid Antiinflatuar İlaçlar (NSAİİ)

Bu ilaçlar inflamasyonu azaltmada ve kronik inflamatuvar ağrı yönetiminde etkili olmaktadır. NSAİİ'ler inflamasyondan ve vücuttaki diğer pek çok süreçten sorumlu olan prostoglandinlerin biyosentezini bloke etmektedir. En sık önerilen ilaçlar; ibuprofen, naproxen, diklofenak, meloxicam indometazin'dir. Bu ilaçlar RA'nın farmakolojik yönetiminde tek başına kullanılmamakta, hastalık modifiye eden bir ilaçla birlikte kullanılmaktadır. NSAİİ'ler kullanılmadan önce ilaçla ilgili yan etkiler ve olası riskler değerlendirilmelidir. Gastrointestinal (GI) rahatsızlıklar sık görülmekte, dispepsiden yaşamı tehdit eden kanamaya kadar birçok reaksiyona neden olabilmektedir. GI risk yaşla, ek hastalıkların varlığı ile ve bazı ilaçlarla artmaktadır. Bu nedenle hastanın GI kanama öyküsü, alkol, tütün, antitrombotik ilaç ve kortikosteroid kullanımı değerlendirilmelidir. Geleneksel NSAİİ'lerin gastrointestinal yan etkilerini tolere edemeyen hastalar, bir siklo-oksijenaz (COX)-2 inhibitöründen faydalanabilmektedir. Ağrının kontrolünde faydalı olsa da, NSAİİ'lerin tek başlarına radyografik ilerlemeyi geciktirdiğine dair bir kanıt yoktur. RA' da NSAİİ'lerin genel kullanımı, büyük ölçüde biyolojik ajanlar ve metotreksat ile hastalık kontrolünün artması nedeniyle son yıllarda azalmıştır (18,22,23).

Non-steroid antiinflatuar ilaçların diğer yan etkileri arasında; renal toksisite, potansiyel kardiyovasküler risk ve nadir görülen merkezi sinir sistemi etkileri bulunmaktadır (18,22,23).

Kortikosteroidler

Eklem ağrısı ve inflamasyonun kontrolünde etkili olan kortikosteroidler RA tedavisinde sıklıkla oral, intravenöz ve intraartiküler enjeksiyon şeklinde kullanılmaktadır. Kortikosteroid tedavisine başladıktan sonra RA'lı hastalardaki semptomların birkaç gün içinde hızlı bir şekilde azaldığı görülmektedir. İlacın sabah saatlerinde uygulanması hastanın semptomlarını azaltmada etkili olmaktadır. Bununla birlikte kortikosteroidlerin inflamasyon belirti ve bulgusu olmaksızın RA ağrı yönetiminde rutin kullanılması önerilmemektedir. Uzun süreli kortikosteroid kullanımıyla ilişkili yan etkiler osteoporoz, kilo alımı, sıvı tutulumu, katarakt, glokom, zayıf yara iyileşmesi, mide ülseri ve GI kanaması, hiperglisemi, hipertansiyon, adrenal supresyon ve artmış enfeksiyon riski olarak bildirilmiştir. RA'lı hastalarda osteoporoz riskinin steroid kullanımından bağımsız olarak da arttığı belirtilmiştir. Günlük 5 mg dozunda steroid kullanımı osteoporoz riskini artırmaktadır. RA tedavisi sırasında hastaların düzenli olarak kemik mineral yoğunluğunun ölçülmesi gerekmektedir. Kortikosteroidlerin hastalık modifiye

edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) gibi hastalığı modifiye eden bazı etkileri vardır ve eklem hasarının ilerleyişini yavaşlattığı, inflamasyonu azalttığı ve iyileşme oranının arttırdığı gösterilmiştir (18,23,27).

Avrupa Romatizma Birliği (EULAR), kortikosteroid tedavisi alan hastaların yönetimi için aşağıdaki on tavsiyeyi geliştirmiştir (28).

1. Glukokortikoid tedavisinin olumsuz etkileri, glukokortikoid tedavisine başlamadan önce hasta ile birlikte konuşulmalı ve tartışılmalıdır.
2. İlk doz, doz azaltma ve uzun süreli dozaj, altta yatan romatizmal hastalığa, hastalık aktivitesine, risk faktörlerine ve hastanın bireysel duyarlılığına bağlıdır.
3. Glukokortikoid tedavisine başlanmasına karar verildiğinde, yan etkiler ve yan etkiler için risk faktörleri belirtilen yerlerde değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Bunlar arasında hipertansiyon, diyabet, peptik ülser, yeni kırıklar, katarakt veya glokom varlığı, (kronik) enfeksiyonların varlığı, dislipidemi ve NSAİİ'lerle birlikte tedavi yer alır.
4. Uzun süreli tedavi için, glukokortikoid dozajı minimumda tutulmalı ve remisyon veya düşük hastalık aktivitesi durumunda glukokortikoid konik bir girişim yapılmalıdır. Glukokortikoid tedavisine devam etme nedenleri düzenli olarak kontrol edilmelidir.
5. Tedavi sırasında hastalar, hastanın riski, glukokortikoid dozu ve süresine bağlı olarak vücut ağırlığı, kan basıncı, periferik ödem, kalp yetmezliği, serum lipidleri, kan ve / veya idrar glikozu ve oküler basınç açısından izlenmelidir.
6. Hastaya prednizon > 7.5 mg günde başlanır ve 3 aydan fazla prednizonda devam ederse, kalsiyum ve D vitamini takviyesi yapılmalıdır. Glukokortikoid kaynaklı osteoporoz riskini azaltmak için bifosfonatlarla antiresorptif tedavi, kemik-mineral yoğunluğu (BMD) ölçümü de dahil olmak üzere risk faktörlerine dayanmalıdır.
7. Glukokortikoidler ve eşlik eden NSAİİ'lerle tedavi edilen hastalara proton pompası inhibitörleri (PPI'ler) veya misoprostol gibi uygun gastroprotektif ilaçlar verilmelidir veya alternatif olarak bir COX-2 seçici inhibitörüne (Coxib) geçebilir.
8. Ameliyat geçirecek olan 1 aydan daha uzun süre glukokortikoid tedavisi alan tüm hastaların, potansiyel adrenal yetmezliğin üstesinden gelmek için yeterli glukokortikoid replasmanı ile perioperatif tedaviye ihtiyacı vardır.
9. Hamilelik sırasında glukokortikoidlerin anne ve çocuk için ek bir riski yoktur.

10. Glukokortikoid alan çocuklar, doğrusal büyüme için düzenli olarak kontrol edilmeli ve büyüme bozukluğu durumunda büyüme hormonu değişimi için düşünülmelidir.

Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar (DMARD: Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs)

Romatizmal hastalıkların tedavisinde önemli rol oynayan DMARD'ların erken dönemde kullanılmaya başlanması eklem hasarını geciktirmekte ve fonksiyon kayıplarını azaltmaktadır. DMARD'lar, kemik destrüksiyonuna ilişkin radyolojik bulguları ve eklem şişliğini azaltmakta ve hastanın eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP) ve RF düzeylerini düşürmektedir. Bu ilaçlar ile tedavi tamamlandıktan sonra, yeni bir alevlenme oluşuncaya kadar hastalık aylarca stabil kalabilmektedir. İlaç seçimi hastalık aktivitesine, hastanın fonksiyon düzeyine ve yaşam şekline göre yapılmaktadır. DMARD'ların analjezik etkileri yoktur. Bu nedenle herhangi bir klinik fayda sağlamadan önce haftalar aylar geçebilmektedir (18,27).

Hidroksiklorokin (HCQ):

Hidroksiklorokin ve klorokin en iyi sonuç alınan ilaçlardır. Düşük toksisite profili, kolay uygulanması, düşük maliyetli olması ve hamilelikte güvenli kullanımının olması RA tedavisinde kullanımını çekici kılmaktadır. İlacın immunosupresif etkisi olmadığı için hastalar açısından enfeksiyon riskinin düşük olduğu belirtilmiştir. Yan etkileri; deri döküntüsü, GI sistem problemleri, retinopati, baş ağrısı, retinal toksisite olarak bildirilmiştir. Retinal toksisitenin denetlenmesi için en az 6 ayda bir görme alanı dahil göz muayenesi yapılmalıdır (22,27).

Sülfasalazin (SSZ):

Sülfasalazin, salisilat ve sülfapiridin molekülünün kombinasyonudur. Salisilat içeriğine bağlı antiinflamatuvar etkinliğine ek olarak metotreksata benzer immünodilatör etkinliğe sahip görünmektedir. Sıklıkla diğer DMARD'lar ile birlikte kullanılmaktadır. Sülfasalazinin etkinliği diğer uzun etkili olan altın tuzları, d-penisilamin, metotreksat ve leflunomidin etkinliğine eşdeğerdir. Çoğunlukla ilaç başlangıcının ilk üç ayında bulantı, kusma, iştahsızlık, karın ağrısı, dispepsi, baş ağrısı, baş dönmesi görülebilmektedir. Erkeklerde sperm sayısında ve motilitesindeki azalmaya bağlı geçici infertilite olabilmektedir. Yan etkiler genellikle tedavinin ilk altı ayı içinde ortaya çıkmakta ve geri dönüşümlü olmaktadır (22,27).

Altın tuzları (Altın bileşikleri):

Altın tuzları yaygın olarak kullanılmış olan ancak günümüze nadiren reçete edilen DMARD'lardır. İntramüsküler ve oral formları bulunmaktadır. Altın tuzlarının antimikrobiyal, immün reaksiyonlarda değişiklik, iltihapta baskılanma ve enzim inhibisyonu gibi bazı özellikleri bulunmaktadır. Yan etkileri; mükokütanoz lezyonlar, stomatit, yaygın kaşıntı, uzun dönemde müköz zarların gri-mavi renk değişikliği, alopesi, nefrotik sendrom ve kemik iliği depresyonu olarak bildirilmiştir (22,27).

D-penisilamin:

Etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. B6 vitamininin etkinliğini antagonize etmekte, fibroblast üzerinden iltihabı baskılamaktadır. Tedavideki etkinliğini 3-6 ay sonra göstermeye başlamaktadır. Yan etkileri; kaşıntı, döküntü, alopesi, stomatit ve GI sistem problemleri ve tad alma bozuklukları olarak bildirilmiştir (22,27).

İmmünosupresifler :

Romatoid Artrit tedavisinde sıklıkla kullanılan immünosupresifler; azatiopürin, siklofosfamid, metotreksat ve leflunomidir (27).

Azatiopürin: İmmünosupresif ajandır. Genellikle metotreksat veya altın tuzları gibi ajanlarla tedavi edilen, ancak yanıt alınamayan progresif RA'lı hastalarda kullanılmaktadır. Yan etkileri; GI problemler, stomatit, reversible kemik iliği supresyonu, ilaç ateşi ve artmış enfeksiyon riski olarak bildirilmiştir. Azatiopürin tedavisi ile ilgili dikkat edilmesi gereken bir konu lenfoproliferatif malignensi görülme sıklığının artışıdır. Hastaların her iki-dört haftada bir karaciğer enzim ve kreatin düzeylerinin izlenmesi konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir (18,23,27).

Siklofosfamid: Nitrojen mustard türevi olan alkilleyici bir ilaçtır. Bu ilaç ciddi yan etkileri ve farklı ilaç seçeneklerinin olması nedeniyle RA tedavisinde nadiren kullanılmaktadır. Hastalara ilacın toksik etkileri, uzun süreli tedavilerde over ve testis fonksiyonlarında baskılanma olabileceği, aylık tam kan ve idrar analizi yaptırımları gerektiği anlatılmalıdır. Yan etkileri; kemik iliği depresyonu, bulantı, kusma, ishal, saç dökülmesi, enfeksiyonlara eğilim artışı, hemorajik sistit ve mesane kanseri olarak bildirilmiştir (22,23,27).

Metotreksat: RA tedavisinde en sık tercih edilen DMARD olan metotreksat, folik asit antagonistidir. Dehidrofolat redüktazı inhibe ederek, hücre proliferasyonunda önemli olan pürin metabolitlerinin sentezini azaltmaktadır. DNA, RNA ve protein sentezini baskılayarak hücre ölümüne yol açmaktadır. RA'daki etkisi daha çok antiinflamatuvar özelliği ile ilgilidir. Toksik

etkisi diğer ilaçlardan daha azdır. Yan etkiler genellikle ilk altı ay içinde kendini göstermektedir. GI sistem yan etkileri; bulantı, hazımsızlık, karın ağrısı, diyare, ülser ve kilo kaybı olarak bildirilmiştir. GI sisteme ait yan etkiler düzenli folik asit verilmesiyle azalabilmektedir. Kemik iliği süpresyonu, hepatotoksisite ve pulmoner toksisite gibi daha ciddi yan etkiler de görülebilmektedir (23,27,29).

Leflunomid: Leflunomidin aktif metaboliti, pirimidin sentezini gerçekleştiren enzimi inhibe ederek lenfosit proliferasyonunu önemli oranda inhibe etmektedir. Semptom ve bulguların azaltılmasında, radyografik ilerlemenin yavaşlatılmasında metotreksat ile eş etkinliğe sahip olduğu bildirilmiştir. Geri dönüşümlü alopesi, deri döküntüleri, stomatit, diyare pansitopeni, periferik nöropati, baş ağrısı, interstisyel pnömoni görülen yan etkilerdir. En önemli yan etkisi karaciğer enzimlerinin yükselmesidir. Hastaların tam kan sayımı ve karaciğer fonksiyonlarının rutin izlenmesi gerekir. Teratojeniktir. İlaç kesildikten sonra tamamen elimine olması iki yılı bulabilmektedir. Gebelikte veya gebelik istendiğinde ve ciddi yan etki oluştuğunda ilaç eliminasyon işlemi uygulanmaktadır. Çocuk sahibi olmak isteyen erkek hastalar için de durum aynı şekildedir (22,23,27).

Biyolojik Ajanlar

Romatoid Artrit'te hastalığın ilerleyişini yavaşlatmak için kullanılmaktadır. DMARD'lara yanıt vermeyen orta ya da şiddetli hastalığı olan kişilerde veya DMARD'larla kombine olarak kullanılabilir. Tümör nekrozis faktör (TNF) inhibitörleri, aktive monosit ve makrofajlardan salınan TNF-a'yı inhibe ederek artrit bulgularını geriletmektedir. TNF inhibitörleri; etanersept, infliximab, adalimumab, certolizumab ve golimumab'dır. TNF inhibitörleri cilt reaksiyonları, baş ağrısı, hipotansiyon, ciddi enfeksiyon ve latent tüberkülozun reaktivasyonuna neden olabilmektedir. TNF-a inhibitörleri dışındaki biyolojik ilaçlar anti CD 20, CTLA4-Ig antikoru, IL-6 reseptör antikoru ve IL-1 antagonistidir (18,22,27).

TNF inhibitörleri: RA'da belirti ve semptomları azaltır ve olguların çoğunda kemik erozyonlarının progresyonunu durdurur. Ancak hiçbir hastalığın tam remisyonuna neden olmaz ve çoğu bireyde ilaç kesildikten birkaç hafta sonra eklem semptomları tekrarlar. Enjeksiyon yeri reaksiyonları (eritem, kaşıntı, ağrı, şişme) adalimumab ve etanersept uygulaması sırasında en sık yan etkilerdir. Diğer yan etkiler enfeksiyona yatkınlık, tüberküloz reaktivasyonu, konjestif kalp yetmezliği, malignansiler, demiyelinizan hastalıklar ve deri erupsiyonlarıdır. Bir TNF inhibitörü tedavisine başlanması döneminde tam bir fizik muayene yapılmalı ve özellikle başta tüberküloz olmak üzere diğer enfeksiyonların dışlanması için hasta

dikkatlice değerlendirilmelidir. RA tedavisinde kullanılan üç TNF- α inhibitörü (infliximab, etanersept, adalimumab) Besin ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration-FDA) tarafından onaylanmıştır (22,23).

İnfliximab: İnflamatuar etkiyi azaltır ve yaşam kalitesini düzeltir. Metotreksat ile kombine olarak bir yılı aşan süre içinde hastaların %50'ye yakınında radyografik ilerlemeyi inhibe eder. İntravenöz infüzyon yoluyla ilk uygulamadan sonra, ikinci ve altıncı haftalarda ve sonrasında ise her sekiz haftada bir verilir (22,27).

Etanersept: Hastalık aktivitesinin tüm ölçümlerinde anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Ayrıca eklem hasarı ile yavaşlama göstermiştir. Daha önceden monoterapi ile tedavi edilmiş orta derecede aktif RA'lı hastalarda etanersept ve metotreksat kombine tedavisinin radyografik progresyonu inhibe ettiği gösterilmiştir (22,27).

Adalimumab: TNF- α 'ya karşı etkili, tamamen insan kaynaklı bir monoklonal antikordur. En önemli avantajı daha az immünojenik olması ve daha uzun yarı ömrünün olmasıdır. Erken agresif RA hastalarında adalimumab ve metotreksat kombinasyonunun adalimumab ve metotreksatın tek başına kullanımına göre hastalığın semptomlarını ve belirtilerini iyileştirmede, radyografik progresyonu inhibe etmede ve klinik remisyonu sağlamada daha üstün olduğu bildirilmiştir (22,27).

Antidepresan İlaçlar

Düşük doz antidepresan ilaçlar (amitriptilin), yeterli uyku düzeninin yeniden kazandırılması ve ağrının yönetilmesi için kullanılmaktadır (18).

ROMATOİD ARTRİT'TE HEMŞİRELİK BAKIMI

Romatoid Artrit'te hemşirelik yönetiminin amaç ve hedefleri hastalığın tedavisinde belirtilen amaç ve hedefler ile paraleldir. Hemşirelik bakımında, hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı artırıcı girişimler ve psikososyal destek ana hedefler arasındadır. Bakım sürecinde bütüncül bir yaklaşım sergilemek için hemşirelik tanılarına yönelik planlama, girişimler ve değerlendirme aşamaları yer almaktadır (20,22,30).

Romatoid Artritli hastada genel hedefler; etkili bir ağrı yönetimi, tutulan eklemlerde minimal düzeyde fonksiyon kaybının olması, tedavi rejimini planlamada ve uyumda katılım sağlanması, olumlu beden imajının sürdürülmesi, mümkün olan en üst düzeyde öz bakım aktivitelerini gerçekleştirebilmesidir. Bu hedeflere ulaşmada ekip yaklaşımı çok önemlidir (22,30).

Hastalık prognozunun iyileşmesi ve hastaların remisyonunun sağlanmasında tedavinin yanında hemşirelik yönetimi de etkin rol oynamaktadır. Yeni RA tanısı almış bir bireyde hastalığın bireyin yaşam şeklini değiştirip değiştirmediğine, başlanılan tedavi şekline, semptomlara ve bireyin hastalıkla ilgili bilgi düzeyine odaklanılır. Bu süreçte kronik bir hastalık ile karşılaşan bireylerin hastalık ile baş etme mekanizmaları ve destek sistemleri de değerlendirilir. RA tanısını daha önceden almış bireylerde ise hemşire olarak, gelişen deformitelere, fonksiyonel değişimlere ve hastanın tedaviyi tolere edebilme durumuna odaklanılır (20,22).

Amerikan Romatoloji Birliği (ACR) ve EULAR artritli bireylerin tedavisinde düzenli hasta eğitiminin çok önemli olduğunu vurgulamıştır. Farklı biçimlerde verilen eğitim programında; bilgi vermek, sözel iletişimde bulunmak, hastalığı ve hastalığın yönetimi hakkında kısa broşürler sağlamak, değişen davranışları incelemeye yönelik önerilerde bulunmak, davranışsal yöntemler, aktivite becerisi ve amaçları öğretmek yer almalıdır (22,31).

Romatoid Artritli hastaların eğitim içeriğinde; artrit patolojisi, hastalık süreci (etiyooloji, belirtiler, tanı testleri), artrit tedavisi (ilaçların etkileri, yan etkileri, kullanım şekli), ağrı yönetimi, fiziksel aktivitenin yararları, eklemlerin korunması (neler yapılacağı, nelere dikkat edileceği), egzersizin önemi(etkileri ve değerlendirilmesi, nasıl ve ne zaman yapılacağı), yürüme aktiviteleri (ne zaman, ne sıklıkta ve ne kadar süre), gevşeme tekniklerinin önemi ve uygulanması, negatif düşünceleri değiştirme ve stresle başedebilme, sıcak ve soğuk uygulamalar, kilo yönetimi, sağlıklı beslenme, yorgunluk yönetimi, tamamlayıcı tedaviler yer almaktadır. Hastanın öz bakımını bağımsız şekilde yapabilmesine olanak sağlayacak yardımcı araç ve gereçler hakkında da bilgi verilmelidir. Banyo/duşa (ayaklara ve sırtta ulaşmayı kolaylaştıran uzun saplı banyo süngeri gibi), saç tarama ve ağız bakımına (uzun ve kalın saplı diş fırçaları), giyinmeye (uzun saplı ayakkabı çekekleri, çorap, elbise giymeyi, ayakkabı bağlamayı, fermuar çekmeyi kolaylaştıran), objeleri tutma ve taşımaya, yemek hazırlama ve yemeye (kavanoz vb. kapak açıcıları, besinleri kesmeyi ve hazırlamayı sağlayan araçlar, kalın saplı kaşık, çatal vb.) yardım eden uyumlaştırıcı/ yardımcı araç-gereçler ile optimal bağımsızlık sağlanması konusunda hastalara destek olunmalıdır (20,22,30).

Romatoid Artritli hastalara tanı süresine ve bireysel özelliklerine uygun olarak bir eğitim programı planlanmalı ve uygulanmalıdır. Hastalarla bireysel olarak görüşülmeli, anksiyeteleri, tedaviye uyum durumları, beklentileri ve inançları, sosyal destek, başka hastalık varlığı, çalışma durumu/mesleği, gibi konularda görüşülmelidir (20,22).

Avrupa Romatizma Birliği (EULAR) kronik inflamatuvar artrit tedavisinde hemşirenin rolü için öneriler yayınlamıştır (31).

1. Hastalar, hastalık süresince kronik inflamatuvar artrit hakkında bilgi sahibi olmak ve artrit yönetimini geliştirmek için eğitim alabilecekleri bir hemşireye erişebilmelidir.
2. Hastalar iletişimi geliştirmek, sürekliliği sağlamak ve bakımdan memnuniyetlerini dile getirmek için hemşirelere erişebilmelidir.
3. Hastalar, bakımın sürekliliğini artırmak ve sürekli destek almak için hemşire liderliğindeki telefon hizmetlerine erişebilmelidir.
4. Hemşireler; hastalık aktivitesini kontrol etmek, semptomları azaltmak ve hastanın sonuçlarını iyileştirmek için kapsamlı olarak hastalık yönetimine katılmalıdır.
5. Hemşireler, hastaların endişe ve depresyon olasılığını en aza indirmek için psikososyal sorunları tanımlamalı, değerlendirmeli ve ele almalıdır.
6. Hemşireler, hastaların daha fazla kontrol, öz-yeterlik ve güçlendirme duygusu elde edebilmeleri için öz-yönetim becerilerini geliştirmelidir.
7. Hemşireler, ulusal ve yerel bağlamalara göre protokollere ve yönergelere dayalı bakım sağlamalıdır.
8. Hemşireler, bilgi ve becerileri geliştirmek ve sürdürmek için sürekli eğitime erişebilmeli ve bu eğitime katılmalıdır.
9. Hemşireler, uzmanlık eğitiminden sonra ve ulusal düzenlemelere göre genişletilmiş roller üstlenmeye teşvik edilmelidir.
10. Hemşireler; maliyet tasarrufu sağlamak için kapsamlı olarak hastalık yönetiminin bir parçası olmalı, müdahaleler ve izleme yapmalıdır.

Romatoid Artrit'te en yaygın görülen hemşirelik tanıları şunlardır: (20,21)

- Fiziksel harekette bozulma
- Aktivite intoleransı
- Kronik ağrı
- Beden imajında bozulma
- Evdeki sorumluluklarını sürdürmede yetersizlik
- Etkisiz bireysel/aile içi baş etme

- Özbakım eksikliği sendromu
- Cinsel örüntülerde azalma
- Bilgi eksikliği
- Ümitsizlik
- Enfeksiyon riski
- Travma riski

ROMATOİD ARTRİT'TE YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON

Romatoid Artrit'te hastalık aktivitesinin eklemlerde meydana getirdiği sorunlar hastaların günlük yaşamlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (1,9). Hastalığın ilerlemesiyle sinovyal inflamasyon kaynaklı ağrı ve eklem tutulumlarına bağlı olarak hareketleri kısıtlanan hastalar, günlük faaliyetlerini yerine getirememekte ve başkalarının yardımına gereksinim duymaktadır. Ayrıca, RA hastalarında kronikleşen ağrı; yorgunluk, uyku sorunları, gerginlik, depresyon gibi sorunların gelişmesine neden olmaktadır (2,12,32).

Romatizmal hastalıkların kronik doğası, hastalığın yönetilmesi ve hastanın yaşam tarzına uygun bir tedavi planının geliştirilmesi için hastalık hakkında gerekli bilginin elde edilmesini gerektirir. Bu tür hastalıklarla baş etmek için temel hedefler ve stratejiler arasında, inflamasyonu ve otoimmün yanıtı bastırmak, ağrıyı kontrol etmek, eklem hareketliliğini ve fonksiyonel durumu korumak veya iyileştirmek ve hastalığın hastalıkla ilgili farkındalığını arttırmak bulunmaktadır. Hastaları doğru ve uygun öz bakım davranışlarını benimsemeye teşvik etmek, hastalığın başarılı bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunan önemli bir faktördür (1,10).

Romatoid Artritli hastalarda yaşam kalitesi ciddi şekilde etkilenmektedir. Depresyon, yorgunluk, sabah tutukluğu, ağrı, hastalık aktivite skorunun yüksek olması ve güçsüzlük hastanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (33). Minkin ve ark.ları tarafından yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinin ağrının şiddeti ve depresyon olduğu belirtilmiştir (34). Ethgen ve ark., RA'lı hastaların yaşam kalitesinin en kötü olduğu zamanlarda romatolog ziyaretlerinde, pratisyen hekim ziyaretlerinde ve hastanede yatış oranlarında artış olduğunu bildirmiştir (35). Groessl ve ark. RA'lı hastalarla yaptıkları bir çalışmada kadın cinsiyetinin, düşük eğitim seviyesinin, düşük sosyoekonomik durumun, işsiz olmanın ve bekar olmanın düşük yaşam kalitesi ile anlamlı ilişkisi olduğunu bulmuştur (36). Başka bir çalışmada yine RA'lı kadınların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu rapor edilmiştir (37). Parlar ve ark. nın artritli kadın hastalarda yaptığı bir çalışmada bireysel hastalık

yönetiminin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (10). Çoğunluğunun kadın olduğu RA'lı hastalarla yapılan güncel bir çalışmada; hastalığın klinik seyrinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu belirtilmiştir (38).

Romatoid Artrit, ağrı ve yorgunluğu artırarak hastaların yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olmakta, fiziksel semptomlara ek olarak aile ve sosyal yaşamı, iş ilişkileri, psikolojik iyilik hali gibi yaşamın tüm yönlerini etkilemektedir (39). RA hastalarının iki yıllık bir dönemde %33 oranında işlerini bıraktığı ve %16 oranında iş değiştirdiği belirtilmiştir. Bu durum ağrı, fiziksel engeller, aktivitelerin kısıtlanması ve psikolojik durumdaki değişikliklerle ilişkili olup kaygı, depresyon ve çaresizlik hissine neden olmaktadır (40). RA vakalarında psikiyatrik bozuklukların oldukça yaygın olduğu bildirilmiştir (12,39,40). Literatürde RA'lı hastalarda görülen başlıca psikiyatrik bozuklukların depresyon, anksiyete ve her ikisinin de birlikte görüldüğü belirtilmiştir (13,40,41). Işık ve ark nın RA'lı hastalarda yaptığı bir çalışmada anksiyete, depresyon ve anksiyete-depresyonun birlikte görüldüğü toplam prevalans %70.8 bulunmuştur. Çoğunluğunun kadın olduğu bu çalışmada RA'lı hastalardaki depresyon prevalansı % 41.5, anksiyete prevalansı %13.4, anksiyete ve depresyonun birlikte görüldüğü prevalans %15.9 olarak bildirilmiştir (40). RA'nın ciddi olumsuz sonuçlara yol açtığını düşünen hastalarda daha yüksek anksiyete görülürken, daha fazla semptomu olan RA'lı hastalarda daha şiddetli depresyon görülmüştür (41). İran'da RA'lı kadınlarla yapılan bir çalışmada hastaların %49'unun psikolojik problemleri olduğu belirtilmiştir (42). Kanada' da 1989-2012 yılları arasında yapılan bir kohort çalışmasında; depresyon, anksiyete bozukluğu ve bipolar bozukluğun yıllık ortalama insidans oranları kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (43).

Romatoid Artrit'te görülen yorgunluk, halsizlik ve uyku kalitesinin bozulması gibi belirtiler depresyon belirtilerine benzese de, depresyonun kendisi de sıklıkla hastalığa eşlik etmektedir. Depresyon sıklıkla RA ile birlikte görülmekte ve klinik değerlendirmelere göre % 13 ile % 20 arasında olduğu belirtilmektedir (12). Bazı çalışmalarda artrit'in şiddetiyle depresyon arasında ilişki olduğu belirlenmiş fakat hastalık aktivasyon belirtileri ile depresyonun ciddiyeti arasında direkt bir ilişki olduğu bulunamamıştır. Otoimmün bir hastalık olan RA'da psikososyal faktörler immun sisteme etki ederek hastalık sürecini değiştirebilir. Hastalık sürecindeki stres ve depresyonun immun sistem üzerine etkileri yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (12,13). Uçar ve ark nın RA ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmada RA'lı hastaların depresyon puan ortalaması sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. RA'lı hastalarda görülen depresyonun yaşam kalitesini kötüleştirdiği

belirtilmiştir (44). Geniş çaplı yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, her türlü artrit in iki yıllık süreçte depresyon gelişme olasılığını önemli ölçüde artırdığını göstermiştir (45).

Romatoid Artrit hastalarında kronik ağrı, fiziksel aktivitenin kısıtlanması, hastalık semptomlarının değişken olması ve hastalığın klinik seyrinin öngörülememesi anksiyete prevalansını arttırmaktadır. RA hastalarında görülen anksiyetenin cinsiyet, yaş, medeni durum, ağrı, hastalık aktivitesi ve sosyoekonomik durumla ilişkili olduğu bildirilmiştir (13,46). RA'da anksiyete riskini inceleyen bir meta-analiz çalışmasında RA ve anksiyete riski arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. RA'lı hastalarda sürekli kaygının tedaviye yanıtı azalttığı görülmüştür (46). RA tedavisinde kullanılan DMARD'lar, steroidler ve NSAİİ'ler, uygun fiziksel koşulların bir sonucu olarak psikolojik yönden iyileşme sağlayabilir. RA'lı hastalarda sürekli ilaç tedavisi hastaların kaygı düzeylerini artırabilir. Hastalığın erken evresinde geçici olarak görülen kaygı, zamanla depresyon ile yer değiştirir ve daha sonra depresyonun öncüsü olabilir (40).

Romatoid Artrit vakalarında psikiyatrik bozuklukların varlığı, hastalığın ilerlemesini ve tedaviye uyumunu etkilerken, psikiyatrik bozuklukların iyileşmesi RA tedavisinin başarısını arttırmaktadır (40,43).

Romatoid Artritli hastalarda fonksiyonel yetersizliğin azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, tıbbi tedavi ile birlikte hastayla sağlık ekibi arasındaki iletişimin iyi olması ve iyi bir hastalık yönetiminin planlanması ile mümkün olabilir. Hastalara hastalığın özellikleri, nedenleri ve tedavisi hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi, tıbbi tedaviye uyumun, diyetin ve düzenli egzersizin öneminin vurgulanması ve hastalık ile nasıl baş edebileceğinin öğretilmesi çok önemlidir. Hasta eğitiminin verilmesi; tedavinin başarısını artırmak, fonksiyonel yeterliliği sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak açısından önemlidir. Bu konuda da sağlık profesyonellerine ve özellikle de hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşire, hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu sağlık danışmanlığını yaparak fiziksel ve sosyal faaliyetlerini iyileştirme, gerekli yaşam biçimi değişikliklerini sağlama, hastalığa uyumda uygun baş etme yöntemlerini kullanma ve yaşam kalitesini iyileştirmeye destek olmalıdır (3,10,13).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu randomize kontrollü araştırma, RA'lı kadınlara hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

ARAŞTIRMA SORULARI

Hipotez 0 (H₀): RA'lı kadınlarda hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon düzeylerine etkisi yoktur.

Hipotez 1 (H₁): RA'lı kadınlarda hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon düzeylerine etkisi vardır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Şubat 2019 – Ekim 2019 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin romatoloji klinik ve polikliniklerinde yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde, Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin Romatoloji klinik ve polikliniklerine başvuran RA'lı hastalar oluşturmaktadır.

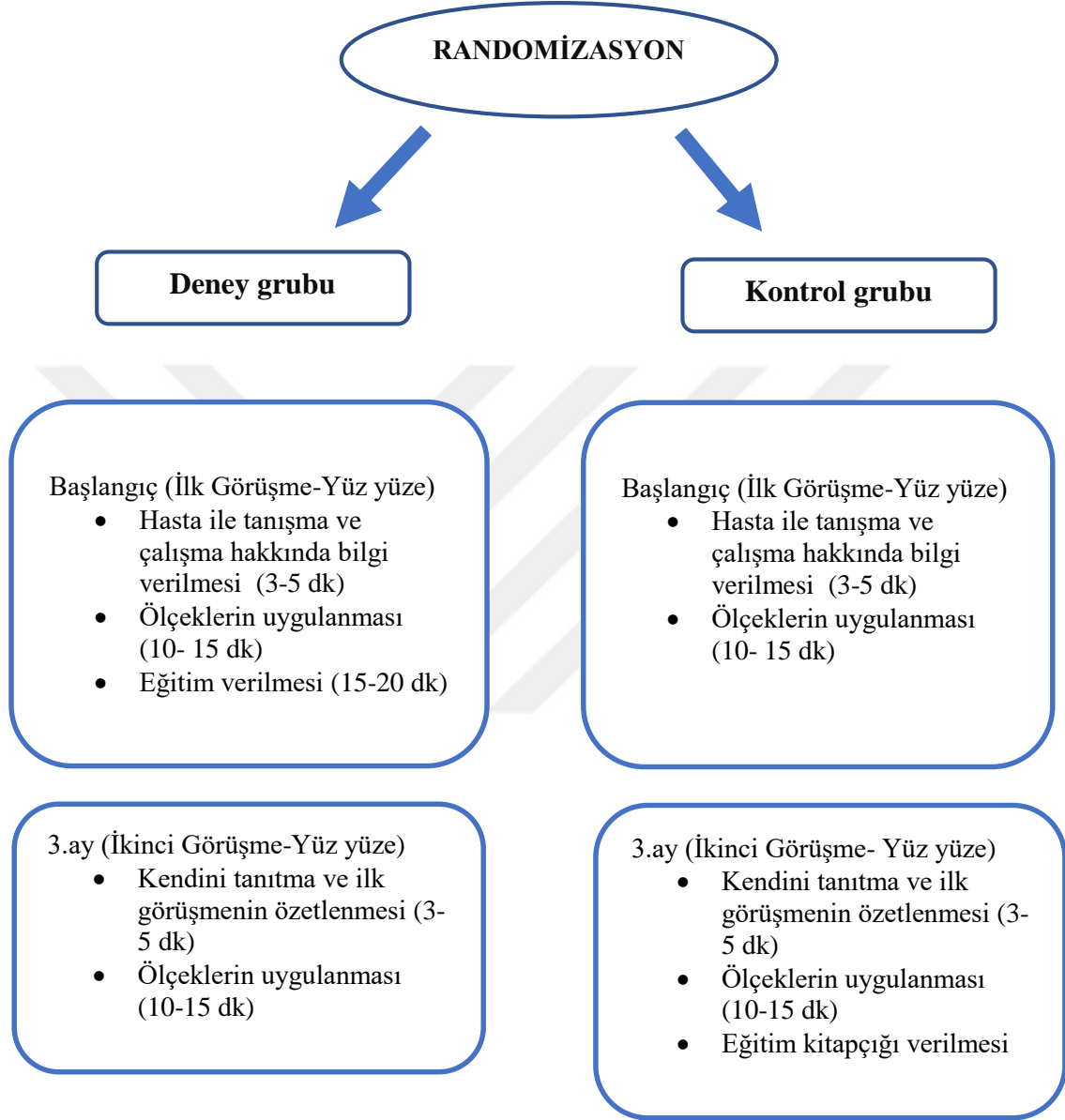
ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Literatürde yeterli veri olmadığı için her bir gruptan (deney ve kontrol) 40'ar hasta çalışmaya alınması planlanmıştır. Çalışmaya %80 power analizi ile % 95 güven aralığında

deney (n=40) ve kontrol (n=40) olmak üzere iki çalışma grubu randomize kontrollü olarak belirlendi. Bilgisayar ortamında Research Randomizer programı ile oluşturulan randomizasyon tablosu kullanılarak deney ve kontrol grubuna alınacak hastalar belirlendi.

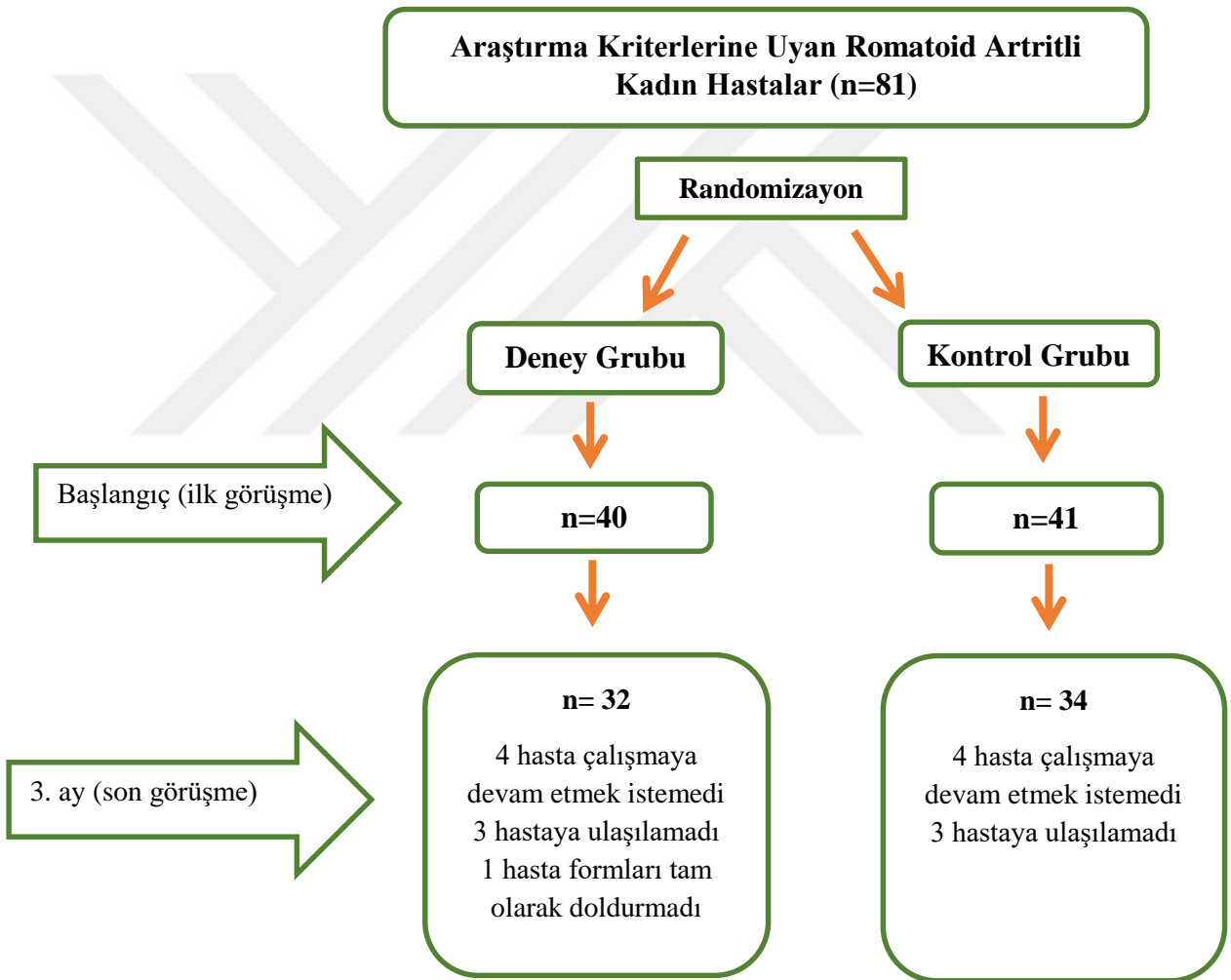
Araştırmaya katılmaya gönüllü olan RA'lı kadın hastalar ile başlangıçta ve 3. ayda yüz yüze görüşmeler Romatoloji klinik ve polikliniklerinde hafta içi çalışma saatleri içerisinde yapıldı. Romatoloji polikliniklerinde muayene sırası bekleyen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve randomizasyon tablosuna göre kadın hastalara anket formu ve ölçekler uygulandı. Başlangıçta (ilk görüşme); tanışma ve araştırma hakkında bilgi verilmesi yaklaşık olarak 3-5 dk, anket formu ve ölçeklerin doldurulması 15-20 dakika ve deney grubuna yüz yüze ve bire bir hastaya eğitim verilmesi ortalama olarak 15-20 dakika sürdü. Poliklinik hastalarından deney grubuna dahil edilenlere muayene sırası beklerken ya da muayenesi bittikten sonra müsait olan poliklinik odasında eğitim verildi. Romatoloji kliniğine RA tedavisi için biyolojik ajan almaya gelen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadın hastalara infüzyon işlemi sırasında anket ve ölçek formları uygulandı. Biyolojik ajan alan deney grubundaki kadınlara infüzyon işlemi sırasında eğitim verildi. Eğitim verilirken araştırmacılar tarafından hazırlanan RA hasta eğitim kitapçığı kullanıldı. 3. ay görüşmelerinde görüşmenin başlatılması ve ilk görüşmenin özetlenmesi 3-5 dakika sürdü ve her iki gruba yaklaşık olarak 10-15 dakika anket formu ve ölçekler uygulandı. Araştırma tasarımı Şekil 2' de sunuldu.

Alınma Kriterlerine Uyan Romatoid Artrit Tanısı Alan Kadın Hastalar



Şekil 2. Araştırmanın tasarımı

Araştırmada; deney grubunda başlangıçta (ilk görüşme) 40 kadın hasta ile görüşme yapıldı. 3. ayda (son görüşme) 4 hasta çalışmaya devam etmek istemediği için, 3 hastaya ulaşamadığı için, 1 hasta formları tam olarak doldurmadığı için toplam 8 hasta çalışmaya dahil edilemedi. Deney grubuna 32 kadın hasta dahil edildi. Kontrol gurubunda başlangıçta (ilk görüşme) 41 hasta ile görüşme yapıldı. 3. ayda (son görüşme) 4 hasta çalışmaya devam etmek istemediği için, 3 hastaya da ulaşamadığı için toplam 7 hasta çalışmaya dahil edilemedi. Kontrol grubuna 34 kadın hasta dahil edildi. Araştırma deney ve kontrol grupları olmak üzere 66 kadın hasta ile tamamlandı. Araştırma akış şeması Şekil 3' de sunuldu.



Şekil 3. Araştırma akış şeması

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırma kapsamına;

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden,
- 18 yaş ve üstü olan,
- Kadın olan,
- RA tanısı olan hastalar alınmıştır.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Araştırma kapsamına;

- İletişim güçlüğü olan hastalar
- Okur yazar olmayan hastalar alınmamıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren “Hasta Bilgi Formu” (Ek 1), “Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği” (Ek 2), “Sağlık Değerlendirme Anketi” (Ek 3) ve “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği” (Ek 4) kullanılarak toplandı. Eğitim grubundaki RA’lı kadın hastalara eğitim kitapçığı ile yüz yüze ve bire bir eğitim uygulandı.

Hasta Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından konuyla ilgili literatür taraması sonrası geliştirilen “Hasta Bilgi Formu” hastaların yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, evde yaşadığı kişiler, çalışma durumu, meslek, aylık gelir durumu, yaşanan yer gibi sosyo-demografik özelliklerin yanı sıra klinik tanı süresi, RA tedavisi, eşlik eden kronik hastalık, artrit nedeniyle etkilenen deformite gibi hastalığa ilişkin soruların yer aldığı toplam 15 sorudan oluşan bir formdur.

Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (Rheumatoid Arthritis Quality of Life – RAQoL)

Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL) 1997 yılında Whalley ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 2003 yılında Kutlay ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek 30 maddeden oluşmakta ve maddelere verilen cevaplar “evet” 1 “hayır” 0 olarak puanlanmaktadır. Elde edilen puanlar 0-30 arasında değişmekte ve yüksek puanlar kötü yaşam kalitesini belirtmektedir. Ölçek izni ektedir (Ek 5). Kutlay ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.95 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda (n=66) Cronbach alpha değerleri

başlangıç 0,81 ve 3.ay 0.91, puan ortalamaları başlangıç $17,16 \pm 8,36$ ve 3. ay $16,31 \pm 7,52$ olarak bulundu (Tablo 4).

Stanford Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ)

Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) 1980 yılında Fries ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 2004 yılında Küçükdeveci ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek, 8 bölüm şeklinde 20 maddeden oluşmakta ve günlük yaşamdaki fonksiyonel durumu değerlendirmektedir. Her madde 0-3 arası puanlanmaktadır (0: hiç zorluk çekmeden yapıyorum; 1: biraz zorlukla yapıyorum; 2: çok zorlukla yapıyorum; 3: hiç yapamıyorum). Ayrıca puanlamada yardımcı alet kullanımı ve başka bir kişiden istenen yardım da dikkate alınmaktadır. Yardımlara veya cihazlara ihtiyaç duyulduğunda 0 veya 1 olarak puanlandığında puan 2'ye çıkmaktadır. Ölçeği oluşturan bölümler, giyinip-kuşanma, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, uzanma, kavrama ve günlük işler şeklinde olup, her bölüm iki veya üç madde içermektedir. Her bölüm ayrı ayrı puanlanmakta olup, 8 bölümün puan ortalaması alınarak 0-3 arasında değişebilen tek bir HAQ puanı belirlenmektedir. Bölümlerin puanlanmasında, o bölümü oluşturan maddeler içindeki en yüksek puan, bölüm puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçek izni ektedir (Ek 6). Küçükdeveci ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.97 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda (n=66) Cronbach alpha değerleri başlangıç 0.91 ve 3. ay 0.91 olarak, puan ortalamaları başlangıç 0.43 ± 0.39 , 3. ay 0.42 ± 0.39 olarak bulundu (Tablo 4).

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS)

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS) 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 1997 yılında Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır. Anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içermektedir. Ölçek 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Tek sayılı maddeler anksiyete ve çift sayılı maddeler depresyonu araştırmaktadır. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ancak her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. HAD Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt

ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde puan elde edilen hastalar risk grubu olarak kabul edilebilir. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ölçek izni ektedir (Ek 7). Aydemir ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin anksiyete alt ölçeği Cronbach alpha değeri 0.85 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda (n=66) Cronbach alpha değerleri başlangıç 0.87 ve 3. ay 0.85 olarak, başlangıç ve 3. ay puan ortalamaları $9,40 \pm 5,22$ ve $9,57 \pm 5,14$ olarak bulundu (Tablo 4). Depresyon alt ölçeğinin Cronbach alpha değeri 0.77 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda (n=66) Cronbach alpha değerleri başlangıç 0.90 ve 3. ay 0.90, puan ortalamaları başlangıç 7.34 ± 4.30 ve 3. ay 7.66 ± 4.25 olarak bulundu (Tablo 4).

Tablo 4. Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL), Sağlık Değerlendirme Anketi Ölçeği (HAQ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS) Puan Ortalaması ve İç Tutarlılık (Cronbach's Alpha) Değerleri

n= 66		Başlangıç değeri	Cronbach alpha	3.ay değeri	Cronbach alpha
RAQoL	<i>Min - Mak</i>	1-30	0,81	1-30	0.91
	<i>Ort ± Ss</i>	17.16 ± 8.36		16.31 ± 7.52	
HAQ	<i>Min - Mak</i>	0-1.45	0.91	0-1.55	0.91
	<i>Ort ± Ss</i>	0.43 ± 0.39		0.42 ± 0.39	
HAD-A	<i>Min - Mak</i>	1-23	0,87	1-23	0,85
	<i>Ort ± Ss</i>	9.40 ± 5.22		9.57 ± 5.14	
HAD-D	<i>Min - Mak</i>	0-18	0,90	0-18	0,90
	<i>Ort ± Ss</i>	7.34 ±4.30		7.66 ± 4.25	

Ort±Ss: Ortalama-Standart sapma; **Min-Mak:** Minimum-Maksimum; **RAQoL:** Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği; **HAQ:** Sağlık Değerlendirme Anketi; **HAD-A:** Hastane Anksiyete Ölçeği; **HAD-D:** Hastane Depresyon Ölçeği.

Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı

Eğitim kitapçığında (Ek 8); RA hastalığının tanımı, belirti ve bulguları, tanı yöntemleri, tedavi seçenekleri, ilaçlar hakkında bilgiler, hastalık yönetimi ile ilgili bilgiler, beslenme önerileri yer almaktadır. Kitapçık literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.11.2016 tarih ve 2018/344 no'lu (Ek 9) etik kurul izni alındı. Ayrıca, araştırma verilerinin toplandığı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinden (Ek 10) yazılı izin alındı. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara İnsan Hakları Helsinki Bildirgesine uygun olarak, araştırmanın amacı hakkında açıklama yapıldı ve katılımın gönüllü olduğu, katılımcıların kişisel bilgi ve gizliliğinin korunacağı bilgisi verildi.

Araştırmada kullanılan Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği için ve Sağlık Değerlendirme Anketi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Küçükdeveci ve ark.' dan, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Aydemir ve ark. dan ölçek kullanım izni alındı.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, Şubat 2019 – Ekim 2019 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin Romatoloji klinik ve polikliniklerinde, RA tanısı ile tedavi gören, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadın hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Deney ve kontrol grubundaki hastalara ilk görüşmede ilgili ölçekler ve anket formu uygulandı. Deney grubundaki katılımcılara hastalık yönetimine ilişkin bireysel eğitim ve RA hasta eğitim kitapçığı verildi ve üçüncü ayın sonunda tüm ölçekler tekrar uygulandı. Eğitim deney grubundaki her hasta için bireysel olarak ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından verildi. Eğitim verilmeyen kontrol grubundaki hastalara da üçüncü ayın sonunda aynı ölçekler uygulandı. Araştırmanın sonunda kontrol grubundaki hastalara da RA hasta eğitim kitapçığı dağıtıldı. Romatoloji polikliniklerinde muayene sırası bekleyen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadın hastalara anket formu ve ölçekler uygulandı. Poliklinik hastalarından deney grubuna dahil edilenlere muayene sırası beklerken ya da muayenesi bittikten sonra müsait olan poliklinik odasında eğitim verildi. Romatoloji kliniğine RA tedavisi için biyolojik ajan almaya gelen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadın hastalara infüzyon işlemi sırasında anket ve ölçek formları uygulandı. Biyolojik ajan alan deney grubundaki kadınlara infüzyon işlemi sırasında eğitim verildi. Eğitim verilirken RA hasta eğitim kitapçığı kullanıldı ve eğitim süresi yaklaşık 15-20 dk sürdü.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler IBM SPSS 20.0 programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, üç grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis-H testi kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırmasında ise Pearson Ki-Kare Testi, Continuity Correction testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. İkili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde Bonferroni testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin takiplerinin değerlendirilmesinde Friedman test ve ikili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. $p < 0.05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

AraŐtirmanın evreni Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin romatoloji klinik ve polikliniklerine gelen hastalardan oluŐtuđu için genelleme yapılamaması bu araŐtirmanın sınırlılığıdır.

Deney (n=40) ve kontrol (n=41) grubuna dahil edilmesi planlanan hastalardan bazılarının anket formunu tam doldurmaması ya da çalışmayı yarıda bırakması bu araŐtirmanın sınırlılığıdır.



BULGULAR

Araştırma; Şubat 2019- Ekim 2019 tarihleri arasında RA'lı kadınlara hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla 32 deney ve 34 kontrol grupları ile yürütüldü.

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar halinde sunuldu.

- Grupların kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı
- Grupların ölçeklerden aldığı (RAQoL, HAQ, HADS) puan ortalamalarının dağılımı
- RA'lı kadınların kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile ölçek puan ortalamalarının dağılımı

GRUPLARIN KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI

Çalışmaya dahil edilen RA'lı kadın hastaların yaş, klinik tanı süresi, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir durumu, RA tedavisi ve artrit nedeniyle etkilenen deformite varlığı deney ve kontrol grubu olarak Tablo 5'te sunuldu.

Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 56.46 ± 11.88 yıl, klinik tanı süresi 18.59 ± 12.68 yıl olarak bulundu. Hastaların yarıdan fazlası (% 65.6) ilkokul mezunu, çoğunluğu (% 87.5) evli, %93.8'inin çocuk sahibi olduğu, çoğunluğunun (% 84.4) çalışmadığı, %75'inin gelir durumu orta düzey olarak belirlendi. RA'lı kadınların yarısının (% 50) tedavide ilaç ve biyolojik ajanı birlikte aldığı, yarıdan fazlasının (% 53.1) eşlik eden kronik hastalığı olduğu ve % 65.6'sında artrit nedeniyle etkilenen deformite olduğu belirlendi.

Kontrol grubundaki kadın hastaların yaş ortalaması 59.50 ± 9.97 yıl, klinik tanı süresi 13.55 ± 10.66 yıl olarak bulundu. Hastaların yarısından fazlasının (% 58.8) ilkokul mezunu, çoğunluğunun (% 91.2) evli, tamamının (%100) çocuk sahibi olduğu, çoğunluğunun (% 91.2) çalışmadığı, % 76.5'inin gelir durumu orta düzey olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki kadınların % 47.1'i tedavide ilaç ve biyolojik ajanı birlikte aldığı, yarısından fazlasının (% 61.8) eşlik eden kronik hastalığı olduğu ve çoğunluğunda (% 79.4) artrit nedeniyle etkilenen deformite olduğu belirlendi. **Deney ve kontrol grubundan yer alan RA'lı kadınlar kişisel ve hastalıkla ilgili özellikler açısından benzer bulundu.**

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Kişisel ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Deney grubu (n=32) n (%)	Kontrol grubu (n=34) n (%)	Test değeri; p
Yaş	<i>Min-Mak</i>	30-73	39-82	<i>Z: 489,0</i>
	<i>Ort ± Ss</i>	56.46 ± 11.88	59.50 ± 9.97	<i>p*: 0,480</i>
Klinik tanı süresi (yıl)	<i>Min-Mak</i>	1-55	1-56	<i>Z: 410,0</i>
	<i>Ort ± Ss</i>	18.59 ± 12.68	13.55 ± 10.66	<i>p*: 0,085</i>
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	21 (65.6)	20 (58.8)	$\chi^2:0,324$
	Ortaokul ve üzeri	11 (34.4)	14 (41.2)	$p^\dagger: 0,569$
Medeni durum	Evli	28 (87.5)	31 (91.2)	$\chi^2:0,007$
	Bekar	4 (12.5)	3 (8.8)	$p^\ddagger: 0,932$
Çocuk sahibi	Yok	2 (6.3)	-	$\chi^2:2.191$
	Var	30 (93.8)	34 (100.0)	$p^\S: 0,231$
Çalışma durumu	Çalışıyor	5 (15.6)	3 (8.8)	$\chi^2:0,220$
	Çalışmıyor	27 (84.4)	31 (91.2)	$p^\ddagger: 0,639$
Gelir durumu	Kötü	4 (12.5)	3 (8.8)	$\chi^2:0,274$
	Orta	24 (75.0)	26 (76.5)	$p^\ddagger: 0,872$
	İyi	4 (12.5)	5 (14.7)	
Romatoid Artrit tedavisi	İlaç	9 (28.1)	9 (26.5)	$\chi^2:0,190$
	Biyolojik ajan	7 (21.9)	9 (26.5)	$p^\ddagger: 0,910$
	İlaç-Biyolojik ajan	16 (50.0)	16 (47.1)	
Eşlik eden kronik hastalık	Yok	15 (46.9)	13 (38.2)	$\chi^2:0,504$
	Var	17 (53.1)	21 (61.8)	$p^\ddagger: 0,478$
Artrit nedeniyle etkilenen deformite varlığı	Yok	11 (34.4)	7 (20.6)	$\chi^2:1,580$
	Var	21 (65.6)	27 (79.4)	$p^\ddagger: 0,209$

*Mann Whitney U Test; [†]Pearson Ki-kare Test; [‡]Continuity Correction Test; [§]Fisher's Exact Test; **Ort±Ss**: Ortalama-Standart sapma; **Min-Mak**: Minimum-Maksimum.

GRUPLARIN ÖLÇEKLERDEN (ROMATOİD ARTRİT YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ, SAĞLIK DEĞERLENDİRME ANKETİ, HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ) ALDIĞI PUAN ORTALAMALARINA GÖRE DAĞILIMI

Çalışmaya dahil edilen RA'lı kadın hastaların RAQoL, HAQ ve HADS puan ortalamaları Tablo 6'da sunuldu. Deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim sonrasında (3. ay) yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük bulundu ($p= 0.004$). **Eğitim grubundaki RA'lı kadınların yaşam kalitesi daha yüksek bulundu (Şekil 4).**

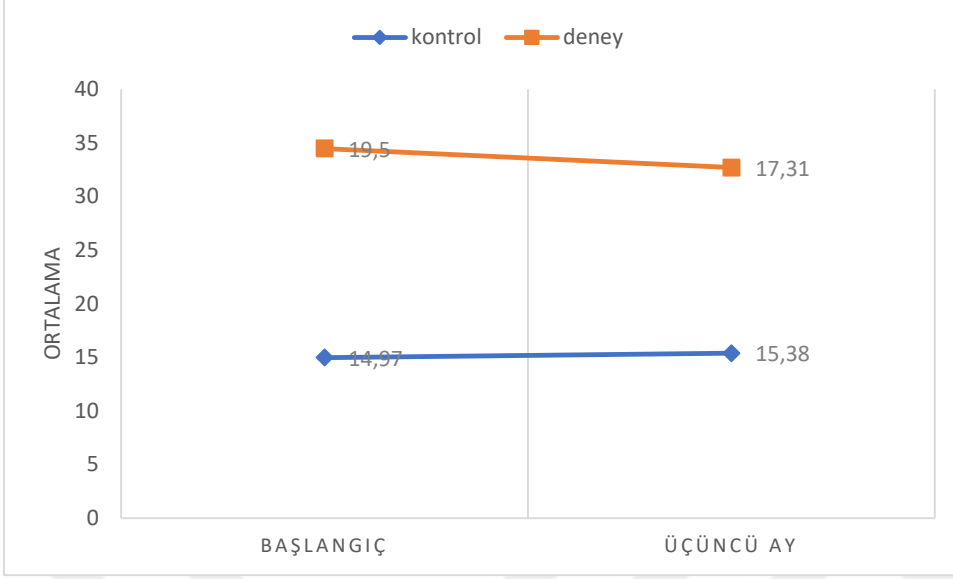
Deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim sonrasında sağlık değerlendirme anketi, hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim öncesi (başlangıç) yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları ve eğitim sonrası (3. ay) depresyon ölçeği puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu ($p= 0.032$, $p= 0.038$ sırasıyla).

Kontrol grubundaki RA'lı kadınların 3. ayın sonunda yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6. Gruplara Göre Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL), Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler		Deneş grubu (n=32) n(%) Ort ± Ss	Kontrol grubu (n=34) n(%) Ort ± Ss	Test değeri	p*
RAQoL	Başlangıç	19.50 ± 7.29	14.97 ± 8.80	377.00	0.032
	3.ay	17.31 ± 6.49	15.38 ± 8.36	455.00	0.253
Test değeri		-2.876	-0.918		
p^{\dagger}		0.004	0.358		
HAQ	Başlangıç	0.46 ± 0.42	0.40 ± 0.37	495.50	0.532
	3.ay	0.45 ± 0.43	0.40 ± 0.35	505.00	0.616
Test değeri		-0.086	-0.178		
p^{\dagger}		0.932	0.858		
HAD-A	Başlangıç	10.06 ± 5.41	8.79 ± 5.04	482.50	0.429
	3.ay	10.46 ± 5.19	8.73 ± 5.01	438.50	0.175
Test değeri		-0.669	-0.213		
p^{\dagger}		0.504	0.832		
HAD-D	Başlangıç	8.21 ± 4.74	6.52 ± 3.74	422.00	0.116
	3.ay	8.71 ± 4.61	6.67 ± 3.68	383.00	0.038
Test değeri		-1.463	-0.544		
p^{\dagger}		0.144	0.586		

*Mann Whitney U testi; †Wilcoxon Signed Ranks Testi; **RAQoL**: Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği, **HAQ**: Sağlık Değerlendirme Anketi; **HAD-A**: Hastane Anksiyete Ölçeği; **HAD-D**: Hastane Depresyon Ölçeği; **Ort±Ss**: Ortalama-Standart sapma.



Şekil 4. Gruplara göre Romatoid Artritli kadınların (eğitim öncesi ve sonrası) yaşam kalitesi puanlarındaki değişime ilişkin dağılımı

Tablo 7’de deney ve kontrol gruplarının başlangıç ve 3. ay HADS kesme noktası puanları sunuldu. Deney grubundaki RA’lı kadınların anksiyete puanları incelendiğinde, eğitim öncesi (başlangıç) 21 (%65.6) hastanın ve eğitim sonrası (3. ay) yine 21 (%65.6) hastanın anksiyete puanları 10’un altındaydı. Deney grubundaki RA’lı kadınların depresyon puanları incelendiğinde, eğitim öncesi (başlangıç) 19 (%59.4) hastanın ve eğitim sonrası (3. ay) yine 22 (%68.8) hastanın depresyon puanları 7’nin üstündeydi.

Kontrol grubundaki RA’lı kadınların anksiyete puanları incelendiğinde, başlangıçta 23 (%67.6) hastanın ve 3. ay sonunda yine 23 (%67.6) hastanın anksiyete puanları 10’un altındaydı. Kontrol grubundaki RA’lı kadınların depresyon puanları incelendiğinde, başlangıçta 22 (%64.7) hastanın ve 3. ay sonunda yine 21 (%61.8) hastanın depresyon puanları 7’nin altındaydı.

Tablo 7. Grupların Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği kesme noktası puanlarına göre dağılımı

Ölçekler		Kesme noktası	Deney grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)
HAD-A	Başlangıç	10 ve altı	21 (65.6)	23 (67.6)
		10 un üstü	11 (34.4)	11 (32.4)
	3.ay	10 ve altı	21 (65.6)	23 (67.6)
		10 un üstü	11 (34.4)	11 (32.4)
HAD-D	Başlangıç	7 ve altı	13 (40.6)	22 (64.7)
		7 nin üstü	19 (59.4)	12 (35.3)
	3.ay	7 ve altı	10 (31.3)	21 (61.8)
		7 nin üstü	22 (68.8)	13 (38.2)

HAD-A: Hastane Anksiyete Ölçeği, **HAD-D:** Hastane Depresyon Ölçeği.

ROMATOİD ARTRİTLİ KADINLARIN KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI

Tablo 8’de deney ve kontrol gruplarının eğitim durumlarına göre başlangıç ve 3. ay ölçek puan ortalamalarındaki değişim sunuldu. **Grup içi karşılaştırmalara baktığımızda;** deney grubundaki ilkökul ve altı, ortaokul ve üzeri eğitim durumuna sahip hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları eğitim sonrası (3. ay) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p= 0.050, 0.029$; sırasıyla). **Deney grubundaki her iki eğitim grubunda yer alan RA’lı kadınların eğitim sonrasında yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi.** Deney grubunun eğitim sonrasında sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$). Kontrol grubunun başlangıç ve 3. ayın sonunda yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$)

Gruplararası karşılaştırmada; deney grubundaki ilkökul ve altı eğitim durumuna sahip RA’lı kadınların eğitim öncesi (başlangıç) yaşam kalitesi puan ortalamaları kontrol grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p= 0.045$). **Deney grubundaki hastaların başlangıçtaki yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha düşük bulundu.** Eğitim sonrasında (3. ay) deney grubundaki RA’lı kadınların depresyon ölçeği puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p= 0.031$). **Deney grubundaki kadınların eğitim sonrasında (3. ay) depresyon puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.** 3.ay sonunda deney ve kontrol grubundaki RA’lı kadın hastaların yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi, hastane anksiyete ölçeği puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Tablo 8. Eğitim durumlarına göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Eğitim Durumu					
		İlkokul ve altı			Ortaokul ve üzeri		
Ölçekler		Deney grubu (n=21)	Kontrol grubu (n=20)	<i>p</i> *	Deney grubu (n=11)	Kontrol grubu (n=14)	<i>p</i> *
		Ort ± Ss	Ort ± Ss		Ort ± Ss	Ort ± Ss	
RAQoL	Başlangıç	21.33 ± 6.94	15.80 ± 8.72	0.045	16.00 ± 6.91	13.78 ± 9.10	0.443
	3.ay	19.42 ± 5.58	16.75 ± 7.63	0.205	13.27 ± 6.42	13.42 ± 9.23	0.742
<i>p</i> [†]		0.050	0.183		0.029	0.888	
HAQ	Başlangıç	0.53 ± 0.41	0.49 ± 0.36	0.804	0.32 ± 0.42	0.28 ± 0.35	0.486
	3.ay	0.54 ± 0.42	0.49 ± 0.34	0.875	0.30 ± 0.42	0.26 ± 0.34	0.435
<i>p</i> [†]		0.598	0.532		0.180	0.340	
HAD-A	Başlangıç	10.76 ± 5.29	9.00 ± 5.56	0.289	8.72 ± 5.64	8.50 ± 4.40	0.912
	3.ay	11.23 ± 4.80	9.10 ± 5.47	0.174	9.00 ± 5.83	8.21 ± 4.42	0.762
<i>p</i> [†]		0.668	0.715		0.257	0.414	
HAD-D	Başlangıç	9.19 ± 4.43	7.05 ± 4.14	0.094	6.36 ± 4.96	5.78 ± 3.06	0.978
	3.ay	9.90 ± 4.03	7.40 ± 3.95	0.031	6.45 ± 4.98	5.64 ± 3.10	0.912
<i>p</i> [†]		0.177	0.277		0.655	0.458	

RAQoL: Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği; **HAQ:** Sağlık Değerlendirme Anketi; **HAD-A:** Hastane Anksiyete Ölçeği; **HAD-D:** Hastane Depresyon Ölçeği; *Mann Whitney U Testi; [†]Wilcoxon Signed Ranks Test.

Tablo 9’da deney ve kontrol gruplarının medeni durumlarına göre başlangıç ve 3. ay ölçek puan ortalamalarındaki değişim sunuldu. **Grup içi karşılaştırmalara baktığımızda;** deney grubundaki evli olan hastaların eğitim sonrası (3. ay) yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p= 0.010$). **Eğitim sonrasında deney grubundaki evli olan RA’lı kadınların yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi.** Deney grubunun eğitim sonrasında sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$). Kontrol grubunun başlangıç ve 3. ayın sonunda yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Gruplarası karşılaştırmada; eğitim öncesinde ve sonrasında deney grubundaki bekar RA’lı kadınların depresyon puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p= 0.050$, $p=0.032$ sırasıyla). Eğitim sonrasında (3. ay) deney grubundaki bekar RA’lı kadınların anksiyete puan ortalamaları kontrol grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.050$). **Deney grubundaki bekar (boşanmış, eşi ölmüş) RA’lı kadınların eğitim sonrasındaki (3. ay) anksiyete ve depresyon puanları kontrol grubuna göre daha yüksekti.** Deney ve kontrol grubundaki RA’lı kadın hastaların 3. ay sonunda yaşam kalitesi ve sağlık değerlendirme anketi puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Tablo 9. Medeni durumlarına göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Medeni Durum					
		Evli			Bekar		
Ölçekler		Deney grubu (n=28)	Kontrol grubu (n=31)	<i>p</i> *	Deney grubu (n=4)	Kontrol grubu (n=3)	<i>p</i> *
		Ort ± Ss	Ort ± Ss		Ort ± Ss	Ort ± Ss	
RAQoL	Başlangıç	19.21 ± 7.09	14.96 ± 8.90	0.056	21.50 ± 9.46	15.00 ± 9.53	0.480
	3.ay	17.03 ± 6.33	15.25 ± 8.52	0.327	19.25 ± 8.30	16.66 ± 7.76	0.593
<i>p</i> [†]		0.010	0.549		0.141	0.285	
HAQ	Başlangıç	0.43 ± 0.39	0.42 ± 0.37	0.915	0.70 ± 0.58	0.15 ± 0.13	0.157
	3.ay	0.42 ± 0.39	0.42 ± 0.36	0.939	0.70 ± 0.65	0.11 ± 0.12	0.108
<i>p</i> [†]		0.944	0.405		1.000	0.307	
HAD-A	Başlangıç	9.28 ± 4.94	8.70 ± 5.26	0.698	15.50 ± 6.13	9.66 ± 2.08	0.157
	3.ay	9.90 ± 4.95	8.83 ± 5.23	0.394	14.50 ± 5.80	7.66 ± 1.52	0.050
<i>p</i> [†]		0.274	0.496		0.414	0.180	
HAD-D	Başlangıç	7.60 ± 4.60	6.58 ± 3.88	0.353	12.50 ± 3.69	6.00 ± 2.00	0.050
	3.ay	8.25 ± 4.63	6.87 ± 3.75	0.180	12.00 ± 3.16	4.66 ± 2.30	0.032
<i>p</i> [†]		0.076	0.172		0.414	0.157	

RAQoL: Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği; **HAQ:** Sağlık Değerlendirme Anketi; **HAD-A:** Hastane Anksiyete Ölçeği; **HAD-D:** Hastane Depresyon Ölçeği; *Mann Whitney U Testi; [†]Wilcoxon Signed Ranks Test.

Tablo 10’da deney ve kontrol gruplarının çalışma durumlarına göre başlangıç ve 3. ay ölçek puan ortalamalarındaki değişim sunuldu. **Grup içi karşılaştırmalarda;** deney grubundaki çalışmayan hastaların eğitim sonrası (3. ay) yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p= 0.009$). **Eğitim sonrasında deney grubundaki çalışmayan RA’lı kadınların yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi.** Deney grubunun eğitim sonrasında sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$). Kontrol grubunun 3. ayın sonunda yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Gruplarası karşılaştırmada; deney grubundaki çalışan RA’lı kadın hastaların başlangıç ve 3. ay yaşam kalitesi puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p= 0.025, 0.035$ sırasıyla). **Başlangıç ve 3. ay sonunda deney grubundaki çalışan RA’lı kadınların yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha düşük bulundu.** Deney ve kontrol grubundaki hastaların 3. ay sonunda sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Tablo 10. Çalışma durumlarına göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Çalışma Durumu					
		Çalışıyor			Çalışmıyor		
Ölçekler		Deney grubu (n=5)	Kontrol grubu (n=3)	<i>p</i> *	Deney grubu (n=27)	Kontrol grubu (n=31)	<i>p</i> *
		Ort ± Ss	Ort ± Ss		Ort ± Ss	Ort ± Ss	
RAQoL	Başlangıç	17.80 ± 6.76	6.66 ± 2.08	0.025	19.81 ± 7.46	15.77 ± 8.78	0.082
	3.ay	14.60 ± 3.84	6.33 ± 2.08	0.035	17.81 ± 6.81	16.25 ± 8.22	0.408
<i>p</i> [†]		0.223	0.655		0.009	0.264	
HAQ	Başlangıç	0.25 ± 0.19	0.00 ± 0.00	0.057	0.50 ± 0.44	0.44 ± 0.36	0.679
	3.ay	0.21 ± 0.17	0.00 ± 0.00	0.057	0.50 ± 0.44	0.44 ± 0.35	0.713
<i>p</i> [†]		0.593	1.000		0.752	0.317	
HAD-A	Başlangıç	12.20 ± 4.08	8.66 ± 4.04	0.177	9.66 ± 5.59	8.80 ± 5.19	0.731
	3.ay	13.20 ± 4.60	8.00 ± 4.35	0.169	9.96 ± 5.22	8.80 ± 5.13	0.434
<i>p</i> [†]		0.059	0.317		0.753	0.905	
HAD-D	Başlangıç	9.00 ± 2.64	5.00 ± 3.60	0.177	8.07 ± 5.06	6.67 ± 3.78	0.295
	3.ay	9.60 ± 2.60	4.66 ± 3.78	0.169	8.55 ± 4.91	6.87 ± 3.67	0.127
<i>p</i> [†]		0.180	0.655		0.251	0.424	

RAQoL: Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği; **HAQ:** Sağlık Değerlendirme Anketi; **HAD-A:** Hastane Anksiyete Ölçeği; **HAD-D:** Hastane Depresyon Ölçeği; *Mann Whitney U Testi;

[†]Wilcoxon Signed Ranks Test.

Tablo 11’de deney ve kontrol gruplarının RA tedavisine göre başlangıç ve 3. ay ölçek puan ortalamalarındaki değişim sunuldu. **Grup içi karşılatırmalarda;** deney grubunda ilaç ve biyolojik ajanı birlikte alan RA’lı kadınların eğitim sonrasında (3. ay) yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p= 0.009$). **Eğitim sonrasında deney grubunda ilaç ve biyolojik ajanı birlikte alan kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi.** Deney grubunun eğitim sonrasında sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$). Kontrol grubunun yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Gruplararası karşılaştırmada; deney ve kontrol grubundaki hastaların 3. ay sonunda yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi, hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları ile RA tedavileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Tablo 11. Romatoid Artrit tedavisine göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması

Romatoid Artrit Tedavisi										
		İlaç			Biyolojik ajan			İlaç-Biyolojik ajan		
Ölçekler		Deney grubu (n=9) Ort ± Ss	Kontrol grubu (n=9) Ort ± Ss	<i>p</i> *	Deney grubu (n=7) Ort ± Ss	Kontrol grubu (n=9) Ort ± Ss	<i>p</i> *	Deney grubu (n=16) Ort ± Ss	Kontrol grubu (n=16) Ort ± Ss	<i>p</i> *
RAQoL	Başlangıç	15.77 ± 6.97	11.00 ± 8.04	0.121	18.71 ± 8.32	18.22 ± 6.66	0.832	21.93 ± 6.42	15.37 ± 9.81	0.067
	3.ay	13.88 ± 6.50	11.33 ± 7.41	0.306	18.71 ± 7.20	17.66 ± 5.33	0.832	18.62 ± 5.84	16.37 ± 9.76	0.485
<i>p</i> [†]		0.096	0.593		0.798	0.752		0.009	0.136	
HAQ	Başlangıç	0.22 ± 0.27	0.33 ± 0.43	0.928	0.40 ± 0.32	0.46 ± 0.29	0.594	0.62 ± 0.47	0.41 ± 0.38	0.156
	3.ay	0.23 ± 0.27	0.27 ± 0.39	0.928	0.51 ± 0.40	0.47 ± 0.26	0.958	0.56 ± 0.48	0.42 ± 0.38	0.325
<i>p</i> [†]		0.317	0.655		0.109	0.917		0.283	0.053	
HAD-A	Başlangıç	8.55 ± 3.20	7.77 ± 3.70	0.756	9.57 ± 6.34	9.88 ± 6.37	0.874	11.12 ± 6.02	8.75 ± 5.07	0.325
	3.ay	8.55 ± 3.35	7.66 ± 3.74	0.688	9.85 ± 5.58	9.77 ± 5.97	0.791	11.81 ± 5.75	8.75 ± 5.24	0.167
<i>p</i> [†]		1.000	0.655		0.713	0.854		0.609	0.861	
HAD-D	Başlangıç	7.44 ± 3.32	5.88 ± 3.10	0.329	8.00 ± 6.08	7.33 ± 5.02	0.832	8.75 ± 5.01	6.43 ± 3.40	0.167
	3.ay	7.11 ± 3.25	5.77 ± 3.38	0.348	8.42 ± 5.47	7.33 ± 5.63	0.457	9.75 ± 4.86	6.81 ± 3.39	0.067
<i>p</i> [†]		0.083	0.655		0.498	0.679		0.119	0.058	

RAQoL: Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği; **HAQ:** Sağlık Değerlendirme Anketi; **HAD-A:** Hastane Anksiyete Ölçeği; **HAD-D:** Hastane Depresyon Ölçeği; *Mann Whitney U Testi; [†]Wilcoxon Signed Ranks Test.

Tablo 12’de deney ve kontrol gruplarının eşlik eden kronik hastalık durumuna göre başlangıç ve 3. ay ölçek puan ortalamalarındaki değişim sunuldu. **Grup içi karşılaştırmalara baktığımızda;** deney grubunda eşlik eden kronik hastalığı olmayan kadınların eğitim sonrası (3. ay) yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p= 0.019$). **Deney grubunda eşlik eden kronik hastalığı olmayan RA’lı kadınların eğitim sonrasında yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi.** Deney grubunun eğitim sonrasında sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$). Kontrol grubunun 3. ay sonunda yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Gruplararası karşılaştırmada; deney ve kontrol grubundaki hastaların 3. ay sonunda yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi, hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları ile eşlik eden kronik hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Tablo 12. Eşlik eden kronik hastalığa göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Eşlik Eden Kronik Hastalık					
		Var			Yok		
Ölçekler		Deney grubu (n=17)	Kontrol grubu (n=21)	<i>p</i> *	Deney grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=13)	<i>p</i> *
		Ort ± Ss	Ort ± Ss		Ort ± Ss	Ort ± Ss	
RAQoL	Başlangıç	20.05 ± 7.30	15.66 ± 8.84	0.162	18.86 ± 7.47	13.84 ± 8.97	0.106
	3.ay	18.35 ± 6.42	16.61 ± 8.00	0.427	16.13 ± 6.59	13.38 ± 8.85	0.278
<i>p</i> [†]		0.086	0.165		0.019	0.671	
HAQ	Başlangıç	0.57 ± 0.44	0.45 ± 0.37	0.444	0.34 ± 0.37	0.31 ± 0.35	0.694
	3.ay	0.53 ± 0.45	0.45 ± 0.36	0.648	0.37 ± 0.39	0.31 ± 0.34	0.532
<i>p</i> [†]		0.131	0.452		0.331	0.498	
HAD-A	Başlangıç	9.29 ± 4.83	9.23 ± 4.95	0.953	10.93 ± 6.05	8.07 ± 5.31	0.221
	3.ay	10.29 ± 5.13	9.28 ± 5.07	0.637	10.66 ± 5.44	7.84 ± 4.99	0.127
<i>p</i> [†]		0.348	0.794		0.888	0.593	
HAD-D	Başlangıç	8.58 ± 4.43	7.00 ± 3.67	0.157	7.80 ± 5.19	5.76 ± 3.87	0.276
	3.ay	9.35 ± 4.62	7.33 ± 3.55	0.082	8.00 ± 4.65	5.61 ± 3.77	0.144
<i>p</i> [†]		0.296	0.159		0.547	0.680	

RAQoL: Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği; **HAQ:** Sağlık Değerlendirme Anketi; **HAD-A:** Hastane Anksiyete Ölçeği; **HAD-D:** Hastane Depresyon Ölçeği; *Mann Whitney U Testi;

[†]Wilcoxon Signed Ranks Test.

Tablo 13' de deney ve kontrol gruplarının artrit nedeniyle etkilenen deformite durumlarına göre başlangıç ve 3. ay ölçek puan ortalamalarındaki değişim sunuldu. **Grup içi karşılaştırmalara baktığımızda;** deney grubunda artrit nedeniyle etkilenen deformitesi olan kadınların eğitim sonrası (3. ay) yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p= 0.008$). **Eğitim sonrasında deney grubunda artrit nedeniyle etkilenen deformitesi olan RA'lı kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi.** Deney grubunun eğitim sonrasında sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$). Kontrol grubunun 3. ay sonunda yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi ve hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Gruplararası karşılaştırmada; deney grubunda deformitesi olmayan RA'lı kadınların eğitim sonrası (3. ay) depresyon puan ortalamaları kontrol grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p= 0.018$). **Eğitim sonrasında (3. ay) deney grubundaki deformitesi olmayan RA'lı kadınların depresyon puanları kontrol grubuna göre daha yüksekti.** Deney ve kontrol grubundaki RA'lı kadınların 3. ay sonunda yaşam kalitesi, sağlık değerlendirme anketi, hastane anksiyete ölçeği puan ortalamaları ile artrit nedeniyle etkilenen deformite durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Tablo 13. Artrit nedeniyle etkilenen deformite varlığına göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Artrit Nedeniyle Etkilenen Deformite					
		Var			Yok		
Ölçekler		Deney grubu (n=21)	Kontrol grubu (n=27)	<i>p</i> *	Deney grubu (n=11)	Kontrol grubu (n=7)	<i>p</i> *
		Ort ± Ss	Ort ± Ss		Ort ± Ss	Ort ± Ss	
RAQoL	Başlangıç	19.80 ± 7.83	15.59 ± 8.73	0.098	18.90 ± 6.42	12.57 ± 9.34	0.134
	3.ay	17.04 ± 6.82	15.77 ± 8.19	0.539	17.81 ± 6.11	13.85 ± 9.49	0.296
<i>p</i> [†]		0.008	0.690		0.229	0.109	
HAQ	Başlangıç	0.47 ± 0.42	0.41 ± 0.36	0.603	0.44 ± 0.42	0.36 ± 0.40	0.553
	3.ay	0.47 ± 0.46	0.40 ± 0.35	0.602	0.42 ± 0.37	0.38 ± 0.38	0.785
<i>p</i> [†]		0.892	0.636		0.918	0.109	
HAD-A	Başlangıç	9.14 ± 5.86	9.18 ± 4.97	0.661	11.81 ± 4.09	7.28 ± 5.43	0.050
	3.ay	9.66 ± 5.73	9.22 ± 4.80	1.000	12.00 ± 3.76	6.85 ± 5.75	0.050
<i>p</i> [†]		0.501	0.811		0.865	0.317	
HAD-D	Başlangıç	7.76 ± 4.99	6.88 ± 3.88	0.545	9.09 ± 4.30	5.14 ± 2.96	0.056
	3.ay	8.23 ± 5.15	7.11 ± 3.75	0.364	9.63 ± 3.38	5.00 ± 3.05	0.018
<i>p</i> [†]		0.275	0.499		0.348	0.317	

RAQoL: Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği; **HAQ:** Sağlık Değerlendirme Anketi; **HAD-A:** Hastane Anksiyete Ölçeği; **HAD-D:** Hastane Depresyon Ölçeği; *Mann Whitney U Testi; [†]Wilcoxon Signed Ranks Test.

TARTIŞMA

Eklemleri etkileyen kronik bir hastalık olan RA'da remisyon sağlanamazsa eklem yıkımı, fonksiyonel sakatlık ve organ hasarı meydana gelmektedir. Bu nedenle hastalığın erken tanı ve tedavisi çok önemlidir. RA'da etkin bir tedavi sağlamak için hasta eğitimi çok önemlidir. Hasta eğitimi, hastanın kendi bakımına aktif katılımını, yaşam kalitesini ve anksiyete depresyon düzeylerini doğrudan etkilemektedir.

Çalışmamızda RA'lı kadınlara hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesine, günlük yaşamdaki fonksiyonel durumuna, anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi incelendi. Araştırma Şubat 2019- Ekim 2019 tarihleri arasında RA'lı 66 kadın hasta (32 deney, 34 kontrol) ile Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin Romatoloji kliniği ve polikliniğinde yürütüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunuldu.

- Grupların kişisel ve hastalığa ilişkin bulgularının tartışılması
- Deney ve kontrol grubu RA'lı kadınların ölçek (RAQoL, HAQ, HADS) puanlarına ilişkin bulguların tartışılması
- RA'lı kadınların kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri ile ölçek puan ortalamaları bulgularının tartışılması

GRUPLARIN KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Deney grubundaki RA'lı kadınların yaş ortalaması 56.46 ± 11.88 olarak bulunmuştur. Hastaların yarıdan fazlası (% 65.6) ilkokul mezunu, çoğunluğu (% 87.5) evli, %93.8'inin çocuk sahibi olduğu, çoğunluğunun (% 84.4) çalışmadığı belirlenmiştir. Kadınların yarısının (% 50) tedavide oral ilaç ve biyolojik ajanı birlikte kullandığı, yarıdan fazlasının (% 53.1) eşlik eden kronik hastalığı olduğu ve % 65.6'sında artrit nedeniyle etkilenen deformitesi olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki RA'lı kadınların yaş ortalaması 59.50 ± 9.97 olarak bulunmuştur. Hastaların yarıdan fazlasının (% 58.8) ilkokul mezunu, çoğunluğunun (% 91.2) evli, tamamının (%100) çocuk sahibi olduğu, çoğunluğunun (% 91.2) çalışmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların % 47.1'i tedavide oral ilaç ve biyolojik ajanı birlikte kullandığı, yarıdan fazlasının (% 61.8) eşlik eden kronik hastalığı olduğu ve çoğunluğunda (% 79.4) artrit nedeniyle etkilenen deformitesi olduğu belirlenmiştir. **Çalışmamızda deney ve kontrol grubundan yer alan RA'lı kadınlar kişisel ve hastalıkla ilgili özellikler açısından benzer bulunmuştur.**

Fertelli (47) RA'lı kadınlara RA ve cinsellik hakkında eğitim verdiği yarı deneysel bir çalışmada; deney grubundaki kadınların yaş ortalamasının 49.47 ± 8.14 olduğu, tamamının evli olduğu ve çoğunluğunun (%88.2) ev hanımı olduğu bildirilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise yaş ortalamasının 50.96 ± 8.05 olduğu, tamamının evli olduğu ve çoğunluğunun (%90.4) ev hanımı olduğu belirtilmiştir.

Moghadam ve ark.'nın (1) RA'lı kadınlara eğitim verilen randomize kontrollü bir çalışmada; deney grubundaki kadınların yaş ortalamasının 48.06 ± 10.5 olduğu, çoğunluğunun (%84.4) evli ve yarıdan fazlasının (%71.9) ev hanımı olduğu belirtilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise yaş ortalamasının 48.87 ± 9.24 olduğu, çoğunluğunun (%87.5) evli ve yarıdan fazlasının (%78.1) ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Akkaya'nın (48) "Romatoid Artrit hastalarında yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi" tez çalışması 182 RA'lı hastayla yapılmıştır. Hastaların yaş ortalamasının 43.53 ± 13.19 olduğu, %73.6'sının kadın, %84.6'sının evli, %64.3'ünün ilköğretim mezunu, %79.7'sinin çocuk sahibi, %59.9'unun eklem şekil bozukluğu olduğu ve %4.4'ünün tedavide biyolojik ajan aldığı belirtilmiştir.

Romatoid Artritli kadınlarda romatoid nodüller ve yaşam kalitesinin prospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada yaş ortalaması 54.12 ± 2.6 olarak bulunmuştur. Çalışmaya 25 kadın hasta dahil edilmiş ve hastaların romatoid nodül yerleşim yerleri değerlendirilmiştir. Beş hastanın dirsek ya da el parmağında, on iki hastanın dirsek ve el parmağında ve sekiz hastanın da dirsek, el parmağı ve ayağında nodül yerleşimi olduğu belirtilmiştir (49).

Rahim ve ark. nın (13) RA'lı hastalarla yaptığı ve çoğunluğunun kadın (% 88.4) olduğu bir çalışmada; yaş ortalaması 51.98 ± 11.22 olduğu, hastaların yarıdan fazlasının işsiz (% 57.7) ve kronik hastalığı (%64) olduğu belirtilmiştir.

İsrail'de RA'lı hastalarla yapılan kesitsel bir çalışmaya 20-67 yaş arasında olan 63 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalamasının 43.56 ± 14.19 olduğu ve %84.1'inin kadın olduğu bulunmuştur (50).

Romatoid Artritli hastaların hastalıkları hakkındaki farkındalık düzeylerini inceleyen bir çalışmada hastaların yaş ortalaması 52.9 ± 10.6 olarak bulunmuştur. Hastaların çoğunluğunun (%72) kadın olduğu, yarıdan fazlasının (%62.7) ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir. Hastaların tedavileri biyolojik ajan alan ve almayan olarak gruplanmış ve çoğunluğunun (%85.6) biyolojik ajan almadığı belirtilmiştir (15).

Karahan ve ark.nın (16) yapmış olduğu bir çalışmada RA'lı hastaların yaş ortalaması 57.2 ± 12.2 olarak bulunmuştur. Hastaların %72'sinin kadın, %33'ünün ilk/orta öğretim mezunu olduğu, %58'inin komorbid hastalığı olduğu ve %14'ünün tedavi olarak biyolojik ajan aldığı belirtilmiştir.

Literatürü incelediğimizde, yapılan çalışmalarda RA'lı hastaların benzer kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklere sahip olduğu görülmektedir.

DENEY VE KONTROL GRUBU ROMATOİD ARTRİTLİ KADINLARIN ÖLÇEK (RAQoL, HAQ, HADS) PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda deney grubu RA'lı kadınların eğitim öncesinde yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 19.50 ± 7.29 iken eğitim sonrasında 17.31 ± 6.49 olarak bulundu (Tablo 6). **Çalışmamızda eğitim sonrasında deney grubundaki RA'lı kadınların yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi.** Kontrol grubu hastalarının başlangıç yaşam kalitesi puan ortalaması 14.97 ± 8.80 iken, 3.ay yaşam kalitesi puan ortalaması 15.38 ± 8.36 olarak bulundu (Tablo 6). Kontrol grubundaki RA'lı kadınların başlangıç ve 3.ay yaşam kalitesi puan ortalamalarında bir değişiklik bulunmadı.

Literatürdeki çalışmaları incelediğimizde; Akkaya'nın (48) "Romatoid Artrit hastalarında yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi" tez çalışmasında Romatoid Artrit yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.19 ± 7.77 olduğu belirtilmiştir. Neto ve ark.nın (11) çalışmasında eğitim sonrasında deney grubundaki hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Parlar ve ark. nın (10) yaptığı çalışmada bireysel hastalık yönetiminin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Abourazzak ve ark.nın (51) eğitimin uzun süreli etkilerini değerlendirdiği bir çalışmada hastaların yaşam kalitesi puanlarının 3 yıllık süre boyunca sabit kaldığını saptamıştır. Bizim çalışmamızda eğitimin etkinliği 3 ay sonra değerlendirilmiş olup eğitim sonrası yaşam kalitesi puanlarında artış olduğu bulunmuştur. Kronik bir hastalık olan RA'ya ilişkin verilen eğitimin kadınların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Deney grubundaki hastaların eğitim öncesinde sağlık değerlendirme anketi (HAQ) puan ortalaması 0.46 ± 0.42 iken, eğitim sonrasında 0.45 ± 0.43 olarak bulundu (Tablo 6). Kontrol grubu hastalarının başlangıç sağlık değerlendirme anketi puan ortalaması 0.40 ± 0.37 iken, 3.ay sağlık değerlendirme anketi puan ortalaması 0.40 ± 0.35 olarak bulundu (Tablo 6). **Çalışmamızda, deney ve kontrol gruplarındaki RA'lı kadınların başlangıçta ve 3.ay sonunda günlük yaşamdaki fonksiyonel durumlarında bir değişiklik bulunmadı.**

Rahim ve ark.nın (13) çalışmasında sağlık değerlendirme anketi puan ortalaması 1.00 ± 0.77 olarak bulunmuştur. Gronning ve ark. (52) deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ve sonrası günlük yaşamdaki fonksiyonel durumlarında bir değişiklik olmadığını belirtmiştir. Abourazzak ve ark.nın (51) eğitimin uzun süreli etkilerini değerlendirdiği bir çalışmada hastaların başlangıç ve 3 yıl sonraki günlük yaşamdaki fonksiyonel durumlarında bir değişiklik bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda eğitimin günlük yaşamdaki fonksiyonel duruma olumlu

etkisinin olduğu belirtilmiştir. Bailet ve ark. nın (53) çalışmasında deney grubundaki hastaların günlük yaşamdaki fonksiyonel durumlarında egzersiz programı sonrası 1. ve 6. aylarda iyileşme olduğu belirtilmiştir. Parlar ve ark. nın (10) yaptığı bir çalışmada eğitim sonrasında hastaların günlük yaşamdaki fonksiyonel durumlarında iyileşme olduğu saptanmıştır. Artritli bireylere günlük yaşamdaki fonksiyonel durumlarını korumak ve iyileştirmek için verilen eğitimlerin etkinliği daha sık ve uzun aralıklarla değerlendirilmesi önerilmektedir.

Deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim öncesinde hastane anksiyete ölçeği puan ortalaması 10.06 ± 5.41 iken, eğitim sonrasında 10.46 ± 5.19 olarak bulundu. Kontrol grubu hastalarının başlangıç hastane anksiyete ölçeği puan ortalaması 8.79 ± 5.04 iken, 3.ay hastane anksiyete ölçeği puan ortalaması 8.73 ± 5.01 olarak bulundu. Deney grubundaki RA'lı kadınların yarıdan fazlasının (% 65.6) eğitim öncesi ve sonrasında anksiyete puan ortalamaları kesme noktasının altındaydı (10 ve altı). Kontrol grubundaki RA'lı kadınların yarıdan fazlasının (% 67.6) başlangıç ve 3. ay anksiyete puan ortalamaları kesme noktasının altındaydı (10 ve altı). **Çalışmamızda, deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim sonrasında anksiyete düzeylerinde bir değişiklik bulunmadı.** Deney grubundaki hastaların eğitim öncesinde hastane depresyon ölçeği puan ortalaması 8.21 ± 4.74 iken, eğitim sonrasında 8.71 ± 4.61 olarak bulundu (Tablo 6). Kontrol grubu hastalarının başlangıç hastane depresyon ölçeği puan ortalaması 6.52 ± 3.74 , 3. ay hastane depresyon ölçeği puan ortalaması 6.67 ± 3.68 olarak bulundu (Tablo 6). **Deney grubundaki RA'lı kadınların yarıdan fazlasının depresyon puanları eğitim öncesinde (59.4) ve sonrasında (68.8) kesme noktasının üstündeydi (7 ve üzeri).** Kontrol grubundaki RA'lı kadınların yarıdan fazlasının depresyon puanları başlangıç (% 64.7) ve 3. ayda (% 61.8) kesme noktasının altındaydı (7 ve altı). **Çalışmamızda, deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim sonrasında depresyon düzeylerinde bir değişiklik bulunmadı. Ancak deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim sonrasında depresyon puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.**

Vermaak ve ark.nın (54) çalışmasında hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri kontrol döneminde sabit kalmıştır. Depresyon düzeyinin, eğitimden sonra önemli ölçüde iyileştiği ve 12 aya kadar korunduğu belirlenmiştir. Hastalara verilen eğitim programının hastaların depresyon düzeylerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Rahim ve ark.nın (13) çalışmasında hastaların depresyon ve anksiyete prevalansları sırasıyla % 23.3, % 42.3 olarak belirlenmiştir. Gronning ve ark.nın (52) çalışmasında deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ve sonrasında anksiyete ve depresyon düzeylerinde bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir.

Land ve ark. na (45) göre artritli kişilerin psikiyatrik bozukluklara sahip olma ihtimali daha yüksektir. Önceden var olan artrit, bir psikiyatrik bozukluk (duygudurum bozukluğu) geliştirme riskini artırmaktadır. Artritin duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile ilişkisi benzer bulunmuştur. Wells ve ark. (55) tarafından yapılan bir çalışmada, artritli kişilerin anksiyete bozuklukları prevalansında anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda eğitim grubundaki RA'lı kadınların yarıdan fazlasının depresyon düzeylerinin kesme noktasının üzerinde olması kadın cinsiyete bağlı yüksek olduğu ve eğitimin kısa süreli olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.



ROMATOİD ARTRİTLİ KADINLARIN KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu araştırmada ilkökul ve altı, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim sonrasında yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi. Deney grubundaki ilkökul ve altı eğitim durumuna sahip hastaların başlangıçtaki yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. **Deney grubundaki ilkökul ve altı eğitim durumuna sahip kadınların eğitim sonrasında depresyon puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.** Çalışmamızda eğitim durumu 3.ay sonunda deney ve kontrol grubundaki RA'lı kadınların yaşam kalitesi, günlük yaşamdaki fonksiyonel durumu ve anksiyete düzeylerini etkilemedi.

Literatürde eğitim ile ilgili farklı araştırma sonuçları yer almaktadır. Wallenius ve ark. (56), daha yüksek bir eğitim düzeyinin daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu ve bu durumun hastalıkla baş etmede etkili olduğunu bildirmiştir. Zhang ve ark. nın (57) çalışmasında RA hastalarında düşük yaşam kalitesi ve düşük eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyonun olası risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. Ovayolu ve ark.nın (58) çalışmasında yüksek öğrenim düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda her eğitim düzeyindeki RA'lı kadınların eğitime istekli olmasının yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda, eğitim sonrasında deney grubundaki evli olan kadınların yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi. Deney grubundaki bekar (boşanmış, eşi ölmüş) RA'lı kadınların eğitim sonrasındaki (3. ay) anksiyete ve depresyon puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulundu.

Purabdollah ve ark. (59), medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve hastalığın tedavisinde sosyal ve aile desteğinin rolünün önemli olduğunu belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada depresif belirtilerin görülmesinde medeni durumun etkili olduğu bekar olanların daha depresif olduğu olduğu belirlenmiştir (60).

Kronik bir hastalık olan RA'nın yönetiminde eş, aile gibi sosyal ve ekonomik desteğin yaşam kalitesi ve psikososyal durum üzerine olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda, eğitim sonrasında deney grubundaki çalışmayan RA'lı kadınların yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi. Deney grubundaki çalışan RA'lı kadınların başlangıç ve eğitim sonrasında yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha düşük bulundu.

Literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır; Katchamart ve ark.nın (61) çalışmasında işsiz veya emekli olma durumunun yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir. Wan ve ark.nın (62) çalışmasında RA'lı bireylerin çalışma durumunun yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur. Wallenius ve ark. nın (56) çalışmasında işengeli olan RA'lı kadınların yaşam kalitesinin çalışan RA'lı kadınlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Chorus ve ark. (63), RA'lı hastalarda çalışmanın sosyal destek ve dikkat dağınıklığı sağlayabileceği için yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Ovayolu ve ark. nın (58) çalışmasında işsiz olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Groessl ve ark.nın (36) çalışmasında işsiz olmanın düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda eğitim grubunda yer alan kadınların çoğunun ev hanımı olmasının (23 hasta), ilkökul ve altı eğitim düzeyine sahip olmasının (%70.4) ve gelir durumlarının orta/iyi (%88.9) olmasının yaşam kalitesine olumlu yönde yansıdığı düşünülmektedir. Çalışan RA'lı kadınların aile, eş, ev sorumluluğunun kadınların psikososyal yükünü arttırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Araştırmamızda, eğitim sonrasında deney grubunda ilaç ve biyolojik ajanı birlikte alan kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Yapılan güncel bir çalışmada biyolojik ajanlar ile metotreksatın kombine tedavisi hastalık aktivitesinin kontrolünde etkili olduğu belirtilmiştir (64). Biyolojik ajanlar ve metotreksatın kombine tedavisinin metotreksat tedavisine göre aktif RA'lı hastalara klinik fayda sağladığını gösteren çalışmalar yapılmıştır. Kombine tedavinin romatoid inflamasyonun ilerleyen eklem hasarını önlediğini ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermiştir (65,66).

İlaç tedavisi ve biyolojik ajanı birlikte alan RA'lı kadınların semptomlarının iyileşmesinin günlük yaşam aktivitelerine olumlu yansıdığı ve yaşam kalitesinin iyileştiği söylenebilir.

Araştırmamızda, deney grubunda eşlik eden kronik hastalığı olmayan RA'lı kadınların eğitim sonrasında yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi.

Gerber ve ark.nın (67) çalışmasında artritli kadınlarda kardiyovasküler hastalık, obezite ve diyabetin prevalansın yüksek olduğu belirtilmiştir. Ranganath ve ark. nın (68) çalışmasında

eşlik eden hastalığı olan yaşlı RA'lı bireylerin günlük yaşamdaki fonksiyonel durumlarında daha az iyileşme olduğu bildirilmiştir.

RA'lı kadınların diyabet, hipertansiyon vb. gibi eşlik eden kronik hastalığının olmaması RA semptomları ile daha etkili baş etmelerine ve bu durumun yaşam kalitesinin iyileşmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda, deney grubunda artrit nedeniyle etkilenen deformitesi olan RA'lı kadınların eğitim sonrasında yaşam kalitesi daha yüksek bulundu. Eğitim sonrasında (3. ay) deney grubundaki deformitesi olmayan hastaların depresyon puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.

Rahim ve ark. (13), RA'lı hastalarda şişmiş eklem sayısının depresyon ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Wan ve ark.nın (62) çalışmasında hassas eklem sayısının fazla olması düşük yaşam kalitesinin göstergesi olduğu belirlenmiştir.

Artrit nedeniyle etkilenen deformitesi olan RA'lı kadınların çoğunluğunun ilaç ve biyolojik ajanı birlikte kullanması (%75), eğitime açık olması, bu grupta yer alan RA'lı kadınların semptom yönetimi için eğitime daha fazla önem verdiği ve bu durumun yaşam kalitesini iyileştirdiği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Romatoid Artritli kadınlara hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Deney ve kontrol grubundan yer alan RA'lı kadınlar kişisel ve hastalıkla ilgili özellikler açısından benzer bulundu.
- Deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim sonrasında yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi
- Deney grubundaki RA'lı kadınların başlangıçtaki yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha düşük bulundu.
- Deney ve kontrol gruplarındaki RA'lı kadınların günlük yaşamdaki fonksiyonel durumlarında değişiklik bulunmadı.
- Deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim sonrasında anksiyete düzeylerinde bir değişiklik bulunmadı.
- Deney grubundaki RA'lı kadınların yarıdan fazlasının depresyon puanları eğitim öncesinde ve sonrasında kesme noktasının üstündeydi.
- Deney grubundaki RA'lı kadınların eğitim sonrası depresyon düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.
- Deney grubundaki ilkökul ve altı, ortaokul ve üzeri eğitim durumuna sahip RA'lı kadınların eğitim sonrasında yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi.
- Eğitim sonrasında deney grubundaki evli olan RA'lı kadınların yaşam kalitesinin iyileştiği belirlendi.

- Deneş grubundaki bekar (boşanmış, eşi ölmüş) RA'lı kadınların eğitim sonrasındaki (3. ay) anksiyete ve depresyon düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.
- Eğitim sonrasında deneş grubundaki çalışmayan RA'lı kadınların yaşam kalitesinin iyileştiğı belirlendi.
- Deneş grubundaki çalışan RA'lı kadınların yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha düşük bulundu.
- Eğitim sonrasında deneş grubunda ilaç ve biyolojik ajanı birlikte alan RA'lı kadınların yaşam kalitesinin iyileştiğı belirlendi.
- Deneş grubunda eşlik eden kronik hastalığı olmayan RA'lı kadınların eğitim sonrasında yaşam kalitesinin iyileştiğı belirlendi.
- Eğitim sonrasında deneş grubunda artrit nedeniyle etkilenen deformitesi olan RA'lı kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi.
- Eğitim sonrasında deneş grubundaki deformitesi olmayan RA'lı kadınların depresyon düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda öneriler aşağıda verilmiştir.

- Romatoid Artritli kadınlara hastalık yönetimine ilişkin (semptom, günlük yaşam aktivitesi, günlük yaşamdaki fonksiyonel durum) eğitimin romatoloji hemşireleri tarafından eğitim materyali kullanılarak düzenli aralıklarla verilmesi,
- Romatoid Artritli kadınlara verilen/planlanan eğitim programlarında kişisel (bekar, çalışma durumu vb.) ve hastalığa ilişkin özellikler (eşlik eden kronik hastalık, etkilenen deformite, tedavi şekli) göz önünde bulundurulması,
- Romatoid Artritli kadınların yaşam kalitesi, anksiyete depresyon düzeyleri belli aralıklarla geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmesi,
- Romatoid Artritli kadınlara kronik hastalık semptomlarına bağılı yaşadıkları psikososyal sorunlara yönelik uzman desteğı sağlanması
- Romatoid Artritli kadınların sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi ve günlük yaşama aktif katılımlarının desteklenmesi,
- Daha fazla sayıda vaka grupları ile uzun dönem kanıta dayalı randomize kontrollü gelecek araştırmalar yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Bu randomize kontrollü araştırma, Romatoid Artritli kadınlara hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

Araştırma Şubat 2019- Ekim 2019 tarihleri arasında Romatoid Artritli 66 kadın hasta (32 deney, 34 kontrol) ile Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin Romatoloji kliniği ve polikliniğinde yürütüldü. Veriler; hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren “Hasta Bilgi Formu”, “Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği”, “Sağlık Değerlendirme Anketi” ve “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği” kullanılarak toplandı. Deney ve kontrol grubundaki hastalara ilk görüşmede ilgili ölçekler ve anket formu uygulandı. Deney grubundaki katılımcılara hastalık yönetimine ilişkin bireysel eğitim ve Romatoid Artrit hasta eğitim kitapçığı verildi ve üçüncü ayın sonunda tüm ölçekler tekrar uygulandı. Eğitim verilmeyen kontrol grubundaki hastalara da üçüncü ayın sonunda aynı ölçekler uygulandı. Veriler IBM OSPSS 20.0 programında tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, minimum, maksimum), Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis-H testi, Pearson Ki-Kare Testi, Continuity Correction testi, Fisher’s Exact test, Wilcoxon Signed Ranks test kullanılarak değerlendirildi. $p < 0.05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Çalışmada deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 56.46 ± 11.88 , yarıdan fazlası ilkokul mezunu ve çoğunluğu evliydi. Kontrol grubundaki Romatoid Artritli kadınların yaş ortalaması 59.50 ± 9.97 , yarıdan fazlası ilkokul mezunu ve çoğunluğu evliydi. Deney grubundaki Romatoid Artritli kadınların eğitim sonrasında yaşam kalitesinin iyileştiği bulundu. Eğitim sonrasında deney grubunda ilkokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip, evli, çalışmayan, ilaç ve biyolojik ajanı birlikte alan, eşlik eden kronik hastalığı olmayan, artrit nedeniyle etkilenen deformitesi olan Romatoid Artritli kadınların yaşam kalitesi daha yüksek bulundu

($p<0.05$). Eğitim sonrasında deney grubundaki kadınların günlük yaşamdaki fonksiyonel durumlarında bir değişiklik bulunmadı. Deney grubundaki Romatoid Artritli kadınların eğitim sonrası depresyon puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.

Sonuç olarak; romatoloji hemşireleri tarafından Romatoid Artritli kadınlara hastalık yönetimine ilişkin verilecek bireysel eğitimin yaşam kalitesini arttıracakı düşünölmektedir. Romatoid Artritli kadınlara semptomlara bağlı yaşadıkları sorunlara yönelik psikososyal destek almaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon



**THE EFFECT OF EDUCATION GIVEN ON DISEASE
MANAGEMENT TO WOMEN WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON
THE QUALITY OF LIFE AND ANXIETY DEPRESSION**

SUMMARY

This randomized controlled trial was planned to determine the impact of education about disease management for women with Rheumatoid Arthritis on quality of life and anxiety depression.

The study was conducted with 66 women with Rheumatoid Arthritis (32 intervention, 34 control) at the rheumatology clinic and polyclinic of a university hospital in the city of Edirne between February and October 2019. Data were collected with "Patient Information Form", "Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale", "Health Assessment Questionnaire" and "Hospital Anxiety Depression Scale". In the first interview, the scales and questionnaire were applied to the intervention and control groups. Participants in the intervention group were given individual training and education booklet of disease management, and all scales were reapplied at the end of the third month. The control group who did not receive training applied to the same scales at the end of the third month. Data were analysed by mean, standard deviation, percentage, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis-H test, Pearson Chi-Square Test, Continuity

Correction test, Fisher's Exact test, Wilcoxon Signed Ranks. Values with $p < 0.05$ were considered statistically significant.

This study found that the mean age of the intervention group was 56.46 ± 11.88 years, more than half were primary school graduates and the majority of them were married. The mean age of women with Rheumatoid Arthritis in the control group was 59.50 ± 9.97 years, more than half were primary school graduates and the majority of them were married. The study found that life quality of women with Rheumatoid Arthritis in intervention group improved/increased after education. After the education, life quality of women with rheumatoid arthritis in intervention group who had primary or higher education level, married, not working, taking medication and biological agent together, without comorbid disease and deformity affected by arthritis were higher than the control group. There was no difference in the functional status in daily life of women in the intervention group after the education. Depression scores of women with rheumatoid arthritis in the intervention group were higher than the control group.

It is thought that individual training on disease management to be given to women with rheumatoid arthritis by rheumatology nurses will increase the quality of life. Women with rheumatoid arthritis are recommended to receive psychosocial support for their problems related to symptoms.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, quality of life, anxiety, depression

KAYNAKLAR

1. Moghadam MH, Jahanbin I, Nazarinia MA. The effect of educational program on self-efficacy of women with rheumatoid arthritis: A randomized controlled clinical trial. *IJCBNM* 2018;6(1):12-20.
2. Gök Metin Z, Özdemir L. Romatoid artritte ağrı ve yorgunluğun yönetiminde aromaterapi ve refleksolojinin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016;13(1):44-9.
3. Hindistan S, 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.
4. Silva JAP, Woolf AD. *Rheumatology in Practice*. Springer-Verlag London Limited, 2010. p.19.4-19.22.
5. Batko B, Stajszczyk M, Swierkot J, Urbanski K, Raciborski F, Jedrzejewski M. et al. Prevalence and clinical characteristics of rheumatoid arthritis in Poland: a nationwide study. *Arch Med Sci* 2019;15(1):134–140.
6. Rossini M, Rossi E, Bernardi D, Viapiana O, Gatti D, Idolazzi L. et al. Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis in Italy. *Rheumatol Int* 2014;34:659–664.

7. Yılmaz S. Romatoid Artrit. Çınar Fİ, Çınar M, Yılmaz S, Erdem H (Editörler). Romatoloji Hemşireliği ve Klinik Uygulamalar. İstanbul: Deomaed Yayıncılık; 2016,s.53-56.
8. Tuncer T, Gilgil E, Kaçar C, Kurtaiş Y, Kutlay Ş, Bütün B. ve ark. Prevalence of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis in Turkey: A nationwide study. Arch Rheumatol 2018;33(2):128-13.
9. 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.
10. Parlar S, Fadıloğlu Ç, Argon G, Keser G. Artritli hastalarda bireysel hastalık yönetiminin hastaların yetersizlik düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(4):1236-45.
11. Lovisi Neto BE, Jennings F, Barros Ohashi C, Silva PG, Natour J. Evaluation of the efficacy of an educational program for rheumatoid arthritis patients. Clinical and Experimental Rheumatology 2009;27:28-34.
12. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Rheumatology 2013;52:2136-48.
13. Rahim RA, Cheng CH. Self-reported symptoms of depression, anxiety and stress among patients with rheumatoid arthritis in a Malaysian rheumatology centre-prevalence and correlates. Med J Malaysia 2018;73(4):226-232.
14. Matcham F, Norton S, Scott DL, Steer S, Hotopf M. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. Rheumatology 2016;55:268-278.
15. Tasci Bozbas G, Gurer G. The knowledge level of turkish rheumatoid arthritis patients about their diseases. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi 2018;23(1):12-9.
16. Karahan AY, Bağçacı 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.
17. Fall E, Chakroun N, Dalle N, Izaute M. Is patient education helpful in providing care for patients with rheumatoid arthritis? A qualitative study involving French nurses. Nursing and Health Sciences 2013;15:346-352.
18. Mert H. Romatoid Artrit ve Bakım Yönetimi. Özer S (Editör). "Olgu Senaryolarıyla" İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.; 2019. s.595-602.

19. Lipsky PE. Romatoid Artrit (çeviri: S. Akar). Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Loscalzo J, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL (Editörler). Harrison's Principals of Internal Medicine'da. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2013.s. 2083-92.
20. Birol L, Tokem Y. Eklem ve Bağ Dokusu Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, Birol L (Editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda. Ankara: Akademisyen Kitabevi A.Ş.; 2020.s.969-1015.
21. Tan M. Eklem ve Bağ Dokusu Hastalıkları ve Bakım. Durna Z (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013. s.497-524.
22. Kılıç SP. Eklem ve Bağ Dokusu Hastalıkları. Ovayolu N, Ovayolu Ö (Editörler). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016. s.394-404.
23. Weisman MH. Rheumatoid Arthritis. In: Wallace DJ (Ed.). New York: Oxford University Press; 2011.
24. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis 2010;69:1580-1588.
25. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. Arthritis & Rheumatism 2010;62(9):2569–2581.
26. Kay J, Upchurch KS. ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. Rheumatology 2012;51:vi5-vi9.
27. Demirel A, Kırnay M. Romatoid artrit tedavisinde geleneksel ve güncel yaklaşımlar. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 2010;19(1):74-84.
28. Hoes JN, Jacobs JWG, Boers M, Boumpas D, Buttgerit F, Caeyers N. et al. EULAR evidence-based recommendations on the management of systemic glucocorticoid therapy in rheumatic diseases. Ann Rheum Dis 2007;66:1560-67.
29. Smolen JS, Landewe R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M. et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. Ann Rheum Dis 2017;76:960-77.

30. Özkaraman A, Özer S, Alpaslan GB. Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(3):138-152.
31. Eijk-Husting Y, Tubergen A, Boström C, Braychenko E, Buss B, Felix J. et al. EULAR recommendations fort he role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2012;71:13-19.
32. Minnock P, McKee G, Kelly A, Carter SC, Menzies V, O’Sullivan D. et al. Nursing sensitive outcomes in patients with rheumatoid arthritis: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2018;77:115–29.
33. Intriago M, Maldonado G, Cardenas J, Rios C. Quality of life in Ecuadorian patients with established rheumatoid arthritis. *Open Access Rheumatology and Reviews* 2019;11:199-205.
34. Minkin T. A biopsychosocial perspective on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Alkalmazott Psichologia* 2014;14(4):133–148.
35. Ethgen O, Kahler KH, Kong SX, Reginster J, Wolfe F. The effect of health-related quality of life on reported use of health care resources in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a longitudinal analysis. *J Rheumatol* 2002;29:1147–1155.
36. Groessl E, Ganiats TG, Sarkin AJ. Sociodemographic differences in quality of life in rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics*. 2006;24(2):109–121.
37. Nunez M, Sanchhez A, Nunez E, Casals T, Alegre C, Munoz-Gomez J. Patients’ perceptions of health related quality of life in rheumatoid arthritis and chronic low pack pain. *Quality of Life Research* 2006;15:93-102.
38. Santos EJJ, Duarte C, Ferreira RJO, Pinto AM, Geenen R, Silva JAP. Determinants of happiness and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a structural equation modelling approach. *Ann Rheum Dis* 2018;77:1118-1124.
39. Balcı Şengül C, Akkaya N. Romatolojik hastalıklar ve depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6(4):363-374.
40. Işık A, Koca SS, Öztürk A, Mermi O. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2007;26:872-878.
41. Graves H, Scott DL, Lempp H, Weinman J. Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research* 2009;67:417-423.

42. Kolahi S, Noshad H, Fakhari A, Khabbazi AR, Hajaliloo M, Nasab LG. Mental health status of women with rheumatoid arthritis in Iran. *Iran Red Crescent Med Journal* 2014;16(2):e14250.
43. Marrie RA, Hitchon CA, Walld R, Pattern SB, Bolton JM, Sareen J. Increased burden of psychiatric disorders in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research* 2018;70(7):970-978.
44. Uçar M, Gül Aİ, Sarp Ü. Romatoid Artrit ve depresyon arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi* 2014;41(3):548-551.
45. Land H, Verdurmen J, Have M, Dorselaer S, Beekman A, Graaf R. The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. *Journal of Psychosomatic Research* 2010;68:187-193.
46. Qiu XJ, Zhang XL, Cai LS, Yan C, Yu L, Fan J. Rheumatoid Arthritis and risk of anxiety: a meta-analysis of cohort studies. *Clinical Rheumatology* 2019;38:2053-2061.
47. Kars Fertelli T. Effects of education about rheumatoid arthritis and sexuality on the sexual problems of women with rheumatoid arthritis. *Clinical Nursing Research* 2019; 1-21.
48. Akkaya F. Romatoid Artrit Hastalarında Yalnızlık, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
49. Traistaru MR, Kamal D, Trasca DM, Foarfa MC, Gruia CL, Rogoveanu OC. Rheumatoid nodules and quality of life in rheumatoid arthritis females-complex assessment. *Rom J Morphol Embryol* 2016;57(1):215-225.
50. Tali M. A biopsychosocial perspective on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Alkalmazott Psichologia* 2014;14(4):133-148.
51. Abourazzak F, El Mansouri L, Huchet D, Lozac'hmeur R, Hajjaj-Hassouni N, Ingels A. Long-term effects of therapeutic education for patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* 2009;76:648-653.
52. Gronning K, Skomsvoll JF, Rannestad T, Steinsbekk A. The effect of an educational programme consisting of group and individual arthritis education for patients with polyarthritis – A randomised controlled trial. *Patient Education and Counselling* 2012;88:113-120.

53. Baillet A, Payraud E, Niderprim VA, Nissen MJ, Allenet B, François P. et al. A dynamic exercise programme to improve patients' disability in rheumatoid arthritis: a prospective randomized controlled trial. *Rheumatology* 2009;48:410-415.
54. Vermaak V, Briffa NK, Langlands B, Inderjeeth C, McQuade J. Evaluation of a disease specific rheumatoid arthritis self-management education program, a single group repeated measures study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2015;16:214-220.
55. Wells KB, Golding JM, Burnam AB. Affective, substance use, and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions. *Gen Hosp Psychiatr* 1989;11:320-7.
56. Wallenius M, Skomsvoll JF, Koldingsnes W, Rodevand E, Mikkelsen K, Kaufmann C. et al. Comparison of work disability and health-related quality of life between males and females with rheumatoid arthritis below the age of 45 years. *Scand J Rheumatol.* 2009;38(3):178-183.
57. Zhang L, Xia Y, Zhang Q, Fu T, Yin R, Guo G. The correlations of socioeconomic status, disease activity, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Psychology, Health & Medicine* 2017;22(1):28-36.
58. Owayolu N, Owayolu O, Karadag G. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clin Rheumatol* 2011;30:655-664.
59. Purabdollah M, Lakdizaji S, Rahmani A, Hajalilu M, Ansarin K. Relationship between sleep disorders, pain and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *J Caring Sci* 2015; 4(3):233-241.
60. Abdel-Nasser AM, Abd El-Azim S, Taal E, El-Badawy SA, Rasker JJ, Valkenburg H.A. Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: An analysis of their occurrence and determinants. *British Journal of Rheumatology* 1998;37:391-397.
61. Katchamart W, Narongroeknawin P, Chanapai W, Thaweeratthakul P. Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatology* 2019;3:34.
62. Wan SW, He HG, Mak A, Lahiri M, Luo N, Cheung PP. et al. Health-related quality of life and its predictors among patients with rheumatoid arthritis. *Applied Nursing Research* 2015. doi: 10.1016/j.apnr.2015.07.004
63. Chorus AM, Miedema HS, Boonen A, Van Der Linden S. Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Ann Rheum Dis* 2003;62(12):1178-1184.
64. Hazlewood GS, Barnabe C, Tomlinson G, Marshall D, Devoe D, Bombardier C. Methotrexate monotherapy and methotrexate combination therapy with traditional and

biologic disease modifying antirheumatic drugs for rheumatoid arthritis: abridged Cochrane systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2016;353:i1777.

65. Bathon JM, Martin RW, Fleischmann RM, Tesser JR, Schiff MH, Keystone EC. A comparison of etanercept and methotrexate in patients with early rheumatoid arthritis. *New Engl J Med* 2000;343(22):1586–93.
66. Cairns AP, Taggart AJ. Anti-tumor necrosis factor therapy for severe inflammatory arthritis: two years of experience in Northern Ireland. *Ulster Med J.* 2003;71:101–5.
67. Gerber LM, Chiu YL, Verjee M, Ghomrawi H. Health-related quality of life in midlife women in Qatar: relation to arthritis and symptoms of joint pain. *Menopause* 2016;23(3):324-329.
68. Ranganath VK, Maranian P, Elashoff DA, Woodworth T, Khanna D, Hahn T. et al. Comorbidities are associated with poorer outcomes in community patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2013;52:1809-1817.

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Romatoid Artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar	13
Şekil 2. Araştırmanın tasarımı.....	27
Şekil 3. Araştırma akış şeması	28
Şekil 4. Gruplara göre Romatoid Artritli kadınların (eğitim öncesi ve sonrası) yaşam kalitesi puanlarındaki değişime ilişkin dağılımı	40

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Romatoid Artrit eklem bulguları	7
Tablo 2. Romatoid Artrit eklem dışı bulguları	8
Tablo 3. 2010 Romatoid Artrit tanı kriterleri (ACR/EULAR)	10
Tablo 4. Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL), Sağlık Değerlendirme Anketi Ölçeği (HAQ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS) Puan Ortalaması ve İç Tutarlılık (Cronbach's Alpha) Değerleri	32
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Kişisel ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	37
Tablo 6. Gruplara Göre Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL), Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 7. Grupların Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği kesme noktası puanlarına göre dağılımı	41
Tablo 8. Eğitim durumlarına göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması	43
Tablo 9. Medeni durumlarına göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması	45
Tablo 10. Çalışma durumlarına göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması	47
Tablo 11. Romatoid Artrit tedavisine göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması	49
Tablo 12. Eşlik eden kronik hastalığa göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması	51
Tablo 13. Artrit nedeniyle etkilenen deformite varlığına göre grupların ölçek (RAQoL, HAQ, HAD-A, HAD-D) puan ortalamalarının karşılaştırılması	53

ÖZGEÇMİŞ

İrem Yıldız Çilengiroğlu, 1990 yılında İzmir’de doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini İzmir’in Selçuk ilçesinde tamamlamıştır. 2009 yılında Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde başladığı eğitimini Ocak 2015’te tamamlamıştır. 2015 yılında İzmir Özel Kent Hastanesi’nde klinik hemşiresi olarak yaklaşık 9 ay çalışmıştır. 2015 yılında başladığı Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Klinik İlaç Araştırmaları yüksek lisans programını 2017 yılında tamamlamıştır. Ekim 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda araştırma görevlisi olarak çalışmıştır. 2017 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programına başlamıştır. Mayıs 2017 tarihinde Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalına araştırma görevlisi olarak atandı ve hala bu görevini sürdürmektedir.

EKLER

EK 1- Hasta Bilgi Formu

EK 2- Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK 3- Sağlık Değerlendirme Anketi

EK 4- Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

EK 5- Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanım izni

EK 6- Sağlık Değerlendirme Anketi kullanım izni

EK 7- Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanım izni

EK 8- Hasta Eğitim Kitapçığı

EK 9- Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dekanlığı Etik Kurul izni

EK 10- Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kurum izni

EK 1

Anket Formu

1. Bölüm: Katılımcının Tanımlayıcı Özellikleri

Yaşınız:

Boy:.....

Kilo:.....

Eğitim durumu:

1 () Okur-yazar değil

2 () Okur-yazar

3 () İlkokul mezunu

4 () Ortaokul mezunu

5 () Lise mezunu

6 () Üniversite mezunu

7 () Diğer.....

Medeni durum:

1 () Evli

2 () Bekar

3 () Dul (eşi ölmüş)

4 () Boşanmış

Çocuk sayısı:

Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Çalışma durumu:

1 () Çalışıyorum

2 () Çalışmıyorum

Mesleği:

Gelir durumu:

Yerleşim yeri:

1 () İl

2 () İlçe

3 () Köy

Klinik tanı süresi:

Romatoid artrit tedavisi:

1 () İlaç tedavisi:

2 () Biyolojik ajan:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Eşlik eden kronik hastalık var mı?

1 () Yok

2 () Var ise.....

Artrit nedeniyle etkilenen deformite:

1 () Yok

2 () Var ise.....

EK 2

Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği

Romatoid Artrit hastaları yaşamlarında güçlük çektikleri durumlar bulunmaktadır. Sizler de bu güçlükleri yaşıyor olabilirsiniz. Aşağıda belirtilen durumları kendi durumunuza uyacak şekilde "Evet" ya da "Hayır" şeklinde yanıtlayarak işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
1. İstediğim saatten daha erken yatmak zorunda kalıyorum		
2. İnsanların bana dokunmasından / değmesinden korkuyorum		
3. Hoşuma giden rahat ayakkabı bulmakta zorlanıyorum		
4. Sağlık durumumdan dolayı kalabalık ortamlardan kaçınıyorum		
5. Giyinip soyunurken zorlanıyorum		
6. Alışverişe giderken yürümekte zorlanıyorum		
7. Evle ilgili işleri yapmak uzun zamanımı alıyor		
8. Tuvaleti kullanırken bazen zorluk çekiyorum		
9. Sağlık durumum nedeniyle yapmak istediklerimi yapamadığım için sık sık bıkkınlık hissediyorum		
10. Bir işi yaparken dinlenmek için sık sık ara vermek zorunda kalıyorum		
11. Çatal, bıçak kullanırken zorlanıyorum		
12. Dikkatimi toplamakta zorlanıyorum		
13. Bazen tek istediğim yalnız başıma kalmak		
14. Çok uzun mesafe yürümekte zorlanıyorum		
15. Hastalığım nedeniyle insanlarla tokalaşmaktan kaçınmaya çalışıyorum		
16. Sık sık moralim bozuluyor		
17. Aile ve arkadaş faaliyetlerine katılmıyorum		
18. Yıkılırken (banyo yaparken) zorluk çekiyorum		
19. Bazen sağlık durumum nedeniyle ağlayıp rahathıyorum		
20. Sağlık durumum nedeniyle her yere gidemiyorum		
21. Ne yapsam yoruluyorum		
22. Kendimi başkalarına muhtaç hissediyorum		
23. Rahatsızlığım / hastalığım hiç aklımdan çıkmıyor		
24. Sık sık kendime kızıyorum		
25. Sağlık durumumdan dolayı çok çaba sarfetmem gerektiği için dışarı çıkıp insanlarla görüşemiyorum		
26. Gece uykularım çok kötü		
27. Yakın çevremdeki kişilerle ilgilenmekte zorlanıyorum		
28. Hastalığımla / Durumumla başedemediğimi hissediyorum		
29. Fiziksel temastan kaçınıyorum		
30. Sağlık durumum nedeniyle giyebileceğim kıyafetler sınırlı		

EK 3

Sağlık Değerlendirme Anketi

Bu ankette hastalığınızın günlük yaşamdaki bazı hareketlerinizi, aktivitelerinizi nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Eklemek istediğiniz düşünceleriniz varsa lütfen bu sayfanın arkasına yazınız veya bana söyleyiniz.

Geçtiğimiz hafta boyunca yaptığınız günlük aktivitelerinizle ilgili olarak durumunuza en iyi uyan cevabı işaretleyiniz.

	Hiç zorluk çekmeden yapıyorum	Biraz zorlukla yapıyorum	Çok zorlukla yapıyorum	Hiç yapamıyorum
Giyip kuşanma				
Ayakkabı bağlamak ve düğme ilikleme dahil, kendi kendinize giyinebiliyor musunuz?				
Saçınızı yıkayabiliyor musunuz?				
Doğrulma				
Düz bir sandalyeden kalkabiliyor musunuz?				
Yatağa yatıp, kalkabiliyor musunuz?				
Yemek yeme				
Etinizi kesebiliyor musunuz?				
Dolu bir fincanı veya bardağı ağızınıza götürebiliyor musunuz?				
Yeni bir karton süt veya meyve suyu kutusunu açabiliyor musunuz?				
Yürüme				
Dışarıda, düz bir zeminde yürüyebiliyor musunuz?				
Beş basamak merdiven çıkabiliyor musunuz?				

Yukarıda sorulan aktiviteleri yaparken genelde kullandığımız yardımcı alet veya gereç varsa lütfen işaretleyiniz:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baston | <input type="checkbox"/> Giyinme için kullanılan araçlar (düğme çengeli, fermuar çekici, uzun saplı ayakkabı çekeceği vs.) |
| <input type="checkbox"/> Yürüteç | <input type="checkbox"/> Özel yapılmış gereçler |
| <input type="checkbox"/> Koltuk değneği | <input type="checkbox"/> Özel yapılmış sandalye |
| <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye | <input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz.....) |

Aşağıdaki aktiviteler için genelde başka bir kişiden yardım istiyor musunuz? Yardım istediğiniz aktivite varsa lütfen işaretleyiniz.

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Giyinip kuşanma | <input type="checkbox"/> Yemek yeme |
| <input type="checkbox"/> Doğrulma | <input type="checkbox"/> Yürüme |

Geçtiğimiz hafta boyunca yaptığınız günlük aktivitelerinizle ilgili olarak durumunuza en iyi uyan cevabı işaretleyiniz.

	Hiç zorluk çekmeden yapıyorum	Biraz zorlukla yapıyorum	Çok zorlukla yapıyorum	Hiç yapamıyorum
Hijyen				
Kendi kendinize yıkanıp, kurulanabiliyor musunuz?				
Küvette banyo yapabiliyor musunuz?				
Tuvalete oturup kalkabiliyor musunuz?				
Uzanma				
Başınızın biraz üzerinde duran 2,5 kilo ağırlığındaki bir nesneye (örneğin şeker torbası gibi) uzanıp, nesneyi aşağıya indirebiliyor musunuz?				
Eğilip verden bir giysiye alabiliyor musunuz?				
Kavrama				
Araba kapılarını açabiliyor musunuz?				
Daha önceden açılmış olan kavanoz kapaklarını açabiliyor musunuz?				
Muslukları açıp kapatabiliyor musunuz?				
Günlük işler				
Günlük işlere koşturup, alışveriş yapabiliyor musunuz?				
Arabaya binip inebiliyor musunuz?				
Yerleri süpürme veya bahçe işleri gibi günlük işleri yapabiliyor musunuz?				

Bu aktiviteleri yaparken genelde kullandığınız yardımcı alet veya gereç varsa lütfen işaretleyiniz:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yükseltilmiş tuvalet oturağı | <input type="checkbox"/> Bir yere uzanmak için uzun saplı gereçler |
| <input type="checkbox"/> Küvet oturağı veya sandalyesi | <input type="checkbox"/> Banyoda kullanmak için uzun saplı gereçler |
| <input type="checkbox"/> Kavanoz açacağı (önceden açılmış kavanozlar için) | <input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz.....) |
| <input type="checkbox"/> Küvet tutamağı | |

Aşağıdaki aktiviteler için genelde başka bir kişiden yardım istiyor musunuz? Yardım istediğiniz aktivite varsa lütfen işaretleyiniz.

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hijyen | <input type="checkbox"/> Elle kavrama ve bir şeyleri açma |
| <input type="checkbox"/> Uzanma | <input type="checkbox"/> Günlük işler (ev işleri, alışveriş) |

EK 4

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman Birçok zaman Zaman zaman, bazen Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
Pek eskisi kadar değil
Yalnızca biraz eskisi kadar
Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birsey olacaktım gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
Evet, ama çok da şiddetli değil
Biraz, ama beni endişelendiriyor.
Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
Şimdi pek o kadar değil
Şimdi kesinlikle o kadar değil
Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman Birçok zaman Zaman zaman, ama çok sık değil Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman Sık değil Bazen Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle Genellikle Sık değil Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
Çok sık
Bazen
Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman Bazen Oldukça sık Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

EK 5

ölçek kullanım izni hk. > [Belen Kutusu x]



İrem Yıldız <irem.yildiz@gmail.com>

27 Ağu 2018 Pzt 09:05



Alıcı: ayyse.kucukdeveci <>

Sayın hocam,

Trakya Üniversitesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Türkiye geçirlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeğini yüksek lisans tez başlığım "Romatoid Artritli Kadınlara Hastalık Yönetimine İlgilin Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi" olarak planladığımız çalışmada kullanmak istiyoruz. Ölçeği kullanmamıza izin verirseniz çok memnun oluruz. İzin vermeniz halinde ölçeğin Türkiye versiyonunu ve yönetmesini gönderebilir misiniz. Teşekkür ederim. Saygılarımla.

—
Arş. Gör. İrem YILDIZ
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Balkan Yerleşkesi 22030
Edirne, Türkiye



Ayşe Küçükdeveci <ayse.kucukdeveci@gmail.com>

27 Ağu 2018 Pzt 12:31



Alıcı: ben <>

Tamam İrem hanım. Şu an tatilimdeyim ama akşam gönderebilirim size.

Ayşe

27 Ağu 2018 Pzt 9:05 AM tarihinde İrem Yıldız <irem.yildiz@gmail.com> şunu yazdı:

xxxx



Ayşe Küçükdeveci <ayse.kucukdeveci@gmail.com>

28 Ağu 2018 Sal 11:04



Alıcı: ben <>

Sayın İrem Yıldız,

Türkiye adaptasyonunu yaptığımız RAQoL ölçeğini akademik amaçlı çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve makalemizi yolluyorum. Şunu belirtmek isterim ki firma destekli çalışmalarda firmaların Galen Research ile işbirliği yaparak ölçek kullanım ücreti ödemeleri gerekmektedir. Çalışmanızın firma destekli olmadığını bana bildirmenizi rica ediyorum. İyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Küçükdeveci

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İhsani Sina Hastanesi, Kat 4, Samsunpazarı, 06100 Ankara
Tel: +90 312 5082850, 5082822
Faks: +90 312 5083935
e-mail: ayse.kucukdeveci@gmail.com



EK 6

ölçek kullanım izni hk. [Gelen Kutusu](#)



İrem Yıldız <irem.yildiz@gmail.com>
Alici: ataman, ataman.sebnem

14 Ağu 2018 Sal 11:44 ☆ ↶ ⋮

Sayın hocam,
Trakya Üniversitesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Stanford Health Assessment Questionnaire" ölçeği, yüksek lisans tez başlığı "Romatoid Artritli Kadınlara Hastalık Yönetimine İlişkin Verilen Eğitim Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi" olarak planladığımız çalışmada kullanılmak istiyoruz. Ölçeği kullanmamıza izin verirseniz çok memnun oluruz. İzin vermeniz halinde ölçeğin Türkçe versiyonunu ve yönergesini gönderebilir misiniz. Teşekkür ederim. Saygılarımla.

—
Arş. Gör. İrem YILDIZ
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Edirne Yurtleşesi 22030
Edirne, Türkiye



Ayşe Küçükdeveci <ayse.kucukdeveci@gmail.com>
Alici: ben, sebnem

15 Ağu 2018 Çar 08:50 ☆ ↶ ⋮

Sayın İrem Yıldız,

Elite Türkçe adaptasyon ve geçerlilik/güvenlilik çalışmasını yaptığımız anket ve ilgili makalelerimizi yolluyorum. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Puanlaması orijinal versiyondaki gibi olup ekteki OA makalesinde de anlatılmaktadır. İyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Küçükdeveci

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İbni Sina Hastanesi, Kat 4, Samanpazarı, 06100 Ankara
Tel: +90 312 5082850, 5082822
Faks: +90 312 5083935
e-mail: ayse.kucukdeveci@gmail.com



EK 7

ölçek kullanım izni hk. [Gelen Kutusu](#)



İrem Yıldız <irem.yildiz@gmail.com>
Alıcı: soaydemir

1 Ağu 2018 Çar 23:22 ☆ ↶ ⋮

Sayın hocam,
Trakya Üniversitesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Türkiye geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini yüksek lisans tez konum "Romatoid Artritli Kadınlara Hastalık Yönetimine İlişkin Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi" olarak planladığımız çalışmada kullanmak istiyoruz. Ölçeği kullanmamıza izin verirseniz çok memnun oluruz. İzin vermeniz halinde ölçeğin Türkiye versiyonunu ve yönergesini gönderebilir misiniz. Teşekkür ederim. Saygılarımla.

—
Araş. Gör. İrem YILDIZ
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Balkan Yolu/Şekesi 22030
Edirne, Türkiye



Ömer Aydemir <soaydemir@gmail.com>
Alıcı: İrem

2 Ağu 2018 Per 08:56 ☆ ↶ ⋮

Sayın İrem Yıldız,
Tez çalışmanızda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Kolaylıklar diliyorum.
Prof. Dr. Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

1 Ağustos 2018 23:22 tarihinde İrem Yıldız <irem.yildiz@gmail.com> yazdı:

2 Ek



EK 8



ROMATOİD ARTRİT HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Hazırlayanlar

Arş. Gör. İrem YILDIZ

Prof. Dr. Serap ÜNSAR

ÖNSÖZ

Bu kitapçık Romatoid Artrit hakkında bilgi edinmek isteyen bireyler için düzenlenmiştir. Romatoid Artrit'in belirtileri, tedavisi, hastalık süreci ve hastalık yönetimi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Bu kitapçık romatoid artritli bireylerin eğitiminde kullanılacaktır. Bu kitapçığın hazırlanmasında katkılarından dolayı T. Ü. Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr.Hakan Emmungil ve Doç. Dr. Barış Yılmaz'ın, Romatoloji Kliniği sorumlu hemşiresi Uzm. Hem. Ayşe Gökçe Işıklı'ya, Hem. Fatma Önüt'e ve diğer romatoloji klinik hemşirelerine, Doç. Dr. Melahat Akgün Kostak' a ve Doç. Dr. Hatice Mert'e teşekkür ederiz.

Arş. Gör. İrem YILDIZ

Prof. Dr. Serap ÜNSAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

İçindekiler

Romatoid Artrit nedir?

Romatoid Artritin semptomları nelerdir?

Romatoid Artrit nasıl teşhis edilir?

Laboratuvar Değerleri

Görüntüleme Yöntemleri

Romatoid Artritin tedavisi

İlaç tedavisi

Biyolojik maddeler

Fiziksel tedavi

Cerrahi yöntemler

Diğer ek önlemler

Romatoid Artritte Gebelik

Romatoid Artritte Beslenme

Romatoid Artritte Egzersiz

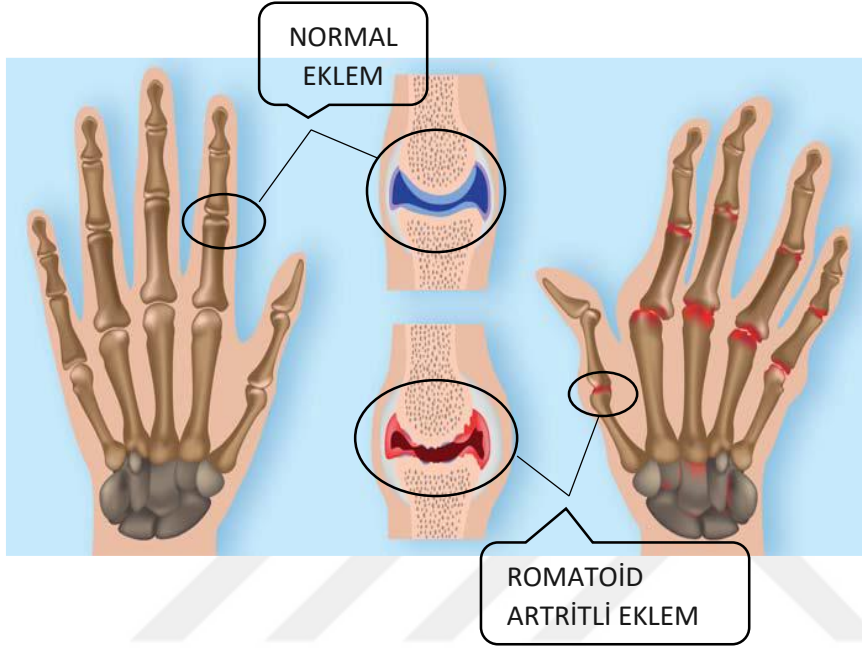
Günlük görevler

Günlük yaşamda destek

Duygusal sağlık

➤ Romatoid Artrit Nedir?

Romatoid Artrit birden fazla organı veya organ sistemini tutabilen kronik iltihaplı bir hastalıktır. Bu hastalık ağırlıklı olarak eklemlerde tutulum göstermektedir. Artrit, eklem iltihabı demektir. Romatoid Artrit en sık görülen iltihaplı eklem hastalığıdır. Nüfusun yaklaşık %0,6–1’inde görülmektedir. Bireyler bu hastalığa çoğunlukla 40 ile 50 yaşları arasında yakalanmaktadır. Hastalık kadınlarda erkeklere göre üç kat daha sık görülmektedir.



➤ Romatoid Artritin Belirtileri (Semptomları) Nelerdir?

Sık görülen belirtiler:

- Eklem ağrısı ve şişlik
- Sertlik, tutukluk
- Yorgunluk, depresyon, sinirlilik
- Anemi
- Grip benzeri belirtiler; genel olarak hasta hissetme, sıcaklık hissetme, terleme

Daha az görülen belirtiler:

- Kilo kaybı
- Gözlerde iltihap
- Romatizmal nodül (özellikle dirsek ve el bileği bölgesinde, derinin altında, dokunulduğunda hissedilen küçük şişlikler)
- Vücudun diğer kısımlarında oluşan iltihap

Belirtiler genellikle ilk olarak el ve el bileklerinde görülür. Daha sonra dirsek, ayak bilekleri, ayak ve ayak parmaklarına hareket ederler. Romatoid Artrit genellikle vücudun her iki tarafındaki eklemleri aynı anda etkiler, sağ el etkilenirse sol el de etkilenir.

➤ Romatoid Artrit Nasıl Teşhis Edilir?

Romatoid artrit hastalığının tanısı için tek bir test yoktur. Doktorunuz yaşadığınız zorlukları, şikayetlerinizi size sorarak muayenenizi yapacaktır. Doktorunuz eklemlerinizi ve cildinizi inceleyecek ve kas gücünüzü test edecektir. Bazı laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri yapılacaktır.



Laboratuvar testleri

- **Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR):** Bununla, dik duran ve kanla dolu olan bir tüpte kan yuvarlarının (kan hücreleri) çökme hızı kastedilir. Bir ve iki saat sonra kan hücrelerinin aşağıya kaç milimetre çöktüğü okunur. Yüksek bir ESR değeri, vücudun herhangi bir yerinde akut veya kronik bir iltihap süreci olduğuna işaret eder. Ancak bu test iltihabın nerede olduğuna dair bilgi vermez. ESR hastalığın aktif döneminde çoğunlukla yüksek çıkabilir.
- **C-reaktif Protein (CRP):** CRP, kan serumunda oluşan belli iltihap süreçlerinde yoğunluğu birkaç saat içerisinde 1000 katına çıkabilen bir proteindir. CRP miktarının kandaki düzeyi, iltihabın boyutu ve hastalığın seyri açısından önemlidir. CRP değeri iyileşme durumunda hızla düşer ve tedavinin başarılı olduğunu gösterir. Ancak CRP değeri Romatoid Artrit hastalığında her zaman yüksek olmayabilir.
- **Romatizma Faktörü (RF):** Romatizma faktörleri, hastaların kendi vücudunda bulunan antikorlara (immünglobulinler) cephe alan antikorlardır. Bunlara otoantikor adı verilir. Bunlar bazı kronik romatizmal hastalıklarda kanda tespit edilebilir (pozitif), ancak hepsinde edilemez (negatif). Romatizma faktörü Romatoid Artrit tanısı alan bireylerde ilk altı ayda hastaların yaklaşık yarısında ve daha sonra ise hastaların yaklaşık üçte ikisinde pozitiftir. Romatizma Faktörü nadiren sağlıklı kişilerde veya karaciğer hastalarında da pozitif olabilir.
- **Anti CCP antikoları** (Siklik sitrülünli peptidlere yönelik antikorlar): Bu proteinlerin saptanması yeni bir yöntemle yapılmaktadır. Özellikle Romatizma Faktörü ile birlikte tespit edilmesi durumunda Romatoid Artrit hastalığı için çok önemlidir. Hastalığın erken safhalarında da belirlenebilir.

Görüntüleme Yöntemleri

- **Manyetik rezonans tomografisi (MR, difüzyon ağırlıklı MR):** Kontrast maddeli veya kontrast maddesiz gerçekleştirilebilen MR ile yumuşak bölgeler de (örneğin eklem iç zarı, tendonlar) dahil olmak üzere iltihap nedeniyle değişikliğe uğrayan dokular tespit edilebilir. Özellikle erken dönemdeki değişiklikler röntgen görüntülerine kıyasla daha iyi tespit edilebilmektedir.
- **Eklem sonografisi (artrosonografi):** Ultrason tekniğine dayanan bu yöntem sayesinde özellikle eklem iç zarındaki iltihap iyi bir şekilde görülebilmektedir. Bu nedenle bu yöntem hastalığın teşhisinde ve seyrinin kontrolünde giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

➤ Romatoid Artritin Tedavisi

Romatoid Artrit tedavisinin başlıca hedefleri:

- Ağrıları azaltmak ve gidermek
- Eklem hasarının önüne geçmek
- Eklem işlevselliğini korumak

Romatoid artritte ilaç tedavisi seçenekleri ile ilaç dışı tedavilerin birlikte kullanılması, iltihabı kontrol altına almayı ve eklem hasarını önlemeyi sağlamaktadır.

Her hastanın tedavisi kendisine özeldir; çünkü tedavi belirlenirken hangi eklemlerin ne derecede tutulduğu, hastalığın alevlenme döneminde mi yoksa iyileşme döneminde mi olduğu gibi hastalık durumu ve hastanın yaşı, genel sağlık durumu, varsa diğer hastalıkları, mesleği gibi kişisel faktörler de dikkate alınır.

İlaç Tedavisi

Nonsteroid (Kortizon Olmayan) Anti-İnflamatuvar ilaçlar (NSAİİ): İltihabı önleyici ve ağrı kesici bir etki gösterirler. Eklem şişmesi, ısı artışı, sertlik ve iltihap kaynaklı ağrı gibi iltihabi semptomlar üzerinde etkilidirler. Bu ilaçlar, daha çok hafif eklem iltihaplarının tedavisinde temel ilaçlardır. Ancak hastalığın nedenlerini değil yalnızca belirtilerini etkilerler. Bu gruptaki ilaçların maddelerin bazıları (örneğin asetilsalisilik asit, ibuprofen, diklofenak) tipik yan etki olarak mide ve bağırsak şikâyetlerine (bulantı, kanama vs.) neden olabileceği bilinmektedir.



Kortizon/Kortikosteroid:

- Güçlü inflamasyon giderici etkileri vardır. Hızlı etki ederek eklemdeki ağrı, tutukluk, şişlik ve hassasiyet gibi şikayetleri ortadan kaldırır.
- Ağızdan alınabilir, damar ve kas içine ya da doğrudan eklem içine iğne ile verilebilir.
- Sıklıkla hastalığın alevlenme dönemlerinde kullanılırlar.
- Temel etkili antiromatizmal ilaçlar olmadan tek başına kullanılması hastalığın kontrolünü sağlayamaz.
- Uzun dönem ve yüksek doz kortizon tedavisi alan hastalarda kan şekerinde yükselme, kemik erimesi, iştah ve kilo artışı, tansiyon yüksekliği gibi sorunlar gelişebilir.
- Yüksek doz kortizon tedavisi sırasında hastaların tuzsuz, şekerli diyet ile beslenmeleri ve ilaçlarını doktor kontrolünde kullanmaları gerekmektedir.

Hastalığı Düzenleyici Antiromatizmal İlaçlar:

Bu ilaçlar aynı zamanda konvansiyonel immünosupresifler, uzun vadede etkili olan antiromatizmal ilaçlar veya hastalığı düzenleyici ilaçlar olarak tanımlanmaktadır. Bu ilaçlar diğer ilaç gruplarından farklı olarak, eklem kıkırdağı veya kemikte kronik iltihabın neden olduğu hasarları durdurmakta veya belirgin bir şekilde azaltmaktadır. Günümüzde romatolojide en sık kullanılan hastalık düzenleyici ilaçlar; metotreksat, sulfasalazin ve leflunomid' dir. Bu gruptaki tüm ilaçlar iltihaptan kaynaklanan ağrıları hafifletir ve lokal iltihap belirtilerinin gerilemesini sağlar. Ancak bu etkiler orta ve uzun süreli uygulamalarda geçerlidir. Hastalık düzenleyici uzun etkili bu ilaçlar kortizona benzer bir şekilde sistemik iltihaplara karşı da etkili olmakta ve kanda ölçülebilen iltihap belirtilerini normal düzeye döndürmektedir.

Uzun etkili antiromatizmal ilaçlar, kemik hasarını ve organlardaki değişiklikleri durdurmak için kesin teşhisi takiben mümkün olduğunca erken dönemde başlanmalıdır. Hangi ilacın seçileceği; hastalığın ne zamandan beri sürdüğüne ve iltihap aktivitesinin safhasına ve derecesine bağlıdır. İlaçların çoğu monoterapi olarak (yalnızca tek bir ilaç) veya başka bir ilaçla veya ilaçlarla birlikte verilebilir. Hastalığı düzenleyici ilaçların çoğunda ilacın etkisi haftalar veya aylar sonra değerlendirilebilir. Bu nedenle başlangıçta hissedilir bir iyileşme görülmese de, ilacın alınmasının kesilmemesi önem taşımaktadır.

Tedavi süresinin yeterli olmasına rağmen, tatmin edici bir etki elde edilemiyorsa, bazı ilaçların dozunun artırılması beklenen etkiyi sağlayabilir. Aksi durumda, ilacı değiştirmek veya başka

bir ilaçla kombine etmek kararı doktora aittir. Uzun etkili tüm antiromatizmal ilaçlar, tedavinin aralıksız olarak uzun bir süre devam ettirilmesi ve ilacın düzenli alınması durumunda etkili olurlar. Bu nedenle bir iyileşme gerçekleşse de tedavinin sürdürülmesi veya bir etki sağlanana kadar tedavinin kesilmemesi gerektiği anlamına gelmektedir. Aksi takdirde ilaç bırakıldıktan sonra hastalıkta bir atak meydana gelebilir veya kötüleşme görülebilir.

Biyolojik Etkili Antiromatizmal İlaçlar:

Biyolojik ilaçlar, vücutta normalde üretilen maddeler gibi davranarak bağışıklık sistemine ait bazı maddelerin etkilerini engellerler. Bu engelleme, bağışıklık sisteminin romatoid artrit ile ilişkili bölümlerine yöneliktir ve hedefe yönelik bir şekilde iltihabi reaksiyonun ve eklem harabiyetinin engellenmesini sağlar. Bu ilaçlar günde bir defadan, 6 ayda bir kadar farklı sıklıklarda olmak üzere cilt altına veya damar içine uygulanırlar.

Özellikle hastalığı uzun etkili, düzenleyici ilaçlar ile kontrol altına alınamayan ya da bu ilaçları kullanırken istenmeyen etkiler nedeni ile sıkıntı yaşayan hastalarda kullanılır.

Biyolojik ilaçların etkileri uzun etkili, düzenleyici ilaçlardan çok daha çabuk başlar. Hem ağrı, şişlik üzerine hem de eklem fonksiyonlarının korunması için çok etkili ilaçlardır. Hastalığın organ tutulumları üzerinde de etkili olabilmektedirler.

Biyolojik ilaçları kullanacak hastalara ilaç kullanımı ve oluşabilecek istenmeyen etkiler konusunda gerekli eğitimler sağlık personeli tarafından verilir. Cilt altına iğne şeklinde uygulanan formlarını hastalar kendileri de uygulayabilirler.

Bu ilaçlarla yapılan tedavinin etkileri ve oluşabilecek istenmeyen etkiler, çeşitli testler yapılarak izlenir. Hem tedavinin başarısı hem de istenmeyen etkilerin önlenmesi açısından doktor randevularına düzenli gidilmesi çok önemlidir.

Fiziksel Tedavi

Eklem fonksiyonlarının korunması için ağrıların hafifletilmesine ve iltihabın bastırılmasına yönelik olarak sürdürülen ilaç tedavisinin yanı sıra farklı yöntemlerden oluşan fiziksel tedavi önlemleri de önem taşır. Fizik tedavinin her hastaya özel olması gereklidir. Soğuk ve sıcak terapileri, kaplıcalar, masajlar ve elektroterapi fizik tedavi uygulamaları içinde yer alır. Buradaki amaç ağrıları hafifletmek, iltihaba karşı koymak ve adalelerin gevşemesini ve kan dolaşımını desteklemektir. Özellikle akut eklem iltihaplarında soğuk terapisi, şişliğin giderilmesi ve iltihabın gerilemesi açısından çok önemlidir. Soğuk, hem lokal (örneğin buz kalıplarıyla) hem de tüm vücuda yönelik (soğuk oda) uygulanabilir.

Hastanın hastalığın evresine (alevlenme-remisyon) uygun ve en optimal hareket yeteneğini yeniden elde etmeyi veya korumayı hedefleyen bir jimnastik programı özel bir önem taşımaktadır. Bu bağlamda bir uzman kılavuzluğunda spesifik hareket egzersizleri hastaya öğretilir. Bu egzersizlerin çoğunu bir kez öğrendikten sonra düzenli bir şekilde evde tek başına yapılması önemlidir.

Romatoid Artrit tedavisinde ergoterapi de yararlı olabilir. Ergoterapinin temel amacı, kişilerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını sağlamaktır. Ergoterapistler kişi ve toplulukların istedikleri, ihtiyaç duydukları veya kendilerinden beklenen aktiviteleri yapabilme becerilerini geliştirerek veya aktiviteyi ya da çevreyi kişilerin katılımını daha iyi sağlayabilecek şekilde düzenleme yapabilirler. Ergoterapi kısıtlanmış olan hareketleri

egzersizler aracılığıyla geliştirmeye katkıda bulunur. Bu sayede hastanın özel ve meslek hayatındaki bağımsızlığı güçlenir.

Cerrahi Tedavi

Romatoid Artritte eklemlerin bozulmasının önüne geçmek, eklemlerin işlevselliğini korumak amacıyla cerrahi müdahaleler bazen gerekli olmaktadır. Romatoid Artritli bireylerde ameliyat, eklemleri çalışır halde tutarak engelliliği önlemek ve ağrıyı azaltmak için kullanılan bir yoldur. Ancak ameliyat olmak, diğer tedavi seçeneklerinin araştırılmasından sonra genellikle son çare olur.

Ameliyatla ilgili her zaman riskler vardır; işe yaramayabilir ya da fiziksel komplikasyona yol açabilir.

Bazen de bir eklem sabitleştirilmesi veya hastaya yapay bir eklem takılması gerekli olabilir. Böyle bir ameliyatın yararlı olup olmayacağı ve ne zaman yapılması gerektiği, eklem tür ve fonksiyonu, hastalığın evresi gibi durumlara bağlıdır.



Diğer Ek Önlemler

Yukarıda açıklanan tedavi yöntemleri ihtiyaca göre ek önlemlerle desteklenebilir. Bu tedavileri geleneksel ilaç tedavileriyle kombine etmek mümkündür. Bu bağlamda davranış terapisi, gevşeme egzersizleri, meditasyon, yoga gibi farklı yöntemler yararlı olabilir. Bunlar sıkıntı ve ağrılarla daha iyi başa çıkılmasını sağladığı gibi, yaşam kalitesinin artırılmasını ve hastalığın uzun vadede daha iyi bir seyir göstermesini de sağlarlar. Bu yöntemler ayrıca, hastalıkla ilişkili olarak görülen depresyon veya yorgunluk belirtileri gibi psikolojik sorunların üstesinden gelinmesine katkıda bulunabilir.



➤ Romatoid Artritte Gebelik

Romatoid Artritli kadınların semptomları genellikle gebelik sırasında iyileşir. Ancak gebelik sonrasında hastalıkta alevlenmeler ortaya çıkar. Hastalar gebelik planlarını hekimleri ile paylaşmalı ve hastalığın seyri açısından en uygun dönem seçilmelidir.

Romatoid Artrit tedavisinde kullanılan ilaçların bir kısmının gebelik sırasında kullanımı riskli olabileceğinden gebelik öncesinde bu ilaçların kesilmesi ve nispeten güvenli ilaçlara geçilmesi gereklidir. Anne sütü ile beslenmeyi planlayan anne, güvenli ilaç kullanımı için doktoruna danışmalıdır.

➤ Romatoid Artritte Beslenme



Hastalığın belirli bir diyeti yoktur. Bazı hastalar belli gıda maddelerinin tüketilmesiyle şikâyetlerinin artması veya azalması arasında bir bağlantı olduğunu gözlemlemişlerdir. Burada kesin bir reçete yoktur. Neyin size iyi gelip neyin iyi gelmediğini ve vücudunuzun belli gıda

maddelerine nasıl bir tepki gösterdiğini deneyerek öğrenin. Bazı gıda maddelerinin size iyi gelmediğini saptadıysanız, bunlardan uzak durmanız her halükarda daha doğru olacaktır. Dengeli ve sağlıklı bir beslenme tarzı tavsiye edilmektedir.

Düşük veya aşırı kilolu olmak hastalık seyrini etkileyebilir. Romatoid Artritli bireylerde koroner arter hastalığı olma riski daha yüksektir. Kolesterolü kontrol eden bir diyet bu riski azaltmaya yardımcı olur. Örneğin, araştırmalar, balıklar gibi omega-3 yağları açısından zengin gıdalar tüketmenin eklemlerde şişmeyi azaltmaya yardımcı olabileceğini göstermiştir.

Genel olarak, uzmanlar şunları içeren sağlıklı ve dengeli bir diyet önermektedir.

- Balık ve zeytinyağı gibi omega-3 den zengin besinler
- Taze meyve ve sebzeler
- Düşük miktarda tuz ve şeker tüketimi
- Günlük önerilen vitamin ve mineral miktarı
- Yulaf ezmesi veya esmer pirinç gibi tam tahıllar
- Alkol içecekseniz, ölçülü tüketin. Bazı Romatoid Artrit ilaçlarını alan kişilerin alkolden tamamen uzak durması gerekebilir.
- Ağrınızı ve şişmenizi artıran yiyeceklerden kaçının. Ne yediğinizi ve semptomların kötüye gittiği günlerde bir günlük tutmayı deneyin. Bu, diyetinizi değiştirmenin yollarını bulmanıza yardımcı olabilir. Doktorunuzdan sizin için işe yarayacak bir diyet oluşturmanıza yardımcı olabilecek bir diyetisyen için rehberlik ya da tavsiye isteyin.

➤ Romatoid Artritte Egzersiz

Amaçlı egzersizler sayesinde vücudun hareket sisteminin öğeleri (kemikler, kıkırdaklar, adaleler) daha iyi bir kan dolaşımına kavuşmakta ve beslenmektedir. Böylece adalelerin gücü ve dayanıklılığı artırılmaktadır. Böylece, fiziksel ve ruhsal memnuniyet artar. Fiziksel aktivitenin çok olumlu psikolojik etkileri bulunmaktadır. Jimnastik de dahil olmak üzere her türlü egzersiz, hastanın sağlık durumuna ve egzersizlere alışkanlık koşullarına uygun olmalıdır. Örneğin özellikle belirgin hastalık aktivitesinde ve akut ataklarda yalnızca pasif egzersizlerin yapılması mümkün olmaktadır. Hastalığın seyri yoğun değil ve hastanın genel sağlık durumu iyiye, amaçlı olarak dayanıklılık ve /veya güç egzersizi yapılabilir. Bunlar, önceden doktor veya fizyoterapist ile görüşülmelidir. Eklemlerde fazla yük oluşturmayan spor türleri tavsiye edilmektedir. Buna yüzme (özellikle sırtüstü yüzme), bisiklete binme, yürüyüş dahildir. Buna karşılık eklemlere çok ya da hatalı yük bindiren veya eklemlerin zarar görmesine neden olan aktivitelerden uzak durulmalıdır. Özellikle ani hareket ve durmalar içeren tenis, squash (duvar topu), futbol veya topla yapılan başka spor türleri bu grubun içerisinde yer alır. Bu sporlarla ilgili olarak bir fizyoterapistle danışılmalıdır.

Bir fizyoterapist tarafından size uygun bireysel bir egzersiz programı hazırlanması ve bu programı düzenli bir şekilde uygulamanız en doğrusu olacaktır.



➤ **Günlük İşler/Görevler**

Eklem ağrısı ve şişlik, evde veya işte günlük işlerinizi yapmanızda zorluk oluşturabilir. Evde ve işte günlük işlerinizi daha güvenli ve kolay hale getirmeye yardımcı olacak küçük değişiklikler yapabilirsiniz.

Evde;

- Sık kullandığımız eşyaları kolayca ulaşabileceğiniz yerlere alt dolap raflarının ön kısmı gibi en sık kullandığımız yerlere yerleştirin.
- Kapı kollarını, aşağıya doğru itilen ve açılabilen kollarla değiştirin.
- Takılıp düşmeleri engellemek için halıları sabitleyin
- Daha kolay açabilmek amacıyla, dolapları ve çekmeceleri tutacak şekilde ip veya şeritlerle bağlayınız.
- Elektrikli süpürge gibi ağır aletlerinizi kullanılması daha kolay olan hafif modellerle, değiştirin.

İşte;

- Çalışma alanınızı kendinize göre en az fiziksel zorlanma olacak şekilde düzenleyin.
- Enerjinizin fazla olduğu, daha aktif olduğunuz zamanlarda önemli işlerinizi tamamlayın.
- Sık tekrarlanan hareketlerden sonra ara verin.

Sıcak ve soğuk uygulamalar:

Isı yastıkları veya sıcak banyolar gibi sıcak uygulamalar, sert eklemler ve yorgun kaslar için yatıştırıcı olabilir. Isı, vücudunuzun hareket etmesini sağlamaya ve egzersiz veya aktiviteye hazır olmaya yardımcı olur. Soğuk uygulama akut ağrıya iyi gelir ve ağrılı bölgelerin uyuşması ve inflamasyonu azaltmak için faydalıdır.



➤ **Günlük Yaşamda Destek İle İlgili Öneriler**

Günümüzde modern tedavi yöntemleri sayesinde yıkıcı hastalık süreçlerinin ilerlemesi önlenmekte veya belirgin bir şekilde yavaşlatılabilmekte ve hastalıktan kaynaklanan şikâyetlerin geniş ölçüde, hatta tam olarak yok olması sağlanabilmektedir. Buna rağmen kronik ve tam olarak tedavisi mümkün olmayan bir hastalıkla yaşamak yorucu ve zorluklarla dolu olabilir. Bunun ötesinde tedavi ve tedaviyi destekleyen önlemler çoğu zaman zahmet verici ve zaman alıcıdır. Aşağıda belirtilen tavsiyeler hastalıkla daha iyi yaşayabilmeniz ve başa çıkabilmeniz açısından size yardımcı olacak ve tedavinin başarısına nasıl katkı sağlayacağınızı gösterecektir.

- Olumlu düşünmeye çalışın ve kaderinizden şikâyetçi olmayın. Pozitif ve kendine güvenli bir bakış açısı sayesinde, hastalık ve tedavinin beraberinde getirdiği pek çok baskı ve kısıtlamanın üstesinden daha iyi gelebilirsiniz.
- Hastalığın günlük yaşamınızı kısıtlamasına izin vermeyin, tam tersine hayatınıza, zevk alacak bir şekilde ve boş zamanlarınızı ailenizle ve arkadaşlarınızla birlikte değerlendirerek, seyahatlere çıkarak vb. yön verin.
- Hastalığınız hakkında bilgi edinin. Uzmanlardan ve örneğin hastalıkla ilgili derneklerde veya sivil toplum kuruluşlarında tanıştığınız başka hastalardan yardım ve tavsiye alın. Yardım ve tavsiye almanız büyük bir destek anlamına gelmektedir. Bu sayede dünyada sorunlarınızla yalnız başına olmadığınızı anlar ve çeşitli şekillerde desteklenirsiniz.
- Destek alabileceğiniz dernekler ve iletişim bilgileri aşağıda yer almaktadır.

- ✓ **Romatizma Hastaları Bilgilendirme ve Destekleme Derneği, Ankara. Tel: 0312 48980 63**
- ✓ **Türkiye Romatoloji Derneği, İstanbul. E-posta adresi: romatolojidernegi@gmail.com**
- ✓ **Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği, Ankara. Tel: 0312 562 13 22**

➤ Duygusal Sağlık

Romatoid Artrit ile yaşamak bazen zor olabilir. Kızgın veya sinirli hissedebilirsiniz. Böyle duygular hissetmeniz normaldir. Duygularınızın farkında olmak, duygusal sağlığınıza yönetmenize ve fiziksel sağlığınıza iyileştirmenize yardımcı olabilir.

Stres, Romatoid Artritli bireylerin günlük yaşamında zorluk yaşamalarına neden olabilir. Ayrıca, hastalığın alevlenme riskini de artırabilir. Stresinizi anlamak ve kontrol etmek için gerekli adımları atabilirsiniz.

Stresinize neyin sebep olduğunu öğrenin. Olası kaynakları bulmanıza yardımcı olmak için bir günlük tutmayı deneyin.

Stresinize neden olan şeylerden kaçınmaya çalışın. Keyif aldığınız şeyler için zaman yaratın. Başa çıkmak için olumlu yollar bulun. Duygularınızı arkadaşlarınızla, ailenizle veya bir destek grubuyla paylaşın. Her gün sakin bir alanda rahatlamaya çalışın.

Bazı günlerde, çaresiz veya bunalmış hissedebilirsiniz. Kendinizi Romatoid Artrit ile yaşamak konusunda üzgün veya depresif hissediyor olabilirsiniz. Bu da normaldir. Depresyon belirtilerini ve ne zaman yardım alacağını bilmek önemlidir.

Depresyon belirtileri şunları içerebilir:

- Yorgunluk ya da enerji eksikliği
- Çok fazla ya da çok az yemek
- Umutsuz veya olumsuz hissetmek
- Huzursuz veya sinirli hissetmek
- Çoğu zaman üzgün, boş ya da endişeli hissetmek
- Değersiz, çaresiz veya suçlu hissetmek
- Karar vermede veya bir şeye odaklanmada güçlük çekmek
- Keyif aldığınız şeylere ilginizin azalması
- Çok fazla ya da çok az uyumak
- Ölüm veya intihar hakkında düşünmek



Depresyonda hissediyorsanız doktorunuzla konuşun. Doktorunuz size danışmanlık, antidepressan ilaç veya her ikisinin bir kombinasyonunu önerebilir. Bu konuda bir terapistle düşünceleriniz ve duygularınız hakkında konuşabilirsiniz.

Romatoid Artrit hastalığı bazen hiç bitmeyen bir döngü gibi hissetmenize neden olabilir. Ağrı, kaslarınızı gerginleştirir ve sizi stres altına sokar. Fiziksel değişimler, belirsizlik ve günlük işlerin getirdiği zorluklar kendinize olan güveninizi kaybetmenize neden olabilir ve sizi hayal kırıklığına uğramış, depresif ve kızgın bırakabilir. Depresyon sizi yıpratır ve ağrıyı daha da kötüleştirir. Bu döngüyü kırmak için artritinizi nasıl yöneteceğinizi öğrenin ve bununla ilgili beceriler geliştirin.

- Ağrı, karşılaşılabileceğiniz en büyük problemlerden biridir ve onunla baş etmeyi öğrenmek, gerçek bir meydan okuma olabilir.
- Ağrı kişiden kişiye değişebilir. Bazı kişiler için ağrı geçicidir, bazıları ise sürekli acı çeker.
- En zor şeylerden biri, diğer insanların sizin acınızı görememesidir ve bunu açıklamak için kelimelerin yetersiz olduğunu hissedebilirsiniz.
- Doğru tedaviyi almak büyük bir fark yaratır, ancak kendinizin deneyebileceği birçok strateji ve ipucu da vardır. Ağrı hakkında daha fazla zaman harcadığınız zaman, daha fazla acı hissedeceksiniz. Gerçekten zevk aldığınız bir şeyi yaparak veya düşünerek dikkatinizi dağıtmaya çalışın ve odağınızı acıdan uzaklaştırın.
- Kaslarınızı nasıl rahatlatacağınızı öğrenmek ağrıyla baş etmenize yardımcı olabilir. Bunu yapmanın çeşitli yolları vardır; nefes egzersizleri yapmak, ağırlı bölgeye masaj yapmak. Bunu kendiniz yapabilir veya yakınınızdan destek alabilirsiniz.
- Cildinizi korumak için her zaman zeytinyağı veya masaj yağı gibi bir yağ kullanın ve herhangi bir acı hissederseniz durun. Profesyonel bir terapötik masaj rahatlamaya yardımcı olabilir, Bu konuda önce doktorunuzdan veya fizyoterapistinizden tavsiye isteyin. Masaj, sıcak veya iltihaplı eklemler veya kırık ciltler için uygun değildir.

Kemiklerinizi Koruyun

- ✓ *Romatoid Artritli bireylerde kemiklerin zayıf olma kolay kırılma olasılığı daha yüksektir. Kemik sağlığını takip etmek için doktorunuza danışın. Kemik zayıflığının önlenmesine yardımcı olmak için birkaç adım atabilirsiniz:*
- ✓ *Kemik yoğunluğu testi hakkında doktorunuza danışın. Kemik gücünü ve kemik kırılma riskinizi ölçebilir.*
- ✓ *Doktorunuz tarafından tavsiye edildiği gibi yürüme gibi hafif egzersizler yapın.*
- ✓ *Sigara, kemik güçlendirici hormonları ve mineralleri azalttığı için sigaradan uzak durun.*
- ✓ *Alkolü sadece ılımlı olarak tüketin.*
- ✓ *Kemik sağlığına yardımcı olabilecek yeterli kalsiyum ve D vitamini alın.*
- ✓ *Osteoporozu önlemek ve tedavi etmek için doktorunuzla konuşun.*



- ✓ Grip veya pnömoni aşısı yaptırmak, Romatoid Artritli bireyler için aldıkları diğer ilaçlara bağlı olarak iyi bir fikirdir. Sadece virüsün “öldürüldüğü” aşılar verilmelidir. Doktorunuza olmanız gereken aşuları danışabilirsiniz. Doktorunuz ilaç tedavisine başlamadan önce canlı aşuların yapılmasını isteyebilir.

➤ Sonuç

Romatoid Artrit en sık görülen inflamatuvar eklem hastalığı olarak da bilinmektedir. Romatoid artritte hastalık aktivitesinin eklemlerde meydana getirdiği sorunlar, şekil bozukluğu, hareket kaybı, ciddi deformite ve sakatlıklara neden olabilmektedir. Romatoid artritte hastalık aktivitesinin eklemlerde meydana getirdiği sorunlar hastaların günlük yaşamlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta ve hasta yakınlarının hastalıkla daha iyi baş edebilmelerini sağlamak ve yaşam kalitelerini artırmak için son derece önemlidir. İyi bilgilendirilmiş ve kendi tedavilerine aktif katılan bireylerin daha az ağrı yaşadığı ve daha az sıklıkta doktora başvurduğu bilinmektedir. Romatoid Artritli hastalarda fonksiyonel yetersizliğin azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, tıbbi tedavi yanında, hastayla profesyonel sağlık ekibi arasındaki iletişimin iyi olması ve iyi bir hastalık yönetiminin planlanması ile mümkün olabilir. Hastalara hastalığın özellikleri, nedenleri ve tedavisi, tıbbi tedaviye uyumun, diyetin ve düzenli egzersizin öneminin vurgulanması ve hastalığı ile nasıl baş edebileceğinin öğretilmesi çok önemlidir.

➤ Kaynaklar

- Walgreens. A patient guide to Rheumatoid Arthritis. www.walgreens.com Erişim Tarihi: 23.10.2018 10:30
- Arthritis Research UK. Rheumatoid Arthritis. www.arthritisresearchuk.org Erişim Tarihi: 23.10.2018 11:30
- Arthritis Care. Living with Rheumatoid Arthritis. www.arthritisresearchuk.org Erişim Tarihi: 22.10.2018 21:30
- Türkiye Romatoloji Derneği. Romatoid Artrit ve Tedavisi. www.romatoloji.org Erişim Tarihi: 21.10.2018 11:30
- National Rheumatoid Arthritis Society. Newly Diagnosed with Rheumatoid Arthritis. www.nras.org.uk Erişim Tarihi: 22.10.2018 22:00
- Arthritis Foundation. Rheumatoid Arthritis Understanding Symptoms, Diagnosis and Treatments. www.arthritis.org Erişim Tarihi: 23.10.2018 11:30
- Tasci Bozbas G, Gurer G. The knowledge level of turkish rheumatoid arthritis patients about their diseases. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 2018;23(1):12-9.
- Günaydın R, Göksel Karatepe 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.
- Minnock P, McKee G, Kelly A, Carter SC, Menzies V, O'Sullivan D. et al. Nursing sensitive outcomes in patients with rheumatoid arthritis: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2018;77:115–29.
- Gök Metin Z, Özdemir L. Romatoid artritte ağrı ve yorgunluğun yönetiminde aromaterapi ve refleksolojinin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016;13 (1): 44-9.
- Moghadam MH, Jahanbin I, Nazarinia MA. The effect of educational program on self-efficacy of women with rheumatoid arthritis: A randomized controlled clinical trial. *IJCBNM* 2018;6(1):12-20.
- 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.
- Karahan AY, Bağçacı 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.
- Hindistan S, 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.
- Parlar S, Fadıloğlu Ç, Argon G, Keser G. Artritli hastalarda bireysel hastalık yönetiminin hastaların yetersizlik düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(4):1236-45.
- Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology* 2013;52:2136-48.
- Rahim RA, Cheng CH. Self-reported symptoms of depression, anxiety and stress among patients with Rheumatoid Arthritis in a Malaysian rheumatology centre - prevalence and correlates. *Med J Malaysia* 2018;73(4): 226-32.
- Balcı Şengül C, Akkaya N. Romatolojik hastalıklar ve depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014; 6(4): 363-374.

EK 9

ARASTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/344	
	PROTOKOL ADI	Romatoid Artritli Kadınlara Hastalık Yönetimine İlişkin Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Depresyon Üzerine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Serap ÜNSAR	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 16/23	Tarih: 17.09.2018	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serap ÜNSAR'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi İrem YILDIZ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcutun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kalavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi			

UYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Ragül KOŞE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	Hakan Gürkân
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOÇAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	Mazeretli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yard.

EK 10



T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 30804820-600
Konu : Çalışma hk.

-E.284586

06/12/2018

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 05/12/2018 tarihli ve 284279 sayılı yazı,

İlgili yazı ekinde gönderilen çalışmanın bölümümüzde yapılması uygun bulunmuştur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Hakan EMMUNGİL
Romatoloji Bilim Dalı Başkanı

Adres: Trakya Üniversitesi Romatoloji Tıp Fakültesi Dekanlığı, İhtifak Yeri Sokakı 22050 Edirne
Telefon: 2842357651 Faks: 2842357652
E-Posta: dekanlik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ: http://tipfik.trakya.edu.tr/

İlgi için: Hakan EMMUNGİL
Unvanı: Romatoloji Bilim Dalı Başkanı



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.