T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA KİŞİ MERKEZLİ YAKLAŞIMLA ERGOTERAPİ UYGULAMASININ ETKİNLİĞİ

Uzm. Fzt. Eda TONGA

Ergoterapi Programı
DOKTORA TEZİ

ANKARA
2011

T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA KİŞİ MERKEZLİ YAKLAŞIMLA ERGOTERAPİ UYGULAMASININ ETKİNLİĞİ

Uzm. Fzt. Eda TONGA

Ergoterapi Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Tülin Düger

ANKARA
2011

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Ergoterapi Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Hülya Kayıhan

Hacettepe Üniversitesi

Danışman: Prof. Dr. Tülin Düger

Hacettepe Üniversitesi

Üye: Prof. Dr. Mine Uyanık

Hacettepe Üniversitesi

Üye: Prof. Dr. Gonca Bumin

Hacettepe Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Arzu Daşkapan

Başkent Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hakan S. ORER

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Tülin Düger tez danışmanı olarak çalışmanın oluşmasında, içeriğinin düzenlenmesinde ve tez sonuçlarının yorumlanmasında akdemik bilgi ve deneyimleriyle katkıda bulunmuş, manevi desteğini esirgememiştir. Eğitim hayatım boyunca bana, akademisyenliğinin yanında kişiliği, insancıllığı, sevecenliğiyle de her zaman örnek ve yol gösterici olmuştur.

Sayın Prof. Dr. Hülya Kayıhan bilgi ve deneyimleri ile tez izleme komitesinde görev alarak çok değerli katkılarda bulunmuş, akademik yaşantım süresince hiç bir konuda desteğini esirgemeyerek yol gösterici olmuştur.

Sayın Doç. Dr. Arzu Daşkapan, tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılar sağlamış, manevi desteğini esirgememiştir.

Sayın Prof. Dr. Alison Hammond tez konusunun belirlenmesi sırasında fikirlerini paylaşarak destek olmuştur.

Sayın Prof. Dr. Metin Karataş, Uzm. Dr. Derya Kaşgari ve Sayın Prof. Dr. Berna Göker tez hastalarına ulaşılması konusunda yardımlarını esirgememişlerdir.

Sayın Doç. Dr. Mutlu Hayran, çalışmada kullanılan istatistiksel analiz yöntemlerinin belirlenmesinde yardımlarını esirgememiştir.

Sayın Doç. Dr. Zuhal Kunduracılar ve sevgili oda arkadaşlarım Uzm. Fzt. Aydan Aytar ve Uzm. Fzt. Neslihan Durutürk manevi desteklerini her zaman hissettirmişlerdir.

Uzm. Fzt. Nihan Özünlü, Fzt. Didem Gürbüz, Uzm. Fzt. Başak Acar ve Meltem Aras tez çalışmam boyunca desteklerini esirgememişlerdir.

Sayın Prof. Dr. Uğur Coşkun hayatımıza umut getirerek destek olmuştur.

Canım annem ve kardeşim tez aşamasında yardımlarını esirgememişlerdir. Canım ailem hayatımın her anında olduğu gibi yoğun sevgi ve desteklerini esirgememişlerdir. Bu tez sevgili babaanneme ithafen yazılmıştır.

ÖZET

Tonga E. Romatoid Artritli Hastalarda Kişi Merkezli Yaklaşımla Ergoterapi Uygulamasının Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2011. Romatoid artritin hastalık süreci, vücut işlevlerinin ve yapılarının yetersizliğine yol açmaktadır. Bu tür yetersizlikler, fiziksel aktivitelerin sınırlanmasına ve katılımın kısıtlanmasına yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda romatoid artritli hastalarda randomize kontrollü, kapsamlı ergoterapi müdahalelerinin etkinliğinin araştırılması gerektiği vurgulanmıştır. Çalışmamızın amacı romatoid artritli hastalarda kişi merkezli yaklaşımla ergoterapi müdahalesinin etkinliğini incelemektir. Çalışmamıza romatoid artritli 40 hasta dahil edilmiştir. Hastalar basit rastgele yöntem ile 20'şer kişilik iki gruba ayrılmıştır. Her iki gruptaki hastalar 10 seanslık fizyoterapi programına alınmıştır. Bunun yanında 1. gruba kişi merkezli yaklaşım ile ergoterapi müdahalesi uygulanmıştır. Ortaklık ve işbirliği yaklaşımları kullanılarak kişilere aktivitelerini gerçekleştirme imkânı sunulan kişi merkezli uygulamada aktivite ve katılım üzerine odaklanılmıştır. Aynı zamanda hastalara öğretici tedavi yaklaşımları ile (eklem koruma teknikleri, enerji tasarrufu teknikleri, splint ve yardımcı cihaz kullanımı vb.) eğitim verilmiştir. Ergoterapi eğitimi haftada iki kez en az 4 seans olmak üzere hastanın ihtiyacına göre planlanmıştır. Fonksiyonel statüleri, aktivite limitasyonları, katılım kısıtlılıkları, günlük yaşam aktivite düzeyleri, toplumsal katılımları, yaşam kaliteleri ve yaşam memnuniyetleri değerlendirilmiştir. COPM ile aktivite performans ve memnuniyetleri değerlendirilmiştir. Ergoterapi müdahalesi sonrasında gruplar karşılaştırıldığında yaşam memnuniyeti dışında değerlendirilen tüm parametrelerde tedavi grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Romatoid artritli hastalarda, kişi merkezli ergoterapi uygulamasının aktivite ve katılım kısıtlılıklarını azalttığı saptanmıştır. Ülkemizde kişi merkezli uygulamaların yaygınlaştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, kişi merkezli yaklaşım, ergoterapi

ABSTRACT

Tonga E. Effectiveness of client centred occupational therapy in patients with rheumatoid arthritis. Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Doctorate Thesis Programme of Occupational Therapy, Ankara, 2011.

Rheumatoid arthritis disease process cause disability in body structures and functions. This type of disabilities leads to physical activity limitations and participation restriction. In researches it is emphasized that effectiveness of randomised controlled comprehensive occupational therapy interventions in patients with rheumatoid arthritis should be investigated. Aim of our study is to examine the effectiveness of client centred occupational therapy in patients with rheumatoid arthritis. 40 patients with rheumatoid arthritis were included in our study. Patients were divided into two groups of twenty each with random sampling method. Patients in each group are taken to 10 seance physical therapy programme. Moreover client centred therapy intervention is implemented to first group. In client centred intervention with the use of collaborative approaches for enabling occupation with clients, focused on activity and participation. Also educational therapy approaches (Joint protection techniques, energy conservation techniques, splint and assistive devices use etc.) was given to patients. Occupational therapy practise is arranged as at least 4 seance in for according to person needs. Functional status, activity limitations, participation restrictions, level of daily living activities, community integrations, quality of life, life satisfaction were evaluated. Occupational performance and satisfaction were assessed with COPM. When the differences were compared between the groups statistically significant difference was seen in all assessment parameters except of life satisfaction parameter ($p<0,05$). It is determined that occupational therapy intervention reduce the activity limitation and participation restrictions. It is considered that client centred interventions should be generalized in our country.

Key Words: Rheumatoid arthritis, client centred approach, occupational therapy

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ix
ŞEKİLLER DİZİNİ xi
TABLOLAR DİZİNİ xii
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Romatizmal Hastalıklara Genel Bakış 3
2.2. Romatoid Artrit 3
2.2.1. Romatoid Artritte Klinik Belirtiler 4
2.2.2. Tanı 7
2.2.3. Romatoid Artritte Tedavi 8
2.3. Romatolojide Ergoterapi 13
2.3.1. Ergoterapi Müdahaleleri Yaklaşımları 15
2.3.2. Romatoid Artritli Hastalarda Ergoterapi Araştırmaları 16
2.3.3. Aktivite 18
2.3.4. Uluslararası Fonksiyon Sınıflandırması (ICF) 20
2.3.5. Katılım 22
2.3.6. Romatoid Artritte Aktivite Limitasyonu ve Katılım Kısıtlılığı 24
2.3.7. Yaşam Kalitesi 27
2.3.8. Kişi Merkezli Yaklaşım 29
2.3.8.1. Kişi Merkezli Yaklaşım ve Tarihçesi 29
2.3.8.2. Güçlendirme Teorisi 32
2.3.8.3. Kişi Merkezli Yaklaşımda Hedef Oluşturma ve Planlama 33
2.3.8.4. Kişi Merkezli Yaklaşımda Sonuç 34
2.3.8.5. Kişi Merkezli Ergoterapi için Model 34

3. BİREYLER VE YÖNTEM 37
3.1. Bireyler 37
3.2. Yöntem 38
3.2.1. Vücut Yapı ve Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi 39
3.2.2. Aktivite ve Katılımın Değerlendirilmesi 40
3.3. Müdahale 43
3.3.1. Fizyoterapi Programı 43
3.3.2. Ergoterapi Programı 44
3.4. İstatistiksel Analiz 46
4. BULGULAR 49
4.1. Vücut Yapı ve Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi ile İlgili Bulgular 49
4.1.1. Hastaların demografik özellikleri 49
4.1.2. Ağrı ile ilgili bulgular 50
4.2. Aktivite ve Katılımın Değerlendirilmesi 52
4.2.1. Sağlık Değrlendirme Anketi Sonuçları 52
4.2.2. Artrit Etki Değerlendirme Anketi Sonuçları 54
4.2.3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Sonuçları 56
4.2.4. Aktivite ve Performans Değerlendirmesi Sonuçları 60
4.3. Yaşam Kalitesi ve Memnuniyet Değerlendirmesi Sonuçları 64
5. TARTIŞMA 66
5.1. Çalışmanın planlanması ve amacı 66
5.2. Değerlendirme yöntemleri, sonuç ölçümleri 67
5.2.1. Vücut yapı ve fonksiyonları 67
5.2.2. Aktivite ve katılım 68
5.3. Değişik ergoterapi uygulamalarının etkinliği 81
5.3.1. Eklem koruma teknikleri 81
5.3.2. Yardımcı cihaz kullanımı 85
5.3.3. Splint kullanımı 89
5.3.4. İş yeri müdahaleleri 90
5.3.5. Boş zaman aktiviteleri 92
5.3.6. Kapsamlı ergoterapi uygulamaları 92
5.4. Kişi merkezli yaklaşım uygulamaları 94

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....103
7.KAYNAKLAR 110

SİMGELER VE KISALTMALAR

RA : Romatoid artrit

ACR : Amerikan Romatizma Koleji (American College of Rheumatology)

ARA : Amerika Romatoloji Birliği

ICF : Uluslararası Fonksiyon, Özürlülük ve Sağlık sınıflaması (International Classification of Functioning, Disability and Health)

ICIDH : Uluslararası yetersizlik, özürlülük ve engellilik sınıflamasını (International Classification of Impairment, Disability and Handicap)

CAOT : Kanada Ergoterapistler Derneği

CMOP : Kanada Aktivite Performans Modeli (Canadian Model of Occupational Performance)

COPM : Kanada Aktivite Performans Değerlendirmesi (Canadian Occupational Performance Measurement/COPM)

HAQ : Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire)

AIMS 2 : Artrit Etkisini Değerlendirme Ölçeği (Arthritis Impact Measurement Scale)

PS-ADL : Günlük Yaşam Aktiviteleri Performans ve Memnuniyet Değerlendirmesi (Instrument of Performance and Satisfaction in Activities of Daily Living)

CIQ : Toplumsal Katılım Anketi (Community Integration questionnaire)

RA-QOL : Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Anketi (Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale)

LSI : Yaşam Memnuniyeti İndeksi (Life Satisfaction Index)

VAS : Görsel analog skalası (Visuel analog scale)

% : Yüzde

SPSS : İstatistiksel Paket Programı

X±SD : Ortalama ± standart sapma

D±SD : Fark ± standart sapma

P : Yanılma olasılığı

n : Olgu sayısı

vb : ve benzeri

diğ : diğerleri

ŞEKİLLER DİZİNİ

2.1. ICF Özürlülük modeli 21
2.2 Artritli hastalarda ICF modeli 27
2.3. Hedef Planlama 33
2.4. Kanada Aktivite Performans Modeli Şeması 36
2.5. Kanada Aktivite Performans Modeli Şeması 36
3.1. Eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri eğitimi örnekleri 47
3.2. İş yerinde ergoterapi uygulaması örnekleri 48

TABLOLAR DİZİNİ

2. 1. Amerika Romatizma Koleji Romatoid Artrit Tanı Kiterleri 7
2.2. ACR Fonksiyonel Evreleri 8
2.3. Romatoid Artritli Hastalarda Önerilen Yardımcı Cihazlar 12
2.4: Kronik kas iskelet sistemi hastalıklarında ergoterapi müdahaleleri 14
2.5. RA'lı Hastaların Fizyoterapiye ve Ergoterapiye Yönlendirme Nedenleri 15
3.1: Amerikan Romatoloji Koleji Romatoid Artirit Genel Fonksiyonel Evreleri . 38
4.1. Olguların Fiziksel Özelliklerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması 49
4.2. Olguların Eğitim Durumu ve Meslekleri 50
4.3. Tedavi Grubunda Mc Gill Ağrı Anketi Puanlarının Karşılaştırılması 51
4.4. Kontrol Grubunda Mc Gill Ağrı Anketi Puanlarının Karşılaştırılması 51
4.5. Mc Gill Ağrı Anketi Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması 51
4.6. Tedavi Grubunda HAQ Puanlarının Karşılaştırılması 52
4.7. Kontrol grubunda HAQ Puanlarının Karşılaştırılması 53
4.8. HAQ Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması 53
4.9. AIMS 2 Puanlarının Tedavi Grubunda Karşılaştırılması 54
4.10. AIMS 2 puanlarının kontrol grubunda karşılaştırılması 55
4.11. AIMS 2 Puan Farklarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması 56
4.12. Tedavi Grubunda Günlük Yaşam Aktivitelerinin Karşılaştırılması 57
4.13. Kontrol Grubunda Günlük Yaşam Aktivitelerinin Karşılaştırılması 58
4.14. Günlük Yaşam Aktivitelerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması 59
4.15. Kendine bakım performans alanında hastaların en çok zorlandıkları Aktiviteler 60
4.16.'İş ve üretici aktiviteler' performans alanında COPM değerlendirmesine göre hastaların en çok zorlandıkları aktiviteler 61
4.17.'Boş zaman aktiviteleri' performans alanında COPM değerlendirmesine göre hastaların en çok zorlandıkları aktiviteler 62
4.18. Tedavi öncesinde ve sonrasında COPM puanlarının karşılaştırılması 62
4.19. Grupların COPM puanlarının karşılaştırılması 63
4.20. Grupların CIQ Puanlarının Karşılaştırılması 63

4.21. Tedavi öncesinde ve sonrasında CIQ puanlarının karşılaştırılması 64
4.22. Tedavi öncesinde ve sonrasında RAQOL ve LSI puanlarının Karşılaştırılması 65
4.23. Grupların RAQOL ve LSI Puanlarının Karşılaştırılması 65

1.GİRİŞ

Romatoid artrit, etyolojisi bilinmeyen eklem inflamasyonu ve deformiteleri ile birlikte günlük yaşam aktivitelerinde değişik derecelerde yetersizlikler yaratan kronik sistemik inflamatuar bir hastalıktır (1). Romatoid artritli hastalarda rol ve aktivite kısıtlılıkları yüksek oranda görülmektedir (2).

Ergoterapi, kişinin günlük yaşam aktivite performanslarını (işte, evde veya sosyal yaşamdaki aktiviteler ve roller) geliştirmeyi, yaşam stili bozuklukları adaptasyonları için fasilite etmeyi, fonksiyon kaybını önlemeyi, psikososyal statü sağlamayı ve geliştirmeyi amaçlar (3).

Yapılan çalışmalarda romatoid artritli hastalarda randomize kontrollü, kapsamlı ergoterapi müdahalelerinin etkinliğinin araştırılması gerektiği vurgulanmıştır (3,4,5). Sağlık ve sosyal alanlarda kişinin katılımının rehabilitasyon sürecindeki gerekliliği son zamanlarda sıklıkla vurgulanmaktadır (6). Rehabilitasyon sürecinde hastanın kendisinin hem değerlendirme hem de süreç içinde aktif katılımı önemli bir konu olarak ele alınmaktadır (6,7). Hasta katılımında ilk basamak kişinin istek ve ihtiyaçlarının belirlenmesidir. Kişinin kendi sağlığı ve tedavi süreci hakkında bilgi sahibi olmaya hakkı vardır. Kişi merkezli yaklaşımlar ancak multidisipliner bir ekip çalışması ile gerçekleştirilebilir. Aslında rehabilitasyon kişinin hayat aktivitelerindeki katılımını maksimuma çıkarmayı hedefler. Kişi merkezli yaklaşımlar rehabilitasyon sürecinde kişi katılımını kuvvetlendiren yöntemlerdendir (6,7).

Kanada ergoterapistleri 1980'lerden beri bu konuda bir rehber oluşturmak için çalışmaktadırlar (8). Kişi merkezli yaklaşımlar ve katılım; İşlevsellik Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasının (ICF) son versiyonunun da ana parametrelerdendir (9). ICF modeline göre sağlık durumu; vücut işlevleri yapı ve fonksiyonları, aktivite, katılım üzerinde incelenir aynı zamanda çevresel ve kişisel faktörlerden etkilenir (9).

Kanada Aktivite Performans Değerlendirmesi (Canadian Occupational Performance Measurement/COPM) kişinin aktivite problemlerini tanımlamasını sağlar ve kişiye ergoterapinin amacının anlamasında açık bir şekilde yardım eder (10).

Yapılan çalışmalarda romatoid artritli hastalarda COPM değerlendirmesini araştıran çok az çalışmaya rastlanmıştır (11,12). Kanada Aktivite Performans Modeli (Canadian model of occupational performance/CMOP) kişiyi ergoterapi yaklaşımının merkezine yerleştiren ve aktivite performansına net olarak odaklanan bir ergoterapi modelidir (13). Literatürde romatoid artritli hastalarda kişi merkezli yaklaşım ile ergoterapi uygulaması ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Ülkemizde romatoid artritli hastalar özellikle semptomatik dönemlerinde ağrıyı azaltmaya yönelik fizyoterapiye yönlendirilmektedirler. Ancak bu hasta grubu için aktivite limitasyonu ve katılım kısıtlılıklarını azaltmaya yönelik çabaları içeren ergoterapi yaklaşımları yetersiz kalmaktadır.

Buradan hareketle, kişi merkezli yaklaşım romatoid artritli hastalarda aktivite limitasyonu ve katılım kısıtlılığını azaltır; romatoid artritli hastalarda kişi merkezli yaklaşımla ergoterapi uygulaması hastaların yaşam kalitesi ve memnuniyetini artırır hipotezleri öngörülmüştür. Bu hipotezler doğrultusunda, çalışmamızda romatoid artiritli hastalarda kişi merkezli yaklaşımla ergoterapi müdahalesinin etkinliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Romatizmal Hastalıklara Genel Bakış

Artrit kelime anlamıyla ' eklem inflamasyonu' anlamına gelen Yunancadan türetilmiş bir terimdir. Artrit kelimesi; romatizmal hastalıklar altında toplanan pek çok farklı durumu tarif etmek amacıyla kullanılmaktadır. Romatizmal hastalıklar kapsamında eklemler ve yumuşak dokunun kronik ağrı ve ilerleyici fiziksel bozukluklarıyla karakterize yüzden fazla sayıda hastalık yer almaktadır. Osteoartrit, romatoid artrit, sistemik lupus erimatozus, ankilozan spondilit, skleroderma, gut ve fibromiyalji klinikte en çok karşılaşılan romatolojik hastalıklardandır. Romatolojik hastalıklar önemli fiziksel, psikolojik, sosyal etkilerle aktivite limitasyonuna öncülük etmektedirler. Ergoterapistler romatolojik hastalıklarla pratikte sıklıkla karşılaşırlar. Problem alanlarını anlamak ve etkili müdahale planı yapmak için ergoterapistler her romatolojik hastalığı, hastalığın altındaki patolojiyi, hastalığın klinik seyrini, kullanılan ilaçlar ve etkilerini bilmelidirler (2).

2.2. RomatoidArtrit

Romatoid artrit (RA) , birçok eklemi aynı anda tutabilen, kronik seyirli, etyolojisi bilinmeyen, sistemik iltihabi otoimmün bir hastalıktır. İnflamatuar aktivite sürdükçe ve tablonun ağırlığına göre eklemler, çevre dokular ve diğer organ ve sistemler etkilenebilmektedir. RA kendini eklem kapsülünde snovial eklem iltihabı (sinovit) ile gösterir. Bu eklem iltihabı nedeniyle zamanla kartilaj ve kemik harabiyeti oluşur. Eklem tutulumu, değişik deformitelere ve fonksiyon kayıplarına neden olarak zaman içinde önemli aktivite kısıtlılıklarına yol açabilmektedir. Vücuttaki diğer organları da etkileyebilmesi nedeni ile bu hastalığı saf bir eklem rahatsızlığı olarak görmek doğru değildir. Klinik seyri, hastadan hastaya büyük değişiklikler gösterir. Bazı hastalarda az sayıda, hafif seyirli ve kısa süreli eklem tutulmaları görülürken, bir grup hastada ise, tedavi ne kadar yoğun olursa olsun, kısa sürede aktivite kısıtlılıkları ve önemli organ hasarları gelişebilmektedir. Görülme sıklığı, binde sekiz kadardır. En çok 25– 55 yaşlarında başlamakta ve kadınlarda erkeklere oranla iki - üç kez daha fazla görülmektedir. Hastalığın etyolojisi henüz tam olarak bilinmemektedir. Hastalık aynı aile içinde birden çok kişide

görülebilmektedir. 5 yıl içinde hastaların %25 inden azı Amerikan Romatoloji Derneği (American Rheumatism Association-ARA) kriterlerine göre gerçek remisyona girerler. Çoğu değişik derecelerde eklem harabiyeti ve fonksiyon kısıtlılıklarıyla seyreden ilerleyici bir hastalık tablosuna sahiptir. Bu süreç esnasında birçok fiziksel (anatomik ve fizyolojik), psikolojik (mental ve emosyonel) bozukluklar ve fonksiyon kayıpları oluşur. Oluşan bozukluk ve fonksiyonel kayıplar aktivite limitasyonlarına neden olur (2).

Romatoid artritli hastalarda rol ve aktivite kısıtlılığı yüksek oranda görülmektedir. Hastalığın ilk yıllarında herhangi bir fonksiyonel kısıtlılık beklenmezken, yirmi yıl civarında % 80 oranında ciddi aktivite kısıtlılıkları görülebilmektedir (2).

2.2.1. Romatoid Artritte Klinik Belirtiler:

Romatoid artrit; simetrik poliartiküler ağrı ve şişlik, uzun süreli sabah sertliği, halsizlik ve yorgunlukla karakterizedir. Romatoid artritin başlama şekli hastadan hastaya farklılıklar gösterir. Hastaların yaklaşık %70'inde bir kaç hafta ve hatta aya yayılmış sinsi bir başlangıç söz konusudur. Bu süre içerisinde hafif bir ateşin de eşlik ettiği halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı, bir veya bir kaç küçük eklemde ağrı vardır. Eklem ağrısı dışında hastaların önemli bir yakınması, uyku veya uzun süren bir istirahat sonrası, eklemler ve eklemlerin çevrelerinde oluşan ve sabah tutukluğu olarak tanımlanan sertlik hissidir. Sabah tutukluğu, eklem ağrısının iltihabi karakterde olduğunu anlatan önemli bir bulgudur. Aktif hastalıkta bir saatten uzun sürer, hatta günün geç saatlerine kadar devam edebilir. Süresi dışında derecesi ve vücutta dağılımı da önemlidir. Hastalar, giderek günlük işlerini yapmada aşırı zorlandıklarını ve eklem fonksiyonlarının azaldığını fark ederler. Klinik, başta el ve ayak eklemleri olmak üzere bir çok eklemde simetrik şişliklerinin gelişmesi ile sürer. RA'nın klinik özellikleri kişiden kişiye değişse de öngörülemeyen akut episotlar, alevlenme ve remisyonlarla seyreder. Romatoid artritte ağrı akut veya kronik olabilir. Akut ağrı alevlenme döneminde görülür. Kronik ağrı ise ilerleyici eklem hasarı ile birlikte gelişir. Sinovial inflamasyon hastalık aktivitesinin arttığı dönemde hastaların %50 sinde ortaya çıkar. İnflamatuar süreç akut, subakut, kronik aktif, kronik inaktif

olmak üzere dört aşamada gerçekleşir. Akut inflamatuar süreçte; limitli eklem hareketi, ağrı, hassasiyet, hareketle artan ağrı, tutukluk, güçsüzlük, eklemlerde sıcaklık artışı, karıncalanma ve uyuşukluk görülebilir. Subakut fazda limitli eklem hareket, ağrı ve hassasiyet azalır, tutukluk sabah tutukluğu halinde görülür, eklemlerdeki sıcaklık artışı ılıklık halindedir. Kronik aktif dönemde ağrı, hassasiyet, tutukluk şikâyetleri azalmıştır, kronik inaktif dönemde ise hiçbir inflamasyon işareti yoktur. Ancak kullanmama nedeniyle ağrı ve hassasiyet görülür. Azalmış eklem hareketi, oluşan kas atrofileri ve ağrı nedeniyle kişinin fonksiyonelliği azalmıştır (1,2,3,14).

Klinik özellikler açısından RA iki grupta toplanabilir (1).

a) Artiküler: Artiküler romatoid artritin geri dönüşlü ve geri dönüşsüz olmak üzere iki tipi vardır. RA nedeniyle etkilenen eklemlerin %90'ı ilk yılda hasara uğrar. İlerleyici eklem hasarı hastaların çoğunda 10-20 yıl içinde aktivite limitasyonlarına neden olmaktadır. Haftalar yada aylar süren periodlarda ağrı, inflamasyon, ısı artışı, sertlik, azalmış eklem hareketi ile karakterizedir. Sıklıkla el ve ayak küçük eklemleri etkilenir. Genellikle simetrik bir tutulum ile seyreder. Tekrarlayan ataklar ve inflamasyon ile eklem yapı desteğinin azalması, eklem kartilaj hasarı ve kemik erozyonu görülebilir. Bu alevlenme ve remisyonlar hastadan hastaya farklılıklar gösterir. Aslında her hastanın süreci farklıdır. Sadece % 20 hastada remisyonda süreç devam ederken, çoğunluğunda defalarca alevlenme ve remisyonlar halinde hastalık ilerler. İnflamatuar süreç sonunda kas ve tendon kuvvet dengesizlikleri, eklem instabilite ve subluksasyonlarına veya eklem dislokasyonlarına neden olabilmektedir. El bileğinde ulnar deviasyon, parmaklarda kuğu boynu ve düğme iliği gibi eklem deformiteleri görülebilmektedir (1).

b) Sistemik: Romatoid artrit, aynı zamanda sistemik tutulumlarda göstermektedir. Bu sistemik tutulumlar hastalığın progresyonunu olumsuz etkilemektedir. Romatoid nodüller, vaskülit, anemi, yorgunluk, genel halsizlik, kilo kaybı, akciğer, kardiak, solunum sistemi, böbrek veya nörolojik tutulumlar görülebilmektedir (1).

Eklem Bulguları: RA da; el ve el bilekleri, proksimal interfalangial, metakarpofalangial eklemler, elin başparmak eklemleri, ayaklar, dirsek, omuzlar, diz eklemleri en çok tutulan, distal interfalangial ve sakroiliak eklemler en az veya hiç tutulmayan eklemlerdir. Servikal vertebra dışında kalan omurga da genel olarak tutulmaz. Eklem tutulumu bilateral olsada progresyon her iki tarafta aynı olmayabilir. Örneğin hastanın dominant eli daha fazla tutulum gösterir ve farklı deformiteler gelişebilir (1,2,14).

Eller: RA, en zengin ve karakteristik değişikliklerini el ve el bileklerinin simetrik tutulumu sonucu yapar. Erken dönemde, tenosinovitler, proksimal interfalangeal eklemlerin fusiform şdeğişiklikleri, ulnar stiloid çevresinin şişmesi ile bu bölgenin düzleşmesi görülür. Bir diğer erken dönem bulgusu, karpal tünel sendromudur (Parmaklarda yanma ve karıncalanma). Hastalığın ilerlemesi sonucu klasik geç dönem deformiteler gelişir. Bunlar; el sırtının kas atrofisi sonucu konveks bir görünüm kazanması, metokarpofalangeal eklemlerde subluksasyon, parmakların metokarpofalangeal eklemlerden itibaren ulnar deviasyonu, proksimal interfalangeal eklemlerde hiperekstansiyon ve distal interfalangeal eklemlerde fleksiyon ile kendini belli eden kuğu boynu deformitesi veya bunun tam tersi olan düğme iliği deformitesi ve başparmakta Z deformitesi olarak tanımlanan şekil bozukluklarıdır. Ayrıca ekstansör tendonlarda gevşeme ve/veya kopma sonucu düşük parmaklar görülebilir (1,2,14).

Dirsekler: Sık tutulan bu eklemlerde, ağrı ve şişlik dışında ekstansiyon hareketinin azalması ilk belirtilerden biridir. Ancak fleksiyon deformitesi eşlik etmedikçe günlük aktivitelerde bir azalma görülmez. Dirseklerde romatoid nodülle rastlanabilir (1,2,14).

Dizler: Sık tutuldukları gibi hastaların %15 kadarında ilk tutulan eklemlerdir ve bu hastaların büyük kısmı da tanıdan önce bir menisküs operasyonu geçirmiş olurlar (1,2,14).

Ayaklar: Ayaklar, hastaların %20'sinde ilk tutulan eklemlerdir. Yük taşımaları nedeni ile bu eklemlerin tutulması üst taraf eklemlerine göre daha fazla ağrı ve hareket kısıtlılığına yol açar. Metatarsal eklemlerin tutulması sonucu ayak ön kısmında genişleme, hallux valgus ve çekiç parmak şeklinde deformiteler geç dönem belirtileridir. Ayak statiğinin bozulması yürümeyi oldukça zorlaştırır (1,2,14).

Servikal vertebra: Romatoid artritli hastaların üçte birinde görülen servikal vertebra tutulumu, en sık atlantoaksiyel (C1-C2) eklem tutulumu ile görülür. Sinovit sonucu instabilite gelişmesi ile genişleyen bu alanda odontoid çıkıntının foramen magnuma doğru hareket etmesi ile servikal kordun baskı altında kalması sonucu çeşitli nörolojik semptomlar oluşabilir (1,2,14).

2.2.2. Tanı:

Romatoid artrite klinikte yapılan tek bir test ile kesin tanı konulması mümkün değildir (1). Romatoid artritin erken dönemlerinde tanı, çoğunlukla diğer hastalıkların dışlanması ile konur. Amerikan Romatizma Koleji'nin (American College of Rheumatology-ACR) 1987 yılında yayınladığı tanı kriterleri, tek bir hastaya tanı koymaktan ziyade klinik çalışmalarda benzer özellikler taşıyan hastaları bir araya getirme amacı ile geliştirilmiş olsa da, bu gün için, romatoid artriti en iyi tanımlayan bir araç olarak adlandırılabilir (Tablo 2.1). Tanı için en az dört koşulun bir arada bulunması gereklidir (1,2).

RA, ACR'nin revize edilmiş romatoid artrit fonksiyonel sınıflandırmasına göre 4 fonksiyonel evrede incelenmektedir (1,2). Bu fonksiyonel evreler Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. 1. Amerika Romatizma Koleji Romatoid Artrit Tanı Kiterleri

Sabah tutukluğu	Eklemler ve çevrelerinde en az 1 saat süren
El eklemlerinde artrit	Üç veya daha fazla eklemde artrit en az 6 haftadır süren eklem şişliği veya sıvısı
Simetrik artrit	El bileği, MCF ve PIF eklemlerinde en az 6 haftadır süregelen şişlik
Romatoid nodül	Eklem kenarları veya temas bölgelerinde deri altı nodülü
Romatoid faktör	Normal kontrollerde %5'den daha az pozitif bulunan bir yöntemle bakılmalıdır
Radyolojik değişiklikler	Ön-arka planda çekilmli düz el grafilerinde görülen erozyonlar ve periartiküler osteoporoz

Tablo 2.2. ACR Fonksiyonel Evreleri

Evre 1: Hasta her türlü günlük yaşam aktivitelerini yapabilmektedir. (kendine bakım, iş ve üretici ve iş dışı)
Evre 2: Hasta kendine bakım ve iş üretici aktiviteleri yapabilmektedir. Ancak iş dışı bazı aktiviteleri kısıtlamak zorunda kalmaktadır.
Evre 3: Hasta kendine bakım ve iş aktivitelerini yapabilmektedir. Ancak iş ve iş dışı aktiviteleri kısıtlıdır.
Evre 4: Hastanın kendine bakım, iş ve iş dışı aktiviteleri tamamen limitlidir.

2.2.3. Romatoid Artritte Tedavi

RA' nın tedavisi ilaç tedavisi, cerrahi yaklaşım, fizik tedavi, ergoterapi olarak sıralanabilir. Burada önemli olan multidisipliner ekiptir. Ekipte hasta, hasta yakınları, romatolog, fizyoterapist, ergoterapist, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen yer almaktadır. Aslında ekip hastane ve toplum temelli ekibin bir birleşimidir. Ekip üyelerinin, iyi bağlantı ve iletişimleri rehabilitasyon için anahtardır (1-3).

Ekibin genel amacı hastalık aktivitesini kontrol etmek, ağrı ile başa çıkmak, fonksiyonelliği sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Ergoterapinin amacı ise kişinin günlük yaşam aktivite performanslarını geliştirmek, böylelikle aktivite limitasyonları ve katılım kısıtlılıklarını azaltmaktır (1-3).

a) Medikal Tedavi:

Romatoid artritin kesin olarak tedavisi bilinmese de, temel medikal tedavi hedefleri; ağrı, şişlik ve yorgunluğu azaltmak, eklem fonksiyonunu artırıp, eklem hasarı ve deformitesini en aza indirmek, aktivite limitasyonuna engel olmak, ilaçların uzun süreli yan etkilerini en aza indirip kişinin fiziksel, sosyal, emosyonel fonksiyonlarını devam ettirmektir. Romatoid artritte eklemin normal anatomisini devam ettirmek ancak geri dönüşsüz hasar meydana gelmeden hastalığı kontrol etmekle sağlanabilmektedir. Son yıllarda RA'nın patogenetik mekanizmasının anlaşılmasında gelişim sağlanmasıyla birlikte patofizyolojik süreç için daha spesifik

tedaviler geliştirilmiş, erken agresif ilaç kullanımı ile RA'nın şiddeti ve aktivite limitasyonu azaltılmaktadır. Romatoid artritli hastalarda kullanılan ilaçlar; analjezik ilaçlar, kortikosteroidler, anti romatoidler, biolojik ilaçlar olarak sınıflandırılabilir. Bu ilaçların bazıları inflamatuar dönemde verilirken, bazıları ise kişinin durumu daha stabil olduğunda verilmektedir. İlaçların vücut sistemleri ve fonksiyonları üzerine değişik etkileri vardır. Bu yüzden ergoterapistlerin ilaç ve fonksiyonlara etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (1-3).

b) Cerrahi tedavi:

Romatoid artritli hastalarda cerrahi müdahalelere, romatoid artritin sebep olduğu yaygın eklem hasarı nedeniyle, ağrıyı azaltmak ve fonksiyonu artırmak amacıyla sıklıkla başvurulmaktadır. Sinovektomi ve tenosinevektomi; semptomları azaltmak ve eklem hasarının ilerlemesini yavaşlatmak amacıyla uygulanmaktadır, bu uygulamalar genelde el ve el bileğine yöneliktir. Tendon gevşetme ve tamiri cerrahileri el fonksiyon bozukluklarında uygulanabilmektedir. Tendon cerrahisi genelde el bileği ve elin ekstansör tendonlarına uygulanmakatadır. Tendon transferleri ve sinir dekompresyonları (örneğin karpal tünel gevşetmesi) fonksiyonu artırmak için kullanılan diğer cerrahilerdendir. Artroplasti ve artrodesis cerrahileri ise genelde diz, kalça ve metakarpofalangel eklemlere uygulanmaktadır (1-3,15).

c) Fizyoterapi ve Rehabilitasyon:

Romatoid artritli hastalarda fizyoterapi ve rehabilitasyonun amaçları; istirahatı sağlamak, ağrıyı azaltmak, eklem hareket açıklığını korumak, kas atrofisini önlemek veya geciktirmek, deformiteleri azaltmak olarak sıralanmaktadır (4,5).

Fizyoterapi ve rehabilitasyonda uygulanan yöntemler; elektrofiziksel modaliteler (sıcak soğuk ajanlar, elektroterapi), terapatik egzersizler, manual terapi ve eğitimdir. Romatoid artritli hastalarda egzersiz eklem hareket açıklığını, kas kuvvetini, aerobik kapasiteyi artırmak korumak ve restore etmek amacıyla verilmektedir. Sıcak soğuk fiziksel modaliteler romatizmal hastalıkların tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Romatoid artritli hastalarda sıcak uygulamalar kronik dönemde ağrı, sertlik ve spazmı azaltıcı ve kollojen ekstensibilitesini artırıcı etkisi nedeniyle tercih edilirken, soğuk uygulamalar vozokonstrüksyona neden olarak inflamasyonu azaltıcı etkisi nedeniyle RA'nın akut döneminde lokal soğuk paketler

şeklinde 20 dk uygulanmaktadır. Trans kutanöz elektriksel sinir sitümülasyonu (TENS) RA'da ağrıyı azaltmada güvenli bir yöntem olarak uygulanmaktadır. Düşük şiddetli lazer terapisi RA'lı hastalarda ağrıyı ve sabah tutukluğunu azaltmada etkili bir yöntem olarak uygulanmaktadır. Sıcak, soğuk, elektriksel ajanlar ve hidroterapi hastaları egzersize hazırlamak için kullanılmaktadır (4,5).

d) Eğitim:

RA'lı hastanın eğitimi kişi için durumunu algılaması ve yaşam tarzını başarması açısından hayati önem taşımaktadır. Eğitimin içerisinde; hastalık ve semptomlar hakkında bilgilendirme, tedavi için seçeneklerin anlatılması, ilaç kullanımı ve etkileri, aktiviteleri nasıl adapte veya modifiye edeceği, kendi ortamında kendisi için anlamlı olan aktivitelere nasıl devam edeceği gibi pek çok konu yer almaktadır (1-3).

e) Eklem koruma teknikleri:

Eklem koruma tekniklerinin kullanımı 1965'de Cordery tarafından önerilmiştir (16). Kişinin eklemlerini günlük işleri yaparken değişik yollarla korumasını hedefleyen bir dizi prensiptir (1).

Eklem koruma teknikleri;

- Aktiviteleri yaparken ağrıyı azaltmayı veya ağrıyla başa çıkmayı,
- Fonksiyonu geliştirmeyi yada başarmayı,
- Deformitelerin oluşumu ve ilerlemesini yavaşlatmaya yardım etmeyi amaçlar.

Eklem koruma teknik ve prensiplerinin ağrıyı ve sabah sertliğini azaltmada etkili olduğu bulunmuş fakat eklem hasarını azaltması konusunda çok az kanıta rastlanmıştır (17). Steultjens ve diğ. 2004 yılındaki derlemesinde, eklem koruma tekniklerinin fonksiyonel yeteneği geliştirmesi konusunda güçlü kanıt elde edildiği vurgulamıştır (18). Palmer ve Simmesin 1991'de yayınladığı 11 eklem koruma prensibi aşağıdaki gibi belirtilmiştir (19).

1- Eklemlerdeki baskıyı kaldır.

2- Büyük eklemleri kullan.

3-Çok sıkarak kavrama yapma.

4- Ağrılı pozisyonda uzun süre durma.

5- Eklemleri deformite pozisyonlarından uzak tut.

6- Aktivite ve dinlenme arasında denge kur.

7- Az ve sık egzersiz yap.

8-Kolay çalışma yöntemleri bul.

9- Splintini tak.

10- Vücudunu dinle.

11- Kilona dikkat et.

Eklem koruma teknikleri ergoterapistlerce spesifik öğrenme ve öğretme teknikleriyle uygulanmaktadır. Hammond eklem koruma teknikleri için bireysel veya grup uygulamalarını önermektedir (20). Bir saatlik seanslarla uzun dönem öğrenme yöntemlerinin etkili olduğu bulunmuştur (20). Hammond'a göre en etkili yöntem uzun dönem değişim gösteren altı haftalık eğitimsel davranışsal eklem koruma eğitim programıdır. Hammond 2004 yılındaki çalışmasında yeni teşhis döneminde olan hastalarda eklem koruma tekniklerinin daha az yarar sağladığını belirtmiş ayrıca eklem koruma teknikleri eğitiminin zamanlamasının da önemli olduğunu vurgulamıştır (21).

f) Yardımcı cihaz kullanımı

Yardımcı cihaz teknolojisi; düşük teknoloji kullanılan basit cihazlardan kompleks teknoloji kullanılan cihazlara kadar pek çok ürün içermektedir. Bu cihazların bazıları genel popülasyon için kullanılırken bazıları fonksiyonel kısıtlılıkları ve aktivite limitasyonları olan kişiler için geliştirilmiştir (22). Literatürde pek çok farklı terim kullanılmaktadır. Bunlar gereç, yardımcı gereç, yardımcı cihaz, kendine yardım cihazı, teknik araç, adaptif cihaz gibi sıralanabilir (22,23). Yardımcı cihaz terimi günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Spesifik gereç, cihaz veya yardımcı teknoloji anlamına gelir. 'Aktivite limitasyonu olan kişiler tarafından koruyucu ve kompanze edici veya limitasyonu azaltıcı olarak kullanılan herhangi bir gereç' olarak tanımlanabilir (22,23). Bu cihazlara olan ihtiyacın belirlenmesi kompanzatuar yaklaşım temeline dayanmaktadır (24). Yardımcı teknolojinin kullanımı, hastalığın derecesi, süresi, kişinin fonksiyonel yetenekleri, kavrama kuvvet kaybı ile ilişkili olarak değişebilmektedir. Ergoterapistlerin hastaların günlük

yaşam aktivitelerini kolaylaştırmak için sıklıkla önerdikleri yardımcı cihazlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Tablo 2.3).

Günümüzde çok değişik yardımcı cihazlar imal edilmektedir. Ergoterapist cihaz tipleri, uygunluğu ve en az maliyetle nasıl ulaşılabileceği konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Kişi merkezli yaklaşımda yardımcı cihaz tavsiyesinde kişinin amaçları, istekleri göz önüne alınmalı ve karar vermede işbirliği yapılmalıdır (22).

Tablo 2.3. Romatoid Artritli Hastalarda Önerilen Yardımcı Cihazlar

Aktivite	Yardımcı Aletler
Giyinme	Giyinme sopası, ayakkabı çekeceği, çorap giyme yardımcısı, düğme kancası, fermuar çekeceği, elastik ayakkabı bağcıkları vb.
Banyo yapma	El tutacağı, tutunma barları, uzun saplı sünger, banyo bankı vb.
Tuvalet	Yükselen tuvalet oturağı, tutacak barlar, genişleyen perineal hijyen yardımcısı vb.
Hijyen	Geniş saplı diş fırçası, geniş saplı saç fırçası veya tarağı, monte edilmiş tırnak makası vb.
Beslenme	Geniş saplı kaplar, sapı açılaştırılmış çatal -bıçak,ağırlığı azaltılmış kupa-kaşık -çatal-bıçaklar, bardaklar yerleştirilmiş el tutacakları

g) Enerji tasarrufu teknikleri:

Enerji tasarrufu süreci; günlük aktiviteleri yaparken enerji koruma ve daha anlamlı aktivitelere enerjiyi paylaştırma ve kontrol etmektir (25). Ağrı ve yorgunluğu azaltmayı, aktivite toleransını artırmayı, genel üretkenlik ve yaşam kalitesini sağlamayı amaçlar (1,3,25).

Enerji koruma tekniklerine örnekler şöyle sıralanabilir:

- Önerilen aktiviteyi planlayıp organize edin.
- Öncelikleri belirleyin.
- Gereksiz, önemsiz aktiviteleri eleyin.
- Aktiviteleri gerçekleştirirken doğru postürler kullanın.

- Gereksiz aktivite ve enerji harcamasından kaçının.
- Gerektiğinde yardımcı cihazları kullanın.
- Dinlenme aralıkları verin.

h) El Splintlemesi

Splintler romatizmal hastalıklarda kullanıldıklarında değişik amaçlara hizmet ederler. Bunlar ağrının, inflamasyonun azaltılması, deformitenin önlenmesi veya düzeltilmesi, fonksiyonun desteklenmesidir. Bazı çalışmalar splint kullanımının ağrı ve inflamasyonu azalttığını desteklemektedirler. Splintlerin deformiteyi önleyici veya düzeltici etkileri olduğu söylense de literatürde kesin bir kanıta rastlanmamaktadır (1,26-30).

Ergoterapistlerin romattoid artiritli hastalarda önerdikleri el splintleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (1,26-30):

İstirahat splintleri: temelde eklemdeki inflamasyon ve ağrının azaltılması amacıyla kullanılmktadırlar

Fonksiyonel splintler: ağrıyı azaltarak, eklem düzgünlüğünü sağlayarak, zayıflamış eklem çevresi yapılara stabilite sağlayarak el fonksiyonlarını artırmaktadırlar. Bu splintler çok az sayıda eklemi destekler veya hareketsiz bırakırlar böylelikle diğer eklemler hareket için serbest bırakılmış olur.

Düzeltici splintler: sıklıkla el ve parmaklardaki deformiteleri düzelmek amacıyla kullanılmaktadır.

Çalışma splintleri: kişinin çalışma sırasında kullanabileceği hazır veya kişiye özel splintler gerekli eklemleri destekleyerek iş sırasında veya sonrasındaki ağrıları azaltmaktadır.

2.3. Romatolojide Ergoterapi

Anlamlı, eğlenceli bir hayat iyi olma halinin esasıdır. Ergoterapistler kişinin günlük yaşam aktivite performanslarını (işte, evde veya sosyal yaşamdaki aktiviteler ve roller) geliştirmeyi, yaşam stili adaptasyonları için cesaretlendirmeyi, fonksiyon kaybını önlemeyi, psikososyal statü sağlamayı amaçlarlar (3,4,31). Terapist hastayla işbirliği halinde hastalık, özür veya diğer kısıtlılıkları ölçüsünde kişi için dengeli bir yaşam şeklini başarmak için çalışır. Ergoterapi artritli hastalar için geniş bir alanda müdahale uygular. Bu müdahaleler; kendi kendine başa çıkma eğitimi, aktivite ve rol

planlama, günlük yaşam aktiviteleri ve modifikasyonu, eklem koruma teknikleri eğitimi, enerji tüketiminin azaltılması, ağrı tedavisi (kognitif, davranışsal yaklaşımlar, gevşeme), el terapisi (egzersizler), üst alt ekstremite terapatik aktiviteleri, ev değerlendirmesi ve adaptasyonu, ergonomik eğitim, ergonomik iş adaptasyonu, çevresel modifikasyonlar, hobi ve boş zaman aktiviteleri modifikasyonu, ortez ve yardımcı cihaz kullanımı olarak sıralanabilir (Tablo 2.4) (3).

Tablo 2.4: Kronik kas iskelet sistemi hastalıklarında ergoterapi müdahaleleri

*Kendi kendine başa çıkma eğitimi *Eklem koruma teknikleri eğitimi *Ergonomik eğitim *Yorgunlukla bahşetme ve uyku düzeni *Ağrı tedavisi (kognitif, davranışsal yaklaşımlar, gevşeme) *Çevresel modifikasyonlar *Üst alt ekstremite terapatik aktiviteleri *El rehabilitasyonu(egzersizler) *Ortez *Sağlık için egzersizler (tai chi, yoga, dans, yüzme...)	*Aktivite ve rol planlama *Günlük yaşam aktiviteleri ve modifikasyonu *Ev değerlendirmesi ve adaptasyonu *Aile desteği *Ergonomik iş değerlendirmesi ve adaptasyonu *Hobi boş zaman aktiviteleri modifikasyonu *Araba kullanma, toplu taşıma araçlarını kullanma *İletişim, komünikasyon *Sosyal güvenlik yararları ile ilgili tavsiyeler

Ergoterapistler üst ekstremite fonksiyonları üzerinde de ayrıca yoğunlaşırlar çünkü günlük yaşam aktivitelerinin çoğu üst ekstremiteler ile gerçekleştirilmektedir. Ergoterapi hem terapatik hemde eğitimsel müdahaleleri içerir. En çok odaklanılan yaklaşımlar hastadan hastaya değişmektedir. Örneğin el problemiyle gelen bir hastada eklem koruma teknikleri, el egzersizleri, assistif cihazlar verilirken, iş yerinde problem yaşayan bir hastada ise ergonomik düzenlemeler stres ile başa çıkma ve kognitif davranışsal yaklaşımlar ön planda olabilir (3).

Hammod derlemesinde kişilerin hekimler tarafından fizyoterapiye ve ergoterapiye yönlendirme nedenlerini aşağıdaki gibi sıralamaktadır (3).

Tablo 2.5. RA'lı Hastaların Fizyoterapiye ve Ergoterapiye Yönlendirme Nedenleri

Fizyoterapi:	*Kas iskelet sistemi değerlendirmesi *Ağrı tedavisi *Eklem hareketi, kas kuvveti ve aerobik kapasiteyi geliştirmek için egzersiz programı *Eğitim *Ev programı *Yürüme analizi ve eğitimi
Ergoterapi:	*Fonksiyonel değerlendirme *Eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri eğitimi *Kendi kendine başa çıkma methodları *Aktivite performansı becerilerini etkileyen el ve üst ekstremite fonksiyon zorlukları *Yardımcı destekleyici cihaz önerme *Splintleme *Günlük yaşam aktiviteleri eğitimi *Boş zaman ve sosyal aktivitelerde azalmış psikososyal statü için müdahaleler *İş yeri düzenlemeleri, ergonomik değerlendirmeler

2.3.1. Ergoterapi müdahaleleri yaklaşımları:

a) Öğretici yaklaşım: RA ile başa çıkma yöntemleri arasında hasta eğitimi önemli bir yere sahiptir. Ergoterapide eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri için bilgi verilirken bu yaklaşım kullanılmaktadır. Sözel ya da yazılı broşür, kitapçık veya video sunumlarıyla eğitim verilebilir (24,32).

b) Biomekaniksel yaklaşım: Splint kullanımı biomekaniksel yaklaşıma örnek verilebilmektedir. Burada anatomi, fizyoloji ve kinezyoloji bilgileri doğrultusunda fonksiyonu sağlamaya yönelik tasarımlar yapılır. Bu yaklaşımın dezavantajı, kişi bu süreçte pasiftir. Ancak ergoterapinin ana elementlerinden olduğu unutulmamalıdır (24,32).

c) Kompansatuar yaklaşım: Farklı aktivitelerde fonksiyon kısıtlılıklarını kompanze etmek için kullanılan bir yaklaşımdır. Çevresel düzenlemeler, yardımcı cihaz kullanımı bu yaklaşıma örnek olarak verilebilir (24,32).

2.3.2. Romatoid Artritli Hastalarda Ergoterapi Araştırmaları:

Ergoterapistler; yetenek geliştirme, problem çözme, aktiviteyi terapatik amaçla kullanma gibi yöntemleri sıklıkla kullanmaktadırlar. Literatürde anahtar müdahaleler eklem koruma teknikleri, enerji tasarrufu teknikleri, split ve cihaz kullanımı olarak geçmektedir (3,4,18,31).

Romatoloji, ergoterapistlere yüksek standartlarda kanıta dayalı müdahaleler için olanak sağlamaktadır. Romatoid artritli hastalarda ergoterapi ile ilgili yapılan çalışmalar içerisindeki sistematik derlemelere, karşılaştırmalı çalışmalara, klinik araştırmalara bakıldığında; çalışmaların davranışsal eklem koruma tekniklerinin kullanımını, yardımcı cihaz teknolojisinden yararlanmayı şiddetle tavsiye ettikleri görülmektedir. Kanıtlar ergoterapistlerin RA'lı kişilerin aktivite limitasyonlarının azaltılması, yaşam rollerini başarmaları, ağrılı durumlarla başa çıkmaları açısından önemli olduklarını savunmaktadır. Böylelikle ergoterapi, kişinin kendi kontrolünü ve öz yeterliliğini sağlamasında kişiye destek olmaktadır. Literatürde eklem koruma tekniklerinin kullanımı, yardımcı cihaz kullanımı, çevresel düzenlemeler ve split uygulamalarıyla ilgili kanıtlar bulunmaktadır (3,18,31).

Tedavide, ilaç tedavisinin yanı sıra egzersiz, kendi kendine başa çıkma teknikleri, eklem koruma teknikleri, koruyucu yaklaşım ve splintlemenin güçlü destekleyici etkisi yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (3,18,31).

Son zamanlardaki klinik rehberlere bakıldığında ergoterapi; fonksiyonlarda limitasyon gösteren romatoid artritli hastalarda önerilmesi gereken yararlı bir tedavi yaklaşımı olarak gösterilmektedir (3,18,31).

Erken dönemde ergoterapiye yönlendirme, eklem fonksiyonu ve romatoid artrit ile yaşamaya adaptasyonda önemlidir. Ergoterapi aktivite ve rol katılımını sağlamayı amaçlamakla birlikte uzun dönemde yaşam kalitesini artırarak, sağlık giderlerini azaltarak sağlık statüsünü de etkilemektedir.

Ergoterapi fiziksel özür ile ilgili parametreleri değerlendirdiği gibi artritle ilgili olarak ağrı, eklem sertliği, eklem deformitesi, yorgunluk ve özellikle aktivite limitasyonuyla ilgili stratejileri de içerir. Çünkü artritli kişinin iyi ve kötü günleri, pek çok semptom ve problemleri düzensizdir. Kişinin fonksiyonelliğinin, klinik ve sosyal statüsünün sistematik değerlendirmesi bizim için öncelikli probleminin tanımlanması ve etkili müdahale planı yapmak için anahtardır. Ergoterapinin amacı, kişinin var olan potansiyelinin dikkatli analizi, bireysel ihtiyaçları ve hastalık sürecinin aşamaları göz önüne alınarak belirlenmektedir (3,18,31).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ergoterapinin romatoid artiritte etkinliğini inceleyen bir sistematik derleme dikkati çekmektedir (18). Bu derlemede ergoterapinin ağrıyı azaltma ve fonksiyonelliğin gelişmesi üzerine etkilerinin yapılan çalışmalarda kanıtlandığı vurgulanmıştır. Romatoid artritli hastalarda randomize kontrollü ergoterapi müdahalelerinin etkinliğinin araştırılması gerektiği belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalarda eklem koruma tekniklerinin fonksiyon ve sağlık statüsünü artırdığı ve enerji tasarrufu sağladığı bulunmuştur (33-35).

Pek çok terapist günlük yaşam aktiviteleri eğitimi üzerinde dururken günlük yaşam aktiviteleri eğitiminin artiritli hastalar üzerinde etkisi üzerine çok az çalışmaya rastlanmıştır (31).

El rehabilitasyonunda; normal eklem hareketleri ve resistif egzersizlerin birlikte kullanımı etkili görülmüş, değişik tekniklerde takibin artırılması gerektiği söylenmektedir (36-38).

Splintlerin deformiteyi azaltması konusunda herhangi bir kanıta rastlanmamıştır. Ancak özellikle çalışırken kullanılan splintlerin ağrı azaltmada etkili olduğu görülmüştür (26-30).

Yapılan çalışmalarda boş zaman aktivitelerinde özellikle sosyal ve psikososyal anlamda artritli kişilerde kayıp olduğu saptanmıştır (3).

Kapsamlı ergoterapi müdahaleleri ile ilgili çok az randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır (39-41). Bu çalışmalarda da ergoterapinin etkisi tam olarak kanıtlanamamıştır.

Kişinin aktivite performansının zaman içindeki değişiminin yine hastanın kendisi tarafından performans ve tatmin puanları verilerek değerlendirildiği bir ölçek olan Kanada Aktivite Performans Değerlendirmesi RA'lı hastalarda kişinin aktivite problemlerini tanımlamasını sağlar ve kişiye ergoterapinin amacını anlamasında açık bir şekilde yardım eder (10).

Yapılan çalışmalarda romatoid artritli hastalarda Kanada Aktivite Performans değerlendirmesini araştıran çok az çalışmaya rastlanmıştır (11,12). Bir çalışmada romatizmal hastalıklarda katılım kısıtlılığını değerlendirmede COPM'in güvenilir ve hassas bir yöntem olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise romatoid artritli hastalarda Kanada Aktivite Performans değerlendirmesinin kullanılabilirliği ve rehabilitasyon için yararları incelenmiş ve COPM'in hasta katılımıyla tedaviyi fasilite eden bir yöntem olduğu vurgulanmıştır (12). Kişi merkezli ergoterapi için geliştirilmiş ve yayınlanmış sadece bir model vardır.

Kanada Aktivite Performans Modeli kişiyi ergoterapi yaklaşımının merkezine yerleştiren ve aktivite performansına net olarak odaklanan bir ergoterapi modelidir. Model kişiyi merkeze yerleştirir ve özellikle kişinin aktivite komponentlerine (kendine bakım, iş ve üretici aktiviteler, boş zaman aktiviteleri) anlam verir. Bu modelde öğretici ve kompanzatuar kaynaklar birlikte kullanılır. Ergoterapide, kişi ve yakınlarıyla işbirliği ile çalışılıp klinik durumun üstesinden gelmeye çalışılır (13).

2.3.3. AKTİVİTE:

Aktivite kişinin yaşamı içinde bağlandığı aktivitelerdir. Aslında aktivite her şeydir. Kişi bir aktivite gerçekleştirdiğinde birey olur, mutlu olur (42,43). Ergoterapistler aktivitenin; 'anlam ve amacın', 'seçim ve kontrolün' kaynağı olduğuna inanırlar (44). Aktivite; kişilerin yeteneklerine, motivasyonlarına, hedeflerine katılımı ve rol performanslarını gerçekleştirdikleri çevreleriyle entegrasyonlarıdır (44).

Kişinin kimliği, zaman içinde bağlandığı pek çok anlamlı aktivitenin harmonik dengesiyle ortaya çıkar. Aktiviteler kişinin sadece kimliğini değil aynı zamanda yeterliliklerini, başarılarını ve memnuniyetlerini de gösterir. Amaca yönelik aktivitelerde ise, aktiviteleri gerçekleştirme hedefe yöneliktir, ancak kişi için önemli olan aktiviteleri ifade etmezler. Amaca yönelik aktivite, performans sırasında ortaya çıkmaktadır. Örneğin, diş fırçalama sırasında macunu sürme amaca yönelik bir aktivitedir, ama kişi için önemli olan aktivite diş fırçalama aktivitesidir. Aktivite dizileri rutinleri oluşturur. Rutinler ise yaşamı düzenlerler. Pek çok kendine bakım, kendini geliştirme aktiviteleri rutin ve alışkanlıklarla otomatik olarak yürür. Herhangi bir hastalıkla birlikte ise aktivite performanslarında kısıtlılıklar; yani aktiviteleri gerçekleştirme yetersizlikleri görülür (42).

Aktivite performansı; kültürel olarak tanımlanmış yaş ile uyumlu, kişi için anlamlı olan işleri seçme, organize etme ve bunları yapabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Kişi bir aktiviteyi kendine ve aktiviteye özgü bir performans ile tamamlar. Ergoterapi, günlük yaşam aktivitelerini temel alarak, kişilerin kendi yaşam koşullarında gösterdiği bu performans ile ilgilenmektedir. Kişi, çevre ve aktivite hem değerlendirme hemde tedavi sürecinde aktivite performansını sağlamak için temel alınır. Aktivite performansı iç görü, irade, değer yargısı, ilgi, alışkanlıklar gibi kişisel faktörlerden ve çevrenin sağladığı kaynak ve fırsatlardan etkilenir (45,46).

Aktivite performans modeline göre performansı etkileyen komponentler duyu-motor, kognitif- psikososyal, faktörler olarak belirlenmiş ve performans alanları tanımlanmıştır. Aktivite performans alanları kendine bakım, iş- üretici aktiviteler ve oyun-boş zaman aktiviteleri olarak üç kategoriye ayrılmaktadır.

2.3.4. İşlevsellik Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Functioning-ICF)

Dünya Sağlık Örgütü 1980 yılında uluslararası yetersizlik, özürlülük ve engellilik sınıflamasını (International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICIDH) geliştirmiştir (9,47,48).

Bu sınıflandırmaya göre;

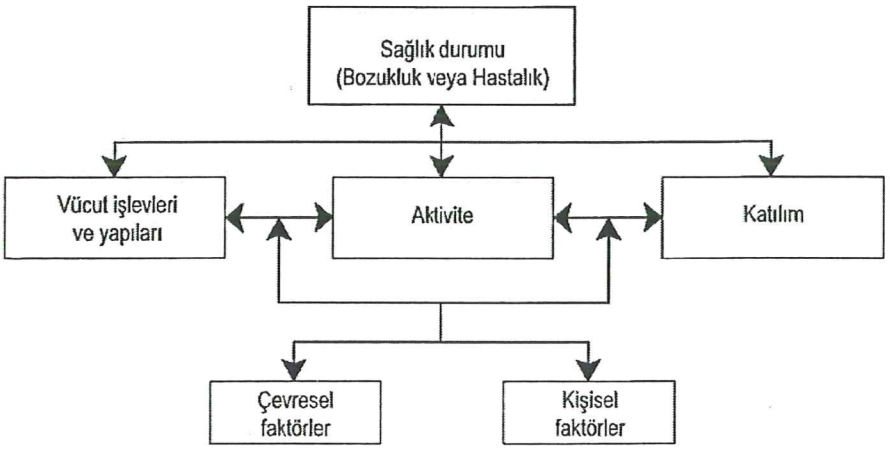
Bozukluk: Psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapının fonksiyon kaybıyla birlikte normalden sapması durumudur. Organ seviyesindeki bozuklukları ifade eder. Fizyolojik, psikolojik veya anatomik yapı veya fonksiyonların kaybı veya normalden sapması olarak tanımlanan bozukluk kalıcı veya geçici, fizyolojik veya psikolojik olabilir.

Özürlülük: Sağlığın bozulması sonucu oluşan yetersizlikten dolayı herhangi bir yeteneğin normal kabul edilen bir kişiye göre azalması veya kaybedilmesidir. Herhangi bir bozukluk sonucunda, normal olarak kabul edilen sınırlar ve uyum içinde aktivitenin yapılabilme yeteneğinin kısıtlanması veya yapılamamasıdır.

Engellilik: Yetersizlik veya özürlülük nedeniyle, kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal kabul edilen yaşantısını yerine getirememesi durumudur. Engel, bozukluk veya özür kişinin sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel uyumu ile etkileşimi içinde incelenir.

Dünya Sağlık Örgütünün Uluslararası Yetersizlik, Özürlülük ve Engellilik Sınıflaması (ICIDH) 2001'de tekrar gözden geçirilerek ICF olarak yayınlanmıştır (47).

ICF'de ICIDH'deki nedensel görüş yerine sağlığın bileşenleri veya kavramların etkileşimi söz konusudur. ICF'de kişisel faktörler de göz önüne alındığından yaşam kalitesinin değerlendirmesinde daha kapsamlı bilgi sağlamaktadır. Yeni sınıflamada eskisine göre iki önemli farklılık bulunmaktadır. Birincisi; özürlülük ve engellilik şeklindeki olumsuz terminolojinin yerine aktivite ve katılım şeklinde terminolojinin kullanılması, diğeri ise kişisel ve çevresel dış faktörlerin de sınıflamaya dahil edilmesidir. ICF'in yeni özürlülük modeli şekil 2.1'de gösterilmiştir (9,47).



Şekil 2.1. ICF'in Özürlülük Modeli

ICF kişinin sağlık durumunu etkileyen üç faktörün önemli olduğunu belirtmiştir. Bunlar;

1- Vücut fonksiyonları ve anatomik yapılar

2- Aktivite

3- Katılım

Bu üç faktörün etkilenmesi sonucu ortaya çıkan problemler şöyle tanımlanabilir.

1- Bozukluk

2- Aktivite limitasyonu

3- Katılım kısıtlanması

- Aktivite limitasyonu (Eski terminolojideki disabilite veya özürlülük): Kişinin, aktivitelerini yerine getirmedeki zorluklarıdır.
- Katılımın kısıtlanması (Eski terminolojideki handikap veya engellilik): Kişinin yaşam durumlarına yani sosyal hayata iştirak etmesindeki sorunlardır.
- Çevresel faktörler: Kişisel özellikler ve kişinin yaşamını sürdürdüğü ortamdaki fiziksel ve sosyal çevreyi ifade eder. Kişisel faktörler ise yaş, cins, eğitim, kişilik, davranış biçimi, psikososyal durum gibi kişisel özelliklerdir.

Bu yeni sınıflamada fonksiyon görme vücut fonksiyonları/yapıları, aktivite ve katılımı içeren kapsamlı bir terim; özürlülük ise bozukluklar, aktivite limitasyonu ve katılımın kısıtlanmasını içine alan ayrıntılı bir terim olarak belirtilmiştir.

2.3.5. Katılım

Katılımın tanımı

Günlük yaşam aktivitelerine katılım; yaşam tecrübesi ve insan gelişimi için önemli bir unsurdur. Katılım, bir aktivitenin içinde yer alma, aktiviteye katılma ve diğer kişilerle paylaşma durumudur (49). Temel konsepti aktiviteye dahil olma ve paylaşmadır. Law, bir çalışmasında katılımı resmi ve resmi olmayan aktivitelere katılım olarak tanımlamaktadır (50).

Dünya sağlık örgütü, ICF'in yeni versiyonunda katılıma özellikle dikkati çekmiştir. ICF modeline göre katılım (daha önceleri handicap olarak tanımlanmaktaydı) hayatın içinde yer alma olarak tanımlanabilir. Katılım, toplumsal yaşam içerisinde yer almaktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ICF sınıflamasındaki katılım alanları, kişiler arası etkileşimler ve ilişkiler, ev yaşamı, eğitim, iş ve çalışma yaşamı, toplum hayatı, sosyal hayat ve vatandaşlık görevleridir (51).

Yapılan çalışmalarda yetişkinlerde özellikle iş ve boş zaman aktiviteleri olmak üzere anlamlı aktivitelere katılımın; sağlık ve mutluluk için önemli ve pozitif etkisi olduğu söylenmiştir. Katılım, yaşam memnuniyeti ve yeterlilik duygusunu beraberinde getirir, bu da psikolojik, emosyonel ve yeteneksel gelişim için temeldir (52).

Çalışmalarda, yetişkinlerde rekreasyon ve boş zaman aktivitelerine katılımın yaşam kalitesi ve iyi olma hali ile önemli derecede ilişkili olduğu belirtilmiştir. Fiziksel özrü olan kişilerde, anlamlı aktivitelere katılımın ve toplumsal katılımın azalmasıyla birlikte yaşam memnuniyeti de azalmaktadır (49).

Çalışmalar aktivitelere katılımın, özrü olan veya olmayan kişilerde pozitif etkilerinden bahsetmiştir. Aktivitelerin anlamlı olabilmesi için, kişinin yetenekleriyle aktiviteleri arasında bir denge olmalıdır (49). Csikszentmilhalyi ve diğ. kişilerin aktivitelere nasıl yönlendiklerini araştırmışlar ve katılımın en çok oyun, spor ve iş gibi yapılandırılmış aktivitelerle sağlandığını belirtmişlerdir (53).

Katılım, ancak kişinin aktiviteyi seçme ve kontrol etme hissi olduğunda tam anlamıyla gerçekleşir. Aktivitelere katılımın pek çok boyutu vardır; kişinin tercihleri, ilgileri, ne yaptığı, nerede ve kiminle yaptığı, ne kadar keyif ve tatmin duyduğu gibi (49).

Katılımın değerlendirilmesi kişi, çevre ve aktivite arasındaki etkileşim göz önünde bulundurularak yapılamalıdır. Katılımı değerlendirmek için değişik anketler ve ölçme yöntemleri geliştirilmiştir. Craig Engel Değerlendirme ve Rapor Tekniği, Toplumsal Katılım Anketi, Toplumsal Katılım Değerlendirmesi, Yaşam Alışkanlıkları Değerlendirmesi yetişkinlerde katılımı değerlendiren ölçümlere örnek olarak verilebilir (49).

Yaşam süreleri boyunca insanlar pek çok farklı aktivitelerle uğraşırlar. Zamanla sevdikleri ve sevmedikleri aktiviteler oluşur. Her bireyin memnuniyetlerini sağlayacak farklı ilgi ve aktiviteleri vardır. Çünkü gelişim süreçleri içinde farklı çevre ve kültürlerde yaşamış, farklı roller edinmişlerdir. Her gün ne yaptıkları, ne kadar iyi yaptıkları ve bu yaşam aktivitelerinden ne kadar memnun oldukları bulundukları yere, yaşa, aile-toplum-çevre desteğine ve aktivite limitasyonlarına bağlı olarak değişmektedir. Kişilerin sahip oldukları aktivite limitasyonlarının katılımı nasıl etkilediğini araştırmanın önemi, yapılan araştırmalarda sıklıkla vurgulanmaktadır (49).

Aslında katılım tam anlamıyla amaç ve arzuların paylaşılmasıdır. Kişiler hem duygusal hem de motivasyonel açıdan birbirlerine bağlıdırlar (49). Rehabilitasyonda birey değerli bir katılımcı olarak görülmeli ve güven hissiyle plana dahil edilmelidir (54) . Kişi katılımını işaret eden bir terapi modelinde terapistin rolü; kişinin istek ve yetenekleriyle şekillenen karar verme sürecinde kişiye aktif bir ortak olmak ve bu isteklere dayanan seçenekleri oluşturmada usta olmaktır. Medikal modellerde kontrol terapistte iken kişi katılımını hedefleyen bir modelde kişinin kontrolü tedavi sürecinde zamanla artırılır (7).

Jewell 1994'de kişinin rehabilitasyonda tedavi planına karar vermede hakkı olduğunu ve bunun kişi katılımının esasını oluşturduğunu vurgulamıştır (55).

Katılımın kısıtlanması yani eski terminolojideki handikap veya engellilik, kişinin yaşam durumlarına, sosyal hayata katılmasındaki sorunlardır. Katılım kısıtlılıkları, yaşamda kişinin karşılaşabileceği problemler, kişinin hayata katılımını

engelleyen problemler olarak tanımlanır. Katılımın doğası, kalitesi ve/veya süresi kişiye özeldir ve aynı sağlık durumuna sahip olsa bile farklı iki kişide kıyaslanamaz. Katılım, aktivite boyutundan farklı bir yapıyı ölçmektedir. Katılım, faaliyetlerin sosyal ortamlardaki durumunu irdeler. Katılımın temel sorunu, belli sağlık sorunlarının ve çevresel faktörlerin kişinin yaşam alanlarına katılımına getirdiği sınırlamalardır. Aktivite düzeyinin belirlenmesi bireysel boyutta ele alınırken, katılım boyutunda aktivitenin sosyal anlamda kolaylaştırıcı ya da engelleyici sosyal ve çevresel boyutu dikkate alınır (49).

Sosyal katılım yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar kişinin tüm yaşamı boyunca toplumda hayatta kalmasını ve gelişimini sağlayan günlük aktiviteler ve sosyal rollerdir. Sosyal rolleri yerine getirememenin yaşam kalitesi üzerinde de olumsuz etkisi vardır. Ciddi derecede fiziksel özrü olan kişiler sosyal rolleri yerine getirmede daha fazla kısıtlanmışlardır (49,53,54).

2.3.6. Romatoid Artritte Aktivite Limitasyonu ve Katılım Kısıtlılığı (Romatoid Artritte ICF kategorileri)

RA'nın hastalık süreci, vücut işlevlerinin ve yapılarının yetersizliğine yol açmaktadır. Vücut yapı ve fonksiyonlarındaki yetersizlikler; kas-iskelet ağrısı, halsizlik, eklem katılığı, eklem sertliği, hareket açıklığının kaybı, kas zayıflığı ve eklem harabiyeti olarak sıralanabilir. Bu tür yetersizlikler, fiziksel aktivitelerin sınırlanmasına ve katılımın kısıtlanmasına yol açmaktadırlar (3). 65 yaş üstünde artritli hastalarda yapılan bir araştırmada, hastaların % 43' ünde günlük ev işlerinde, %33' ünde ise hobi ve boş zaman aktivitelerinde zorluk yaşadıkları saptanmıştır. Uzun süreli yapılan çalışmalar RA'nın ilk 5 yılda fonksiyonel yeteneklerde önemli derecede azalma yaratmadığını söylese de aslında bu durumun bulundukları fonksiyonel evreler nedeniyle olduğu anlaşılmıştır. RA'lı hastaların %60 kadarı erken dönemde fonksiyonel kısıtlılık çekmektedir. 20 yıl civarında ise orta veya ciddi derecede aktivite limitasyonu yaşamaktadırlar. RA'lı hastalar iş hayatında çalışmaya devam etseler de %15 inde 1 yıl içinde, % 27 sinde 5 yılda, % 50 sinden fazlasında ise 10 yıl içinde çalışma kısıtlılıkları görülmektedir. Aynı zamanda sadece % 29'unun kavrama kuvvetinin normal olduğu saptanmıştır. Tüm bu saptamalar romatoid artritli hastaların ergoterapiden fayda görebileceğini göstermiştir (3).

Hammond derlemesinde romatoid artritli hastaların karşılaştıkları aktivite problemlerini şu şekilde kategorize etmiştir (3).

1- Erken dönem romatoid artiritli hastaların karşılaştıkları aktivite limitasyonları:

- % 50-60 ev işleri, alışveriş, boş zaman, sosyal aktiviteler
- % 37 iş
- % 35 ebeveynin ve aile rolleri
- % 29 çocuk bakımı

2- Geç dönem romatoid artiritli hastaların karşılaştıkları aktivite limitasyonları:

- % 89 boş zaman aktiviteleri
- %88 ev işi aktiviteleri
- % 66 alışveriş
- % 53 iş
- % 42 yemek hazırlama
- % 42 aile ve sosyal roller

Romatoid artritli hastalar, kendileri için değerli olan pek çok aktiviteyi daha az yapabilirken kendine bakım, iş ve üretici aktivitelerini gerçekleştirirken çok daha fazla zaman harcarlar. Yapabildiklerinden ve yaşama şekillerinden memnun değildirler. Fonksiyon kaybıyla birlikte görülen değerli aktivitelerin kaybı romatoid artiritli kişilerde psikososyal durumun olumsuz etkilenmesine neden olur. Ergoterapi, romatoid artritli hastalarda aktivite ve rollere katılımı artırmak için başlansa da uzun dönemde sağlık durumuna etki etmeli, yaşam kalitesini artırmalı ve sağlık ve sosyal harcamaları azaltmalıdır (3).

Hastalığın ve hastalığın neden olduğu sonuçların değerlendirilmesine; Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire-HAQ), Artrit Etkisi Ölçüm Ölçekleri (Arthritis Impact Measurement Scale-AIMS) , McMaster Toronto Artritli Hasta Tercihi Engellilik Anketi (McMAster Toronto Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire-MACTAR) gibi işlev ölçekleri, RA'lı hastalara ilişkin çalışmalarda giderek daha sık kullanılmaya başlanmıştır (56).

Ancak, RA'lı hastaları değerlendirmede kullanılan bu ölçütler tipik olarak, RA'ya ilişkin hasta deneyiminin sadece seçilmiş yanlarını kapsar. Ayrıca, içerdikleri

kavramlar açısından da bu ölçekler, önemli ölçüde farklılık gösterebilir. Bu ölçeklerin, sadece RA'daki hastalık süreci ile değil, aynı zamanda çevresel ve kişisel faktörlerle de ilişkili işlevsellik ve sağlığı ölçmeyip, yalnızca hastalığa ilişkin sonuçları ölçmek üzere geliştirildikleri de dikkate alınmalıdır. Rehabilitasyonda, işlevsellik ve sağlık bir sonuç değil, tanıda veya hastanın değerlendirilmesinde bir başlangıç noktasıdır (56).

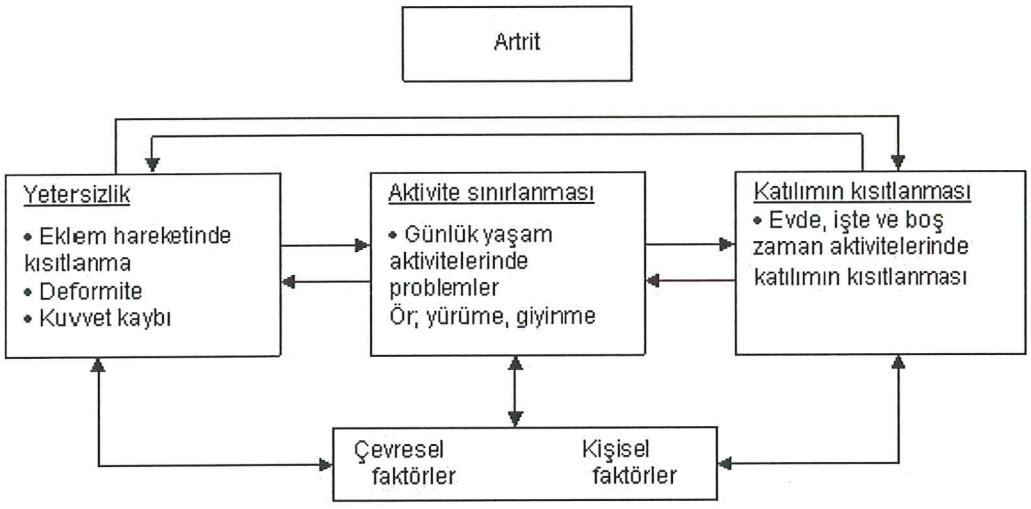
Bu nedenle, eğitimde, klinik uygulamada ve araştırmalarda, hastaların RA'ya ilişkin deneyimlerini ayrıntılı bir biçimde yansıtabilmek için, neyin ölçülmesi gerektiğini tanımlamak yararlı olabilir. Bu amaca ulaşmak için, sağlık çalışanları, araştırmacılar, politika yapanlar, hastalar ve hasta kuruluşları tarafından aynı şekilde anlaşılabilecek evrensel bir dil oluşturacak ayrıntılı bir temel çatıya ve sınıflamaya gereksinim duyulmuştur (56).

Yeni kabul edilen Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması sayesinde, RA'sı olan hastalardaki işlevsellikle ilişkili sorunların tipik yelpazesini tanımlamak için, küresel olarak kabul edilmiş bir temel ve sınıflamaya güvenebiliriz. Bu nedenle, pratik amaçlarla ve koşula özgü sağlık durumu ölçüleri kavramıyla uyumlu olarak, belirli durum veya hastalıkları, ICF'deki önemli işlevsellik kategorileri ile ilişkilendirmek yararlı olacağı söylenmiştir (57). Bu tür, genel kabul görmüş ICF kategorilerinden oluşan listeler, klinik bir çalışmaya dahil edilmiş tüm RA'lı hastaların sınıflanması için kullanılabilecek Kısa ICF Öz Kümeleri ya da, RA'lı hastaların birden çok disiplin tarafından değerlendirilmesi sırasında yönlendirici amaçla kullanılabilecek Ayrıntılı ICF Öz Kümeleri geliştirilmiştir.
Romatoid artrit için Ayrıntılı ICF Öz Kümesi'nde yer alan *aktiviteler ve katılım* öğesinin ICF kategorileri aşağıdaki gibi sıralanmıştır (56).

RA'lı Kişilerde ICF Kategorileri

Belli bir vücut pozisyonunu koruma	Temel vücut pozisyonunu değiştirme
Günlük rutin işleri yürütme	Nesneleri kaldırma ve taşıma
Farklı yerlerde dolaşma	Yürüme
Etrafta dolaşma	Gereç kullanarak etrafta dolaşma
Tuvalete gitme	Kendi kendine yıkanma

Yemek yeme	Sıvı bir gıdayı içme
Vücuduna özen gösterme	Giyinme
El ve kol kullanımı	İnce el işleri
Ev işi yapma	Yemek hazırlama
Yazı yazma	İletişim araçları ve tekniklerini kullanma
Nakil araçları kullanma	Araba kullanma
Aile ilişkileri	Diğerlerine yardım etme
Toplumsal yaşam	Yakın ilişkiler
Ücret karşılığı işte çalışma	iş ve istihdam
Eğlence ve boş zaman	Mal ve hizmet alma



Şekil 2.2 Artritli hastalarda ICF modeli

2.3.7.YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi subjektif iyilik hali veya bir diğer ifadeyle kişinin kendi yaşamından memnun olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam kalitesini kişinin kendi yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki durumunu algılaması şeklinde tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve

inançlarını da kapsamaktadır. Bireyler kendi algıladıkları sosyal durumlarını diğerleri ile karşılaştırarak umut ve beklentilerini ortaya koyarlar. Yaş, cinsiyet eğitim durumu, sosyoekonomik durum, sağlık durumu, dini inanışlar, meslek gibi birçok değişken umut ve beklentilerin şekillenmesinde rol oynar (58,59).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise kişinin fiziksel, mental, sosyal alanlarda iyi olma hali ve sağlığın kişinin fonksiyonlarına etkisi olarak tanımlanabilir. Burada kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyet durumunu ve sağlık durumuna verdiği emosyonel cevabı da içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir. Esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin hastalığı ve uygulanan tedavileri nasıl algıladığıyla ilişkilidir. Sağlık durumu üzerinde vücut yapı ve fonksiyonelliğindeki bozukluklar, kişilerin aktivite düzeyi ve bu aktivitelere katılımının etkileri vardır (58,59).

Yaşam kalitesi değerlendirmesinde, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri olarak adlandırılan aslında genel sağlık durumunu değerlendiren ölçekler kullanılmaktadır. Romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek için en sık kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri Kısa Form-36 (Short Form-36 -SF-36)" ve kısaltılmış formları SF-12, SF-8, Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP)", Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi -(World Health Quality of Life -WHOQOL-100), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP)", Romatoid Artirit Yaşam Kalitesi Anketi (Rheumatoid Arthritis Quality of Life Quastionnaire/ RAQOL) olarak sayılabilir 858,59).

Yaşam kalitesi 20 yıldan fazla süreden beri kronik hastalıklarda çalışılmaktadır. Çalışmalar romatoid artritin ağrı, sertlik, şişlik, eklem hareket kaybı gibi vücut yapı ve fonksiyonlarında bozukluklara yol açtığını göstermiştir. Zaman içerisinde bozuklukların ilerlemesiyle birlikte RA'lı hastalarda kendine bakım, boş zaman ve iş aktivitelerini gerçekleştirme yetenekleri azalır. Çalışmalarda romatoid artritli hastalarda değerli aktivitelerin kaybı, yaşam kalitesinin azalmasında temel faktörlerden biri olarak gösterilmiştir (58-60).

2.3.8. KİŞİ MERKEZLİ YAKLAŞIM

2.3.8.1. Kişi Merkezli Yaklaşım ve Tarihçesi

Carl Roger ilk olarak 1939 da 'kişi merkezli pratik' kavramından bahsetmiştir (61). Davranış; aktivitelere katılım düzeyinden, çevresel faktörlerden, ihtiyaçlardan, kültürel ve sosyal ilişkilerden etkilenmektedir. Kişi merkezli yaklaşım; kapalı, samimi, özel, detaylı bir inceleme ile kişinin davranışlarına, ilişkilerine direktifli olmayan bir rehberlik etmek için geliştirilmiştir (62). Durağan bir method yada yöntem değildir. Kişi merkezli yaklaşımda terapinin anahtarı, sabitliğin yerine değişim ve gelişimdir. Terapist kişinin kendi problemlerini anlaması, kendine uygun çözümler bulmasını sağlamak için çalışır. Kişi merkezli yaklaşımda gönüllü olarak problem için yardım isteyen, kendi sorumluluğu olan anlamına gelen 'kişi yada katılımcı (client)' kelimesi seçilmiştir (7).

Kişi merkezli yaklaşım uygulamaları 1960' larda özellikle sosyal alanda artmaya başlamıştır. Ergoterapi literatürüne ilk kez 1983 yılında girmiş, sonrasında bu konuda çok sayıda makale yayınlanmıştır. Özellikle 90'lı yıllarda kişi merkezli ergoterapi konusunda pek çok makale yayınlanmıştır.

Law ve Mills pek çok farklı çerçevede ergoterapide kişi merkezli yaklaşımı tanımlayan fikirler ortaya atmışlardır (63). Bu yaygın fikirler, kişi merkezli yaklaşım için kişiler ve ailelerine seçimlerinde saygı göstermeyi benimser. Kişi ve ailesi, günlük aktiviteler için karar verme sorumluluğunda olmalıdırlar. Öncelikle kişiler fiziksel ve emosyonel destekler hakkında bilgilendirilmeli, iletişimin önemi vurgulanarak tüm alanlarda katılım artırılmalıdır. Ergoterapi, bireysel ve değişebilen olmalı ve aktivite performans problemlerini çözmeye odaklanmalıdır (63).

Gage 1997'de kişi merkezli tedavi için farklı modeller tanımlamıştır (64). Temel olan kişinin kontrolü ve ortaklığının güçlendirilmesidir.

Kişi merkezli tedavide iki terim tartışılmıştır (65).

1- Kişi odaklı: Hastaya odaklı olarak günlük işleri organize etmeye dayanır.
2- Kişi kontrollü (driven): Terapist ve kişi arasındaki ilişkide kontrolü hastanın ellerine veren kişiyi güçlendirme filozofisinden gelir.

Gage ve diğ. kişi merkezli yaklaşımın kişinin ihtiyaçlarına odaklanırken kişilerin rollerine işaret edemeyeceğini tartışmışlar ve kişi kontrollü terimini daha uygun bulmuşlardır.

1980'lerin başında Kanada Ergoterapister Birliği (Canadian Association of Occupational Therapist-CAOT) ergoterapistler için bir taslak geliştirmiştir (8). Kişi merkezli yaklaşımda; kişi ile işbirliği ve saygıya dayanan filozofiyi benimseyip tıbbi ergoterapiden uzaklaşarak kişinin ihtiyaçlarına odaklanan kişi merkezli ergoterapiye doğru bir yol izlemişlerdir. Kanada ergoterapistleri; ' kişilere aktiviteler için olanak sağlamayı hedefleyen işbirlikçi yaklaşımları sağlamaya çalışırlar. Buradaki kişiler birey, grup, devlet, şirket vb. olabilir.

Ergoterapistler kişilere karar verme, ihtiyaçlarıyla karşılaşma ve idrak etme için rehberlik ederler. Law'a göre kişiler kendi aktivite fonksiyonlarının ustalarıdır (63). Her birey eşit haklara sahiptir ve karar vermelerini sağlayacak bilgilere ulaşmada hak sahibidirler. Burada kişi ve terapist karar verme sürecinde işbirliği yapar ve birlikte çalışırlar. Aktivite problemlerini tanımlamak, ihtiyaçlara çözümler bulmak ve tercihlerini belirlemek için uğraşırlar. Terapist kişiyi kendi kaynaklarını kullanması ve çözümler bulması için cesaretlendirir. Kişinin kararlarına destek olur yada neden destekleyemeyeceğini açıklar. Değerlendirme ve görüşlerine, başa çıkma yöntemine saygı duyar. Kişinin, terapistin bilgi ve kaynaklarını anlaması önemlidir. Aynı zamanda kendi durumunun farkında olması, hedefleri planlamada önemlidir (66).

Ergoterapistler aktivite performansına odaklanarak bireylerin kendi yaşam aktivitelerine aktif olarak bağlı olmaları için çalışırlar. Shires 1993'te, kişinin becerilerini kendi direktifleriyle yönetmesi için kişi merkezli ergoterapiye ihtiyacı olduğunu vurgulamıştır (67).

Law ve arkadaşları 1995'te kişi merkezli yaklaşımın ana kavramlarını aşağıdaki gibi sıralamışlardır: (63).

- İşbirliği ve ortaklık
- Kültür, değer, yaşam şekline saygı
- Karar verme yeteneği oluşturulması
- Erişilme ve içeriksel uygunluk
- Kişi sorumluluğu ve otonomisi

Bu kavramlar ışığında kişi merkezli yaklaşımının yararları aşağıdaki gibi özetlenenebilir:

- Kişi merkezli yaklaşım ile, sağlık servislerinde kişi memnuniyeti ve katılımı sağlanmış olur.
- Kişilerin karar vermesinin sağlanması ile, fonksiyonellik, aktivite performansı ve tedaviye uyum geliştirilmektedir.
- Kişi ve terapist arasında ilişki oluşturulması ile, kişinin katılımı ve yeterliliği sağlanır.
- Kişinin değer duygusunu kazanmasına yardım eder.
- Kişinin kendi tedavi sürecinde sorumluluk almasına izin verir.

Baum ve Law 1997'de ergoterapinin, işbirliğini temel alarak kişinin kendi çevresindeki engelleri kaldırma becerisininin sağlaması ve sosyal kısıtlılıkları azaltması açısından önemli olduğunu vurgulamışlardır (66) .

Kanada ergoterapistleri 1997'de Kişi merkezli ergoterapiyi şu şekilde açıklamışlardır (68):

'Ortaklık ve işbirliği yaklaşımları kullanılarak kişilere aktivitelerini gerçekleştirme imkanı sululması: kişi merkezli yaklaşımı benimseyerek ergoterapistler kişilere saygı gösterir, onları karar verme sürecine dahil eder, ihtiyaçlarını gözetir ve kişinin bilgi ve tecrübelerini önemser'(CAOT,1997)

Kişi merkezli uygulama değişik sistem düzeylerinde incelendiğinde 3 düzeyden bahsedilebilir; (69)

- Mikro-düzey: Direkt kişi ve ailesi ile çalışılması.
- Mezo-düzey: Bir ünite veya klinik yada grup ile çalışılması
- Macro- düzey: Toplum, devlet, politikalar ile çalışılması
-

Kişi merkezli ergoterapide Micro- düzeydeki uygulama zorlukları; (69)

- Kişi merkezli uygulamada bilgi ve beceri eksikliği bulunması.
- Çalışma arkadaşlarının bu filozofiyle ilgilenmemesi.
- Sağlık sistemi içinde güç savaşının olması.
- Farklı değer sistemlerinin bulunması.

- Diğer terapistlerle kişi merkezli yaklaşım ile ilgili görüş alışverişinde bulunulamaması.
- Kişi merkezli yaklaşım uygulamalarının çok daha fazla vakit alacağı bakış açısı.

Kişi merkezli yaklaşımın Mezo- düzeydeki uygulama zorlukları; (69)

- Takım arkadaşlarıyla anlaşma sağlanmasında zorluklar yaşanması.
- Rehabilitasyon ekibi yada kliniğinin kişi merkezli yaklaşımı desteklemekle ilgilenmemesi.
- Kişi merkezli yaklaşımın çalışılan kurumun vizyon ve misyonu içinde yer almaması.
- Eylem odaklı çözümlerde ve kaynaklardaki sıkıntı.

Kişi merkezli yaklaşımın Macro-düzeydeki uygulama zorlukları; (69)

- Yaklaşım ile ilgili bilgi eksikliği.
- Terminoloji eksikliği.
- Zaman tayini.
- Politika, kalkınma ve yasa alanlarındaki bilgi eksikliği.

2.3.8.2. Güçlendirme Teorisi (Empowerment theory)

Güçlendirme, güç kazanmak anlamına gelir. Güçlendirme teorisi; sağlık, yaşam kalitesi ve kendine saygı alanlarında kişinin iyi olma halini geliştirmeyi hedefler. Kişinin güçlü yönlerine ve önceki başarılarına odaklanır, yetersizliklerine ve başarısızlıklarına odaklanmaz. Kişinin bilgisi terapistin bilgisinden öndedir. Sonuçta elde edilenler; kendine saygı, yaşam kalitesinin artırılması, sağlığın geliştirilmesi ve hayatındaki kontrolü sağlama hissidir. Süreç; işbirliği, anlayış ve saygı ile yürür. Aslında güç, terapistle kişi arasındaki ilişkidir. Tüm ilişkilerde ve sistem seviyelerinde var olmak güç için kaçınılmazdır. Bu güç kişilerarası, sosyal ve kurumsal ilişkilerle ortaya çıkarılır. Kişi merkezli yaklaşımlarda tüm seviyelerde gücün farkına varmak önemlidir. Güç paylaşımında, klinisyen sağlıkta tek uzmandır.

Kişinin katılımı klinisyeni pasif hale dönüştürmez. Sağlık uzmanları, güçlendirme teorisinde otonomiden ziyade güveni daha çok vurgulamışlardır (70-75).

2.3.8.3. Kişi Merkezli Yaklaşımda Hedef Oluşturma ve Planlama

Sağlık, kişinin yaşamsal amaçlarının farkında olması olarak tanımlanabilir. Yaşamsal amaçlar kişinin tercihlerindeki öncelikleridir ki bu mutluluk için gereklidir. Kişi ancak belli yaşamsal hedeflerini elde ettiğinde sağlıklıdır (75).

Kişi merkezli yaklaşımda en önemli aşama, hedeflerin ortaya koyulduğu safhadır. Pollock 1993'de, kişi merkezli yaklaşımı hedef ayarları ve değerlendirme değişiklikleri için tercih etmiştir (76). Pollock 'Eğer kişi kendini formüle edemez ve çözemezse katılımı ve sağlığı üzerinde kontrolü azalır' demiştir.

Kişinin aktif katılımı, ancak hedefleri belirleme ve planlama aşamalarına dahil olduğunda gerçekleşir. Kişi merkezli yaklaşımda asıl önemli olan, kişinin hedef olacak aktivite performans problemlerini belirlemesidir. Böylelikle sonraki aşamalarda da kişiden geribildirim alınabilir. Yanlış yada değersiz hedefler daha az motivasyon ile sonuçlanır.

Hang ve ark., kişinin değerlendirme sürecine katılması gerektiğini, çünkü onun kendi problemlerinin uzmanı olduğunu söylemişlerdir (77). Bu yüzden terapide her kararda kişinin katılımı ve terapiyi yönlendirilmesi için uğraşılmalıdır. Tedavi hedefleri kişi için anlamlı aktiviteler üzerine kurulmalıdır. Hedefler ekip tarafından iyi anlaşılmalı ve elde edilebilir olmalıdır. Burada multidispliner ekip önem kazanmaktadır.



Şekil 2.3. Hedef Planlama

2.3.8.4. Kişi Merkezli Yaklaşımda Sonuç

Sonuçlar kişinin ne kadar bağımsız, üretici ve aktif hale geldiğini göstermelidir. Araştırmacılar kişiyi, çevreyle iletişimini, hedeflerini ve anlamlı aktiviteleri analiz ederler. Kişinin, performanslarındaki gelişimleriyle ilgili düşünceleri önemlidir. Bu yüzden sonuç ölçümleri kişinin kendisini değerlendirmesiyle yapılmalıdır. Kişi sadece karar verme sürecinde değil aynı zamanda farklı sonuçların önemini tartışma ve analiz etme sürecinde de aktif rol oynamalıdır. Kişi merkezli yaklaşımın avantajı, kişinin kontrolünü artırmaya eğilimli olmasıdır. Terapinin bireyselleşmesinin sağlanması, aynı zamanda terapistin de kişisel ve profesyonel gelişimini sağlar (77) . Bu yaklaşımda zorluk, kişinin terapiste güvenmesi ve problemlerini açmasıdır. Kişi merkezli değerlendirme tüm terapistler tarafından kabul edilebilir. Aslında kişi merkezli yaklaşımı destekleyen daha çok değerlendirmeye ihtiyaç vardır. Literatürde kişi merkezli yaklaşıma uyan çok az ergoterapi değerlendirmesi bulunmaktadır.

2.3.8.5. Kişi Merkezli Ergoterapi için Model

Ergoterapide 'Modeller'; düşünceye yol göstermek amacı ile bilginin organize edilmesine, amacın ve durumun analiz edilmesine ve metodları belirleme alternatiflerinin anlaşılmasına yardım ederler. Kişi merkezli ergoterapi için geliştirilmiş ve yayınlanmış bir model dikkat çekmektedir. Kanada Aktivite Performans Modeli kişiyi ergoterapi yaklaşımının merkezine yerleştiren ve aktivite performansına net olarak odaklanan bir ergoterapi modelidir (13). Hasta merkezli tedavinin temelini atan model olarak bilinmektedir.

Bu modelde aktivite performansı; kültürel olarak tanımlanmış, yaş ile uyumlu kişi için anlamlı olan işleri seçme, organize etme ve bunları yapabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Aktivite performans modeline göre performansı etkileyen komponentler duyu-motor, kognitif- psikososyal, faktörler olarak belirlenmiş ve performans alanları tanımlanmıştır. Aktivite performans alanları ise iş ve üretici aktiviteler (ücretli, ücretsiz iş, ev işleri), boş zaman aktiviteleri (rekrasyon, sosyalizasyon) ve kendine bakım (kişisel bakım, fonksiyonel mobilite, toplumsal başarı) olarak sıralanmaktadır (1,13).

Bu model terapistin daha geniş bir alanda düşünmesini sağlar (1,13). Model kişiyi merkeze yerleştirir ve özellikle kişinin aktivite komponentlerine (kendine bakım, iş ve üretici aktiviteler, boş zaman aktiviteleri) anlam verir.

Aktivite performans alanları:

İş ve üretici aktiviteler; okul, iş hayatı ve ev işi idaresini

Boş zaman aktiviteleri; oyun, rekreasyon, spor ve hobi gibi eğlenceli aktiviteleri

Kendine bakım: kendine bakım, kişisel sorumluluklar, fonksiyonel mobilite ve zaman organizasyonlarıyla ilgili aktivitelerini ifade eder.

Bu aktiviteleri kapsayan bir çevre (fiziksel, geleneksel, kültürel, sosyal) vardır. Kişi, aktiviteler ve çevre komponentleri bu modelde aktivite performansı ve kişi merkezli yaklaşım için önemlidir.

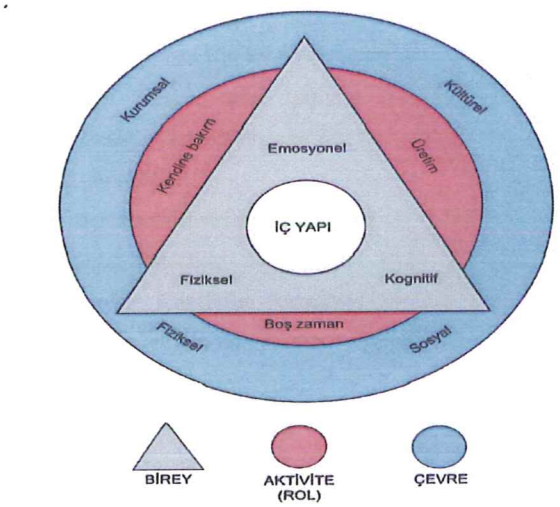
CMOP çevreyi, aktivite performansının gerçekleştiği alan olarak ifade eder. Çevrenin aktivite üzerinde etkisi vardır ve aynı zamanda, kişi davranışlarından etkilenir. Kültürel, sosyal, kurumsal ve fiziksel çevre ana parametrelerini oluşturmaktadır. Kültürel çevre bir grubun değerler sistemi içindeki etnik, töre ve rutin alışkanlıklarını anlatmaktadır. Fiziksel çevreden kasıt yapı ve doğal çevredir (binalar, caddeler, teknoloji, hava vb). Sosyal çevre; genel ilgi, değer ve yargıların oluşturduğu toplumla iletişim ve sosyal öncelikleri içerir. Kurumsal çevre ise politikalar, finansal üstünlük, sosyal seviyedeki politik komponentleri içermektedir (13).

Terapist ve kişi, kişinin anlamlı olarak ifade ettiği aktivite performans hedefleri için birlikte çalışır. Eğer kişi yaşamını kontrol etmeyi algılarsa aktivite performansı da artar. CMOP ye göre kişi, çevre ve aktivite arasında dinamik bir ilişki vardır. Aktivite; kişi ve çevre arasındaki etkileşim ile oluşur. Eğer CMOP'in herhangi bir yönü değişirse tüm yönleri bu değişimden etkilenir. İlişkinin herhangi bir kısmında meydana gelen değişiklik diğer kısımları ve performansı etkilemektedir. CMOP'nin kapsamı şekil 2.4'de gösterilmiştir (1,13).

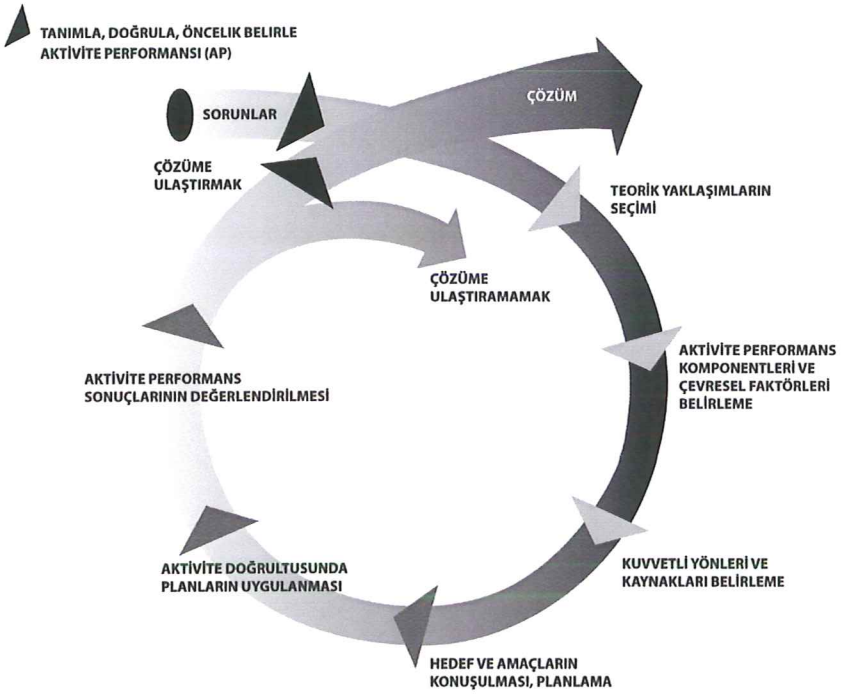
CMOP'in temel aldığı aktivite performans modelinde ergoterapi süreci için yol gösteren prensipler anlatılmıştır. Bu süreç CMOP'in temel kavramlarının ergoterapide nasıl uygulanacağını göstermektedir (Şekil 2.5).

COPM; modelin tüm bileşenlerini dikkate alarak, hastanın amaç ve önceliklerine göre müdahaleyi planlamaya yardımcı olan kişi merkezli bir ölçümdür.

COPM kişinin aktivite performansının zaman içindeki değişiminin yine hastanın kendisi tarafından performans ve tatmin puanları verilerek değerlendirildiği bir ölçektir. Kişi performans problemlerinden onun için en önemli olan 5 aktiviteyi seçer ve bu aktiviteler için 0 ile 10 arasında performans ve tatmin puanı belirler (11).



Şekil 2.4. Kanada Aktivite Performans Modeli Şeması



Şekil 2.5. CMOP Süreci

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. BİREYLER

Romatoid artritli bireylerde, kişi merkezli yaklaşımla ergoterapi müdahalesinin katılımcıların aktivite limitasyonu, katılım kısıtlılığı, yaşam kalitesi ve memnuniyeti üzerine etkilerini araştırmak amacıyla planlanan çalışmamız Başkent Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalına başvuran romatoid artritli hastalar üzerinde yapılmıştır. Başkent Üniversitesi Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünde hastalar tedaviye alınmışlardır. Çalışmaya 18-65 yaşları arasında, Amerika Romatoloji Birliği (ARA) kriterlerine göre romatoid artrit tanısı almış, semptomları ve ilaçları stabil durumda olan, fonksiyonlarını etkileyecek başka hastalığı olmayan, 2 ve 3. evre romatoid artritli hastalar dahil edilmiştir. Hastalar basit rastgele yöntem ile iki gruba ayrılmıştır. Çalışma öncesinde tüm hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

Yapılan güç analizine göre, HAQ primer sonuç değerlendirmesi alınarak; istatistiksel olarak anlamlı düzeyde 0,4 birimlik değişimi göstermek için başlangıç ortalaması 1,2 standart sapması 0,5 olacağı varsayıları ile %80 güç ve %5'lik tip 1 hata ile çalışma gruplarına 20 hasta alınması gerektiği saptanmıştır.

Başkent Üniversitesi Tıbbi ve Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulundan KA09\22 numarası ile izlenen çalışmamız etik açıdan uygun bulunmuştur.

Olguların çalışmamıza dahil edilme kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- ARA kriterlerine göre romatoid artrit tanısı almış olanlar
- ACR kriterlerine göre evre 2 yada 3 olan RA' lı hastalar
- En az bir yıl önce ilk semptomları başlamış ve tıbbi tedavi görüyor olanlar
- 18-65 yaşları arasında olanlar
- İnflamatuar dönemde olmayanlar
- Yakın dönemde nörolojik, ortopedik veya diğer sebeplerle cerrahi geçirmemiş olanlar
- Belirlenmiş depresyon veya diğer psikolojik tanısı bulunmayanlar
- Son bir yıl içinde fizyoterapi ve ergoterapi almamış olanlar

Romatoid Artritli Hastaların fonksiyonel durumları ACR fonksiyonel evrelerine göre belirlenmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Amerikan Romatoloji Koleji Romatoid Artirit Genel Fonksiyonel Evreleri
Evre 1: Hasta her türlü günlük yaşam aktivitelerini yapabilmektedir (*kendine bakım, işsel ve iş dışı).
Evre 2: Hasta kendine bakım ve iş üretici aktiviteleri yapabilmektedir. Ancak iş dışı bazı aktiviteleri kısıtlamak zorunda kalmaktadır.
Evre 3: Hasta kendine bakım ve iş aktivitelerini yapabilmektedir. Ancak iş ve iş dışı aktiviteleri kısıtlıdır.
Evre 4: Hastanın kendine bakım, iş ve iş dışı aktiviteleri tamamen limitlidir.

*Kendine bakım aktiviteleri: giyinme, yemek yeme, banyo yapma, tuvalet yapma. İş aktiviteleri: iş, okul, ev işi. İş dışı aktiviteler: rekreasyon ve boş zaman aktiviteleri.

3.2. YÖNTEM

Tüm hastalar semptomlarına yönelik ağrının azaltılması ve fonksiyonelliğin artırılması amacıyla 10 seans fizyoterapi programına alınmıştır. Ayrıca basit rastgele yöntem ile iki gruba ayrılan olgulardan 1. gruba kişi merkezli yaklaşım ile ergoterapi müdahalesi uygulanmıştır. Ergoterapi programı haftada iki gün olmak üzere hastanın ihtiyacına göre planlanmıştır. Kontrol grubunu oluşturan hastalara ise (2. grup) sadece fizyoterapi programı uygulanmıştır.

Değerlendirmeler ICF'in özürlülük modeli çerçevesinde tedavi öncesi ve sonrasında yapılmıştır. ICF sınıflandırmasına göre vücut yapı ve fonksiyonları, aktivite ve katılım değerlendirilmiştir (56). Değerlendirmeye, alınma kriterlerine uygun olan hastalardan gerekli sözel izin alındık sonra bilgileri kaydedilmiştir. Uygulanacak testler öncesinde hastalara gerekli bilgilendirme ve açıklamalar yapılmıştır.

3.2.1. Vücut Yapı ve Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

3.2.1.1. Hikâye (Görüşme)

Değerlendirmenin ilk bölümü görüşme olarak da adlandırılabilecek olan ayrıntılı hikâye alımıdır. Çalışmamızda ilk görüşme yaklaşık yarım saat ile 45 dakika arasında sürmüştür. Bu görüşmede;

- Hastanın yaşı, boyu, kilosu
- Cinsiyeti
- Medeni durumu
- Eğitim durumu
- Özgeçmiş ve soy geçmişi
- Ailevi rolleri
- Çalışma rolleri
- Egzersiz alışkanlığı
- Sigara kullanımı
- İlaç kullanımı
- İstek ve beklentileri kaydedilmiştir.

Ayrıca hastadan ev tipi, uzaklığı, oda sayısı, banyo ve tuvalet şekilleri, evde kaç kişi yaşadıkları ve evdeki görev paylaşımları da sorgulanmıştır. Bunun yanında eğer çalışıyorsa çalışma saatleri, iş şekli, iş görevleri ve ilgili bilgiler edinilmiştir.

Hastadan sıradan bir gününü sabahtan akşam yatana kadar anlatması istenmiştir. Bu anlatım sırasında açık ve kapalı uçlu sorular ile hastanın başlıca aktivite problemlerine ulaşılmaya çalışılmıştır.

Hastadan diğer görüşmeye gelmeden önce bir gün içinde hangi aktiviteleri yaptığı ile ilgili düşünmesi eğer hatırlayamazsa not etmesi istenmiştir.

Hastalar bulunduğu gruba göre uygulanacak tedavi yöntemi, tedavinin yararları tedavinin ne kadar süreceği konusunda bilgilendirilmiştir.

3.2.1.2. Ağrı Değerlendirilmesi

Ağrı Mc Gill Ağrı Anketi kısa formunun Türkçe versiyonu kullanılarak değerlendirilmiştir (78). Ağrıyı tanımlayan 11'i duyusal, 4'ü afektif olan 15 kelimenin hafif, orta, şiddetli olarak derecelendirilmesi ile Mc Gill duyusal-afektif-toplam skorları ve ağrı şiddetinin görsel analog skalasında (0-10 arasında) belirlenmesi ile görsel analog skalası skoru değerlendirilmiştir.

3.2.2. Aktivite ve Katılım Değerlendirilmesi

3.2.2.1. Sağlık Statüsünün Değerlendirilmesi

Romatoid artritli hastaların aktivite ve katılımını değerlendirmek için Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire, HAQ) kullanılmıştır. HAQ özellikle yetişkin artritli hastalarda kullanılmaktadır. HAQ, sağlık sonuçlarının tüm boyutlarını değerlendirebilinen bir ölçümdür. HAQ'ın özürlülük indeksi (20 soru), her biri 2-3 soru içeren 8 alt bölümden oluşmaktadır. Bu alanlar; giyinme ve kendine bakım, kalkma, yemek yeme, yürüme, hijyen, erişme, kavrama ve normal günlük aktivitelerdir. Ankette son 1 hafta sorgulanmaktadır. Hastanın belli bazı aktivitelerdeki zorlanmaları değerlendirilmektedir. HAQ'ın Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (79).

3.2.2.2. Artrit Etkisini Değerlendirme Ölçeği (Arthritis Impact Measurement Scale, AIMS 2):

AIMS'in mobilite, fiziksel aktivite, beceri, sosyal rol ve sosyal aktivite, günlük yaşam aktiviteleri, ağrı, depresyon ve anksiyete olmak üzere 9 bölümü vardır (80).

AIMS skalası beş faktöre ağırlık verir. Bunlar; üst ve alt ekstremite fonksiyonları, hastalıktan etkilenme, semptom ve sosyal ilişkilerdir. AIMS'in yeniden düzenlenmiş şekli olan AIMS 2, artritli hastaların sağlık durumunu değerlendirmek için daha geniş kapsamlı ve hassas bir ölçüttür. AIMS 2'de üst ekstremite fonksiyonları, iş yapabilme durumu, arkadaş ve aile desteğinin değerlendirildiği sorular eklenmiştir. AIMS 2, 12 sağlık durumu alanında 5 cevap seçenekli 78 soru içerir. Ankette son 1 ay sorgulanmaktadır. Sorgulanan alanlar; mobilite düzeyi, yürüme ve eğilme, el ve parmak fonksiyonları, kol fonksiyonları,

kendi kendine bakım, ev işleri, sosyal aktiviteler, aile ve arkadaş desteği, eklem ağrısı, çalışma durumu, gergin olma durumu ve duygu durumdur.

3.2.2.3. Günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi

Günlük Yaşam Aktiviteleri Performans ve Memnuniyet Değerlendirmesi (Instrument of Performance and Satisfaction in Activities of Daily Living \ PS-ADL) ile hastaların günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmiştir (81). Günlük yaşam aktiviteleri performans ve memnuniyet aracı 12 bölüm ve 39 aktiviteden oluşan bir ankettir. Ankette performans ve performanstaki memnuniyet için iki skala skoru kullanılmıştır. PS-ADL hastanın yaklaşık 10 dakikada kendisinin doldurduğu bir ankettir. Her aktivitenin içeriği ankette açıklanmış olup, hasta geçen hafta için aktiviteleri yapabilme seviyesini ve memnuniyetini derecelendirebilmektedir. Performans skalasının skoru 0 ile 3 arasında derecelendirilmiştir: 0= aktiviteyi yaparken zorluk olmadığını, 1= aktiviteyi yardımcı cihaz ile zorluk olmadan yapabildiğini, 2= yardımcı cihazla veya yardımcı cihazsız zorluk olduğunu, 3= aktiviteyi yapamadığını belirtmektedir. Skala skorlaması HAQ'den esinlenerek oluşturulmuştur, fakat yeni tanımlamalar verilmiştir. Bu durumun sebebi yardımcı cihaz kullanımının skoru nasıl etkileyeceği ile ilgilidir. Yardımcı cihazlar, romatoid artritli hastalarda sıklıkla eklemleri korumak yada fonksiyonu artırmak için önerilmektedir. Bu durum, ergoterapi bakış açısına göre büyük bir aktivite limitasyonunu göstermemektedir. Bu nedenle skorlamada 'yardımcı cihazla veya yardımcı cihazsız zorluk var' eşit kabul edilmiştir, ancak tedavide akılda bulundurulması gerektiği belirtilmektedir.

Memnuniyet, 0 ile 2 arasında skorlanmaktadır. 0 hastanın aktivite performansından memnun olduğunu, 1 aktivite performansının daha iyi olabileceğini, 2 ise performanstan memnun olunmadığını ifade eder. Her aktivite için ortalama değer hesaplanır. Bu hesaplama ergoterapistin yaklaşık 5 dakikasını almaktadır.

3.2.2.4. Kanada Aktivite Performans Ölçümü

Romatoid artritli hastaların aktivite performans problemlerini belirlemek, aktivite ve katılım kısıtlılıklarını ölçmek için Kanada Aktivite Performans Değerlendirmesi (Canadian Occupational Performance Measurement- COPM) kullanılmıştır (10,11,82,86).

COPM; kendine bakım, iş ve üretici aktiviteler, boş zaman aktiviteleri alanlarındaki performans problemlerini belirler. Kişinin aktivite performansının zaman içindeki değişiminin yine hastanın kendisi tarafından performans ve tatmin puanları verilerek değerlendirildiği bir ölçektir. İlk aşamada, hastaların kendine bakım, iş ve üretici aktiviteler, boş zaman aktiviteleri ile ilgili düşünmeleri ve performans problemi yaşadıkları aktiviteleri belirlemeleri istenmiştir. İkinci aşamada, hastalardan belirledikleri bu aktiviteleri likert skalasına göre 1 ile 10 arasında bir önem derecesi vermesi istenmiştir (1 hiç önemli değil, 10 çok önemli). Son olarak hastadan bu aktivitelerden onun için en önemli olan 5 aktiviteyi seçmesi ve bu aktiviteler için 1 ile 10 arasında performans ve tatmin puanı belirlemesi istenmiştir. Böylelikle hastalar kendi aktivite performans problemlerini belirlemiş, bu aktivitelerdeki performans ve memnuniyetlerini kendileri derecelendirmiş olmaktadırlar. Elde edilen performans ve tatmin puanları 5 e bölünerek puan elde edilir. Eğer hasta 5'den az sayıda aktivite belirlemiş ise belirlenen sayıdaki aktiviteye toplam puan bölünerek performans ve memnuniyet puanları elde edilir.

3.2.2.5. Toplumsal Katılım Anketi (Community Integration questionnaire, CIQ)

Olguların toplumsal katılımlarını değerlendirmek için CIQ kullanılmıştır. CIQ, bireyin toplum içindeki katılımını belirlemek için kullanılan bir ankettir. Ev, aile yaşamı, sosyal aktiviteler ve iş aktivitelerine katılımı değerlendiren 15 sorudan oluşan bir ankettir. Bu 15 başlığın çoğu 0 ile 2 arasında derecelendirilir. 2 puan daha fazla bağımsızlık ve bütünlük göstergesidir. CIQ'in geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (83).

3.2.3. Yaşam Kalitesi ve Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

3.2.3.1. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Anketi (Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale, RA-QOL), romatoid artritli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılmıştır. Anket, farklı hastalık aktivite düzeyi veya hastalık şiddeti olan hastaların ayrımını yapabilmektedir. Zaman içerisindeki değişikliklere de duyarlıdır. RA-QOL; evet/hayır şeklinde cevapları olan 30 sorudan oluşmaktadır. Hastanın verdiği evet cevaplarına 1, hayır cevaplarına 0 puanı verilmekte ve toplam puan hesaplanmaktadır. Türkçeye adaptasyon ve geçerlilik çalışması Kutlay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (84).

3.2.3.2. Yaşam Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Yaşam Memnuniyeti İndeksi (Life Satisfaction Index-LSI), olguların psikososyal iyi olma halini değerlendirmek için kullanılmıştır. LSI olguların katılıyorum veya katılmıyorum şeklinde cevapladıkları 20 maddelik sorulardan oluşmaktadır. Toplam skor 0 ile 20 arasındadır. Olgular LSI'den nekadar yüksek puan alırlarsa yaşam memnuniyetlerinin de o kadar yüksek olduğu anlaşılmaktadır. LSI daha önceki çalışmalarda romatolojik hastalarda Türk toplumunda uygulanmıştır (85).

3.3. Müdahale

3.3.1. Fizyoterapi Programı

Her iki gruptaki hastalar, semptomlarına yönelik ağrının azaltılması ve fonksiyonelliğin artırılması amacıyla 10 seans fizyoterapi programına alınmıştır.

Tedavi programı kapsamında fizyoterapistler tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda belirlenen aşağıdaki uygulamalar yapılmıştır.

1- Sıcak soğuk uygulamalar: whirpool, parafin, hotpack gibi

2- Elektroterapi modaliteleri: Ultrason, TENS, Enterferansiyel Akımlar gibi

3- Egzersiz: Tüm RA'lı hastalara standart bir egzersiz programı uygulanmıştır.

Egzersizler:

- 5-7 tekrarlık her ekleme yönelik normal eklem hareketi
- Etkilenen eklemlere yönelik kuvvetlendirme
- Genel kısalık, esneklik egzersizlerinden oluşmaktadır.

3.3.2. Ergoterapi Programı

a) Kişi merkezli ergoterapi

Kanada aktivite performans modeline göre, kişi merkezli yaklaşıma göre ergoterapi uygulamasında COPM ile belirlenen aktivite performans problemleri ele alınmıştır. Kanada Aktivite Performans Modeli (CMOP) rehber alınarak kişinin ihtiyaçları, istekleri, beklentileri doğrultusunda bir program belirlenmiştir. Bu yaklaşımın ana konseptlerine göre hasta ile işbirliği ve ortaklık doğrultusunda amaç, hedefler ve program belirlenmiştir.

Çalışmamıza başlamadan önce bu yaklaşımı ve filozofisini özümsemek amacıyla bir hazırlık yapılmıştır. Hazırlık evresinde aşağıdaki aşamalar gerçekleştirilmiştir.

- Kişi merkezli pratik ile ilgili yayınlanmış tüm kitap ve yayın bilgileri taranmıştır. Değişik başlıklar halinde yayınlanmış kişi merkezli yaklaşımı anlatan pek çok kitap yayınlandığı saptanmıştır. Bunlar kişi merkezli uygulama pratiği, rehabilitasyonda kişi merkezli uygulama, kişi merkezli ergoterapi gibi başlıklar halinde incelenmiştir.
- Tüm bu bilgiler üzerine derinlemesine çalışılmıştır. Kişi merkezli yaklaşımın filozofisi, yararları ve uygulama zorlukları tartışılmıştır.
- Sonraki aşamada pilot bir çalışma ile 2 hastada uygulanmıştır. Bu uygulamadan sonra tüm bilgiler tekrar gözden geçirilerek özümsenmiştir.
- Ergoterapide uzmanlaşan diğer terapistlerle birlikte 1 vaka üzerinde tartışılmıştır.

Eğitim aşamasında ise;

- Değerlendirme ve tedavinin tüm aşamalarında bu yaklaşım uygulanmıştır.
- Değerlendirmenin kişi merkezli olabilmesi için COPM kullanılmıştır.
- İlk iki görüşme bilgilendirme ve değerlendirmeye ayrılmıştır.
- Tedavi süresince hastayla birlikte değerlendirmeler tartışılmıştır.
- Kişi merkezli yaklaşımın ana konseptlerine göre müdahale uygulanmıştır.
- Kişinin belirlediği aktivite performans problemlerine çözümler bulmak üzerine odaklanılmıştır.
- Kişiler, kendi kendilerine aktivite problemlerine çözümler bulabilmeleri için cesaretlendirilmiştir.

b) Öğretici Tedavi yaklaşımları:

Bu model içerisinde kişinin ihtiyaçları doğrultusunda öğretici tedavi yaklaşımları kullanılmıştır. Bu yaklaşımlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

✓ Eklem koruma teknikleri ve enerji tasarrufu teknikleri:

Çalışmamızda ergoterapi grubundaki hastalarımıza kapsamlı bir eklem koruma ve enerji koruma teknikleri eğitimi verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara ise sadece 10 maddelik genel bir eklem koruma tavsiyesinde bulunulmuştur.

Kişi merkezli uygulama ile hastaların istekleri göz önüne alınarak hedefler birlikte planlanmış, hastalar eklem koruma tekniklerini hangi aktivitelerde uygulayıp hangilerinde uygulamayacağına kendileri karar vermişlerdir. Tedavinin ilk 2 seansı eklem koruma ve enerji tasarrufu tekniklerinin konuşulmasına ayrılmıştır.

Uyguladığımız eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri; ev işi (ev süpürme, silme, cam silme, halı silme vs), mutfak aktiviteleri (bulaşık yıkama, yemek yapma, tepsi-tencere-çaydanlık vs tutma, musluk açma, bez sıkma, doğrama, bıçak kullanma, kavanoz kapağı açma vs), banyo (banyo yapma, temizleme, lavabo ovma vs) ve kendine bakım (giyinme, temizlik saç tarama vs) alanlarında oluşturduğumuz resimli bir broşür üzerinden anlatılmıştır. El-el bileği eklemlerinde problemleri olan hastalara daha ayrıntılı, el üzerine yoğunlaşmış bir eklem koruma teknikleri eğitimi verilmiştir.

✓ Yardımcı Cihaz ve Splint Önerisi:

Kişinin ihtiyaçlarına ve isteklerine uygun değişik yardımcı cihazlar ve uygun el el bileği splintleri önerilmiştir. Kişilerin tercihlerine saygı duyulmuştur.

✓ Çevresel ve mimari düzenlemeler: Hastaların fonksiyonel durumlarına, isteklerine göre ev ve işyerlerinde yapılan ziyaretler sonrası çevresel ve mimari düzenlemeler yapılmıştır.

c) Tedavi süresi:

Ergoterapi programı haftada iki gün en az 4 seans olmak üzere hastanın ihtiyacına göre planlanmıştır.

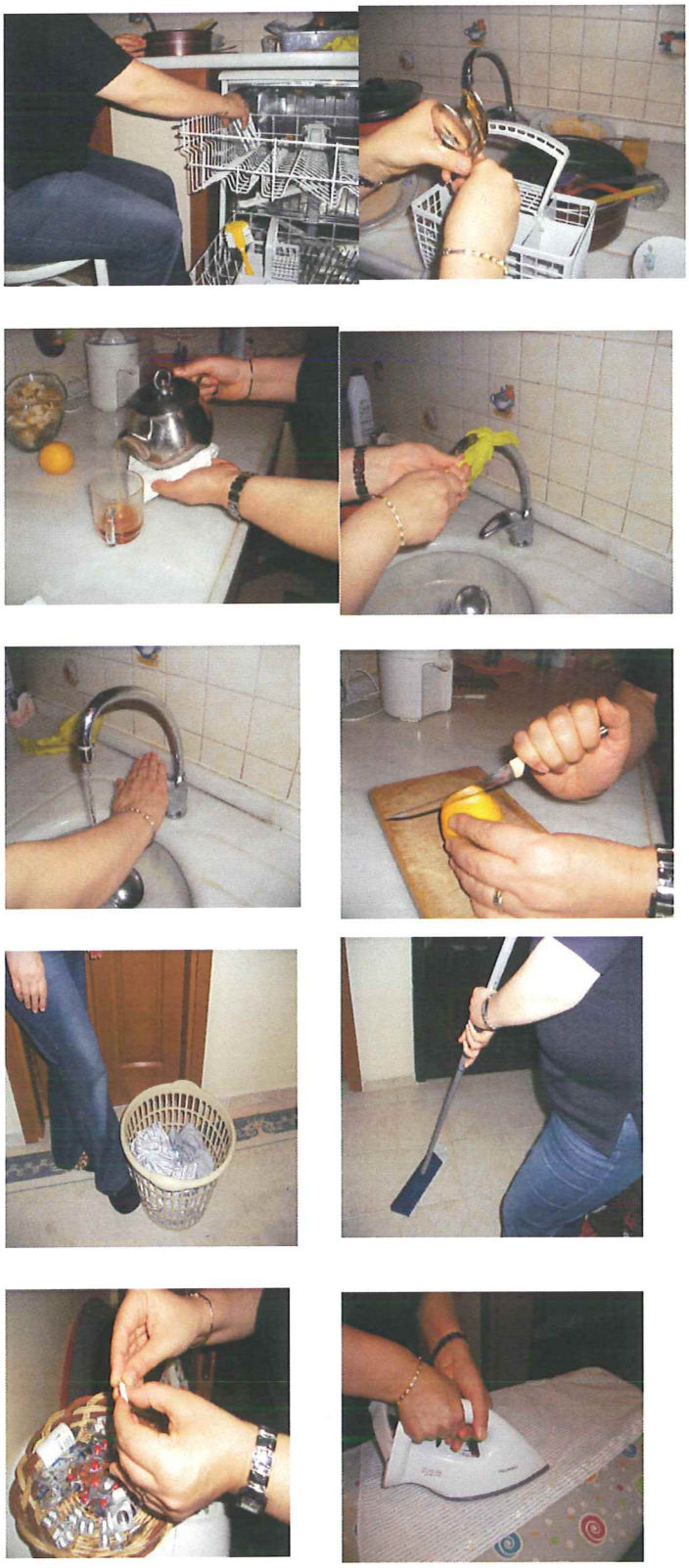
3.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. Ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama ± standart sapma (X±SD) ve fark ± standart sapma (D±SD) olarak ifade edilmiş, sayımla belirlenen değişkenler için yüzde (%) değeri hesaplanmıştır.

Tedavi öncesi ve sonrası yapılan değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılmasında dağılımın normal olup olmadığına Shapiro Wilks testi ile bakılmıştır. Bu testte p değeri<0,05 ise dağılımın normal olmadığı dolayısıyla da parametrik test varsayımları yerine getirilmediği sonucuna varılmış ve nonparametik testler tercih edilmiştir. Wilcoxon eşleştirilmiş iki örneklem testi kullanılmıştır.

İki grubun sayısal değişkenler açısından karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık sınırı (p), tip 1 hatanın %5'in altında olduğu durumlar olarak (p<0,05) tanımlanmıştır (87).



Şekil 3.1. Eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri eğitimi örnekleri



Şekil 3.2. İş Yerinde Ergoterapi Uygulaması Örnekleri

4. BULGULAR

Kişi merkezli yaklaşımla ergoterapi müdahalesinin; romatoid artiritli hastaların aktivite limitasyonları, katılım kısıtlılıkları, yaşam kaliteleri ve yaşam memnuniyetleri üzerine etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmamıza, romatoid artirit tanısı almış olan 40 hasta dahil edilmiştir. Hastalar basit rastgele yöntem ile 20'şer kişilik iki gruba ayrılmıştır. Çalışma sonucunda tedavi (n=20) ve kontrol (n=20) gruplarından elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

4.1. Vücut yapı ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi ile ilgili bulgular:

4.1.1. Hastaların demografik özellikleri:

Tedavi ve kontrol grubunda 19'ar kadın (%95), 1'er erkek (%5) hasta bulunmaktadır.

Tedavi grubundaki hastaların yaş ortalaması 51,35±11,57 yıl, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması ise 55,80±10,33 yıl olarak hesaplanmıştır. İki grubun yaş dağılımlarına göre benzerlik gösterdikleri bulunmuştur (p> 0,05).

Hastaların ortalama hastalık süreleri, boy ve vücut ağırlıkları istatistiksel açıdan benzerlik göstermektedir. Hastaların yaş, boy, kilo ve hastalık süreleri ortalamaları ve iki grup arasındaki karşılaştırmaları Tablo 4.1' de verilmiştir.

Tablo 4.1. Olguların Fiziksel Özelliklerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Tedavi X±SD	Kontrol X±SD	z	p
Yaş (yıl)	51,35±11,57	55,80±10,33	-1,32	0,18
Boy (cm)	160,20±5,27	162,20±6,05	-1,28	0,20
Kilo (kg)	70,65±10,03	72,70±11,45	-0,58	0,56
Hastalık süresi (ay)	109,80±52,72	99,20±45,98	-0,60	0,54

Her iki gruptaki hastaların eğitim durumları benzerlik göstermektedir. Tedavi grubunda 4 çalışan hasta, kontrol grubunda ise 2 çalışan hasta bulunmaktadır. Hastaların eğitim durumları ve meslekleri tablo 4.2. de gösterilmiştir.

Tablo 4. 2. Olguların Eğitim Durumu ve Meslekleri

	Tedavi		Kontrol	
	n	%	n	%
Eğitim durumu				
İlkokul	4	20	8	40
Ortaokul			3	15
Lise	8	40	2	10
Üniversite	7	35	7	35
Yüksek lisans	1	5		
Meslek				
Emekli	9	45	8	40
Ev hanımı	6	30	10	50
Mühendis	1	5		
Öğretmen			2	10
Memur	1	5		
Muhasebeci	1	5		
Terzi	1	5		

4.1.2. Ağrı ile ilgili bulgular

Hastaların özellikle el, el bileği, dirsek, omuz, diz, kalça, ayak eklemlerinde ağrıları olduğu saptanmıştır. Genelde eklem tutulumları farklılık gösterse de 7 hastada primer olarak el-el bileği eklem ağrı şikayeti olduğu saptanmıştır.

Ağrı, Mc Gill Ağrı anketi duysal, afektif ve görsel analog skalası skorlarına göre değerlendirilmiştir. Tedavi öncesinde ve sonrasında skorlar karşılaştırıldığında tedavi grubundaki hastalarda ağrının istatistiksel açısından anlamlı bir azalma gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3).

Kontrol grubunda ise ağrı duyusal puanında istatistiksel açıdan anlamlı bir azalma görülürken afektif puanda da azalma kaydedilmiş ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p<0,01$) (tablo 4.4).

Görsel analog skalasına göre kaydedilen o andaki ağrı şiddetleri ise her iki grupta da anlamlı bir azalma göstermiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.3-4.4).

Tedavi ve kontrol gruplarında tedavi öncesi ve sonrası arasında hangi grupta ağrının daha fazla azaldığını saptanmak amacıyla gruplar karşılaştırıldığında tedavi

grubunda ağrının kontrol grubuna göre daha çok azaldığı istatistiksel olarak gösterilmiştir (p<0,05) (tablo 4.5).

Tablo 4.3. Tedavi Grubunda Mc Gill Ağrı Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

	1. değerlendirme	2. değerlendirme	z	p
	X±SD	X±SD		
Mc Gill duyusal	7,85±2,81	3,55±1,95	-3,94	0,00*
Mc Gill afektif	0,90±0,71	0,10±0,30	-3,17	0,001*
Mc Gill VAS	4,20±1,88	2,00±1,25	-3,68	0,00*

*P<0,05

Tablo 4.4. Kontrol Grubunda Mc Gill Ağrı Anketi Puanlarının Karşılaştırılması

	1. değerlendirme	2. değerlendirme	z	p
	X±SD	X±SD		
Mc Gill duyusal	8,85±1,98	7,15±1,66	-3,89	0,00*
Mc Gill afektif	0,90±0,44	0,75±0,55	-1,73	0,08
Mc Gill VAS	4,10±1,77	3,15±1,49	-3,15	0,002*

*P<0,05

Tablo 4.5. Mc Gill Ağrı Anketi Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Tedavi	Kontrol	z	p
	D±SD	D±SD		
Mc Gill duyusal	4,30±1,45	1,70±0,92	-4,61	0,00*
Mc Gill afektif	0,8±0,76	0,15±0,36	-3,03	0,002*
Mc Gill VAS	2,20±1,28	0,95±0,88	-3,14	0,002*

*P<0,05

4.2. Aktivite ve Katılımın Değerlendirilmesi

4.2.1. Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) Sonuçları

Tedavi grubunda ergoterapi müdahalesi öncesi ve sonrasındaki HAQ puanları karşılaştırıldığında HAQ tüm alt parametre ve toplam puanlarında anlamlı bir azalma olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hastaların aktivite ve katılım kısıtlılıkları tedavi sonrasında azalmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Tedavi Grubunda HAQ Puanlarının Karşılaştırılması

	1. değerlendirme X±SD	2. değerlendirme X±SD	z	p
Giyinip kuşanma	0,80±0,52	0,30±0,47	-3,16	0,002*
Doğrulma	0,75±0,71	0,10±0,30	-3,35	0,001*
Yemek yeme	1,80±0,41	1,00±0,32	-3,77	0,00*
Yürüme	0,75±0,78	0,40±0,50	-2,64	0,008*
Hijyen	0,70±0,65	0,25±0,44	-2,71	0,007*
Uzanma	1,45±0,75	0,65±0,48	-3,77	0,00*
Kavrama	2,05±0,39	1,25±0,55	-3,77	0,00*
Günlük işler	2,05±0,39	1,15±0,58	-3,81	0,00*
Total	0,81±0,32	0,36±0,19	-3,92	0,00*

*P<0,05

Kontrol grubunda ise HAQ puanlarında tedavi öncesi ve sonrası arasında anlamlı bir fark bulunmazken, toplam HAQ puanında anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.7).

Gruplar karşılaştırıldığında ise yemek yeme alt parametresi dışında tüm alt parametre puanlarında ve toplam puanda tedavi grubundaki hastaların istatistiksel olarak daha çok gelişme gösterdikleri, aktivite ve katılımlarının arttığı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.7. Kontrol grubunda HAQ Puanlarının Karşılaştırılması

	1. değerlendirme	2. değerlendirme	z	p
	X±SD	X±SD		
Giyinip kuşanma	0,75±0,78	0,75±0,78	0,00	1,00
Doğrulma	1,10±0,71	0,95±0,68	-1,73	0,08
Yemek yeme	1,60±0,68	1,55±0,68	-1,00	0,31
Yürüme	1,55±0,60	1,45±0,60	-1,41	0,15
Hijyen	0,80±0,69	0,70±0,73	-1,41	0,15
Uzanma	1,75±0,63	1,75±0,63	0,00	1,00
Kavrama	1,65±0,58	1,65±0,58	0,00	1,00
Günlük işler	2,10±0,78	2,10±0,78	0,00	1,00
Total	0,89±0,40	0,87±0,38	-2,25	0,024*

*P<0,05

Tablo 4.8. HAQ Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Tedavi grubu	Kontrol grubu	z	p
	D±SD	D±SD		
Giyinip kuşanma	0,50±0,51	0,00±0,00	-2,93	0,003*
Doğrulma	0,65±0,58	0,15±0,36	-4,44	0,00*
Yemek yeme	0,80±0,52	0,05±0,22	-1,86	0,06
Yürüme	0,35±0,48	0,10±0,30	-2,19	0,02*
Hijyen	0,45±0,60	0,10±0,30	-4,80	0,00*
Uzanma	0,80±0,52	0,00±0,00	-4,80	0,000*
Kavrama	0,80±0,52	0,00±0,00	-5,02	0,00*
Günlük işler	0,90±0,55	0,00±0,00	-5,53	0,00*
Total	0,45±0,18	0,02±0,37	-3,36	0,00*

*P<0,05

4.2.2. Artirit Etki Değerlendirme Ölçeği (AIMS 2) Sonuçları

Tedavi grubunda ergoterapi müdahalesi öncesi ve sonrasındaki AIMS 2 tüm alt parametrelerinde anlamlı bir azalma olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hastaların aktivite ve katılım kısıtlılıkları tedavi sonrasında azalmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. AIMS 2 Puanlarının Tedavi Grubunda Karşılaştırılması

	1. değerlendirme	2. değerlendirme		
	X±SD	X±SD	z	p
Hareketlilik	2,87±1,62	2,27± 1,21	-2,68	0,007*
Yürüme eğilme	3,60±1,81	3,20± 1,48	-2,71	0,007*
El parmak hareketleri	4,00±1,69	1,90± 0,94	-3,73	0,00*
Kol hareketleri	1,22±1,32	0,82± 1,10	-2,37	0,01*
Kendine bakım	0,67±1,13	0,16± 0,51	-2,20	0,02*
Ev işleri	2,76±0,93	1,07± 1,17	-3,63	0,00*
Sosyal aktiviteler	4,80±1,28	4,37± 0,91	-2,21	0,02*
Aile arkadaş desteği	3,31±2,55	2,49± 1,88	-2,86	0,004*
Ağrı	5,76±1,46	3,31± 1,41	-3,93	0,00*
Gerginlik düzeyi	6,97±9,02	4,32± 1,17	-2,96	0,003*
Ruh hali	3,76±1,16	3,30± 1,08	-2,69	0,007*
Memnuniyet	5,68±1,27	4,09± 1,21	-3,72	0,00*
Sağlık durumu algılanması	6,51±1,70	5,50± 1,63	-2,33	0,02*
Artiritin genel etkileri	5,10±1,51	4,60± 1,46	-2,00	0,04*

*P<0,05

Kontrol grubunda ise, AIMS 2 puanlarında tedavi sonrasında sadece ağrı alt parametresinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmışken diğer alt parametrelerde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. AIMS 2 puanlarının kontrol grubunda karşılaştırılması

	1. değerlendirme X±SD	2. değerlendirme X±SD	z	p
Hareketlilik	3,27±1,01	3,25±1,03	-1,00	0,31
Yürüme eğilme	5,00±1,41	4,95±1,38	-1,41	0,15
El parmak hareketleri	2,12±1,49	2,10±1,51	-1,00	0,31
Kol hareketleri	2,10±1,96	2,05±1,89	-1,00	0,31
Kendine bakım	1,38±1,80	1,25±1,61	-1,00	0,31
Ev işleri	2,92±1,45	2,82±1,37	-1,00	0,31
Sosyal aktiviteler	5,40±1,38	5,37±1,36	-1,00	0,31
Aile arkadaş desteği	2,68±2,67	2,68±2,67	-0,00	1,00
Ağrı	5,82±1,42	5,15±1,13	-2,68	0,007*
Gerginlik düzeyi	4,95±0,87	4,95±0,87	-0,00	1,00
Ruh hali	4,12±1,40	4,12±1,40	-0,00	1,00
Memnuniyet	5,76±0,86	5,72±0,81	-1,34	0,18
Sağlık durumu algılanması	6,68±1,08	6,68±1,08	-0,00	1,00
Artiritin genel etkileri	4,87±0,55	4,87±0,55	-0,00	1,00

*P<0,05

Gruplar arasında tedavi öncesi ve sonrası arasındaki farklar karşılaştırıldığında ise ergoterapi uygulanan grupta tüm alt parametre puanlarındaki azalmanın istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.10).

Ergoterapi uygulanan grubun aktivite limitasyonu ve katılım kısıtlılıkları uygulanmayan gruba göre azalmıştır.

Tablo 4.11. AIMS 2 Puan Farklarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Tedavi Grubu D±SD	Kontrol Grubu D±SD	z	p
Hareketlilik	0,6±0,05	0,02±0,11	-2,95	0,003*
Yürüme eğilme	0,4±0,57	0,05±0,15	-2,55	0,01*
El parmak hareketleri	2,10±1,48	0,02±0,11	-5,21	0,00*
Kol hareketleri	0,40±0,64	0,05±0,22	-2,34	0,01*
Kendine bakım	0,51±0,92	0,12±0,55	-1,96	0,05*
Ev işleri	1,68±0,96	0,09±0,43	-4,76	0,00*
Sosyal aktiviteler	0,42±0,89	0,02±0,11	-2,12	0,03*
Aile arkadaş desteği	0,81±1,05	0,00±0,00	-3,09	0,002*
Ağrı	2,44±1,14	0,67±0,90	-4,34	0,00*
Gerginlik düzeyi	2,65±9,28	0,00±0,00	-3,77	0,00*
Ruh hali	0,45±0,62	0,00±0,00	-3,33	0,001*
Memnuniyet	1,59±0,90	0,04±0,12	-5,13	0,00*
Sağlık durumu algılanması	1,00±1,57	0,00±0,00	-2,61	0,009*
Artiritin genel etkileri	0,50±1,02	0,00±0,00	-2,08	0,03*

*P<0,05

4.2.3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Sonuçları

Tedavi grubunda ergoterapi yaklaşımlarının sonrasında hastaların günlük yaşam aktiviteleri performans ve memnuniyet puanları tüm alt parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.12).

Kontrol grubunda tedavi öncesi ve sonrası arasında günlük yaşam aktiviteleri performans ve memnuniyetinin tüm alt parametreleri ve toplam skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05) (Tablo 4.13).

Tablo 4.12. Tedavi Grubunda Günlük Yaşam Aktivitelerinin Karşılaştırılması

		1. değerlendirme X±SD	2. değerlendirme X±SD	z	p
Yeme içme	P	0,87±0,31	0,67±0,43	-2.07	0,03*
	M	0,87±0,31	0,47±0,37	-3.55	0,001*
Hareket etme	P	0,52±0,59	0,16±0,28	-2.69	0,007*
	M	0,62±0,65	0,14±0,27	-2.95	0,003*
Banyo	P	0,35±0,39	0,06±0,20	-2.69	0,007*
kullanma	M	0,44±0,45	0,06±0,20	-2.82	0,005*
Giyinme	P	0,47±0,4	0,12±0,18	-3.21	0,001*
çıkarma	M	0,58±0,51	0,11±0,17	-3.20	0,001*
Hijyen	P	0,39±0,36	0,02±0,08	-3.69	0,001*
sağlama	M	0,42±0,31	0,02±0,08	-3.49	0,000*
Görünüşüne	P	0,37±0,31	0,13±0,22	-3.05	0,002*
bakma	M	0,41±0,29	0,13±0,22	-3.27	0,001*
Diğer	P	0,59±0,47	0,16±0,28	-3.06	0,002*
aktiviteler	M	0,63±0,41	0,16±0,28	-3.08	0,002*
Yemek yapma	P	0,77±0,52	0,33±0,40	-2.95	0,003*
	M	0,85±0,45	0,27±0,38	-3.32	0,001*
Özel ve toplu	P	0,56±0,72	0,40±0,47	-2.27	0,02*
taşıma araç	M	0,73±0,70	0,40±0,47	-2.63	0,008*
kullanma					
Mutfak	P	1,15±0,48	0,90±0,55	-3.87	0,00*
alışverişi	M	1,05±0,48	0,85±0,48	-4.00	0,00*
Temizlik	P	1,78±0,45	1,18±0,50	-3.20	0,001*
yapma	M	1,81±0,34	1,13±0,49	-3.55	0,00*
Yıkama	P	1,62±0,36	1,06±0,52	-3.07	0,002*
	M	0,57±0,38	1,02±0,43	-3.07	0,002*
Toplam	P	0,69±0,24	0,31±0,18	-3.92	0,00*
	M	0,74±0,23	0,29±0,17	-3.92	0,00*

*p<0,05 P= performans, M=memnuniyet

Tablo 4.13. Kontrol Grubunda Günlük Yaşam Aktivitelerinin Karşılaştırılması

		1. değerlendirme X±SD	2. değerlendirme X±SD	z	p
Yeme içme	P	0,75±0,44	0,75±0,44	0,00	1,00
	M	0,72±0,44	0,72±0,44	0,00	1,00
Hareket etme	P	1,01±0,73	1,97±0,69	-1,00	0,31
	M	1,14±0,67	1,11±0,64	-1,00	0,31
Banyo	P	0,69±0,41	0,66±0,8	-1,00	0,31
kullanma	M	0,76±0,45	0,73±0,45	-1,00	0,31
Giyinme	P	0,44±0,40	0,44±0,40	0,00	1,00
çıkarma	M	0,46±0,41	0,46±0,41	0,00	1,00
Hijyen	P	0,41±0,24	0,41±0,24	0,00	-1,00
sağlama	M	0,50±0,59	0,50±0,59	0,00	1,00
Görünüşüne	P	0,65±0,32	0,65±0,32	0,00	1,00
bakma	M	0,65±0,31	0,65±0,31	0,00	1,00
Diğer	P	0,16±0,42	0,16±0,42	0,00	1,00
aktiviteler	M	0,17±0,47	0,17±0,47	0,00	1,00
Yemek yapma	P	0,52±0,36	0,52±0,36	0,00	1,00
	M	0,56±0,37	0,56±0,37	0,00	1,00
Özel ve toplu	P	1,26±0,68	1,26±0,68	0,00	1,00
taşıma araç kullanma	M	1,26±0,69	1,26±0,69	0,00	1,00
Mutfak	P	1,70±0,47	1,70±0,47	0,00	1,00
alışverişi	M	1,77±0,41	1,77±0,41	0,00	1,00
Temizlik	P	2,00±0,00	2,00±0,00	0,00	1,00
yapma	M	2,00±0,00	2,00±0,00	0,00	1,000
Yıkama	P	0,81±0,25	0,81±0,25	0,00	1,00
	M	1,89±0,25	1,89±0,25	0,00	1,00
Toplam	P	0,81±0,24	0,80±0,24	-1,34	0,18
	M	0,85±0,25	0,84±0,25	-1,40	0,15

*p<0,05 P= performans, M=memnuniyet

Tablo 4.14. Günlük Yaşam Aktivitelerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

		Tedavi Grubu	Kontrol Grubu		
		D±SD	D±SD	z	p
Yeme içme	P	0,20±0,37	0,00±0,00	-2,55	0,01*
	M	0,40±0,34	0,00±0,00	-4,27	0,00*
Hareket etme	P	0,35±0,44	0,03±0,14	-2,83	0,005*
	M	0,47±0,55	0,03±0,14	-3,35	0,001*
Banyo	P	0,29±0,33	0,03±0,14	-2,74	0,006*
kullanma	M	0,37±0,41	0,03±0,14	-3,04	0,002*
Giyinme	P	0,35±0,40	0,00±0,00	-4,03	0,00*
çıkarma	M	0,47±0,52	0,00±0,00	-4,23	0,00*
Hijyen	P	0,37±0,36	0,00±0,00	-4,25	0,00*
sağlama	M	0,40±0,29	0,00±0,00	-4,75	0,00*
Görünüşüne	P	0,24±0,25	0,00±0,00	-3,59	0,00*
bakma	M	0,27±0,24	0,00±0,00	-4,05	0,00*
Diğer	P	0,43±0,44	0,00±0,00	-3,80	0,00*
aktiviteler	M	0,47±0,44	0,00±0,00	-4,01	0,00*
Yemek yapma	P	0,43±0,42	0,00±0,00	-3,70	0,00*
	M	0,57±0,41	0,00±0,00	-4,36	0,00*
Özel ve toplu	P	0,25±0,41	0,00±0,00	-2,61	0,00*
taşıma araç	M	0,33±0,46	0,00±0,00	-3,10	0,002*
kullanma					
Mutfak	P	0,75±0,44	0,00±0,00	-4,83	0,00*
alışverişi	M	0,80±0,41	0,00±0,00	-5,09	0,00*
Temizlik	P	0,60±0,54	0,00±0,00	-3,86	0,00*
yapma	M	0,68±0,44	0,00±0,00	-4,58	0,00*
Yıkama	P	0,56±0,59	0,00±0,00	-4,03	0,00*
	M	0,55±0,56	0,00±0,00	-4,03	0,00*
Toplam	P	0,37±0,17	0,005±0,01	-5,67	0,00*
	M	0,45±0,18	0,006±0,01	-5,67	0,00*

*p<0,05 P= performans, M=memnuniyet

Gruplar arasında tedavi öncesi ve sonrası farklar karşılaştırıldığında günlük yaşam aktiviteleri performans ve memnuniyet anketi tüm alt parametrelerinde ve toplam puanda ergoterapi uygulanan gruptaki azalmanın istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.14).

Ergoterapi uygulanan grubun günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı ve memnuniyeti kontrol grubuna göre anlamlı derecede artmıştır.

4.2.4. Aktivite Performans ve Memnuniyet Değerlendirmesi Sonuçları

Çalışmaya dahil olan 40 hasta COPM ile kendi aktivite performans problemlerini ve memnuniyetlerini belirlemişlerdir. Kendine bakım performans alanında 19, iş ve üretici aktiviteler alanında 34, boş zaman aktiviteleri alanında 11 aktivite olmak üzere toplam 65 aktivitenin saptandığı COPM sonuçları Tablo 4.15,4.16,4.17 de gösterilmiştir.

Kendine bakım aktivitelerinde hastalar en çok poşet taşıma (%82,5), yürüme (%67,5) ve merdiven çıkma (%60) aktivitelerinde zorlandıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.15. 'Kendine bakım' performans alanında hastaların en çok zorlandıkları aktiviteler

Kendine bakım	n	%
Yataktan kalkma	10	25
Ayakta kalma	6	15
Yürüme	27	67,5
Merdiven çıkma	24	60,0
Yokuş çıkma	1	2,5
Eğilme	3	7,5
Yukardan eşya alma	7	17,5
Ulaşım	1	2,5
Poşet taşıma	33	82,5
El yüz yıkama	1	2,5
Sütyen giyme	8	20,0
Çorap giyme	9	22,5
Ayakkabı giyme	3	7,5
Tırnak makası kullanma	1	2,5
Ayak bakımı	4	10,0
Düğme ilikleme	2	5
Tuvalet	5	12,5
Banyo	4	10,0
Tokalaşma	1	2,5

İş ve üretici aktiviteler performans alanında hastaların en çok zorlandığı aktivitelerin temizlik (%92,5), kavanoz kapağı açma (%72,5) ve doğrama (%50) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.16. 'İş ve üretici aktiviteler' performans alanında COPM değerlendirmesine göre hastaların en çok zorlandıkları aktiviteler

Üretkenlik	n	%
Ev temizliği yapma	37	92,5
Ev süpürme	16	40,0
Yer silme	4	10,0
Cam silme	15	37,5
Ütü yapma	14	35,0
Çamaşır asma	10	25,0
Perde takma	1	2,5
Halı silme	3	7,5
Bulaşık makinesi doldurma	12	30,0
Bez sıkma	18	45,0
Tencere yıkama	1	2,5
Ovma	13	32,5
Yemek pişirme	3	7,5
Doğrama (soğan, et vb.)	20	50,0
Rende yapma	2	5,0
Limon vs. sıkma	4	10,0
Yoğurma (köfte, hamur vb.)	2	5,0
Hamur işi (kurabiye pasta yapma)	1	2,5
Yaprak sarma	5	12,5
Erişte kesme	1	2,5
Ayıklama (bamya vb.)	1	2,5
Çay demleme, doldurma	17	42,5
Kavanoz kapağı açma	29	72,5
Şişe kapağı açma	5	12,5
Musluk açma	4	10,0
Anahtarla açma	1	2,5
Lamba takma	1	2,5
Takı takma	2	5,0
Yazı yazma	7	17,5
Bilgisayar kullanma	1	2,5
Evrak işleri	2	5
Mesleki işini yapma	6	15,0
Gönüllü çalışma	1	2,5
Dikiş dikme	2	5,0
İğneye ip geçirme mekik takma	1	2,5

Boş zaman aktivitelerinden 'örgü örme' hastaların en çok ifade ettiği performans problemi olarak belirlenmiştir (% 62,5).

Tablo 4.17. 'Boş zaman aktiviteleri' performans alanında COPM değerlendirmesine göre hastaların en çok zorlandıkları aktiviteler

Boş zaman	n	%
Gazete kitap okuma	6	15,0
Seyahat	6	15,5
Sosyal aktiviteler	8	20,0
Örgü	25	62,5
Bulmaca çözme	1	2,5
Resim yapma	3	7,5
Bahçe işleri	3	7,5
Namaz kılma	4	10,0
Tespih çekme	2	5,0
Kumaş boyama	2	5,0
Kâğıt oyunları (briç, tavla)	1	2,5

Hastalar COPM'e göre zorlandıklarını belirttikleri aktivitelere performans ve tatmin puanı vermişlerdir.

Tedavi grubunda yer alan hastaların COPM performans ve tatmin puanları kişi merkezli uygulama sonrasında anlamlı bir artış göstermiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise COPM performans puanı artarken tatmin puanında tedavi sonrasında bir fark görülmemiştir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Tedavi öncesinde ve sonrasında COPM puanlarının karşılaştırılması

COPM				
Tedavi	X±SD	X±SD	z	p
COPM performans	4,71±0,93	6,29±0,99	-3,92	0,00*
COPM tatmin	2,80±1,42	5,85±1,37	-3,92	0,00*
Kontrol				
COPM performans	4,31±1,40	4,39±1,39	-2,07	0,038*
COPM tatmin	2,48±1,55	2,60±1,59	-1,89	0,056

*P<0,05

Her iki gruptaki tedavi öncesi ve sonrasında oluşan performans ve tatmin farkları karşılaştırıldığında ergoterapi uygulanan grubun istatistiksel olarak kontrol grubuna göre daha iyi bir gelişme gösterdiği saptanmıştır (p<0,05) (tablo 4.19).

Tablo 4.19. Grupların COPM puanlarının karşılaştırılması

COPM	Tedavi Grubu D±SD	Kontrol Grubu D±SD	z	p
COPM performans	1,57±0,61	0,08±0,15	-5,56	0,00*
COPM tatmin	3,05±1,31	0,12±0,29	-5,59	0,00*

*P<0,05

4.2.5. Toplumsal Katılım Anketi (CIQ) Sonuçları

Ev, aile yaşamı, sosyal aktiviteler ve iş aktivitelerine katılımı değerlendiren CIQ ile hastaların toplumsal katılımları belirlenmiştir.

Tedavi öncesi ve sonrası arasında grupların kendi aralarında toplumsal katılım farlılıkları karşılaştırıldığında CIQ üretici aktivitelere katılım alt puanı hariç diğer CIQ puanlarında ergoterapi uygulanan grup lehine anlamlı farklılıklar saptanmıştır (p< 0,05) (tablo 4.20).

CIQ sonuçları incelendiğinde tedavi grubunda CIQ'nun alt parametreleri olan ev yaşamı ve sosyal yaşam puanlarında ve CIQ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülürken, üretici katılım alt parametresinde herhangi bir farka rastlanmamıştır. Hastaların özellikle ev ve sosyal yaşantıda katılımlarının arttığı saptanmıştır (p< 0,05) (tablo 4.21).

Kontrol grubunda ise CIQ puanlarında tedavi öncesi ve sonrasında herhangi bir farka rastlanmamıştır (p>0,05) (tablo 4.21).

Tablo 4.20. Grupların CIQ Puanlarının Karşılaştırılması

	Tedavi Grubu D±SD	Kontrol Grubu D±SD	z	p
CIQ ev	0,45±0,82	0,000	-2,35	0,01*
CIQ sosyal	0,85±0,93	0,000	-3,57	0,00*
CIQ üretici	0,20±0,52	0,000	-1,77	0,07
CIQ TOTAL	1,65±1,46	0,000	-4,243	0,00*

*P<0,05

Tablo 4.21. Tedavi öncesinde ve sonrasında CIQ puanlarının karşılaştırılması

	1. değerlendirme X±SD	2. değerlendirme X±SD	z	p
Tedavi				
CIQ ev	7,30±2,29	7,75±2,02	-2,12	0,03*
CIQ sosyal	6,40±1,69	7,25±1,25	-2,91	0,004*
CIQ üretici	1,95±1,09	2,15±0,93	-1,63	0,10
CIQ TOTAL	15,65±2,20	17,30±2,07	-3,24	0,001*
Kontrol				
CIQ ev	0,25±1,99	0,25±1,99	0,00	1,00
CIQ sosyal	0,75±1,99	0,75±1,99	0,00	1,00
CIQ üretici	1,70±0,47	1,70±0,47	0,00	1,00
CIQ TOTAL	14,70±3,40	14,70±3,40	0,00	1,00

*P<0,05

4.3. Yaşam Kalitesi ve Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Hastaların yaşam kaliteleri RAQOL, yaşam memnuniyetleri ise LSI ile değerlendirilerek sonuçlar incelenmiştir. Tedavi grubunda tedavi sonrasında yaşam kalitesi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmışken (p<0,05), yaşam memnuniyeti değişmemiştir (p>0,05) (tablo 4.22).

Kontrol grubunda tedavi sonrasında tedavi öncesine göre yaşam kalitesi ve memnuniyeti sonuçlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (tablo 4.22).

Grupların tedavi öncesi ve sonrası arsında oluşan RAQOL VE LSI puan farkları karşılaştırıldığında ise ergoterapi uygulanan grubun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yaşam kalitesinde artışa sebep olduğu ancak yaşam memnuniyeti açısında gruplar arasında fark bulunmadığı saptanmıştır (tablo 4.23).

Tablo 4.22. Tedavi öncesinde ve sonrasında RAQOL ve LSI puanlarının karşılaştırılması

	1. değerlendirme	2. değerlendirme		
			z	p
	X±SD	X±SD		
Tedavi				
RAQOL	10,40±4,40	7,50±3,73	-3,815	0,00*
LSI	12,80±4,20	12,95±4,13	-1,73	0,08
Kontrol				
RAQOL	13,60±5,51	13,60±5,51	0,000	1,000
LSI	11,70±3,81	11,75±3,60	-1,00	0,31

*P<0,05

Tablo 4.23. Grupların RAQOL ve LSI Puanlarının Karşılaştırılması

	Tedavi Grubu	Kontrol Grubu		
			z	p
	D±SD	D±SD		
RAQOL	2,90±1,51	0,00±0,00	-5,57	0,00*
LSI	0,15±0,36	0,05±0,22	-1,04	0,29

*P<0,05

5. TARTIŞMA

5.1. Çalışmanın planlanması ve amacı

Literatürde romatoid artritli hastalarda ergoterapinin fonksiyonu artırma üzerine yararlı etkilerinden bahsedilse de kapsamlı ergoterapi yaklaşımlarının etkinliğini inceleyen çok az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (39,41). Ülkemizde ise romatoid artritli hastalar özellikle semptomatik dönemlerinde ağrıyı azaltmaya yönelik fizyoterapiye yönlendirilmektedirler. Ancak bu hasta grubu için aktivite limitasyonu ve katılım kısıtlılıklarını azaltmaya yönelik çabaları içeren ergoterapi yaklaşımları yetersiz kalmaktadır.

Bu çalışma ile Türk toplumundaki romatoid artritli hastalarda kişi merkezli ergoterapi yaklaşımının etkinliği incelenmiştir. Çalışmamız, elde edilen sonuçların ülkemizdeki romatoid artritte ergoterapi uygulamalarına yön vereceği düşünülerek planlanmıştır.

Romatoid artiritli hastalarda kişi merkezli yaklaşımla ergoterapi müdahalesi uygulanan çalışmamızda ortaya konmak istenen; uygulanan müdahalaelerin katılımcıların aktivite limitasyonları, katılım kısıtlılıkları ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerini göstermek olmuştur. Her iki gruptaki, hastalar semptomlarına yönelik ağrının azaltılması ve fonksiyonelliğin artırılması amacıyla 10 seanslık fizyoterapi programına alınırken, tedavi grubundaki hastalara kişi ile işbirliği ve ortaklık yaklaşımları kullanılarak aktivitelerini geliştirme imkanı sağlayan kişi merkezli yaklaşım ile ergoterapi eğitimi uygulanmıştır. Fonksiyonel statüleri, günlük yaşam aktivite limitasyonları, katılım kısıtlılıkları, psikososyal statüleri, yaşam kaliteleri, toplumsal katılımları ve ağrı durumları açısından sonuçları incelenmiş ve karşılaştırılmıştır. Bulgular incelendiğinde tedavi grubu değerlendirilen tüm parametrelerde önemli derecelerde daha iyi sonuçlar göstermiştir.

Ergoterapinin amacı, pozitif davranışları ve kendi kendine başa çıkma tekniklerini geliştirerek aktivite performanslarını artırmak ve günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıkları azaltmaktır. Uzun süreli aktivite kısıtlılıklarını önlemek için günlük yaşam fonksiyonlarını gerçekleştirmenin yeni yollarını öğrenmek, kişinin değişim sürecinde gerekli olan en önemli mücadelesidir (88).

5.2. Değerlendirme yöntemleri, sonuç ölçümleri

5.2.1. Vücut yapı ve fonksiyonları:

Literatürde ergoterapinin ağrı, yorgunluk, eklem hareket açıklığı, kavrama kuvveti, fonksiyonellik üzerine etkilerinin incelendiği görülmektedir. Çoğunlukla el fonksiyonları üzerinde durulmuştur. El egzersizlerinin, eklem koruma tekniklerinin hastaların ağrı şiddeti, eklem hareketi, kavrama kuvveti ve el fonksiyonlarını artırdığı kanıtlanmıştır (3).

Ağrı, romatoid artiritli hastaların doktora başvurmalarındaki birincil şikâyettir. Ağrı nedeniyle aktiviteleri kısıtlanan hastaların yaşam kaliteleri azalmaktadır. Çalışmalarda çoğunlukla ağrıyı değerlendirmek amacıyla görsel analog skalasının (VAS) ve Mc Gill Ağrı anketinin kullanıldığı görülmektedir. Her iki ölçümünde RA'lı hastalara geçerlilik ve güvenilirliği ispatlamıştır (78,89,90).

Bizde çalışmamızda hastalarımızın ağrı niteliğini ve şiddetini değerlendirmek için Mc Gill Ağrı Anketini kullandık. Romatoid artiritli hastalarda ağrı şiddeti farklı eklemlerde farklı derecelerde olabilmektedir ve bu ağrılar değişkenlik gösterebilmektedirler. Aynı zamanda ağrı düzeylerinin hastalık aktivitesi, depresyon ve anksiyete düzeyine göre değiştiği kaydedilmiştir. Çalışmamızda hastalarımızın değerlendirilmesinde en önemli şikâyetlerinin eklem ağrısı olduğu belirlenmiştir. Günlük aktivitelerinin ağrı nedeniyle kısıtlandığını bildirmişlerdir. Çoğunlukla 3' den fazla eklemde ağrıları olduğunu ve bu ağrıların şiddetinin gün içinde ve günden güne farklılıklar gösterdiğini ve bazı aktivitelerle arttığını dile getirmişlerdir. Pek çoğu, ağrı şikâyeti nedeniyle ev işi, alışveriş gibi onları zorlayan aktiviteleri kısıtlarken bir kısmı da ağrı olsa bile rollerini (anne, çalışan rolleri gibi) yerine getirmek için aktivitelerini yapmaya devam ettiklerini, ancak bunun semptomlarını artırdığını ifade etmişlerdir.

Çalışmamız sonucunda hem ergoterapi uygulan grupta hem de kontrol grubunda ağrının azaldığı görülürken ergoterapi uygulanan grupta bu azalmanın daha fazla olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi ergoterapi uygulanan grupta hastaların eklem koruma ve enerji tasarrufu tekniklerini tüm aktive performansları sırasında kullanması, yardımcı cihaz ve splint kullanımının anlaşılması, ağrı ile başa çıkma ve kendi kendine başa çıkma yöntemlerinin gelişmesi olarak düşünülmüştür.

5.2.2.Aktivite ve katılım

Literatürde RA'lı hastalar için pek çok değerlendirme aracı bulunmaktadır. Bunların çoğu standardize edilmiştir ve günlük yaşam aktivite kısıtlılıklarını ölçmek için çalışmalarda kullanılmaktadırlar. Çalışmamızda uygulamalar ICIDH'e göre katogorize edilmiştir. Aktivite ve katılımı değerlendirmek için HAQ, AIMS 2, CIQ, COPM kullanılırken, RAQOL yaşam kalitesini, LSI ise yaşam memnuniyetini belirlemek için kullanılmıştır. COPM çalışmamız için özel bir değerlendirme ölçümüdür ve aktivite performans problemlerini belirlemede ve kişi merkezli yaklaşımda temel bir değerlendirme parametresi olmuştur.

Tartışmamızın bu bölümü 3 ayrı başlık altında incelenecektir:

- Değerlendirme ölçütlerinin özellikleri, neden seçildikleri ve uygulamalar sırasındaki gözlemlerimiz
- Değerlendirme sonuçları
- COPM sonuçları

a) Değerlendirme Ölçümleri

HAQ, yapılan araştırmalarda RA'lı hastalarda fonksiyonel kısıtlılıkları ölçmek için kullanılan primer bir ölçüm yöntemidir (20,21,25,35,39,41). Rehabilitasyon programlarında hastalardaki fonksiyonel ilerlemeyi görmek için sıklıkla kullanılmaktadır.

Bruce ve Fries'a göre RA'nın terapatik pramidini alanlara bölmede HAQ oldukça başarılı olan değerli etkili ve duyarlı bir ölçümdür (91). HAQ'e göre belirlenen aktivite katılımı kişinin yaşı ile değil hastalık durasyonu ve evreleriyle paraleldir (92).

Hammond; HAQ'ın romatolojide sıklıkla kullanıldığını ancak ergoterapi yaklaşımlarını planlamada daha nadir kullanıldığını belirtmiştir (93). HAQ ve COPM aktivite limitasyonlarının farklı nitelikleri ölçen iki ölçüttür. Hedeflerin belirlenmesi ve tedavi planlanmasında COPM'in HAQ'ı tamamlamada güzel bir ölçüt olabileceği söylenmektedir (91-93).

HAQ, uygulanılan değerlendirme yöntemleri içerisinde hastalarımızın en rahat anladığı, en kısa sürede uygulanan ve hastanın genel anlamda aktivite kısıtlılıklarını görebildiğimiz bir ölçüm yöntemi olmuştur. Çalışmamız sırasında

HAQ'ın uygulamasında hiçbir zorlukla karşılaşılmamıştır. Hastalarda ilk uygulanan değerlendirme yöntemi olarak seçilmiş, böylelikle hastanın genel problemlerine ulaşıldıktan sonra daha derin incelemelere geçilmiştir. HAQ'ın RA'lı hastalarda aktivite limitasyonunu ölçen kolay, basit, kısa süre alan önemli bir test olduğu görülmüştür. Alt parametreleri bakımından RA'lı hastalar için uygun başlıklar ve sorular içermektedir (giyinme ve kendine bakım, kalkma, yemek yeme, yürüme, hijyen, erişme, kavrama, günlük aktiviteler). Skorlaması kolay ve pratik olarak gerçekleştiğinden çalışmamızda tedavi öncesi ve sonrası farklılıkları en rahat anlayabildiğimiz ölçüm yöntemi olmuştur.

RA'lı hastalarda HAQ sonuçlarını genel populasyonla karşılaştıran bir çalışmada RA'lı hastaların aynı toplumdaki sağlıklı kişilere göre %7-45 oranında daha fazla aktivite limitasyonları olduğu saptanmıştır (94).

Ancak ülkemizde sağlıklı kişilerle romatoid artiritli kişilerin HAQ ölçümü ile aktivite limitasyonlarını karşılaştıran herhangi bir çalışma bulunmadığı için tedavi öncesi değerlendirmede hastaların aktivite limitasyonlarının ne kadar azaldığını belirlemek mümkün değildir.

COPM ile HAQ arasındaki ilişki bazı çalışmalarda gösterilirken diğerlerinde ilişki saptanamamıştır. Ripat ve diğ. COPM ile HAQ arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan çalışmalarında romatoid artiritli 13 kişiyi değerlendirmişlerdir (95). Çalışmanın sonucunda COPM ile HAQ skorları arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmazken, aynı aktivitelere verdikleri skorlar karşılaştırıldığında ise anlamlı bir korelasyon saptanmış ve bu bulguların COPM'in aktivite performansını değerlendirmede güvenilir bir değerlendirme yöntemi olduğunu desteklediğini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda HAQ, aktivite limitasyonu ve sağlık durumunu bize en açık olarak gösteren ölçüm yöntemi olmuştur. COPM ile hastalar için önemli ve değerli olan aktivite performans problemlerini ortaya koyulmuştur. Her iki ölçümde aktivite limitasyonunu değerlendirse de aktiviteleri farklı yönden ele aldıkları dikkat çekmiştir. Kişinin genel problemleri HAQ ile belirlendikten sonra kişiyi hedef oluşturma ve müdahale planına dahil etmek ancak kişinin kendi aktivite problemlerini kendisinin belirlediği COPM ile mümkün olmuştur.

Kullandığımız diğer bir değerlendirme yöntemi ise AIMS 2'dir. Romatoid artiritli hastalarda sağlık durumunu değerlendirmek için kullanılan geniş kapsamlı ve hassas bir ölçüttür. Bu ölçütün literatürde romatoid artiritli hastaları değerlendirmek için yapılan bazı çalışmalarda aktivite ve katılımı, bazı çalışmalarda psikososyal durumu, bazılarında ise yaşam kalitesini değerlendirmek için HAQ ile birlikte sıklıkla kullanılan bir sonuç ölçümü olduğu görülmektedir (20,21,25,59).

Çalışmamızda AIMS 2 ölçütü toplam 40 romatoid artiritli hastaya uygulanmıştır. HAQ'a göre uzun ve fazla zaman alan bir anket olsa da alt başlıkları incelendiğinde fiziksel fonksiyonların yanı sıra psikososyal durum (sosyal katılım, aile desteği, gerginlik, ruh hali), memnuniyet ve hastalıktan etkilenmeyi de değerlendirdiği için hastaların farklı problemlerini ölçebileceği görülmüştür.

Çalışmamızda AIMS 2, bazı bölüm ve soruları ile kullandığımız diğer değerlendirme yöntemlerini tamamlayarak olguların daha önce ifade etmediği problemlerini saptamamızda yardımcı olmuştur. Örneğin; yazı yazma, anahtar kullanma gibi aktivite problemleri daha önceki testlerde ifade edilmediği halde bu testteki ayrıntılı sorgulamada ortaya çıkmıştır. Bir diğer farklı sonuç ise hastaların COPM'de ifade etmemelerine rağmen özellikle arkadaş ve akrabalarıyla gerçekleştirdikleri aktivitelerde kısıtlılıklar yaşadıklarını ortaya koyması olmuştur. Hastaların ruh hali ve aile desteği ile de ilgili bize fikir vermiş ve sonrasında gerekiyorsa bu konularda ayrıntılı görüşmeler yapmamızı sağlamıştır. Hedef planlaması ve tedavi programı her ne kadar COPM üzerinden yapılsa da hastanın değişik problemlerinin fark edilmesini sağlayarak hedef planlamaya katkıda bulunan bir ölçüt olmuştur. Örneğin bazı hastalarımız COPM ile belirtmediği saç tarama, yazı yazma, arkadaş toplantılarına katılma gibi aktivitelerde zorlandığını ve bunları geliştirmek istediğini bu skalayı cevaplarken fark etmişlerdir. Skalanın uygulama sırasındaki tek dezavantajı ise soru sayısının fazlalığı nedeniyle hastaların cevaplama sırasında sıkılması olduğu söylenebilir.

40 hastaya yaptığımız AIMS 2 uygulaması bize bu skalanın ergoterapistler için RA'lı hastalarda kullanabilecekleri değerli bir ölçüm yöntemi olduğunu düşündürmüştür. Tüm artritli kişiler için geliştirilen bir skala olması nedeniyle değişik romatizmal hastalıklarda ergoterapinin yararlarının ortaya konulmasında da önemlidir.

Katz, RA'lı hastaların değer verdikleri aktivitelerin % 10'nunu tüm aktivite performans alanlarında kaybettiklerini belirtmiştir (60). Ergoterapist için günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi hangi aktivite alanlarına öncelik vereceğine karar vermesinde önem taşımaktadır. Artiritli hastalarda günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren pek çok ölçüt vardır. Literatürde romatoid artritli hastalarda en sıklıkla kullanılan ölçüt HAQ'dır. HAQ, her ne kadar günlük yaşam aktiviteleri skalası olmasa da bu alanlardaki zorlukları ölçerek sağlık statüsünü belirlediği için kullanıldığı dikkat çekmektedir (81).

Archenholtz ve diğ. 2008 yılında yaptıkları çalışmalarında; ADL toxonomy anketinden yola çıkarak romatoid artiritli hastalara özel geliştirdikleri PS-ADL'nin RA'lı hastalarda geçerli ve güvenilir bir ölçüm olduğunu bulmuşladır. Bu çalışmada HAQ toplam puanı ile PS-ADL performans ve tatmin puanları anlamlı bir ilişki bulmuştur ve ağrı arttıkça günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık ve memnuniyetin azaldığı görülmüştür (81).

Çalışmamızda PS-ADL skalası, RA'lı hastalara özel geliştirilmiş günlük yaşam aktivitelerini ölçen bir skala olduğu için seçilmiştir. Bu skalanın alt parametreleri romatoid artirite özel sorular (el ayak bakımı, çorap-ayakkabı giyme, vs.) içermektedir. Aynı zamanda diğer günlük yaşam aktiviteleri skalalarına göre aktivitelerdeki zorlukların yanında bu aktivitelerdeki memnuniyetide değerlendirmesi açısından farklılık göstermektedir. PS-ADL soruları; zorlukla, yardımcı cihazla, bağımsız olmak üzere 3 farklı şekilde puanlandığı için aktivite performanslarını COPM kadar ölçemediği görülmüştür. COPM'de belirlenen günlük yaşam aktivite problemlerinin skorlamasının çok daha ölçücü ve değişikliklere hassas olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda aynı zamanda COPM uygulaması yaptığımız hastalarımızda bu testi uygulamanın avantajları olmadığı görülmüştür. Ancak romatoid artiritli hastalara özel geliştirilen PS- ADL skalasının Türk toplumundaki romatoid artiritli hastalarda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak gözden geçirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

CIQ, aslında travmatik beyin yaralanmalı hastalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Ancak literatürde romatoid artiritli hastalarda geçerliliği kanıtlanarak kullanılmaya başlanmıştır (96,97).

Çalışmamızda kullandığımız CIQ, az zaman alan ve hastaların kolaylıkla anlayabildiği bir ölçüm yöntemi olmuştur. Katılımı değerlendiren diğer yöntemlere göre farklı sorular (ör: boş zaman aktivitelerine katılma sıklığı ve kiminle yapıldığı, para fatura işleri ve kimle yapıldığı, çocuk bakımı gibi) içerdiği için hastalarımızı farklı açıdan değerlendirmemizi sağlamış, hedef planlamasına ve kişi merkezli uygulamaya katkıda bulunmuştur. Ancak sadece toplumsal katılıma odaklanılacak çalışmalar planlanırken daha ayrıntılı anketlerin kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Özet olarak romatoid artiritli kişilerde aktivite ve katılımı değerlendiren pek çok ölçüt vardır. Literatürde hangi ölçüm yönteminin daha avantajlı olduğuna dair herhangi bir bilgi mevcut değildir. Çünkü tüm bu ölçütler farklı açılardan hastaları değerlendirmektedir. Kişi merkezli ergoterapi uygulamamızda her ne kadar COPM ile belirlenen aktivite performans problemleri temel alınsa da kişi ile birlikte hedeflerin oluşturulması, tedavinin planlanması ve literatürdeki diğer çalışmalarla sonuçların karşılaştırılabilmesi bakımından HAQ, AIMS 2 ve CIQ ölçümlerinin sonuçları da yol gösterici olmuştur ve kişi merkezli uygulamalarımıza katkıda bulunmuşlardır.

b) Değerlendirme Sonuçları

RA'lı hastalarda literatürde kapsamlı ergoterapinin etkinliğini inceleyen birkaç çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda HAQ ölçümüne göre ergoterapi uygulanan RA'lı hastaların aktivite katılımlarının daha fazla arttığı saptanmıştır. (39,41).

Çalışmamızda HAQ sonuçları için tedavi öncesi ve sonrasındaki değerler karşılaştırıldığında ergoterapi grubunda aktivite katılımlarının arttığı görülmüştür. Bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Yemek yeme parametrelerinde ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama HAQ fark değerlerine bakıldığında ergoterapi grubunda daha fazla bir gelişme olduğu görülebilmektedir. HAQ yemek yeme alt başlığında; 'dolu bir fincan veya bardağı ağzınıza götürebiliyor musunuz' , 'etinizi kendiniz kesebiliyor musunuz' ve ' yeni karton süt yada meyve suyu kutusunu açabiliyor musunuz'

soruları yer almaktadır. Buradaki son iki aktivite et kesme ve kutu açma, hastalarımızın en çok zorlandıkları el becerilerindendir. Tedavi sonrasında da bu aktiviteleri daha iyi yapabilseler bile zorluklarının hala devam ettiğini ifade etmişlerdir. Bunun birinci sebebi, bu iki aktivite romatoid artiritli hastalar için en zor gerçekleşen el aktivitelerindendir ki sağlıklı kişiler bile bu iki aktivitelerde zorlanabilirler. Çünkü bu aktiviteler sırasında el ve parmak eklemlerine çok yük binmektedir. Hastalara bu konuda müdahalede (eklem koruma teknikleri, splint kullanımı vs.) bulunulsa ve aktivite performansları artırılsa bile bu aktiviteleri yapmakta zorlukları devam edebilmektedir. Diğer bir sebebin ise, bu iki aktivite problemleri için hastalara önerdiğimiz yardımcı cihazları temin etme ve kullanmadaki aksaklıklar olabileceği düşünülmektedir.

Hammond ve diğ. yaptıkları çalışmada erken dönem romatoid artiritli hastalarda kapsamlı ergoterapinin etkinliğini incelemiş klasik romatoloji bakımı (ilaç tedavisi, bilgilendirme, eklem koruma ve enerji tasarrufu) gören kontrol grubu ile karşılaştırmışlardır (33). Bu çalışmada aktivite ve katılımı değerlendirmek için HAQ ve AIMS 2 kullanılmıştır. Tedaviden sonra 6.,12.,24. aylarda yapılan ölçümlerde HAQ ve AIMS 2 skorlarında anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Erken dönem romatoid artritli hastalarda ergoterapinin etkinliğini görmek için daha uzun dönem (5-10 yıllık) takiplere ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (33).

AIMS 2 ve HAQ ölçümlerinin, literatürde eklem koruma tekniklerinin etkinliği üzerine yapılan ergoterapi araştırmalarında sıklıkla birlikte kullanıldığı görülmektedir (21,33,35). Özellikle eğitimsel davranışsal eklem koruma teknikleri programlarının, 3 aydan 1 yıla kadar olan takiplerinde hem HAQ hem de AIMS 2'nin fiziksel fonksiyon ve sosyal katılım alanlarındaki puanlarını geliştirdiği bildirilmiştir. Bu programların aktivite ve katılımı artırdığı kanıtlanmıştır (35).

Tedavi öncesi ve sonrasında AIMS 2 skorları farklarına baktığımızda fizyoterapi grubunda hiçbir fark görülmezken ergoterapi grubundaki hastaların fiziksel fonksiyonlarının (hareketlilik düzeyleri, yürüme eğilme fonksiyonlarının, kol hareketleri, el parmak hareketleri, ev işleri gibi) arttığı saptanmıştır. Bunun yanında genel ağrı düzeyleri azalmış, sosyal aktivitelere katılımlarının arttığı görülmüş, hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyonlarından memnuniyetleri artmıştır. Gerginlik

düzeylerinin azalması ve ruh hali durumunun iyileşmesi gibi psikososyal durum değişiklikleri de saptanmıştır.

Hastalarımızın kişi merkezli yaklaşım uygulaması sonucunda kendi hastalıkları hakkında bilgi düzeyleri artmış, kendi problemlerinin farkına varmış ve bu aktivite problemlerinin çözümü için hedef planlaması yapmışlardır. Böylelikle kendi durumları ve tedavileri ile ilgili kontrolü ellerine almışlardır. Kendi aktivite problemlerine çözümler bulmaya başlayan hastalar zamanla aktivitelerini daha rahat yapabilir hale gelmişlerdir. Aktivitelerini daha rahat yapabilmeleri ve yapamadıklarında kendileri çözümler buldukları içinde kendilerine güvenleri ve sosyal katılımları da artmıştır. Örneğin önceden alışverişe gidemeyen bir hasta, alışveriş için ağrısı olmadığı bir günü tercih etmiş, alışveriş için tekerlekli pazar çantası kullanmış ve dönüşte arkadaşlarıyla çay içmiştir. Burada hem bu alışveriş aktivitesini yapabilmiş hem de sosyal katılımı artmıştır. Aktivite ve katılımı artan bu tür hastaların gerginlik düzeylerinin azaldığı, daha pozitif bir yaklaşım içinde oldukları hem AIMS 2 skorları ile hemde gözlemlerimizle saptanmıştır. Fiziksel ve psikososyal durumları farklılaştıkça bu hasta grubunun memnuniyetlerinin artması da şaşırtıcı değildir.

Hastalarımızda tedavi öncesi ve sonrası PS-ADL puanları karşılaştırıldığında tedavi grubunda hastaların yeme içme, hareket etme, banyo –tuvalet aktiviteleri, giyinme çıkarma, kendi hijyenini sağlama, kendi görünüşüne dikkat etme aktiviteleri, toplu taşıma araçlarını kullanma, mutfak aktiviteleri ve temizlik aktivitelerinde bağımsızlıklarının ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır.

Literatürde RA'lı kişilerde CIQ'nun kullanıldığı bir çalışma dikkati çekmektedir (98). Amerikalı ve Hint asıllı Amerikalı romatoid artiritli hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada, romatoid artiritli hastalarda toplumsal katılımın azaldığı ancak sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark bulunmadığı saptanmıştır. Ayrıca toplumsal katılımın fiziksel fonksiyonlar kadar etnik farklılıklara da bağlı olduğunun unutulmaması gerektiği bu çalışmada vurgulanmıştır.

Çalışmamızda toplumsal katılım anketi sonuçları; ev ile ilgili işlerde katılım, sosyal katılım ve üretici aktivitelere katılım alanlarında incelenmiştir. Sonuçta ortalama değerlere bakıldığında romatoid artiritli hastaların en çok ev ile ilgili işlere

katılımının (alışveriş, yemek hazırlama, ev işi, çocuk bakımı, sosyal aktivite planlama) olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin 40 hastadan 38'inin kadın olmasından ve Türk toplumunda ev ile ilgili işlerin sorumluluğunu kadınlara ait olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Tedavi öncesinde ve sonrasında farklara bakıldığında ise kontrol grubunda hiçbir farklılık görülmezken tedavi grubundaki hastaların ev ve sosyal aktivite katılımlarının arttığı dikkati çekmektedir. Üretici aktivitelere katılımda ise istatistiksel bir fark elde edilememiştir. Bunun sebebi, CIQ üretici aktiviteler puanlamasına okul ve çalışma (resmi, gönüllü) ile ev dışına çıkma sıklığı soruları skorlarının toplamı ile ulaşılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü çalışmaya dahil olan hastalar içinden sadece 4 tanesi çalışırken diğerleri ise ev hanımı ve emeklidir. Doğal olarak ergoterapi uygulamasının bu sorudaki cevaplara etki etmesi söz konusu olmamıştır.

Yapılan çalışmalarda romatoid artritli hastalarda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığın yaşam kalitesi için önemli olduğu söylenmektedir (58,98,99). Ofluoğlu ve diğ. fibromiyalji ve romatoid artiritli hastalarda yaşam kalitelerinin benzer olduğu saptanmışlardır (58).

Kaya ve diğ. romatoid artiritli hastalarda hastalık aktivitesi, fonksiyonel kapasite ve sağlık durumunun yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, HAQ ve AIMS 2'yi sağlık durumunu değerlendirmek için, RAQOL ise yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılmıştır. Sonuçta yaşam kalitesini hastalık aktivitesinden çok sağlık durumunun etkilediği saptanmıştır (59).

Ergoterapinin kısa dönem etkilerini incelediğimiz çalışmamızda aktivite ve katılımları artan RA'lı hastaların yaşam kalitelerinin de arttığı görülmüştür. Çünkü kişiler önceden yapamadıkları onlar için önemli olan aktiviteleri yapabildiklerinde mutlu olmuşlardır. Bu da yaşam kalitesini pozitif etkilemektedir. Ancak bu hasta grubunda yaşam memnuniyeti değişmemiştir. Yaşam memnuniyeti kişilerin yaşam şekli, aile hayatı, ekonomik düzey gibi pek çok çevresel faktörden etkilenmektedir. Yaşam memnuniyetini artırmak için çevresel faktörlerin incelendiği uzun dönem çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

c) Kanada aktivite performans değerlendirmesi (COPM):

Çalışmamızda kişilerin aktivite performans problemlerinin belirlenmesinde kişi merkezli ölçüm yöntemi olan COPM kullanılmıştır. Literatürde COPM kişi merkezli uygulamalar için mükemmel bir ölçüm yöntemi olarak belirtilmektedir (100). Kişi, kendisi için önemli olan aktivite problemlerini belirler ve bunun için performans ve tatmin puanları verir. Böylelikle kendi aktivite problemlerinin farkına varan kişinin, hedeflerin belirlenmesi ve tedavinin planlanması sürecine katılımı artar.

Çalışmamızda COPM'e göre belirlenen aktivite performans problemleri temel alınarak kişi ile birlikte işbirliği ve ortaklık konseptleri ışığında hedef belirleme ve müdahale planlama gerçekleştirilmiştir. Hastaların çoğunluğu kendisi için önemli olan 5 problemi belirlerken, iki hasta 3 problem, 2 hasta ise 5 ten fazla problem belirlemiştir. Hastaların önem sırasına göre belirlediği ilk 5 aktivite puanlamaya dahil edilmiştir.

Literatürde COPM'in değişik toplumlarda değişik hastalıklardaki uygulamaları, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (101-108). Romatolojide, ellerinde osteoartrit olan ve ankilozan spondilitli hastalarda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (82,105). Türk toplumunda ise Bumin ve arkadaşlarının gelişimsel problemleri olan çocuklarda COPM' in güvenirliğini araştırdıkları tek bir çalışma bulunmaktadır (106).

COPM uygulamasının farklı toplumlardaki farklı hasta grupları için düzenlenmesi gerektiği çalışmalarda vurgulanırken Law, aktivite performansının iyi anlaşılması için terapistin kendi görüşme sitilini oluşturabileceğini belirtmiştir (107). Dedding ise, COPM ölçeğinin geçerliliğini araştırdığı çalışmasında hastaların puanlamada yeterince objektif olmadıklarını vurgulamıştır (108).

Çalışmamızda hastalarımızın aktivite problemleri sorgulandığında zorluk yaşadıkları, ancak performans alanlarına örnekler verildiğinde daha rahat cevap verebildikleri saptanmıştır. COPM uygulamamız sırasında hastalardan aktivite problemlerini en doğru şekilde öğrenebilmek için tecrübelerimiz doğrultusunda bir strateji geliştirilmiştir. Hastalarla 'Aktivite ne demektir?', 'Hangi alanlara ayrılır?', 'En çok karşılaşılan performans problemleri nelerdir?' gibi konularda konuştuktan sonra performans alanlarına göre aktivite problemlerini sıralamaları istenmiştir..

Kişilerden eve gittiklerinde gün içinde yaptıkları aktiviteler hakkında düşünmeleri istenmiştir. Eklemek istedikleri yada sıraladıkları önemli 5 aktivitede değişiklik olup olmadığı hastalarla birlikte tartışılmıştır. Çoğu hastanın tatmin puanlamasını kolaylıkla anlarken performans puanlamasını anlamakta zorluk çektiği görülmüştür. Hastalara aktivite performansını puanlama anlatılırken ' kendinize öğretmen gibi not verdiğinizi düşünürseniz 1'den 10'a kadar kendinize kaç verirsiniz' cümlesi hastaların en rahat anladığı anlatım biçimi olduğu görülmüştür. Hastalar çoğunlukla bu ifadeden sonra anladıklarınıbelirterek kendilerine puan vermişlerdir. Bu yöntem ile hastaların esas problemlerine ulaşılabileceği görülmüştür. Böylece COPM uygulaması daha güvenilir ve kolay yapılabilmiştir.

Örneğin ilk gün yapılan değerlendirmede gazete okumayı aktivite problemleri arasında belirtmeyen bir hastamız bu uygulama ile birlikte ertesi gün gazete okumanın onun için en önemli aktivite olduğunu fark ettiğini belirtmiştir. Tedavinin ilerleyen dönemlerinde ise hastalarımız artık kendi aktivite problemlerini kendileri tanımlamışlar ve bunlara uygun çözümler geliştirerek görüşmek istemişlerdir. Örneğin bir hastamız tedavi sürecinin sonlarına doğru yeni bir aktivitede zorluk yaşadığını belirtmiştir. Geleneksel bir Türk yemeği olan 'yaprak sarma' aktivitesinde zorlandığını ancak çözümünü bulduğunu söyleyerek bunun hakkında bizimle tartışmıştır. Başka bir hastamız ise tedavisi bittikten 1 ay sonra aramış ve et kesmede 5 değerinde zorladığını, alışverişe gittiğinde gördüğü elektrikli bıçakla artık daha rahat aktivitesini gerçekleştirdiğini belirtmiştir.

Wressle ve diğ. çalışmalarında, romatoid artritli hastalarda COPM'in kullanılabilirliğini ve rehabilitasyon için yararlarını incelenmişlerdir (12). Çalışmanın amacı COPM kullanımıyla hastaların rehabilitasyona katılımının artıp artmadığını ve rehabilitasyon ekibinin COPM'i ekip aracı olarak kullanımı ile ilgili tecrübelerinin nasıl olduğunun araştırılması olarak belirtilmiştir. Çalışmada 16 kişiye COPM kullanılmadan rehabilitasyonlarına devam edilmiş, 40 kişiye ise COPM uygulanarak rehabilitasyon uygulanmıştır. Hastalara 2-4 hafta sonra katılım tecrübeleriyle ilgili yapılandırılmış bir görüşme ve ekip üyeleri ile nitel görüşmeler yapılmıştır. COPM, hastaların katılım ile ilgili anlayışlarını değiştirmese de rehabilitasyon ekibi üyelerinin (2 fizyoterapist, 2 ergoterapist, 1 doktor, 1 sosyal

hizmet uzmanı) COPM'in hasta katılımıyla tedaviyi fasilite eden bir yöntem olduğunu düşündükleri vurgulanmıştır.

COPM uygulaması, kişi merkezli yaklaşımlar için anahtar bir ölçüm yöntemidir. Bu yüzden terapistin COPM uygulamasındaki tecrübesi önemlidir. Terapist ne kadar çok hastada uygulama yaparsa hastadan problemleri alabilme yeteneği o kadar artar ve ancak problemleri alabilirse hastalara doğru müdahalelerde bulunur. Çalışmamızdan önce farklı hastalık gruplarına (bel ağrılı, boyun ağrılı, diz problemi olan hastalar) COPM'i uygulama tecrübemizin olmasının ve romatoid artiritli hastalarda pilot uygulamalarda bulunmuş olmamızın avantajları bu çalışma sırasında görülmüştür.

Çalışmamızda COPM'i uygulamada en çok zorlandığımız hasta grubu eğitim durumu ve kültürel seviyesi düşük olan hastalar olmuştur. Bu hastaları, kendilerini değerlendirmeye ikna etmek ve müdahale planına dahil etmek çok güçlükle gerçekleşmiştir. Bu durum bize COPM uygulamasının Türk toplumunda farklı sosyokültürel çevrelerde değişik sonuçlar vereceğini ve değişik hastalıklarda araştırmalar yapılırken sosyokültürel farklılıklarında değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür. Literatürde COPM uygulamasında yaşlı hastalarda ve kognitif problemi olan hastalarda güçlükle karşılaşıldığı belirtilmektedir. Çalışmamızda ise bazı yaşlı hastalarımızda değerlendirmede zorluk yaşarken bazıları ise şaşırtıcı şekilde kolaylıkla değerlendirmeyi tamamlamışlardır. Bunun sebebinin COPM'i uygulama zorluğunun hastalarının yaşlı olmasından değil yaşlılık ile birlikte kognitif problemlerinin var olmasından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Aynı zamanda eğitim ve kültürel seviyesi yüksek olan bazı yaşlı hastalarımızın daha genç olan hastalara göre COPM uygulamasını daha kolaylıkla tamamladıkları da dikkati çekmiştir.

Toplam 40 romatoid artiritli hastada COPM uygulaması gerçekleştirdiğimiz çalışmamız sonucunda terapist olarak düşüncemiz; COPM'in kişi merkezli uygulamalarda, hastaların aktivite performans ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesinde ve kişinin değerlendirme, hedef belirleme ve ergoterapi müdahalesinin her aşamasına katılmasını sağlayan, kontrolü terapistten hastaya doğru aktaran çok yararlı ve gerekli bir ölçüm yöntemi olduğudur.

Çalışan romatoid artiritli kişilerde, çalışmaya ait aktivite limitasyonları ve özürlerinin belirlenmesinde COPM önerilen bir değerlendirme ölçütüdür. Son zamanlarda yapılan Alyssa M. ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışan romatoid artiritli hastalarda primer ölçüm yöntemi olarak COPM kullanılmış, kapsamlı ergoterapi uygulamasının çalışmada aktivite performansının gelişimi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ortalama hastalık süresi 10 yıl olan hastalarda yapılan bu çalışmada ergoterapiden 6 ay sonra kontrol grubuna göre sonuçların anlamlı düzeyde gelişme gösterdiği belirtilmiştir.

Çalışmamız sonucunda kişi merkezli ergoterapi uygulanan hastalarımızın aktivite performansları ve memnuniyetlerinin kontrol grubuna kıyasla çok daha fazla arttığı açıkça görülmektedir. Kişi merkezli yaklaşımla kişilerin aktivite performans problemleri üzerine yoğunlaşılan müdahalemizin yararları sonuçlarımıza yansımıştır. Kontrol grubunda aktivite performansında az da olsa bir değişme olduğu kaydedilmiştir. Bunun sebebi yürüme, merdiven çıkma, eğilme gibi mobilite problemleri olan kişilerde fizyoterapi ile ağrının azaltılması ve bu aktiviteleri yaparken hastaların rahatlamasıdır.

COPM, aktiviteleri kendine bakım, iş ve üretici, boş zaman başlığı altında üç kategoriye ayırmıştır. Hammel bazı aktivitelerin bu üç kategoriye de girmediğinden, bazılarının ise her iki kategoriye de girebileceğinden bahsetmiştir (109). Çalışmamızda COPM ile romatoid artiritli hastaların aktivite problemleri, bu üç kategori alanında değerlendirilmiştir. Buna göre romatoid artiritli hastalarda; kendine bakım alanında 19, iş ve üretici aktiviteler alanında 34, boş zaman aktiviteleri alanında 11 aktivite olmak üzere toplam 65 aktivite problemi saptanmıştır. Çalışmamızda Hammel'in belirttiği gibi bazı aktiviteleri bu performans alanlarına yerleştirmek mümkün olmamıştır. Örneğin namaz kılma, tespih çekme gibi dini aktiviteleri hastalarımız boş zaman aktiviteleri kategorisine yerleştirmemişlerdir. Bir başka örnek ise dikiş dikme aktivitesi olmuştur. Bir hastamız için dikiş dikmek işinin bir parçası iken diğer bir hastamız için boş zaman aktivitesi olarak belirlenmiştir. Bu sebeplerden aktivite problemlerinin kategorilendirilmesinin hastalar tarafından yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Kendine bakım aktivitelerinde hastalar en çok poşet taşıma (%82,5), yürüme (%67,5) ve merdiven çıkma (%60) aktivitelerinde zorlandıklarını ifade etmişlerdir. İş

ve üretici aktiviteler performans alanında hastaların en çok zorlandığı aktivitelerin temizlik (92,5), kavanoz kapağı açma (%72,5) ve doğrama (%50) olduğu tespit edilmiştir. Boş zaman aktivitelerinden 'örgü örme' hastaların en çok ifade ettiği performans problemi olarak belirlenmiştir (% 62).

Hammel; yaş, kültür, sosyoekonomik durum ve yaşam şekline göre kişiler için farklı aktivitelerin önemli olacağını söylemiştir (109). Çalışmamızda kendine bakım ve üretici aktivitelerin daha fazla önemsendiği, boş zaman aktivitelerinin ise önemsenmediği dikkat çekmektedir. Üretici aktivitelerden ise en çok ev işleriyle ilgili aktivitelerin önemsendiği dikkat çekmiştir. Boş zaman aktivitelerinin ancak alışkanlık haline gelen bir aktivite ise önemsendiği ancak dönem dönem yapılan bir aktivite ise önemsenmediği fark edilmiştir. Örneğin hergün gazete veya kitap okuma alışkanlığı olan kişiler için bu aktivite problemi çok önemsenirken bazı hastalar için o kadar önemli değildir.

Araştırmacılar değişik toplumlarda daha çok kullanılan aktivitelerin ve bunların neden seçildiğinin incelenmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Kişi merkezli yaklaşımlarda kişinin kültür ve değerlerine saygı göstermek önemlidir.

Hastalar COPM ile kültürümüze özgü aktivitelerden bahsetmişlerdir. Örneğin çay demleme, bamya ayıklama, hamur yoğurma, sarma sarma, erişte kesme, namaz kılma, tesbih çekme, tavla oynama gibi. Çalışmamızda kişilerin önemsediği kültüre özel aktivitelerin terapist tarafından da önemsenmesinin hastanın terapiste güvenini artırdığı ve kişi merkezli katılımın arttığı fark edilmiştir. Çalışmamız Türk toplumundaki romatoid artritli hastaların aktivite problemlerini tanımlayarak ilerde bu konuda yapılacak çalışmalara yön gösterecektir.

5.3. Değişik ergoterapi uygulamalarının etkinliği

5.3.1.Eklem koruma teknikleri:

Ergoterapistler 1965'te Cordery'nin eklem koruma prensiplerini yayınlamasından bu yana eklem koruma teknikleri üzerine çalışmaktadırlar. Romatoid artiritli hastalarda, eklem koruma teknikleriyle hastalık süreci nedeniyle zayıflamış olan eklem yapılarına binen zorlanmaları, ağrı reseptörlerine olan baskıyı, snoviumun irritasyonunu, lokalize inflamasyonu, yorgunluğu ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken binen yüklenmeleri azaltmak hedeflenir (3).

Literatürde ergoterapistler eklem koruma tekniklerinin etkileri üzerine pek çok çalışma yapmışlardır. Son yıllarda yapılan çalışmaların ise çoğunlukla davranışsal eklem koruma teknikleri üzerine olduğu görülmektedir.

Hammond ve Freeman davranışsal yöntemlerin klasik eklem koruma tekniklerine göre daha etkili olduğunu söylemişlerdir. Hammond eklem koruma teknikleri programlarının fonksiyonel yetenekleri artırdığını, sabah tutukluğunu azalttığını vurgulamıştır (110).

Erken dönem RA'lı hastalarda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, hastalara 8 saatlik eğitimsel davranışsal eklem koruma teknikleri eğitim programı uygulanmıştır. 1 yıllık takipte standart eklem koruma teknikleri uygulanan gruba göre davranışsal eklem koruma tekniklerinin daha etkili olduğu saptanmıştır. Çalışmacılar eklem koruma tekniklerini kullanmanın ağrıyı, sabah tutukluğunu azalttığını, kavrama kuvvetini artırdığını ve kişilerin kendi kendine başa çıkabilme yeteneklerini geliştirdiği belirtmişlerdir (33).

2007'de ileri dönem RA'lı hastalarda yapılan bir çalışmada ise eğitimsel davranışsal eklem koruma tekniklerinin ağrı, aktivite limitasyonu ve sağlık statüsü üzerine etkileri araştırılmıştır (35). Anti-tümor necrosis faktör alfa ilaç tedavisi alan hastalara davranışsal eklem koruma teknikleri uygulanmış, 8 ay sonrasında sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubuna göre hastaların ağrı ve aktivite limitasyonlarının daha az olduğu, sağlık durumlarının arttığı saptanmıştır (35).

Hammond, değişime hazır olma zamanının belirlenmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır (110). 6 aydan daha erken süredir RA olan hastalarda eklem koruma tekniklerinin ağrı ve sağlık statüsünde değişime neden olmadığı, bu sürenin

değişimleri görmek için oldukça erken olduğu vurgulanmaktadır. Bunun yanında 20 saatlik eklem koruma programı uygulanan 15-20 yıllık RA'lı hastalarda yapılan bir çalışmada ise sağlık statüsünde herhangi bir gelişme elde edilemediği görülmüştür (111). Eğer eklem koruma teknikleri erken uygulanırsa kişi henüz değişime ihtiyacı olmadığını düşünürken, geç uygulandığında ise hasta zaten kendi alternatif yöntemlerini ve rutinlerini geliştirmiş ve yerleştirmiş olduğundan bunları kullanmayı tercih etmektedir. Henüz değişime açık olmayan hastaların geleneksel ve davranışsal yöntemlere cevap vermeyeceği bildirilmiştir.

Enerji koruma; aktivitelerin hızını ayarlama, aralarında denge kurma, aktiviteler arasına molalar verme yaklaşımlarını içerir. Enerji koruma tekniklerinin amacı ağrı ve yorgunluğu azaltmak, fonksiyonel yetenekleri artırmak ve böylelikle kişi için değerli aktivitelere enerji aktarmaktır. Bu konuda literatürde çok kısıtlı çalışmalar bulunmaktadır. 3 aylık bir takip çalışmasında kognitif davranışsal eğitimsel enerji tasarrufu eğitimi programı ile standart eğitim grubu karşılaştırılmış davranışsal eğitim grubundaki kişilerin fiziksel aktivite düzeylerinin daha iyi olduğu görülürken her iki grupta da ağrı ve yorgunluk azalmıştır (3).

Warsi ve arkadaşlarının metaanalizinde artrit ile başa çıkma eğitiminin ağrı ve aktivite limitasyonu üzerinde küçük fakat önemli etkileri olduğunu söylemiştir. Bu programların genel anlamda kendi artritleriyle başa çıkmada etkili ve ucuz bir yol olduğu söylenmiştir (113).

Çalışmamızda kişi merkezli uygulamanın temel konseptleri ışığında hastalarımıza eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri eğitimleri verilmiştir. Hastaların çoğuna simüle hastane ortamında eğitim verilirken, kendi istekleri üzerine 2 hastanın evinde, 1 hastanın ise iş yerinde eğitim tekrarlanmıştır. Tedavi grubunda yer alan 20 hastalardan 8 tanesinin tüm eklem koruma ve enerji tasarrufu tekniklerini öğrenme ve uygulama konusunda istekli oldukları görülmüştür. Bazı hastalar ise bunları uygulamanın zaman kaybı olacağını oysa onların özellikle ev temizliği ve mutfak işlerinde davranış ve tekniklerini değiştirmelerinin zor olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda eklem koruma tekniklerini özellikle el, parmak eklemlerinde ağrısı ve deformiteleri olan hastaların uygulamada daha istekli oldukları dikkat çekmektedir. Bazı hastalar ise eskiden yaptıkları ev işi, temizlik, örgü örme gibi pek çok aktiviteyi artık yapmadığını ve bu duruma alıştıklarını

belirtmişlerdir. Eklem koruma tekniklerini uygulama zamanının uygunluğunun kişiden kişiye değiştiğini görülmektedir.

Kişi merkezli yaklaşımın temel kavramı kişinin tercihlerine ve kararlarına saygı göstermektir. Çalışmamızda her ne kadar hasta için farklı bir tercihin ya da hedefin doğru olacağına inansak da kişinin tercihlerine saygı duyulmuştur. Örneğin gıda mühendisi olan ve bir yemekhanede çalışan hastamız iş görevleri arasında yer alamsa da yemek servisi yaptığını böylelikle arkadaşlarına yardım ederek kendini daha iyi hissettiğini belirtmiştir. Hastamızın el eklemlerinde oldukça yaygın deformiteler olmasına rağmen, eklemlerine çok yük bindiren bu aktiviteye devam etmeyi tercih etmiştir. Kararına ve tercihlerine saygı duyulan hastamızla farklı çözümler geliştirilmiştir (iş yerinde modifikasyonlar, servis sırasında eklem koruma tekniklerini uygulama, splint kullanımı vs.)

Tedavi sonrasında hastaların eklem koruma tekniklerini zamanla uygulamaya başladıkları görülmüş ve sıklıkla bu sayede ağrılarının azaldığını belirttikleri dikkat çekmiştir. Böylelikle onlar için önemli olan aktiviteleri daha rahatlıkla gerçekleştirdiklerini ifade etmişlerdir. Örneğin bir hasta günlük yaşam aktiviteleri sırasında eklem koruma ve enerji tasarrufu tekniklerini uygulamasının ağrısını azalttığını böylelikle eskiden yapamadığı resim yapma aktivitesini kolaylıkla gerçekleştirebildiğini ve bundan dolayı çok mutlu olduğunu belirtmiştir.

Hastalarımıza eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri eğitimi verilirken COPM ile belirttikleri aktivite performans problemleri üzerinde ayrıca durulmuştur. Bu eğitim ile günlük aktivitelerinde eklemlerini ve enerjilerini koruyarak onlar için önemli olan aktiviteleri yapmalarının kolaylaşması sağlanmıştır. Örneğin COPM ile belirlenen problemlerinde arkadaşlarıyla briç oynama aktivitesini ilk 5 sıraya yerleştiren bir hastamızla birlikte bu aktivite sırasında eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri üzerine çalışılmıştır. Hastamız tedaviden 1 ay sonra telefonda artık arkadaşlarıyla briç oynamaya gittiğini ağrısı olduğunda neler yapacağını bildiği için endişelenmediğini ve bu durumdan memnuniyetini ifade etmiştir.

Çalışmamız göstermiştir ki eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri eğitim şekli, hangi aktiviteler sırasında uygulanıp uygulanmayacağı kişiden kişiye değişmektedir. COPM ile aktivite performans problemleri belirlenerek uygulanan kişi merkezli yaklaşımlar eklem koruma ve enerji tasarrufu tekniklerinin kişiye özel

olmasını sağlamaktadır. Bu durum bize eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri eğitim programlarının kişi merkezli yaklaşımla birlikte uygulandığında hastalara daha fazla yarar sağlayabileceği düşündürmektedir.

Romatoid artritli kişilerde eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri eğitimini çoğunlukla fizyoterapist ve ergoterapistler uygulamaktadır. Ancak literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında araştırmaların çoğunluğu ergoterapistler tarafından gerçekleştirilmiştir. Asıl işi aktiviteler üzerine odaklanmak olan ergoterapistler, bu konuya daha farklı bir pencereden bakabilme yetenekleri nedeniyle eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri eğitim programları içerisinde mutlaka yer almalıdırlar.

Ülkemizde romatoid artiritli hastalar ağrı ve fonksiyonel kısıtlılıklarının azaltılması için daha geç dönemlerde fizik tedaviye yönlendirilmektedir. Erken dönem romatoid artiritli hastalar ise sadece ilaç tedavisi görmektedirler. Fizyoterapide ise çoğunlukla ağrının azaltılması ve egzersiz eğitimi üzerine yoğunlaşılırken, eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri ihmal edilmektedir. Fizyoterapistler eklem koruma ve enerji tasarrufu tekniklerinden kısaca bahsetmekte, davranışsal ve eğitimsel yaklaşımları uygulanmamaktadırlar. Çalışmamız süresince hastaların pek çoğu bu tekniklerden doktor ve fizyoterapistlerin hiç bahsetmediğini ifade etmişlerdir. Daha erken dönemde olan hastaların ise bu hastalıkta fizik tedavinin zararlı olduğu duyumları nedeniyle daha önce hiç fizyoterapiye başvurmadıklarını belirtmişlerdir. Ülkemizde bu hasta grubunda eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri programlarının eksikliği saptanmıştır. Ülkemizde ergoterapi alanında uzmanlık yapan kişilere önemli görevler düşmektedir. Özellikle eğitimsel ve davranışsal eklem koruma ve enerji tasarrufu eğitim programlarının ergoterapistler tarafından hızla geliştirilmesi, romatologlar ve fizyoterapistlerle birlikte multidisipliner çalışmalar yürütülmesi gerekmektedir.

Eklem koruma teknikleri için hastalarımızdan alınan geri bildirimler şöyleydi:

‘ Ben çok tezcanlıyım. Hemen bütün işler bitsin istiyorum, bunları uygulamam zor görünüyor’

‘ Böyle yöntemler madem vardı doktorumuz neden yönlendirmedi?’

‘ Bu yöntemleri daha önce öğrenmiş olsaydım ellerimde böyle deformiteler oluşmazdı’

‘ Her zaman uygulayamasam bile sadece çaydanlığı doğru tutmam bile ağrımı azalttı sanıyorum’

‘ Sizinle konuştuğumuz gibi daha hafif bir çaydanlık aldım şimdi kolayca çay demleyebiliyorum’

‘ Artık bulaşık makinesinin üst rafını sabah, alt rafını öğleden sonra boşaltıyorum el bileğime binen zorlanma azaldığı için sonrasında kumaş boyama yapabiliyorum’

‘ Daha önce konuştuğumuz gibi sünger bez kullanıyorum artık sıkması daha kolay oluyor.’

‘ Evin girişine bir tabure yerleştirdim ayakkabımı oturarak giyiyorum, doğru yapmış mıyım?’

‘ Sarma sararken kollarımı masaya destekledim ve ara ara mola verdim’

‘ Yerleri eğilerek bez ile silmezsem rahat edemem’

5.3.2.Yardımcı cihaz kullanımı

Yardımcı cihaz teknolojisi; düşük teknoloji kullanılan basit cihazlardan karmaşık teknoloji kullanılan cihazlara kadar pek çok ürün içermektedir. Bu cihazların bazıları genel popülasyon için kullanılırken bazıları fonksiyonel kısıtlılıkları ve aktivite limitasyonları olan kişiler için geliştirilmiştir (22).

Yardımcı cihazlar pek çok farklı sağlık profesyoneli tarafından romatoid artiriitli hastalara tavsiye edilebildiği gibi hastaların kendileri tarafından da satın alınmaktadır. Ülkelerin sağlık hizmetleri farklılığı yardımcı cihaz kullanımı için önemli bir belirleyicidir. Çalışmalar romatoid artiritli hastaların üçte ikisinin günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı cihaz kullandıklarını belirtmektedir (114,115).

Yapılan bir çalışmada romatoid artiritli hastalarda yardımcı cihaz kullanımı araştırılmıştır (116). Erken dönem romatoid artiritli erkek hastaların ortalama 3 adet yardımcı cihaz kulladıkları, kadın hastaların ise ortalama 5 adet yardımcı cihaz kullandıkları belirlenmiştir. Hastaların en çok yeme ve içme aktivitelerinde yardımcı cihazların yararlarını rapor ettikleri belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise ileri dönem romatoid artiritli hastaların ortalama 10 adet yardımcı cihaz kullandığı belirtilmiş,

yardımcı cihazların kullanımı hakkındaki bilgilendirme ve bu cihazların kullanım takipleri konusunda uygulamaların eksik kaldığı da vurgulanmıştır (117).

Artritli hastalarda günlük yaşam aktiviteleri eğitimi ve yardımcı cihaz teknolojisinin etkinliğini inceleyen literatürde çok az çalışma bulunmaktadır (3). Geçmiş çalışmalara dönük araştırmalar; çalışma yöntemlerinin modifikasyonları, yardımcı cihaz kullanımı ve çevresel modifikasyonları uygulayan romatoid artiritli hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki zorlukları bu yöntemleri kullanmayanlara göre daha az rapor ettiklerini belirtmektedir (3). Bağımsızlığı artırmak, ağrıyı azaltmak, kas zayıflığını kompanse etmek, kendine güveni artırmak amacıyla yardımcı cihazlar çok geniş bir alanda tavsiye edilmektedir. Yardımcı cihazlar günümüzde ticari olarak daha ulaşılabilir olsa da çoğu hastanın uygun dizaynlar hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğu görülmektedir (3).

Bunun yanında her hasta yardımcı cihaz kullanmayı istememektedir. Çoğu kişinin aktivitelerinde zorlansalar bile aktivitelerini yardımcı cihaz kullanmadan normal tarzda yapmayı tercih edebildikleri çalışmalarda dile getirilmiştir (118). Cihazların koruyucu özelliklerinin sağlanması ve fiziksel yeteneklerin maksimum düzeye çıkarılması için yardımcı cihaz kullanımının eklem koruma teknikleri ve egzersizlerle birlikte kombine edilmesi gerektiği çalışmacılar tarafından önerilmektedir.

Yapılan çalışmalara bakıldığında romatoid artiritli hastaların yardımcı cihazların günlük aktivitelerini kolaylaştırdığını rapor ettikleri görülmektedir (119). Bir çalışmada bir yılda romatoid artirit ile kliniğine başvuran hastalara toplamda 111 adet yardımcı cihaz verildiği bunların %83'ünün kuvvet kaybını kompanse etmek için % 11'inin ise kavrama için tavsiye edildiğini belirtilmiştir (120). Skiold ve diğ. çalışmalarında yardımcı cihaz kullanımının mutfak aktivitelerinde ağrıyı azaltmada önemli olduğu bulmuşlardır (121).

Yapılan iki ayrı çalışmada ise özel yardımcı cihazların (musluk açacağı, adapte edilmiş bıçaklar, kavanoz kapağı açacağı vs.) günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken hastaların el ağrılarını azalttığı bulunmuştur (34).

2010 yılında yapılan bir derlemede, yardımcı cihazların fonksiyonel yetenekleri artırma, ağrıyı azaltma üzerine etkilerini araştırmak amacıyla randomize kontrollü 13 çalışma derlenmiş, bunlardan sadece bir tanesi kriterlere uygun

bulunarak derlemeye dahil edilmiştir (22). Bu çalışmada göz kuruluğu olan hastalarda göz damlası sıkma yardımcısının kullanılmasıyla klasik kullanım karşılaştırılmış, yardımcı cihaz kullanımının göz damlası kullanımını geliştirdiği belirtilmiştir. Bu çalışmada düşük kalitede kanıt elde edildiği vurgulanmıştır. Bu derlemede sonuç olarak romatoid artiritli hastalarda yardımcı teknoloji kullanımıyla ilgili literatürde limitli kanıt olduğu ve bu konuda yüksek kalitede çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (22).

Çalışmamızda hastalarımıza farklı yardımcı cihaz önerilerinde bulunulmuştur. 20 hastadan 10 tanesine kavanoz kapağı açma yardımcısı, 4 hastaya farklı dizaynlarda bıçak, 1 hastaya çorap giyme yardımcısı önerilirken pek çok hastaya ev temizliğinde kullanacakları farklı aparatlar tavsiye edilmiştir.

Hastalarımızdan bir kısmı yardımcı cihaz kullanmaktansa aktiviteyi zorlanarak yapmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Kişi merkezli yaklaşım gereğince hastalarımızın yardımcı cihaz kullanımı ile ilgili kararlarına saygı gösterilmiştir. Bu hastaların aktiviteleri gerçekleştirirken kendilerine özgü pratik yöntemler geliştirdikleri tespit edilmiştir. Örneğin kavanoz kapağı ve şişe kapağı açıcısı önerdiğimiz bir hastamız evde bulunan diğer kişilere açtırdığını bu cihaza gerek olmadığını belirtmiştir. Düşünecek olursak bu tutum aslında hepimizin gün içinde yaptığımız davranışlar arasında yer almaktadır. Sağlıklı bir kişide kavanozu açamadığında daha güçlü bir kişiden yardım istemektedir. Bu tür alışkanlıklar aslında toplumların yaşam tarzlarıyla da ilişkili olabilir. Belkide Türk toplumunda aile yaşantısı ve yardımlaşma yaygın olduğu için kavanoz kapağını açmak çok büyük bir problem olarak görülmemiştir. Ancak kişi yalnız yaşıyorsa kavanoz kapağının açamamak bir problem haline dönüşebilir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında değişik toplumların yardımcı cihaz kullanımlarında farklılıklar olduğu dikkati çekmektedir.

Bazı hastalarımıza bu nedenlerden dolayı yardımcı cihaz kullanımını sağlayamasakta, birlikte düşünerek çözümler bulunmaya çalışılmıştır. Örneğin 1 hastamız elektrikli bıçak, 5 hastamız ise mutfak işlerinde rondo kullanmaya başlamıştır. 5 hasta ise ev temizliği sırasında yardımcı aparatlar kullanmaya başlamış ve bu durumdan memnuniyetlerini dile getirmişlerdir.

Tedavimiz sürecinde en çok zorlandığımız konu yardımcı cihazların ulaşılabilirliği olmuştur. Bu sorunun en büyük kaynağı yardımcı cihazların ülkemizde üretilmemesidir. Aynı zamanda kullanım yaygınlığı olmaması nedeniyle sadece birkaç firma tarafından yurtdışından getirtilmektedir. Firmalar ise kendileri için kazanç getirmediği gerekçeleriyle bu alanda çalışmak istememektedirler. Çalışmamızda yardımcı cihaz temini için firmalarla görüşüldüğünde sadece bir firmanın yardımcı cihaz getirdiği ancak ellerinde hiçbir örnek materyalin bulunmadığı saptanmıştır. Hastalarımız ve bizim içinde sadece resimden gördüğümüz ve deneme fırsatı bulamadığımız maliyet açısından da yüksek olan bu cihazları getirtmek çoğunlukla mümkün olmamıştır. Hastaların çoğunluğu bu cihazları görmeden ve kullanmadan satın almak istememişler, bir kısmı ise bu süreçle vakit kaybetmek istemediğinden yardımcı cihaz kullanımından vazgeçmiştir. Örneğin bir hastamız ile birlikte değişik yardımcı cihazların (tutacak şekli değişik bıçak seti, kavanoz kapağı açacağı, elektrik prizi tutacağı vs) kullanımına birlikte karar verilmiş, hastamızda bu cihazların kullanımı için oldukça istekli olduğunu belirtmiştir. Ancak bu cihazların maliyeti nedeniyle kullanımı mümkün olmamıştır. Ülkemizdeki sağlık ve sigorta hizmetlerinin yardımcı cihaz temini ve kullanımını desteklemediği de açıkça görülmektedir.

Çalışmamız göstermiştir ki ülkemizde yardımcı cihaz teknolojisi, kullanımı ve ulaşılabilirliği üzerine gelişmelere ihtiyaç duyulmaktadır. Sadece romatizmal hastalıklarda değil fonksiyonel kısıtlılıkları olan tüm kişiler için acilen çözümler bulunmalıdır. Bu konunun Türkiye'de gelişimi ve uygulaması için asıl odak noktası aktiviteler olan ergoterapistlerin bu konudaki çalışmalara önem vermesi ve hızla uygulamaya geçilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Yardımcı cihaz önerileri için hastalarımızdan alınan geri bildirimler şöyleydi:

' Kavanoz kapağı açıcısı benim için çok gerekli değil, açamayınca eşimden yardım istiyorum'

' Alışveriş merkezinden elektrikli bıçak aldım, et keserken kullanıyorum'

' Artık soğanı bile rondoda doğruyorum, yoksa doğradıktan sonra ağrım oluyordu, bu seferde yemeğimi yapamıyordum'

' Yerleri silerken uzun saplı silecek kullanmak benim için iyi oldu'

5.3.3. Splint kullanımı

Romatoid artiritli hastalarda el splintlerinin amacı ağrıyı ve ödemi azaltmak, deformiteleri önlemek için normal eklem hareketini, kas kuvvetini ve fonksiyonu artırmaktır (122).

Romatoid artiritli hastalarda splintler, deformiteleri önleme ve düzeltme açısından özellikle unlar deviasyon ve metakarpofalangeal eklem fleksiyon deformiteleri için başarıyla kullanılmaktadır (122).

Steutjen ve diğ. derlemesinde RA'lı hastalarda el splintlerinin etkinliğini araştırmışlardır (18). Derlenen 16 çalışmadan 4'ünde el splintlerinin erken ve kısa dönemde ağrıyı azalttığının bulunduğu vurgulanmıştır. Kavrama kuvvetinin artması açısından bakıldığında ise iki yüksek kaliteli çalışmaya rastlanmış splint, kullanımı sırasında kavrama kuvvetinin arttığı görülmüş, ancak uzun dönemde herhangi bir fark bulunmamıştır.

2003 yılında yapılan sistematik derlemede splint kullanımının etkinliğini kontrol grubuyla karşılaştırarak inceleyen 3 çalışmaya rastlanmıştır (123). Derleme sonunda splintlerin ağrıyı azaltma ve fonksiyonları artırmaya etkinliği açısından kesin bir kanıt bulamazken eklem hareketi ve kavrama kuvvetine negatif etkisi olamadığı söylenmiştir. İki çalışmada evde dinlenme splinti kullanımı araştırılmış kullanmayan hastalarla karşılaştırıldığında 6 ay sonra ağrı ve eklem şişliği açısından bir fark bulunmamıştır.

Splintlemenin kısa dönemde ağrıyı azaltma, fonksiyonları artırma üzerine etkilerinden bahsedilse de uzun dönem etkileri incelendiğinde ağrının azaltılması, deformitelerin önlenmesi ve fonksiyonların artırılması konusunda kesin bir kanıt elde edilememiştir (18,123). Çalışma splintlerinin en önemli yararları splint kullanırken ağrının hafiflemesi ve kavrama ve fonksiyonun gelişmesidir (18,123,124). Dinlenme splintleri ise özellikle el eklemlerinde şişliği olan kişilerde kullanım sırasında ve geceleri ağrının hafiflemesini sağlamaktadır. Eldiven şeklindeki hazır yapım elastik splintler nispeten daha ucuzdur ve ağrının azalmasına yardım edebilir (18,123).

Çalışmamızda 5 hastamıza el bileği dinlenme splinti, 2 hastamıza ise çalışma sırasında kullanabilecekleri splint, 2 hastamıza ise deformite düzeltici splint önerilerinde bulunulmuştur. El bileği splintlerini kullanan hastalarımız splintlerinin

el bileği ağrılarını azalttığını, böylelikle aktivitelerini daha rahat yaptıklarını vurgulamışlardır.

Çalışmamız; hastalardan alınan geri bildirimler doğrultusunda dinlenme splintleri ve çalışma sırasında kullanılan el bileği splintlerinin romatoid artiritli hastaların ağrılarını azaltarak günlük yaşam ve çalışma sırasındaki el aktivitelerini daha rahat yapabilmeleri konusunda yardımcı olabileceğini göstermiştir. Ülkemizde romatoid artiritli hastalara el, el bileği splintleri hekimler, fizyoterapistler tarafından sıklıkla önerilmektedir. En çok el bileği dinlenme splintleri, çalışma sırasında kullanılan splintler ve deformite splintlerinin önerilmektedir. Aynı zamanda ülkemizdeki sağlık sigorta sisteminin splint kullanımını desteklemesi ve splint yapımıyla ilgili firmaların yaygın olarak üretim yapması nedeniyle yardımcı cihazlara göre ulaşımının çok daha kolay olduğu da görülmektedir.

Literatürde el el bileği splintlerinin ağrı ve fonksiyonu artırdığı söylense de kesin kanıtlara ulaşılamamıştır. Romatoid artiritli hastalarda splintlerin hem koruyucu hem tedavi edici etkilerinden yararlanılarak aktiviteler üzerine etkilerini araştırılan çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Splint kullanımı için hastalarımızdan alınan geri bildirimler şöyleydi:

‘ Dinlenme splintini akşamları işten geldikten sonra takıyorum, el bileği ağrılarımı azaltıyor böylelikle evdeki işlerimide yapabiliyorum’

‘ Çalışırken spliint kullandığımda daha rahat yapabiliyorum’

‘ Bazen elimdeki ağrı o kadar çok oluyor ki bilgisayar kullanamıyorum, splintimi takınca rahat ediyorum’

5.3.4. İş yeri müdahaleleri

Ergoterapistler aktivite limitasyonları olan kişilerde işe özel değerlendirmeler yaparak iş yeri ve çevre düzenlemeleri yapma görevini üstlenmişlerdir (3). Hareket paternlerini değiştirme, görev modifikasyonları yapma ve çalışma postürlerinde eğitim sağlarlar (gerçek veya simüle ortamlarda).

İşe ait aktivite limitasyonu, romatoid artritli hastalarda özellikle işe gidememe gün sayısı veya işi tamamen bırakma ile değerlendirilen önemli bir olumsuzluktur. Romatoid artiritli hastalarda çalışma limitasyonları teşhis sonrasında kendini hemen göstermektedir (125).

Yapılan çalışmalarda bazı hastaların aktivite limitasyonları erken dönemde başlasa da en büyük artışın ilk 3 yılda ortaya çıktığı söylenmektedir (3,41). İş yerindeki aktivite limitasyonları üzerine literatürde pek çok araştırma yapılmıştır. Romatoid artritli hastalarda Work Instability Scale (WIS) ve COPM işe ait performans problemlerini belirlemede kullanılan kişinin kendini değerlendirdiği yöntemlerdir. Her iki değerlendirmede iş yerindeki fonksiyonel kısıtlılıklara odaklanılır. Ergoterapistler işe ait aktivite limitasyonlarının azaltılması ve fonksiyonların artırılmasında romatoid artritli kişilerle çalışırlar. Literatürde ergoterapinin çalışma fonksiyonları üzerine pozitif etkilerinden bahsedilse de kanıtlar yeterli değildir (3,41).

Son zamanlarda yapılan bir çalışmada ergoterapinin işini kaybetme riski olan romatoid artritli kişilerde etkinliği incelenmiş ve kapsamlı ergoterapinin RA'lı kişilerde fonksiyonları ve işe ait sonuçları geliştirdiği tespit edilmiştir (41).

Çalışan 4 romatoid artritli hasta çalışmamızda ergoterapi müdahalesi grubuna dahil edilmiştir. Çalışma sırasındaki aktivite ve katılım kısıtlılıklarını COPM ile belirlediğimiz hastalarımıza uygun müdahalelerde (çalışma modifikasyonları, çevresel düzenlemeler, eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri ve aktivite eğitimi, splint önerimi, postür ve doğru duruş eğitimi) bulunulmuştur. Çalışan hastalarımız bu müdahalelerden en çok eklem koruma, enerji tasarrufu tekniklerinin yararlarından bahsetmişlerdir.

İş yeri müdahaleleri için hastalarımızdan alınan geri bildirimler şöyleydi:

' Önceden bilgisayar başında çalışırken hep sağ elime yükleniyordum, şimdi fareyi diğer elimle de kullanmaya başladım '

' Her saat başında kendime mola veriyorum. Önceden, iş bitsin diye hiç mola vermiyordum'

' Artık taşınacak evrak olduğunda arkadaşlarımdan yardım istiyorum, yada hepsini birden taşımıyorum çünkü ellerim için ağır geliyor.'

' Yemekhanede kaşık çatalları yerleştirirken hepsini birlikte kavramıyorum'

' Dikiş dikerken elim çok ağrıdığında çalışma splintimi takıyorum, iyi geliyor'

5.3.5. Boş zaman aktiviteleri

Anlamlı ve eğlenceli boş zaman aktiviteleri yaşam kalitesini artırır. Bir araştırmada ortalama hastalık süreleri 7 yıl olan RA'lı hastaların en fazla boş zaman aktivitelerinde kısıtlanma yaşadıkları saptanmış (%60) ve aktivite limitasyonunun en çok fiziksel aktivitelerde (spor,dans, yüzme, vs), el ile yapılan aktivitelerde (el sanatları, dikiş) ve sosyal aktivitelerde (sinema, tiyatroya gitme) olduğu belirlenmiştir (126).

Ergoterapistler fonksiyonel yetenekleri, psikososyal iyi olma halini, aktivite performansı ve yaşam memnuniyetini artırmak için boş zaman aktiviteleri danışmanlığını, terapatik ve boş zaman aktiviteleri egzersizlerini kullanırlar. Literatürde artritli hastalarda ergoterapide boş zaman aktiviteleri eğitimi etkinliğini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır (3).

Çalışmamızda boş zaman aktivitelerinden 'örgü örme' hastaların en çok ifade ettiği performans problemi olarak belirlenmiştir (% 62,5). Sosyal aktiviteler, seyahat, gazete-kitap okuma, bahçe işleri, resim yapma, bulmaca çözme, kumaş boyama, kağıt oyunları hastalarımızın ifade ettiği diğer boş zaman aktiviteleridir. Hastaların COPM'e göre ilk 5 sırada belirttiği boş zaman aktiviteleri ise gazete-kitap okuma ve örgü örme olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda boş zaman aktivitelerindeki limitasyonlara hastaların önem vermedikleri ve çoğunlukla yapmasam da olur ifadelerini kullandıkları görülmüştür. Ancak daha öncede belirtildiği gibi bu aktivite alışkanlık haline gelmişse önem kazanmaya başladığı görülmektedir. Kişi boş zaman aktivitelerini diğer kişilerle birlikte gerçekleştiriyorsa aktivitenin çok daha fazla önemsendiği dikkat çekmiştir (briç oynama, resim kursu gibi). Bunun sebebi aynı zamanda toplumsal katılımında azalmasıdır.

5.3.6. Kapsamlı ergoterapi uygulamaları

Literatürde romatoid artiritli hastalarda kapsamlı ergoterapi uygulamalarının etkinliğini araştıran çok az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Hellewa ve ark. ortalama 13 yıllık hastalık süresi olan romatoid artiritli hastaları; hastalık aktivitesi, günlük yaşam aktiviteleri, iş ve boş zaman aktiviteleri, ev adaptasyonları gereksinimleri açısından değerlendirmişlerdir (39). 6 hafta evde ergoterapi

müdaheleleri uygulanan hastalarda bekleme listesinde bulunan kontrol grubuna göre değerlendirilen parametrelerde önemli gelişmeler sağlandığı görülmüştür. Ancak 6 haftalık sürecin, gelişmelerin etkinliğini görmede çok kısa bir süreç olduğu belirtilmiştir.

Hammond ve diğ. yaptıkları çalışmalarında, erken dönem romatoid artiritli hastalarda kapsamlı ergoterapinin etkinliğini incelenmiş, klasik romatoloji bakımı (ilaç tedavisi, bilgilendirme, eklem koruma ve enerji tasarrufu) gören kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır (33). Sonuçta ergoterapi grubunda kendi kendine başa çıkma yeteneklerinin kontrol grubuna göre geliştiği görülmüş, ancak 2 yıl sonra kontrol grubuyla sonuçlar karşılaştırıldığında ağrı, psikososyal statü, iş ve boş zaman aktiviteleri yetenekleri açısından bir farklılık bulunamamıştır. Bunun sebebinin ergoterapinin fonksiyonel problemi olan hastalarda daha etkili olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Erken RA'da 5-10 yıllık takiplerle ergoterapinin etkinliğinin incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır.

COPM ile aktivite performans problemlerini belirlediğimiz hastalarımıza, CMOP çerçevesinde kişi merkezli yaklaşımın ana konseptleri ile müdahale uygulanmıştır. Hastalarımız randomize kontrollü olarak iki gruba ayrılmıştır. Kontrol grubu sadece fizyoterapi programına dahil olurken tedavi grubuna bunun yanında ergoterapi uygulanmıştır.

Tedavi öncesi ve sonrasında gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında ergoterapi uyguladığımız gruptaki hastaların aktivite ve katılımlarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Aktivite ve katılımları HAQ, AIMS 2, CIQ, COPM puanlarındaki değişimlere göre belirlenmiştir.

Aktivite ve katılımları artarak günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız hale gelen, kendileri için değerli olan, onları mutlu eden aktiviteleri yapabilmeye başlayan, cesaretleri ve kendilerine güvenleri artan olguların yaşam kalitelerinin de kontrol grubuna göre önemli derecede arttığı saptanmıştır.

Ancak yaşam memnuniyeti açısından gruplar arasında herhangi bir farka rastlanmamıştır. Çalışmamızda romatoid artiritli hastalarda ergoterapinin kısa süreli etkileri değerlendirilmiştir. Yaşam memnuniyetinde farklılıklar görebilmek ise uzun süre takipler ile mümkün olabilecektir.

Tedavinin başında, uygulayacağımız ergoterapi yaklaşımının romatoid artritli hastalara yarar sağlayacağını düşünsekte bu kadar farklı ve pozitif sonuçlar bize; ergoterapinin aktivite ve katılımı artırmada ne kadar önemli olduğunu ve ülkemizde bu grup hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için ergoterapi uygulamalarının yaygınlaştırılmasına ihtiyaç olduğunu göstermiştir.

Hastalığın kronik ve ilerleyici olduğu düşünülürse erken yada geç evrelerde hastaların farklı aktivite limitasyonları ve performans problemleri olacağından ergoterapi yaklaşımlarından değişik şekillerde fayda göreceklerdir. Aslında ülkemizde sadece romatoid artritli hastalarda değil diğer romatizmal hastalıklardada ergoterapi uygulamalarına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Ülkemizde bu hasta grubuna özel simüle edilmiş laboratuar ortamları bulunmamaktadır. Eklem koruma teknikleri, yardımcı cihaz kullanımı ve günlük yaşam aktiviteleri eğitimi gibi ergoterapi uygulamalarının daha verimli gerçekleştirilmesi için özel laboratuarların oluşturulması gerekmektedir.

5.4. Kişi merkezli yaklaşım uygulamalar

Literatürde özellikle Kanada ve İngiltere yoğunluklu olmak üzere COPM kullanımı üzerine çalışmalara rastlanmaktadır. Sumsion 1999'da, terapistlerin uygulamalara başlamadan önce kişi merkezli yaklaşımda karşılaşılan sorunları göz önünde bulundurmaları gerektiğini ve filozofinin özümsenmesi gerektiğini vurgulamıştır (127). Kişi (client) burada önemli bir terimdir. Kişi merkezli yaklaşımda gücün dengesi göz önüne alınmakta ve kişiye güç katma anlayışı onu güçlendirme filozofisi benimsenmektedir. Bu yaklaşımda terapist bir tür eğitimci rolü oynar. Bu yüzden kişiden gerekli ve yeterli bilgileri almak ve tedaviyi irdelemek için iletişim becerilerine ihtiyacı vardır. Kişinin seçim yapma ve karar verebilme yetenekleri en önemli konudur. Beklentiler ve hedefler hasta ile birlikte belirlenmektedir (127).

Parker, kişi merkezli yaklaşım uygulamaları için stratejiler geliştirmiştir (128).

1. Varolan durumu, pratiği değerlendirme
2. Ekip ile birlikte sorunları tartışma
3. Pratik ile ilgili okumak, öğrenmek, araştırmak

4. Destek, süpervizyon ve eğitim sağlamak
5. Hareket planı, pilot çalışmalar, görüşmeler geliştirmek
6. Değerlendirme ve uygulama sürecinin her aşamasına kişi merkezli yaklaşımı uygulamak
7. Gözden geçirme ve kayıt tutma
8. Geri bildirim verme

Toomey ve diğ. yaklaşımın ancak terapistlerin uygulamaya iyi hazırlanması ile klinikte yararlı olacağını belirtmişlerdir (129).

Kişi merkezli yaklaşım uyguladığımız çalışmamızda Paker'in stratejileri göz önüne alınarak bu yaklaşımı ve filozofisini özümsemek amacıyla hazırlık aşamaları gerçekleştirilmiştir. Kişi merkezli pratik ile ilgili yayınlanmış kitap ve yayın bilgileri taranmıştır. Tüm bu bilgiler üzerine derinlemesine çalışılmıştır. Kişi merkezli yaklaşımın filozofisi, yararları ve uygulama zorlukları tartışılmıştır. Pilot çalışmalar yapılmış ve değerlendirme ve tedavinin her aşmasında kişi merkezli yaklaşım uygulanmıştır.

Kanada ergoterapistleri kişi merkezli ergoterapi filozofisini; 'Ortaklık ve işbirliği yaklaşımları kullanılarak kişilere aktivitelerini gerçekleştirme imkânı sunulmasıdır. Kişi merkezli yaklaşımı benimseyen ergoterapistler bireye saygı gösterir, onları karar verme sürecine dahil eder, ihtiyaçlarını gözetir ve kişinin bilgi ve tecrübelerini önemser'(CAOT,1997) şeklinde açıklamışlardır (130).

Law ve diğ. kişi merkezli yaklaşımın ana kavramları üzerine çalışmışlardır. Kişi merkezli yaklaşım konseptlerini; işbirliği ve ortaklık, kültür-değer-yaşam şekline saygı, karar verme yeteneği oluşturulması, kişinin kendi sorumluluğunu alması olarak belirtmişlerdir (7).

Çalışmamızda kişi merkezli ergoterapi filozofisi ve kavramları göz önüne alınarak kişilerle işbirliği ve ortaklık kurularak çalışılmıştır. Yaklaşım uygulamanın değerlendirme ve tedavi sürecinin her aşamasında uygulanmıştır. Hastalarımızın kendi problemlerini belirlemesi amacıyla COPM den yararlanılmıştır. Değerlendirme ile hastaların aktivite problemleri ve ihtiyaçları belirlendikten sonra hastalar ile birlikte değerlendirme sonuçları üzerinde tartışılmıştır. Hastalar kendi hedeflerini belirlemeleri üzerine fasilite edilmişlerdir. Tedavimiz içerisinde yer alan eklem koruma, enerji tasarrufu tekniklerinin kullanılması, splint ve yardımcı cihaz

kullanımı hastaların tercih, istek ve ihtiyaçları göz önüne alınarak uygulanmıştır. Hastalar bu aşamada karar verme sürecinin odak noktasındadır. Hastalara bu yöntemler hakkında bilgi verildikten sonra kendi kararını vermesi için desteklenmiştir. Örneğin splint kullanmak istemeyen hastanın kararına saygı duyulmuştur.

Kişi merkezli yaklaşım tamamıyla uygulanabilirse kişi hedefleri doğrultusunda kararlarını kendisi verebilir duruma gelmektedir. Güç, terapistten kişiye kayar. Böyle bir durumda terapist kişinin karar verme sürecine destek olur ve kararlarını kabul eder. Fakat eğer kişi merkezli yaklaşım tam anlamıyla uygulanamamışsa hedeflere ve tedaviye terapist karar verir ve kişi pasif hale gelir. Kişinin gücü ve terapistin gücü arasındaki önemlidir (şekil5.1). Kişinin güçlenmesi için terapist tüm sorumluluğu alır.

Kişi merkezli uygulama



Terapistin gücü kişinin gücü

Şekil: kişi merkezli süreç: terapist sürekli kişide gücü sağlamak için çalışmalıdır. oluşan duruma göre terapist bu şekilde sağa veya sola doğru ilerler.

Terapist bu süreçte kişinin gücü azaldığında problemleri belirlemeli ve uygun çözümlerle kişiyi motive etmelidir. Kişinin gücü; uygulama sürecinin başlangıcında düşük olabilir, fakat süreç ilerledikçe bu güç artmalıdır. Terapist yaklaşımı uygulamaya inanarak başlarsa ancak başarılı olur. Ancak gerçekçi olamayan hedefleri kabul etmekte doğru değildir. Kişiyi gerçekçi olmayan beklentilerle baş başa bırakmamak önemli bir unsurdur. Bunun için kişiyle tartışılarak doğru hedeflere ilerlenmelidir (131).

Çalışmamızda kişi merkezli yaklaşımda güçlendirme teorisi temel alınmıştır. Yukarıdaki şekilde olduğu gibi hastalarımızın hepsinin tedavi başlangıcında güçlerinin zayıf olduğu görülmüştür. Çünkü hastalarımız şimdiye kadar sadece ergoterapi konusunda değil aynı zamanda ilaç kullanımı dışında klasik romatoloji bakımı hakkında da hiçbir bilgilerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Bu sebepten hastalarımıza kişi merkezli yaklaşıma başlamadan önce 1 seanslık bilgilendirme eğitimi verilmiştir. Sonrasında değerlendirme aşamasında kendi performans

problemlerinin farkına varma şansını yakalamışlardır. Hedef oluşturma aşamasında da işbirliği ile çalışıldığında hastalar yavaş yavaş kişi merkezli uygulama sürecinin içine çekilmeye başlanmış ve ilk güçlerini kazanmışlardır. Uygulamamızda her gün hastaların karar verme ve başa çıkmada güçlerinin daha da arttığı fark edilmiştir. Bazı hastalarda bu güçlenme hızla gerçekleşirken, bazı hastaları ise kişi merkezli uygulamaya dahil etmede güçlük yaşanmıştır.

Çalışmamızın ileri aşamalarında uygulama konusundaki deneyimimizin artması ve hastaların sürece aktif katılımları ile güçlerinin artması, yaklaşıma olan inancımızı artırmıştır.

Gerçekçi olamayan hedefler koyan hastalarımız olduğunda, onlarla tartışılarak hedefler tekrar gözden geçirilmiştir. Örneğin ellerinde pek çok deformitesi ve fonksiyon kaybı olan bir hastamız, iş yerinde gerçekleştirdiği ağır taşıma işlerini koruma tekniklerini uygulamadan yapmak istediğinde sakıncalarından bahsedilmiştir.

Kişi merkezli ergoterapi uyguladığımız 20 hastamızın 8 tanesinde bu uygulama bizim görüşümüze göre tam anlamıyla gerçekleşirken, 3 hastada uygulama zayıf kalmıştır. Eğitim düzeyi düşük hastalarda, ailevi desteği az olan onlara yük olduğunu düşünen hastalarda, yaşlılık nedeniyle değil ama bundan dolayı kognitif problemleri gelişen hastalarda, iş kaygısı ve maddi problemleri olan hastalarda uygulamalarda zorluklar yaşanmıştır. Bu kişilere güç kazandırmak veya yeterli gücü kazandırmak mümkün olmamıştır.

Kişi merkezli yaklaşımları uygulamada yönetimden (kurum, ekip vb.), terapistten ve kişiden kaynaklı uygulamada zorluklarla karşılaşılmaktadır. Kliniğin desteği, süreci fasilite etmede önemlidir. Terapistlerin aralıklarla uygulama ile ilgili geri bildirimde bulunmaları gerekmektedir. Water kişi merkezli yaklaşımın tüm ekip tarafından kabul edilmediği taktirde limitleneceğini söylemiştir (132). Bu nedenle klinik yönetimi COPM kullanımını desteklemelidir. Kişi merkezli terapiyi biomedikal modelde uygulamak güçtür.

Çalışmamız mikro düzeyde uygulanmıştır. Türkiye'de sağlık sistemi medikal modeller üzerine çalışmaktadır. Bu yüzden kişi merkezli yaklaşımlar kliniklerin vizyonu içinde yer almamaktadır. Aynı zamanda diğer ekip üyelerinin de (romatolog, fizyoterapist) kişi merkezli yaklaşımla ilgili herhangi bir bilgisi

bulunmamaktadır. Uygulamalarımızı diğer ekip üyeleri ile tartışıp görüş alışverişinde bulunamamak, kişi merkezli yaklaşım uygulamamızda karşılaştığımız en önemli zorluk olmuştur. Çalışmamız Türkiye'deki kişi merkezli ilk uygulama örneklerinden olduğu için bu zorlukların normal olduğunu düşünmekteyiz.

Wilkins ve diğ. kişi merkezli yaklaşımları uygulamaya dökme zorluklarını araştırmışlardır. Terapistlerin kişilerin ihtiyaçlarını anlama ve bu yönde hareket etme sorumlulukları olduğuna işaret etmişlerdir (133). Terapistler kişi merkezli yaklaşımın sadece bazı hastalar için uygun olduğunu düşünmemeleri, tüm kişilerle birlikte çalışmak için stratejiler bulmaları gerektiği belirtilmektedir. Kişinin kim olduğunu açıkça ortaya koymak ergoterapinin başlangıcıdır (133). Hasta ile ortaklığın şekli birlikte tartışılmalı ve en iyi çalışma stratejileri bulunmalıdır. COPM'i uygulamak kişi merkezli yaklaşımı uygulayabilmek için bir garanti değildir. Kişi ile nasıl ilişkilendirileceği çözüldüğünde uygulama kişi merkezli olamaya başlamaktadır.

Çalışmamızda kişi merkezli yaklaşımı bazı hastalara uygulamada güçlükler yaşanmıştır. Bu durum bizim 'kişi merkezli yaklaşımın bu tedavi şekli için istekli ve uygun olan hastalara mı uygulanmalı?' sorusunu aklımıza getirmiştir. Bazı hastaların kişi merkezli sürece dahil olabilmesi için geliştirilen stratejiler başarılı olurken, bazı hastalara ise ulaşmak, onları işbirliği ve ortaklık ile yürütülen sürece dahil etmek mümkün olamamıştır. Yeterli çaba gösterildikten sonra eğer hasta ısrarla kişi merkezli yaklaşımı tercih etmiyor, terapistin yönlendirilmesini istiyorsa ısrar etmemek gerektiğini ve standart ergoterapi müdehalelerinin denenmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bu durumla karşılaştığımız 2 hastamız çalışmadan çıkarılmıştır.

Kişi merkezli yaklaşım geleneksel modelden eşitlik, paylaşma ve ortaklık parametrelerine odaklanmasıyla ayrılmaktadır (7). Terapistin görüşme, işbirliği, değerlendirme yeteneklerinin geliştirmesine ihtiyaç vardır. Sumsion terapistlerin tüm bilgi ve yeteneklerini kişinin potansiyelini fark etmek üzerine kullanması nedeniyle yaklaşımı uygulamada zorluklar oluşabileceğini belirtmektedir (127). Kişi için karar vermektense, karar verme sürecine katılması için fasitile etmek çok daha zordur (127).

Kişi merkezli yaklaşımı uygularken görülmüştür ki bu tedavi şekli, gücün ve yönetimin terapistte olduğu ergoterapi yöntemlerini uygulamaktan çok daha zor ve yorucudur. Çünkü kişinin kendi aktivite performans problemlerinin farkına varması

ve bunlara kendi kendine çözümler bulmasını sağlayabilmek kolay değildir. Kişi merkezli yaklaşımları uygulayacak terapistlerin iletişim becerilerine ve yeterli tecrübeye sahip olmaları gerektiğini düşünmekteyiz.

COPM kişi merkezli uygulama için önemli bir değerlendirme ölçütüdür. Performans komponentlerinden aktivite performans problemlerinin neden gerçekleştiği ve bunun için neler yapılabileceği üzerine odaklanılır. Bu odaklanma terapistin ergoterapiyi farklı açıdan düşünmesine, farklı çerçevelerde resimler oluşturmasına yardım eder. Terapist kişinin günlük aktivitelerine aktif olarak katılımı için destekler.

Çalışmamızda COPM ile belirlenen performans problemleri üzerine odaklanılmıştır. Kişilerin aktivite limitasyonunu, katılım kısıtlılıklarını ve günlük yaşam aktivite bağımsızlıklarını ölçmek için kullandığımız diğer değerlendirme yöntemleriyle kıyasladığımız zaman COPM'in hastanın temel aktivite problemlerini ve önceliklerini belirlemede kişi merkezli yaklaşımda mutlaka kullanılması gereken bir ölçüt olduğunu düşünmekteyiz. COPM romatoid artiritli hastalarda kişinin aktivite ve katılımını ölçmede çok yararlı bir ölçüm yöntemidir.

Northen ve diğ. ergoterapistlerin hastalar ve ailelerinin hedef oluşturma sürecine katılımını nasıl sağladığı ve hangi metodlar üzerine çalıştıkları hakkında tartışmışlardır (134). 30 ergoterapist 10 farklı rehabilitasyon merkezinden çalışmaya dahil edilmiş, uyguladıkları terapi seansları video kayıtlarıyla ve terapistlerle görüşülerek incelenmiştir. Sonuçta terapistlerin hastaları ve ailelerini hedef planlamaya dahil ettikleri, ancak maksimum kişi katılımın sağlanamadığı belirlenmiştir. Yapılandırılmış metodlar kullanılmasının sonuçlara pozitif etkisi olduğu bildirilmiştir.

1995'te Neistant ergoterapistlerin kullandıkları metodları belirleme üzerine yaptığı çalışmasında; 269 terapistin oluşturulan anketlere verdikleri cevaplar incelenmiş, %95'inin kişinin önceliklerini öğrenmek için standart olmayan görüşmeler yaptıkları belirlenmiştir (135). COPM gibi standartize metodlar listelenmemiştir. COPM gibi yöntemlerin hastaların tedavi hedefleri oluşturmalarına yardım edeceği, rastgele görüşmelerde ise terapistten terapiste farklılıklar yaratacağı söylenmiştir.

Terapistlerin kişi merkezli yaklaşımları uygulama zorluklarını belirlemek için Sumsion'ın yaptığı çalışmada en çok yaşanan zorluklar; terapistlerin ve hastaların hedeflerinin farklı olması, terapistlerin hastaların hedeflerini kabul etmemesi, terapistlerin hastalar hedeflerini seçerken huzurlu hissetmemeleri ve uygulamaların medikal model merkezli olması olarak gösterilmiştir (136). Sonuç olarak yazarlar terapistlerin açıkça hastalarla birlikte hedefleri çözümlemesi gerektiği kişi merkezli fikirlerin sağlanması için teşvik edilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Çalışmamızda en çok karşılaştığımız kişi merkezli yaklaşım uygulama zorluklarını aşağıdaki gibi özetleyebiliriz:

- Sağlık sisteminin medikal modelde çalışması,
- Diğer rehabilitasyon ekibinin kişi merkezli yaklaşımı bilmemesi, uygulamada geri bildirim için bir ekibin olmaması
- Ülkemizde daha önce hiçbir hasta grubunda kişi merkezli ergoterapi uygulaması yapılmamış olması
- Terapistin ilk kez kişi merkezli yaklaşımla ergoterapi müdahalesi uygulamış olması
- Hastaların eğitim ve bilgi düzeylerinin eksikliği
- Hastaların böyle bir tedaviye istekli olmaması, terapistin yönlendirdiği bir tedaviyi istemeleri
- Terapist ve hastanın hedeflerinin farklı olması, hastanın hedeflerinin onun için sakıncalı olacağı kaygısı.
- Yaşlı, eğitim düzeyi düşük, kognitif problemi olan, depresyon semptomları olan kişilerde uygulama yapılırken.

Kişi merkezli ergoterapi uygulaması için hastalarımızdan alınan geri bildirimler şöyleydi:

' Artık kendimi önemsiyorum, önceden sadece ilaçlarımı kullanıp eskiden yaptığım zevk aldığım pek çok aktiviteyi yapmıyordum, şimdi kendimi tanıdım rutin işlerimi daha kolay yapmak için yollar geliştirdim böylelikle arkadaşlarımla buluşmak, resim yapmak, alışverişe gitmek artık bana zor gelmiyor... Ama bilmiyorum sonra eski halime dönermiyim... '

' Bu tedaviden önce ağrılarım çok fazlaydı ev işlerimi yapamıyordum, markete gidip alışveriş yapmak, sofrayı hazırlamak bile benim için bir işkenceydi..., arkadaşlarımla birlikte gittiğim aylık toplantılara gitmek istemiyordum... şimdi ise kendi problemlerimin farkındayım ev işlerini ağrım olmadan nasıl yapacağımı biliyorum, eklem koruma tekniklerini uyguluyorum, artık arkadaşlarımla buluşmaya gidebiliyorum, bu yüzdende kendimi daha iyi hissediyorum!'

' Keşke her bölüm böyle çalışsa, hasta hastalığı hakkında hiç bir şey bilmeden ne söylenirse onu yapıyor... bilgilenmek, kendi tedavim hakkında söz sahibi olabilmek, sizinle birlikte karar vermek, insanın hastalıkla mücadelesi için önemli bence... '

Çalışmamızın sonuçları ve tartışmamız kişi merkezli ergoterapi yaklaşımlarının, aktivite ve katılımı artırmada önemli yararlar sağladığını işaret etmektedir. Ülkemizde bu grup hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için ergoterapi uygulamalarının yaygınlaştırılmasına ihtiyaç olduğunu görülmektedir. Tüm bu sonuçlar göz önüne alındığında çalışmamızın limitasyonları ve ileride yapılacak çalışmalar için öneriler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

Çalışmamızın limitasyonları:

- Çalışmamız kişi merkezli ergoterapinin uzun dönem etkilerini göstermemektedir.
- Çalışmamızda çevresel faktörler incelenmemiştir.
- Çalışmamızda terapist ilk kez kişi merkezli uygulama yapmıştır.
- Ülkemizdeki sağlık sistemi henüz kişi merkezli uygulamaları desteklememektedir.

İleride yapılacak çalışmalar için öneriler:

- Erken dönem ve geç dönem RA'lı hastalarda farklı ergoterapi uygulamalarının incelenmesine ihtiyaç vardır.

- Eklem koruma ve enerji tasarrufu tekniklerinin davranışsal eğitimlerinin ülkemizdeki RA'lı hastalarda uygulamalarının etkinliği değerlendirilmelidir.
- RA'lı hastaların iş yerindeki aktivite limitasyonlarının ve işe katılımlarını artıran çabaları içeren ergoterapi uygulamaları planlanmalıdır.
- Çalışmamızın kısa dönem sonuçları yansıttığı unutulmamalıdır. Kişi merkezli ergoterapi uygulamasının bu grup hastalardaki uzun dönem takiplerdeki etkilerinin incelenmesi faydalı olacaktır.
- Kişi merkezli yaklaşımla ergoterapi uygulamalarının etkinliği diğer romatizmal hastalıklarda ve kronik hastalıklarda da incelenmelidir.
- Daha az sayıda kişi ile yapılan derinlemesine analizlerin yapıldığı nicel araştırma planları kişi merkezli yaklaşımın etkinliğini göz önüne sermede etkili olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Romatoid artiritli hastalarda kişi merkezli yaklaşımla uygulanan ergoterapi müdahalesinin aktivite, katılım, yaşam kalitesi ve memnuniyeti üzerine etkilerinin incelemek amacıyla planladığımız çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Romatoid artritli hastaların en önemli şikâyetlerinin eklem ağrısı olduğu ve bu ağrıların şiddetinin gün içinde ve günden güne farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Kişiler günlük aktivitelerinin ağrı nedeniyle kısıtlandığını bildirmişlerdir. Çoğu hastanın ağrı şikâyeti nedeniyle ev işi, alışveriş gibi onları zorlayan aktivitelerde kısıtlandığı görülürken, bir kısmının ise ağrı olsa bile anne, çalışan gibi rollerini yerine getirmek için aktivitelerini yapmaya devam ettikleri ve bunun semptomlarını artırdığı saptanmıştır. Ergoterapi eğitimi ile hastaların ağrılarıyla kendi kendilerine başa çıkma yeteneklerinin arttığı ve günlük yaşam aktivitelerini daha rahat gerçekleştirebildikleri gözlenmiştir. Romatoid artritli hastalarda ağrı ile başa çıkma yöntemlerinin ergoterapi programlarına dahil edilmesi gerekmektedir.

2. Çalışmamızda aktivite ve katılımı değerlendirmek için kullanılan yöntemlerin farklı hastalarda farklı problemleri ortaya koymak açısından değişik avantajlarının olduğu, farklı yönleriyle birbirlerini tamamladıkları görülmüştür. Bu değerlendirme yöntemlerin alınan hasta grubunun özelliklerine ve tedavinin amaçlarına göre belirlenmesi gerektiği anlaşılmıştır. Çalışmamızda her nekadar COPM ile belirlenen aktivite performans problemleri temel alınsa da kişi ile birlikte hedeflerin oluşturulması ve tedavinin planlanmasında HAQ, AIMS 2 ve CIQ ölçümlerinin sonuçları da yol gösterici olmuştur ve uygulamalarımıza katkıda bulunmuşlardır. Kişi merkezli yaklaşımları uygulamada COPM anahtar ölçüm yöntemi olsa da diğer değerlendirme parametrelerinden de hedef oluşturma ve tedavi sürecinde yararlanılmalıdır.

3. Çalışmamıza katılan hastaların aktivite katılımlarının tedavi sonrasında kontrol grubuna göre önemli derecede arttığı saptanmıştır. Ergoterapi grubundaki hastaların fiziksel fonksiyonları artmış, ağrı düzeyleri azalmış, sosyal aktivitelere katılımlarının arttığı görülmüş, hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyonlarından memnuniyetleri artmıştır. Gerginlik düzeylerinin azalması ve ruh hali durumunun

iyileşmesi gibi psikososyal durum değişiklikleri de saptanmıştır. Çalışmamız ergoterapinin romatoid artritli hastalarda aktivite ve katılım üzerine kısa dönemde olumlu etkilerini kanıtlamıştır.

4. Hastalarımızın kişi merkezli yaklaşım uygulaması sonucunda kendi hastalıkları hakkında bilgi düzeyleri artmış, kendi problemlerinin farkına varmış ve bu aktivite problemlerinin çözümü için hedef planlaması yapmışlardır. Böylelikle kendi durumları ve tedavileri ile ilgili kontrolü ellerine almışlardır. Kendi aktivite problemlerine çözümler bulmaya başlayan hastalar zamanla aktivitelerini daha rahat yapabilir hale gelmişlerdir. Aktivitelerini daha rahat yapabildikleri yada yapamadıklarında kendileri çözümler buldukları içinde kendilerine güvenleri ve sosyal katılımları da artmıştır.

5. Romatoid artiritli hastaların toplumsal katılımları değerlendirildiğinde ev ile ilgili işlere (alışveriş, yemek hazırlama, ev işi, çocuk bakımı, sosyal aktivite planlama) katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durum Türk toplumunda ev ile ilgili işlerin sorumluluğunun kadınlara ait olmasından kaynaklanmaktadır. Toplumsal katılım ile ilgili sonuçlar incelenirken yaş, cinsiyet, kültür, gelenekler ve etnik özellikler gibi faktörlerin katılıma etki ettiği unutulmamalıdır. Bu grup hastalarda ağrının azaltılması ve fonksiyonların artırılmasını hedefleyen fizyoterapi yaklaşımlarının toplumsal katılımı etkilemediği görülürken, ergoterapinin sosyal katılımı belirgin bir şekilde artırdığı saptanmıştır. Romatoid artritli hastalarda aktivitelere odaklanarak toplumsal katılımı artıran ergoterapi uygulamalarına olan ihtiyaç büyüktür.

6. Ergoterapinin kısa dönem etkilerini incelediğimiz çalışmamızda aktivite ve katılımları artan RA'lı hastaların yaşam kalitelerinin de arttığı görülmüştür. Çünkü kişiler önceden yapamadıkları onlar için önemli olan aktiviteleri yapabildiklerinde mutlu olmuşlardır. Bu da yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Ancak bu hasta grubunda yaşam memnuniyeti değişmemiştir. Yaşam memnuniyeti kişilerin yaşam şekli, aile hayatı, ekonomik düzey gibi pek çok çevresel faktörden etkilenmektedir. Yaşam memnuniyetini artırmak için çevresel faktörlerin incelendiği uzun dönem çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

7. Hastalarımızın aktivite problemleri sorgulandığında COPM'i anlamakta güçlük çektikleri görülmüştür. COPM uygulamamız sırasında hastalardan aktivite

problemlerini en doğru şekilde öğrenebilmek için stratejiler geliştirilmiştir (aktivite performans alanlarına örnekler verilmesi, eve gittiklerinde gün içinde yaptıkları aktiviteler hakkında düşünmelerinin ve zorluk yaşadıkları aktiviteleri incelemelerinin istenmesi gibi). Böylece hastalarda COPM uygulaması daha güvenilir ve kolay yapılabilmiştir. COPM'i değerlendirme aracı olarak kullanacak ergoterapistlerin bu konuda tecrübe sahibi olmak için kendilerini geliştirmeleri ve kendilerine özel stratejiler geliştirmeleri gerektiğini düşünmekteyiz.

8. Çalışmamızda COPM'i uygulamada en çok zorlandığımız hasta grubu eğitim durumu ve kültürel seviyesi düşük olan hastalar olmuştur. Bu hastaları, kendilerini değerlendirmeye ikna etmek ve müdahale planına dahil etmek çok güçlükle gerçekleşmiştir. Bu durum bize COPM uygulamasının Türk toplumunda farklı sosyokültürel çevrelerde değişik sonuçlar vereceğini ve değişik hastalıklarda araştırmalar yapılırken sosyokültürel farklılıklarında değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür.

9. Çalışmamız; RA'lı hastalarda COPM'in kişi merkezli uygulamalarda hastaların değerlendirme, hedef belirleme ve müdahale süreçlerinin her aşamasına katılmasını sağlayan, kontrolü terapistten hastaya doğru aktaran çok yararlı ve gerekli bir ölçüm yöntemi olduğunu anlamamızı sağlamıştır.

10. Çalışmamız sonucunda kişi merkezli ergoterapi uygulanan hastalarımızın aktivite performansları ve memnuniyetleri artmıştır. Hastaların daha önce yapamadıkları onlar için önemli aktiviteleri daha rahat yapmaya başladıkları görülmüştür. Tedavinin ilerleyen dönemlerinde hastalarımız artık kendi aktivite problemlerini kendileri tanımlamışlar ve bunlara uygun çözümler geliştirerek bu konuda rehberlik almak istemişlerdir.

11. Romatoid artiritli hastalarda; bazı aktiviteleri bu performans alanlarına yerleştirmek mümkün olmamıştır. Bazı hastalar için bir aktivite boş zaman aktivitesi iken diğer hasta için iş aktivitesi olabileceği fark edilmiştir. Aktivite problemlerinin kategorilendirilmesinin hastalar tarafından yapılması gerektiği düşünülmüştür.

12. Kendine bakım aktivitelerinde hastalar en çok poşet taşıma, yürüme ve merdiven çıkma aktivitelerinde zorlandıklarını ifade etmişlerdir. İş ve üretici aktiviteler performans alanında hastaların en çok zorlandığı aktivitelerin temizlik, kavanoz kapağı açma ve doğrama olduğu tespit edilmiştir. Boş zaman

aktivitelerinden 'örgü örme' hastaların en çok ifade ettiği performans problemi olarak belirlenmiştir.

13. Çalışmamızda kendine bakım ve üretici aktivitelerin daha fazla önemsendiği, boş zaman aktivitelerinin ise önemsenmediği dikkat çekmektedir. Üretici aktivitelerden ise en çok ev işleriyle ilgili aktivitelerin önemsendiği dikkat çekmiştir. Boş zaman aktivitelerinin ancak alışkanlık haline gelen bir aktivite ise önemsendiği, ancak bazı dönemlerde yapılan bir aktivite ise önemsenmediği görülmüştür.

14. Çalışmamızda kişilerin önemsediği kültüre özel aktivitelerin terapist tarafından da önemsenmesinin hastanın terapiste güvenini artırdığı ve kişi merkezli katılımın arttığı fark edilmiştir.

15. Çalışmamızda eklem koruma tekniklerini özellikle el, parmak eklemlerinde ağrısı ve deformiteleri olan hastaların uygulamada daha istekli oldukları dikkat çekmektedir. Bazı hastalar ise bunları uygulamanın zaman kaybı olacağını davranış ve tekniklerini değiştirmelerinin zor olduğunu belirtmişler, bir kısmı ise bazı aktiviteleri artık yapmadıklarını ve bu duruma alıştıklarını belirtmişlerdir. Eklem koruma tekniklerini uygulama zamanının uygunluğunun kişiden kişiye değiştiğini görülmektedir.

16. Tedavi sonrasında ergoterapi uygulanan hastaların eklem koruma tekniklerini zamanla uygulamaya başladıkları görülmüş ve sıklıkla bu sayede ağrılarının azaldığını belirttikleri dikkat çekmiştir. Böylelikle onlar için önemli olan aktiviteleri daha rahatlıkla gerçekleştirdikleri görülmüştür.

17. COPM ile aktivite performans problemleri belirlenerek uygulanan kişi merkezli yaklaşımlar eklem koruma ve enerji tasarrufu tekniklerinin kişiye özel olmasını sağlamaktadır. Bu durum bize eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri eğitim programlarının kişi merkezli yaklaşımla birlikte uygulandığında hastalara daha fazla yarar sağlayabileceği düşündürmektedir.

18. Ülkemizde romatoid artiritli hastalar ağrı ve fonksiyonel kısıtlılıklarının azaltılması için daha geç dönemlerde fizik tedaviye yönlendirilmektedir. Fizyoterapide ise çoğunlukla ağrının azaltılması ve egzersiz eğitimi üzerine yoğunlaşılırken, eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri ihmal edilmektedir. Ülkemizde bu hasta grubunda eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri

programlarının eksikliği saptanmıştır. Asıl işi aktiviteler üzerine odaklanmak olan ergoterapi üzerine uzmanlaşmış terapistlere bu konuda önemli görevler düşmektedir. Özellikle eğitimsel ve davranışsal eklem koruma ve enerji tasarrufu eğitim programlarının ergoterapistler tarafından hızla geliştirilmesi, romatologlar ve fizyoterapistlerle birlikte multidisipliner çalışmalar yürütülmesi gerekmektedir.

19. Çalışmamızda hastalarımıza farklı yardımcı cihaz önerilerinde bulunulmuştur. Hastalarımızdan bir kısmı yardımcı cihaz kullanmaktansa aktiviteyi zorlanarak yapmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Kişi merkezli yaklaşım gereğince hastalarımızın yardımcı cihaz kullanımı ile ilgili kararlarına saygı gösterilmiştir. Bu hastaların aktiviteleri gerçekleştirirken kendilerine özgü pratik yöntemler geliştirdikleri tespit edilmiştir.

20. Tedavimiz sürecinde en çok zorlandığımız konu yardımcı cihazların ulaşılabilirliği olmuştur. Bu sorunun en büyük kaynağı yardımcı cihazların ülkemizde üretilmemesidir. Firmalar ise kendileri için kazanç getirmediği gerekçeleriyle bu alanda çalışmak istememektedirler. Hastaların çoğunluğu bu cihazları görmeden ve kullanmadan satın almak istememişler, bir kısmı ise maliyeti nedeniyle kullanımından vazgeçmiştir. Ülkemizdeki sağlık ve sigorta hizmetlerinin yardımcı cihaz temini ve kullanımını desteklemediği saptanmıştır.

21. Ülkemizde yardımcı cihaz teknolojisi, kullanımı ve ulaşılabilirliği üzerine gelişmelere ihtiyaç duyulmaktadır. Sadece romatizmal hastalıklarda değil fonksiyonel kısıtlılıkları olan tüm kişiler için acilen çözümler bulunmalıdır. Bu konunun Türkiye'de gelişimi ve uygulaması için asıl odak noktası aktiviteler olan ergoterapistlerin bu konudaki çalışmalara önem vermesi ve hızla uygulamaya geçilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

22. Çalışmamızda hastalarımıza; el bileği dinlenme splinti, çalışma sırasında kullanabilecekleri splint, deformite düzeltici splint önerilerinde bulunulmuştur. El bileği splintlerini kullanan hastalarımız splintlerinin el bileği ağrılarını azalttığını, böylelikle aktivitelerini daha rahat yaptıklarını vurgulamışlardır. Çalışmamız; hastalardan alınan geri bildirimler doğrultusunda dinlenme splintleri ve çalışma sırasında kullanılan el bileği splintlerinin romatoid artritli hastaların ağrılarını azaltarak günlük yaşam ve çalışma sırasındaki el aktivitelerini daha rahat yapabilmeleri konusunda yardımcı olabileceğini göstermiştir.

23. Çalışan hastaların aktivite ve katılım kısıtlılıkları COPM ile belirlenip uygun müdahalelerde (çalışma modifikasyonları, çevresel düzenlemeler, eklem koruma ve enerji tasarrufu teknikleri ve aktivite eğitimi, splint önerimi , postür ve doğru duruş eğitimi) bulunulmuştur. Çalışan hastalarımız bu müdahalelerden en çok eklem koruma, enerji tasarrufu tekniklerinin yararlarından bahsetmişlerdir.

24. Literatürde romatoid artiritli hastalarda kapsamlı ergoterapi uygulamalarının etkinliğini araştıran çok az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Çalışmamızda romatoid artiritli hastalarda kişi merkezli ergoterapinin kısa süreli etkileri değerlendirilmiştir. İleride yapılacak çalışmalarda kişi merkezli ergoterapi uygulamalarının uzun süreli etkilerinin incelenmesi gerekmektedir.

25. Ülkemizde bu hasta grubuna özel simüle edilmiş günlük yaşam aktiviteleri değerlendirme ortamları bulunmamaktadır. Eklem koruma teknikleri, yardımcı cihaz kullanımı ve günlük yaşam aktiviteleri eğitimi gibi ergoterapi uygulamalarının daha verimli gerçekleştirilmesi için kliniklerde özel alanların oluşturulması gerekmektedir.

26. Çalışmamızda kişi merkezli ergoterapi filozofisi ve kavramları göz önüne alınarak kişilerle işbirliği ve ortaklık ile çalışılmıştır. Kişi merkezli yaklaşımda güçlendirme teorisi temel alınmıştır. Hastalarımızın hepsinin tedavi başlangıcında güçlerinin çok az olduğu görülmüştür. Uygulamamızda her gün hastaların karar verme ve başa çıkmada güçlerinin daha da arttığı fark edilmiştir. Kişi merkezli yaklaşım tamamıyla uygulanabilirse kişi hedefleri doğrultusunda kararlarını kendisi verebilir duruma gelir. Bu yüzden terapistin kişi merkezli uygulamalardaki tecrübeleri önem kazanmaktadır.

27. Eğitim düzeyi düşük, ailevi desteyi az olan hastalarda olan hastalarda, iş kaygısı ve maddi problemleri olan hastalarda uygulamalarda zorluklar yaşanmıştır. Bu kişilere güç kazandırmak veya yeterli gücü kazandırmak mümkün olmamıştır.

28. Türkiye'de sağlık sistemi medikal modeller üzerine çalışmaktadır. Bu yüzden kişi merkezli yaklaşımlar kliniklerin vizyonu içinde yer almamaktadır. Aynı zamanda diğer ekip üyelerinin de (romatolog, fizyoterapist) kişi merkezli yaklaşımla ilgili herhangi bir bilgisi bulunmamaktadır. Çalışmamızda en çok zorlandığımız konu kliniğin ve ekip üyelerinin kişi merkezli yaklaşımı desteleyememeleri olmuştur.

Ülkemizde kişi merkezli uygulama örneklerinin artırılıp diğer sağlık uzmanlarına tanıtılması gerekmektedir.

29. Çalışmamızda kişi merkezli yaklaşım uygulamasının, gücün ve yönetimin terapistte olduğu ergoterapi yöntemlerinin uygulamasından çok daha zor ve yorucu olduğu görülmüştür. Çünkü kişinin kendi aktivite performans problemlerinin farkına varması ve bunlara kendi kendine çözümler bulmasını sağlayabilmek kolay değildir. Kişi merkezli yaklaşımları uygulayacak terapistlerin iletişim becerilerine ve yeterli tecrübeye sahip olmaları gerektiğini düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Mac Donald, R. and Sorby, K. (2006). Protection and Preservation: maintaining occupational independence in clients with rheumatoid arthritis. L. Ally (Ed.). Occupational Therapy Evidence in Practise for Physical Rehabilitation (s:101-128). USA: Blackwell Publishing.

2. Hammond, A. and Jeffereson, P. (2005). Rheumatoid Arthritis. A. Turner, M. Foster, S.E. Jhonson (Ed.). Occupational Therapy and Physical Dysfunction; principles, skills and practise (s:543-565). 6. basım.

3. Hammond, A. (2004).What is the role of the occupational therapist? Best practice research. Clinical Rheumatology. 18(4): 491-505.

4. T.P.M. Vilielant, V. (2007). Non-drug care for RA is the era of evidence based practised. Rheumatology. 46 (9): 1397-1404.

5. Forestier, R., André-Vert, J., Guillez, P., Coudeyre, E., Lefevre-Colau, M.M., Combe, B. ve diğ. (2009). Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines. Joint Bone Spine.76(6):691-8.

6. Dalley, J. (1999). Evaluation of clinical practice. Is a client-centred approach compatible with professional issues? Physiotherapy. 85(9): 491-497.

7. Law, M. Mills, J. (1998). Client-centred occupational therapy. In: Law, M. (Ed). Client-centred occupational therapy. Thorofare, NY; SLACK.1-18.

8. CAOT. (1991). Occupational therapy guidelines for client-centred practice. Canadian Association of Occupational Therapists, Toronto. CAOT Publications.

9. Organization of World Health. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva , Switzerland: World Health Organization.

10. Eyssen, I.C., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M., Dekker, J. (2005). The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. Clinical Rehabilitation.19(8): 888-894.

11. Lewis, J. (1998). Measuring handicap in rheumatic diseases: evaluation of the Canadian occupational performance measure. Arthritis and Rheumatism. 41(9).

12. Wressle, E., Lindstrand, J., Neher, M., Marcusson, J., Henriksson,C. (2003). The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment programme. Disability and Rehabilitation. 25(10):497-506.

13. Townsend, E. (2002). Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective, Canadian Association of Occupational Therapist. Ottawa.

14. Homuryudan, V. (2003). Romatoid Artrit, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Romatolojik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 34:19-29.

15. Kennedy, T., Mc Cabel, C., Struthers, G., Sinclair, H., Chakravaty, K., Bax, D., ve diğ. (2005). BSR guidelines on standards of care for persons, with rheumatoid arthritis. Rheumatology. 44:553–556.

16. Cordery, J. (1965). Joint Protection - A Responsibility for the Occupational Therapist. American Journal of Occupational Therapy. XIX: 285-293.

17. Clinical Guidelines Working Party of the National Association of Rheumatology Occupational Therapists. (2003). Occupational Therapy Clinical Guidelines for Rheumatology. London: College of Occupational Therapists.

18. Steultjens, E., Dekker, J. (2002). Occupational therapy for rheumatoid arthritis a systematic review. Arthritis and Rheumatism. 47(6):672-685.

19. Palmer, P., Simons, J. (1991). Joint protection: A critical review. British Journal of Occupational Therapy. 54:453-458.

20. Hammond, A., Freeman, K. (2001). One year outcomes of a randomised controlled trial of an educational–behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. Rheumatology.40:1044–1051.

21. Hammond, A., Freeman, K. (2004). The long term outcomes from a randomised controlled trial of an educational behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. Clinical Rehabilitation.18:520.

22. Tuntland, H., Kjeken, I., Nordheim, L., Falzon, L., Jamtvedt, G., Hagen, K. (2010). Cochrane review of assistive technology for rheumatoid arthritis. European Journal of Physical Rehabilitation and Medicine.46(2):261-8.

23. Mann, W. (1998).Chapter 16: Assistive technology for persons with arthritis. In Melvin, J.L., Jensen, G.(Ed.).Rheumatologic Rehabilitation Series, Volume 1: Assessment and Management. Bethesda, MD: The American Occupational Therapy Association.369–392.

24. Foster, M. (2002).Theoretical Frameworks, In: Occupational Therapy and Physical Dysfunction. (Ed.).Turner, Foster and Johnson

25. Hammond, A., Jefferson, P., Jones, N., Gallagher, J., Jones, T. (2002). Clinical applicability of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. British Journal of Occupational Therapy. 65: 405–412.

26. Egan, M., Brosseau, L., Farmer, M. (2010). Splints and orthoses for treating rheumatoid arthritis (Cochrane Review). The Cochrane Library. 4, Chichester, UK: Wiley.

27. Kjeken, I., Moller, G., Kvien, T.K. (1995).Use of commercially produced elastic wrist orthoses in chronic arthritis: a controlled study. Arthritis Care and Research.8:108–113.

28. Nordenskiold, U. (1990). Elastic wrist orthoses: reduction of pain and increase in grip force for women with rheumatoid arthritis. Arthritis Care and Research.3:158–162.

29. Janssen, M., Phiferons, J. (1990).The prevention of hand deformities with resting splints in rheumatoid arthritis patients. A randomized single blind one year follow-up study. Arthritis and Rheumatism. 33: 123-5

30. Callinan, N.J., Mathiowetz, V. (1996).Soft versus hard resting hand splints in RA: pain relief, preference, and compliance. The American Journal of Occupational Therapy.50:347–353.

31. Johnson, P.M., Carlqvist, C. (2005). Occupational therapy during the first 10 years of rheumatoid arthritis. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 12(3):128-135.

32. Creek, J. (2003). Occupational Therapy as a Complex Intervention. London: College of Occupational Therapists.

33. Hammond, A., Young, A. (2004).A randomised controlled trial of occupational therapy for people with early rheumatoid arthritis. Annals of Rheumatologic Disease. 63:23-30.

34. Steultjens, E., Dekker, J. (2005).Evidence of efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. Clinical Rehabilitataion.19:247.

35. Masiero, S., Boniolo, A. (2007). Effects of an educational behavioural joint protection program on people with moderate to severe rheumatoid arthritis. Clinical Rheumatology. 26:2043-2052.

36. Brighton, S.W., Lubbe, J.E., Van Der Merwe, C.A. (1992).The effect of a long-term exercise programme on the rheumatoid hand. British Journal of Rheumatology. 32:392–395.

37. Hoenig, H., Groth,G., Pratt, K. (1993). A randomised controlled trial of home exercise on the rheumatoid hand. British Journal of Rheumatology. 20:785–789.

38. Buljina, A.L., Taljanovic, M.S., Advic, D.M., Hunter, T.B. (1992). Physical and exercise therapy for treatment of the rheumatoid hand. Arthritis and Rheumatism (Arthritis Care and Research). 45:392–397.

39. Helewa, A., Goldsmith, C., Lee, P. (1991). Effects of occupational therapy home service on patients with rheumatoid arthritis. Lancet. 337: 1453–1456.

40. Rapoline, J., Kriscunas, A. (2006). The efectiveness of occupational therapy in restoring the functional state of hands in rheumatoid arthritis patients. Medicina (Kaunas). 42(10):823-828.

41. Macedo, A.M., Oakley S.P., Panayi G.S., Kırkham B.W. (2009). Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targetted, comprehensive occupational therapy. Arthritis Rheumatism.61(11): 1522-30

42. Latham, C.T. (2007). Occupation: Philosophy and concepts. Radomski M.V., Latham, C.T. (Ed.). Occupational Therapy for Physical Dysfunction. UK. 6. Basım.

43. American College of Rheumatology Subcommittee on RA Guidelines (2002). Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism. 46: 328–346.

44. Hammel, K.W. (2004). Dimensions of meaning in occupations of daily life. Canadian Journal of Occupational Therapy.71:296-305.

45. Law, M., Steinwender, S., Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. Canadian Journal of Occupational Therapy. 65:81-91

46. Wilcock, A.A. (1993). Biological and sociocultural aspects of occupation, health and health promotion. British Journal of Occupational Therapy.56(6):200-203

47. www.ozida.gov.tr, sınıflandırma, icf.htm.

48. Kayıhan, H., (1999). Rehabilitasyon , Tanım , Bozukluklar Özür Engel. 1. Özürlüler Şurası Çağdaş Toplum Yaşam ve Özürlüler ön Komisyonu Raporları.

49. Law, M. (2002). Participation in occupations of everyday life. American Journal of Occupational Therapy. 56(6):640-649.

50. Law, M., King, G., Rosenbaum, P., Kertoy, M., King, S., Young, N. ve diğ. (2000).The participation of children with physical disabilities. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

51. World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, disability and Health. Geneva, Switzerland.

52. Freysinger, V.J., Alessio, H. and Mehdizadeh, S. (1993). Re-examining the morale-physical health-activity relationship: A longitudinal study of time changes and danger differences. Activities, Adaptation and Aging. 17(4):25-41.

53. Csikzenmihalyi, M. (2000). Happiness, flow and economic equality. American Psychologist. 55:1163-1164.

54. Ashworth, P.D., Longmate, M.A., Morrison, P. (1992). Patient participation. Its meaning and significance in the context of caring. Journal of Advanced Nursing. 17:1430 – 1439.

55. Jewell, S.E. (1994). Patient participation: what does it mean to nurses? Journal of Advanced Nursing. 19:433-438.

56. Uhlig, T., Lillemo, S., Moe, R.H., Stamm, T., Cieza, A., Boonen, A. ve diğ. (2007). Reliabilitiy of the ICF Core Set for rheumatoid arthritis. Annals of Rheumatologic Disease. 66:1078-1084.

57. MacLaughlin Gray, J. (2001). Discussion of the ICIDH-2 in relation to occupational therapy and occupational science. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 8:19-30.

58. Ofluoglu, D., Berker, N., Güven, Z., Canbulat, N., Yılmaz., I.T., Kayhan, O. (2005). Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. Clinical Rheumatology. 24(5):490-2.

59. Kaya, T., Karatepe, A.G., Günaydın, R., Türkmen, G., Özbek,G. (2007). Romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesi: hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve sağlık durumu ile ilişkisi. Romatizma, 22:119-122.

60. Katz, P.P. (1995). The impact of rheumatoid arthritis onlife activities. Arthritis Care Research. 8: 87-109.

61. Rogers, C.R. (1939). The clinical treatment of the problem child. Boston, Houghton Mifflin.

62. Rogers, C.R. (1951).Client-centred therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston; Houghton Mifflin.

63. Law, M., Baptiste, S., Mills, J. (1995). Client-centred practice: what does it mean and does it make a difference? Canadian Journal of Occupational Therapy.62 (5):250-257.

64. Gage, M. (1995). Re-engineering of health care: Opportunity or threat for occupational therapists? Canadian Journal of Occupational Therapy. 62(4):197-207.

65. Gage, M., Polatajko, H. (1995). Naming practice: The case for the term client-driven. Canadian Journal of Occupational Therapy. 62(3):115-118.

66. Baum, C.M. and Law, M. (1997). Occupational therapy practice: Focusing on occupational performance. American Journal of Occupational Therapy:51(4):277-88.

67. Shires, G. (1993). Independence: expanding the concept for physically disabled persons. South African Journal of Occupational Therapy. Nov: 49-53.

68. Law, M., Polatajko, H., Baptiste, W. and Townsend, E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend (Ed). Enabling occupation: as occupational therapy perspective, Ottowa, Ontario, Canada: Canada Association of Occupational Therapist. 29-56.

69. The client as the expert on their lives: Moving Forward Together: Facilating Empowerment, Mental Health Congress JUNE 5, 2009 Hammell, K.W. (2009). Exploring the assumptions underpinning rehabilitation. Perspectives on disability and rehabilitation: Contesting assumptions challenge. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.

70. Hammel, K. (2006). Client-centred philosophy: exploring privilege and power. Perspectives on Disability and Rehabilitation: Contesting assumptions, challenge, practice, 147- 163.

71. Mortenson, B., Dyck, I. (2006). Power and client-centred practice: an insider exploration of occupational therapists' experiences. Canadian Journal of Occupational Therapy. 73(5):261- 271.

72. Oudshoorn, A. (2005). Power and empowerment: critical concepts in the nurse-client relationship. Contemporary Nursing. 20(1):57- 68.

73. Aujoulat, I., Hoore, W., Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? Patient Education and Counselling. 66:13-20.

74. Hammel, K. (2009). Sacred Texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. Canadian Journal of Occupational Therapy. 76(1):6- 13.

75. Moats, G. (2007). Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice. Canadian Journal of Occupational Therapy. 74(2):91-101.

76. Pollock, N. (1993). Client-centred assessment. American Journal of Occupational Therapy. 47:298-301.

77. Pollock, N., McColl, M.A. (1998). Assessment in client-centred occupational therapy. In: Law M (ed). Client-centred occupational therapy. Thorofare, NY; SLACK, 89-105.

78. Yakut,Y.,Yakut,E.,Bayar,K.,Uygur,F. Reliability and validity of the Turkish version short-form McGill pain questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. Clinical Rheumatology, 26(7): 1083-1087.

79. Küçükdeveci, A., Şahin, H., Ataman, S. (2004).Issues in cross cultural validity: example from the adaptation, reliability and validity testing of Turkish version o the Stanford Health Assessments Questionnaire. Arthritis and Rheumatism. 5(1):14-19.

80. Atamaz, F., Hepguler, S., Oncu, J. (2005).Translation and validation of the Turkish version of the arthritis impact measurement scales 2 in patients with knee osteoarthritis. Journal of Rheumatology. 32(7):1331-6.

81. Archenholtz, B., Dellhag, B. (2008).Validity and reliability of instrument Performance and Satisfaction in Activities of Daily Living (PS- ADL) and its clinical applicability to adults with rheumatoid arthritis. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 15:13-22.

82. McColl MA, Carswell A, Law M, Pollock N, Baptiste S, Polatajko H. Research on the Canadian Occupational Performance Measure: An Annotated Resource. 2006: CAOT Publications, Ottawa, ON.

83. Willer, B., Ottenbacher, K.J., Coad, M.L. (1994). The Community Integration Questionnaire: comparative examinitation. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 73:103-111.

84. Kutlay, S., Küçükdeveci, A., Dere, G., Tennant, A. (2003). Adaptation and validation of the Turkish version of the Rheumatoid Arthiritis Quality of Life Scale. Rheumatology International. 23:21-26.

85. Borman, P., Toy, G.G., Babaoglu, S., Bodur, H., Cılız, D., Allı, N. (2007). A comparative evaluation of quality of life and life satisfaction in patients with psoriatic and rheumatoid arthritis. Clinical Rheumatology. 26 (3):330-334.

86. Kjeken, I. (2004). Norwegian version of the canadian occupational performance measure in patients with hand osteoarthritis: validity, responsiveness and feasibility. Arthritis and Rheumatism. 51(5):709-715.

87. Sümbüloğlu, K, Sümbüloğlu, V. (1994). Bioistatistik. Ankara: Özdemir Yayıncılık.

88. Dubouloz, C.J., Vallerand, J., Laporte, D., Ashe, B., Hall, M. (2008). Occupational performance modification and personal change among clients receiving rehabilitation services for rheumatoid arthritis. Australian Occupational Thererapy Journal. 55(1):30-8.

89. Lati, C., Guthrie, L.C., Ward, M.M. (2010). Comparison of the construct validity and sensitivity to change of the visual analog scale and a modified rating scale as measures of patient global assessment in rheumatoid arthritis. J Rheumatology.37(4):717-22.

90. Garip,Y., Eser, F., Bodur, H. (2010). Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. Rheumatology International. Feb:1437.

91. Bruce, B., Fries, J.F. (2002). The Stanford Health Assessment Questionnaire: a Review of its History, Issues, Progress, and Documentation. Journal of Rheumatology. 30(1):167-178.

92. Krishnan, E., Tugwell, P., Fries, J.F. (2004). Percentile Benchmarks in Patients with Rheumatoid Arthritis: Health Assessment Questionnaire as a Quality Indicator (QI). Arthritis Research and Therapy. 6: 505-513.

93. Hammond, A. (1996). Functional and health assessments used in rheumatology occupational therapy; a review and United Kingdom survey. British Journal of Occupational Therapy. 59:254-259.

94. Sokka, T., Krishnan, E., Hakkinen, A. and Hannonen, P. Functional disability in rheumatoid arthritis patients compared with a community population in Finland. Arthritis and Rheumatism. 48(1): 59-63.

95. Ripat, J., Etcheverry, E., Cooper, J., Tate, R.B. (2001). A Comparison of the Canadian Occupational Performance Measure and the Health Assessment Questionairre. Canadian Journal of Occupational Therapy,68(4):247-253.

96. Willer, B., Ottenbacher, K.J., Coad, M.L. (1994). The Community Integration Questionnaire: A comparative examination. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 73: 103–111.

97. Sander, A.M., Fuchs, K.L., High,W.M., Hall, K.M., Kreutzer, J.S., Rosenthal, M. (1999). The Community Integration Questionnaire revisited:An assessment of factor structure and validity. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 80: 1303-1308.

98. Poole, J.L., Cordova, J.S., Sibbitt, W.L., Skipper, B. (2010). Quality of Life in American Indian Women With Arthritis or Diabetes. American Journal of Occupational Therapy. 64(3) :496-505

99. Archenholtz, B., Burckhardt, C., Segesten, K. (1999). Quality of life of women with systemic lupus erythematosus or rheumatoid arthritis: Domains of importance and dissatisfaction. Quality of Life Research. 8:411-416.

100. Baum, C. (1998). Client-centred practice in a changing health care system In: Law M (ed.) Client-centred occupational therapy. Thorofare, NY; SLACK, 29-45.

101. Carpenter,L.,Baker,G.A.,Tyldesley,B. (2001).The use of the Canadian Occupational PerformanceMeasure as an outcome in a pain management program.Can J Occup Ther 68:16-22.

102. Chen, Y.H., Rodger, S., Polatajko, H. (2002). Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehablitation in Taiwan. Occuppational Therrapy International. 9:167-184.

103. Cusick, A., Lannin, N.A., Lowe, K. (2007). Adapting the Canadian Occupational Performance Measure for use in a paediatric clinical trial. Disability and Rehabilitation. 29:761-766.

104. Cup, E.H., Scholte, O.P., Reimer, W.J., Thijssen, M.A., Van Kuyk-Minis, M.A. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. Clinical Rehabilitation.17:402-409.

105. Kjeken, I., Dagfinrud, H.,Uhlig,T., Mowinckel, P.,Kvien,T.K., Finset, A. (2005 Aug) Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. Rheumatol,32(8):1503-9.

106. Bumin, G., Zarif, M.H., Kayıhan, H. (2007). Construct validity of canadian of Canadian Occupational Measure in children with developmental disorders in Turkey. European Journal of Pediatric Neurology.11(1):47.

107. Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, M.A., Carswell, A., Baptiste, S. (1994). Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: Clinical and measurement issues. Canadian Journal of Occupational Therapy. 61(4): 191-197.

108. Dedding, C., Cardol, M., Eysen, I.C., Dekker, J., Belen, A. (2004). Validity of The Canadian Occupational Performance Measure: a client centred outcome measurement. Clinical Rehabilitation. 18(6):660-667.

109. Hammel, K.W. (2009). Self-care, productivity and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational 'categories'. Canadian Journal of Occupational Therapy. 47(3):217-222.

110. Freeman, K., Hammond, A., Lincoln, N.B. (2002). Use of cognitive behavioural arthritis education programmes in newly diagnosed rheumatoid arthritis. Clinical Rehabilitation,16: 828–836.

111. Kraaimaat, F.W., Brons, M.R., Geenen, R., Biljsma, J.W.J. (1995). The effect of a cognitive behaviour therapy in patients with rheumatoid arthritis. Behaviour Research and Therapy. 33: 487–495.

112. Cordery, J., Rocchi, M. (1998). Joint protection and fatigue management. In Melvin JL & Jensen G (Ed.) Rheumatologic Rehabilitation Series: Assessment and Management. Bethesda, MD: The American Occupational Therapy Association. 1:279–322.

113. Warsi, A., La Valley, M.P., Wang, P.S., Avorn, J., Solomon, D.H. (2003). Arthritis Self-Management Education Programs, a Meta-Analysis of the Effect on Pain and Disability. Arthritis and Rheumatism. 48(8):2207 – 2213.

114. Rogers, J.C., Holm, M.B. (1992). Assistive technology device use in patients with rheumatic disease-a literature-review. American Journal of Ocupational Therapy.46:120-7

115. Hammond, A. (1994). Joint protection behavior in patients with rheumatoid arthritis following an education program: a pilot study.Arthritis Care Research. 7:5-9.

116. Thyberg, I., Hass,UAM., Nordenskiold, U, Skogh, T. (2004). Survey of the use and effect of assistive devices in patients with early rheumatoid arthritis: a two-year follow-up of women and men.Arthritis and Rheumatism. 51:413-21.

117. Mann, W.C., Hurren, D., Tomita, M. (1995). Assistive devices used by homebased elderly persons with arthritis. American Journal of Ocuppational Therapy. 49:810-20.

118. Rogers,J.C.,Holm,M.B.,Perkins,L. (2002). Trajectory of assistive device usage and user and non-user characteristics: long handled bath sponge. Arthritis Care and Research,47:645–650.

119. Palmer, P., Simons, . (1991). Joint Protection: A Critical review. British Journal of Occupational Therapy. 54(12):453-458.

120. Sipham, I., Pitout, S.J.S. (2003). Rheumatoid Arthritis:Hand Function,Activities of Daily Living, Grip Strength and Essential Assistive Devices.Curationis. 26(3):98-106.

121. Nordenskiold, U., Grimby, G., Dahlin-Ivanoff, S. (1998). Questionnaire to evaluate the effects of assistive devices and altered working methods in women with arthritis.Clinical Rheumatology. 19: 6–16.

122. Harrell, P.B. (2001). Splinting of the hand. In Robbins L, Burckhardt CS, Hannan MT & DeHoratius RJ (Ed.) Clinical Care in the Rheumatic Diseases, Second edn. Atlanta, GA: Association of Rheumatology Health Professionals. American College of Rheumatology. 191–196.

123. Egan, M., Brosseau, L., Farmer, M. (2003). Splints and orthoses for treating rheumatoid arthritis (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 4, Chichester, UK: Wiley.

124. Veehof, M.M., Taal, E., Willems, M.J. (2008). Determinants of use of wrist working splints in rheumatoid arthritis. Arthritis Care and Research. 59(4):531-536.

125. De Buck, P.D.M., Schoones, J.W., Allaire, S.H., Vlieland, V. T.P.M. (2002).Vocational rehabilitation in patients with chronic rheumatic diseases: a systematic review. Seminars in Arthritis and Rheumatism. 32: 196–203.

126. Wikstrom, I. (2001). Leisure activities in rheumatoid arthritis: change after disease onset and associated factors. British Journal of Occupational Therapy.64:87-92.

127. Sumsion, T. (1999). Implementation issues.Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation. Edinburgh; Churchill Livingstone.27-37.

128. Parker, D.M. (1999). Implementing client-centred practice.In: Sumsion T. (Ed). Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation. Edinburgh; Churchill Livingstone. 39-50.

129. Toomey, M., Nicholson, D., Carswell, A. (1995). The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure. Canadian Journal of Occupational Therapy.62(5): 242-249.

130. CAOT. (1997). Enabling occupation: An occupational therapy perspective. Canadian Association of Occupational Therapists, Toronto, ON; CAOT Publications.

131. Hobson, S.J.G. (1999). Using a client-centred approach with elderly people. In: Sumsion T (Ed). Client-centred practice in occupational therapy.A guide to implementation. Edinburgh; Churchill Livingstone.61-74.

132. Waters, D. (1995). Recovering from a depressive episode using the Canadian Occupational Performance Measure. Canadian Journal of Occupational Therapy,62(5): 278-282.

133. Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S., Law, M. (2001). Implementing client-centred practice: Why is it so difficult to do? Canadian Journal of Occupational Therapy. 68(2):70-79.

134. Northen, J.G., Rust, D.M., Nelson, C.E., Watts, J.H. (1995). Involvement of adult rehabilitation patients in setting occupational therapy goals.American Journal of Occupational Therapy,49(3): 214-220.

135. Neistadt, M. (1995). Methods of assessing clients' priorities: A survey of adult physical dysfunction settings. American Journal of Occupational Therapy. 49(5): 428-436.

136. Sumsion, T., Smyth, G. (2000). Barriers to client-centredness and their resolution. Canadian Journal of Occupational Therapy.67: 15-21.