

T.C
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE ÖZBAKIM
DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİĞİ

BERNA CAFER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

DANIŞMAN

PROF. DR. YASEMİN TOKEM

İKİNCİ DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ FİLİZ ÖZEL

İZMİR-2018

T.C
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE ÖZBAKIM
DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİĞİ

BERNA CAFER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

DANIŞMAN

PROF. DR. YASEMİN TOKEM

İKİNCİ DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ FİLİZ ÖZEL

İZMİR-2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;


İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik (İç Hastalıkları Hemşireliği) Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 15 /03 /2018

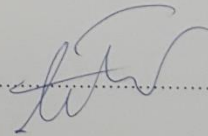
Tez Danışmanı : Prof.Dr.Yasemin TOKEM

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 

Üye : Prof.Dr.Servet AKAR

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi 

Üye : Doç.Dr.Esra OKSEL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 

ONAY : Bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Ahmet KOYU
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Araştırmam ve yüksek lisans süresince katkılarını ve tüm manevi desteğini her zaman hissettiğim sevgili hocam ve danışmanım Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve Hemşirelik Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Yasemin TOKEM'e,

Araştırmamın her döneminde deneyimlerinden faydalandığım, her türlü bilgi ve yardımlarını esirgemeyen ikinci danışmanım Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Filiz ÖZEL'e,

Lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca deneyimlerinden ve bilgilerini benimle paylaşan İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL'a,

Araştırma boyunca değerli maddi ve manevi katkıları için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı ve Eğitim Sorumlusu Sayın Prof. Dr. Servet AKAR'a

Meslek eğitimim boyunca her zaman maddi ve manevi desteğini gördüğüm sevgili hocam Sayın Öğr. Gör. Fatma İLTUŞ'a,

Her zaman yanımda olan, beni yıldırdığım ve yorulduğum zamanlarda elimden tutan, destekleyen babam Uzm. Dr. Erol Cafer, annem Hürü Cafer ve kız kardeşim Eliz Cafer'e,

Tez veri toplama aşamasında tüm yardımları için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniği çalışanları Hemşire Nazmiye BAŞ TOMAŞ, Hemşire Filiz KOÇ, Figen BAŞ ve hekimlerine,

Hayatımın şekillendiği, ilk öğrencisi olduğum üniversite yaşamının bana en büyük hediyesi canım arkadaşım Çisem Çetin'e ve yardımını esirgemeyen tüm arkadaşlarıma,

Teşekkür ediyorum. İyi ki Varsınız.

Berna CAFER, İzmir, 2018

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLOLAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Hipotezler.....	3
1.4. Araştırmanın Önemi.....	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
BÖLÜM II	
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Romatid Artrit Tanımı	5
2.2. Romatoid Artrit Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Romatoid Artrit' in Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	7
2.4. Romatoid Artrit' in Patofizyolojisi.....	8
2.5. Romatoid Artrit' in Belirti ve Bulguları	11
2.6. Romatoid Artrit' in Tanısı	14
2.7. Romatoid Artrit' in Tedavisi	19
2.7.1. Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar (NSAİİ).....	19
2.7.2. Kortikosteroidler.....	20
2.7.3. Hastalığı Modifiye Edici İlaçlar (DMARD'LAR)	21
2.7.4. Non- Farmakolojik Tedaviler	24

2.8. Romatoid Artritte Hemşirelik Bakımı	26
2.9. Özbakım.....	33
BÖLÜM III	
GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	36
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	36
3.4. Araştırmaya Dâhil Olma/Olmama Kriterleri	37
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.6. Veri Toplama Araçları	37
3.6.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1).....	37
3.6.2. Self-Care Behaviour Scale (SCBS)- Özbakım Davranışları Ölçeği (EK-2) .	38
3.6.3. Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) - Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi (EK-3).....	38
3.7. Kullanılan Yöntemler	39
3.7.1. Ölçeğin Dil Geçerliği Çalışmaları.....	39
3.7.2. Ölçeğin İçerik (Kapsam) Geçerliği Çalışmaları	39
3.7.3. Ölçeğin Güvenirlik Çalışmaları	40
3.8. Veri Toplama Süreci.....	42
3.9. Süre Ve Olanaklar	43
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....	44
3.11. Araştırma Etiği.....	44
BÖLÜM IV	
BULGULAR	45
4.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalara Ait Çalışmalar	45
4.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Güvenirlik Ve Geçerlik Analizlerine Ait Bulgular	46

4.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Güvenirlik Analizleri.....	47
4.2.1.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi	49
4.2.1.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin İç Tutarlılık Analizleri.....	50
4.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin” Geçerlilik Analizleri	54
4.3.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi	54
4.3.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin” Yapı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi	54
4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	56
4.4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	56
4.4.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Değişkenleri Arasındaki İlişki	66
BÖLÜM V	
TARTIŞMA	80
5.1. Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların Değerlendirilmesi	80
5.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Geçerlilik Ve Güvenirlik Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi	80
5.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Güvenirlik Analizlerinin Değerlendirilmesi	81
5.2.1.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”ne Verilen Yanıtların Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	81
5.2.1.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi	81
5.2.1.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin İç Tutarlılık Analizlerinin Değerlendirilmesi	82
5.2.1.3.1. Madde Analizlerinin Değerlendirilmesi.....	82
5.2.1.3.2. Cronbach Alpha Katsayılarının Değerlendirilmesi	82
5.2.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Geçerlilik Analizlerinin Değerlendirilmesi	84

5.2.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Yapı-Kavram Geçerliliğinin Değerlendirilmesi	84
5.2.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Toplam Puan Dağılımını Değerlendirilmesi	85
5.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Toplam Puan Ortalamaları İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	86
BÖLÜM VI	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
6.1. SONUÇ.....	90
6.2. ÖNERİLER	92
BÖLÜM VII	
ÖZET.....	93
CHAPTER VII	
ABSTRACT	95
KAYNAKLAR	97
EKLER	
EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu	110
EK-2 Özbakım Davranışları Ölçeği	112
EK-3 Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi	114
EK-4 Self Care Behaviour Scale	116
EK-5 Özbakım Davranışları Ölçeği Araştırma Kullanım İzni	118
EK-6 Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi İzni	119
EK-7 Etik Kurul İzni	120
EK-8 Kurum İzin Belgesi	121
EK-9 Çalışmaya Katılım Onam Belgesi.....	123
EK-10 Romatoid Ve Yaşam Broşürü	126
Özgeçmiş	127

KISALTMALAR DİZİNİ

SCBC: Self-Care Behaviour Scale

ÖBDÖ: Özbakım Davranışları Ölçeği

RA: Romatoid Artrit

ANTI-CCP: Anti-Siklik Sitrülinat Peptitler

TNF-A: Tümör Nekroz Alfa

MKF: Metakarpofalangeal

MTF: Metatarsofalangeal

PIF: Proksimal İnterfalangeal

RF: Romatoid Faktör

ACR: American College Of Rheumatology

EULAR: European League Against Rheumatism

ARA: American Rheumatism Association

NSAİİ: Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar

DMARD: Disease-Modifying Antirheumatics Drugs

MTX: Metotreksat

MDHAQ: Multidimensional Health Assesment Questionnaire

TAT: Tamamlayıcı Alternatif Tedaviler

HAQ: Health Assesment Questionnaire

MWU: Mann Whitney U

SS: Standart Sapma

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1: Romatoid Artrit Patofizyolojisi.....	10
Tablo 2: Eklem Dışı Tutulumlar.....	14
Tablo 3: Romatoid Artrit American College of Rheumatology (ACR) / European League Against Rheumatism (EULAR) 2010 Sınıflandırma Kriterleri.....	16
Tablo4: Romatoid Artrit Sınıflama Kriterleri Açıklamaları.....	17
Tablo 5: American Rheumatism Association Fonksiyonel Sınıflandırma Sistemi...18	
Tablo6: DMARD Sınıflandırılması.....	21
Tablo 7: American College of Rheumatology (ACR) Düzeltme Veya Yanıt Kriterleri.....	22
Tablo 8: European League Against Rheumatism (EULAR) Biyolojik Ajan Kullanım Önerileri.....	23
Tablo 9: Ölçeğin Güvenirlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler.....	41
Tablo 10: Ölçeğin Geçerlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler.....	41
Tablo 11: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri.....	47
Tablo 12: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nden Aldığı Toplam Puanların Değerlendirilmesi	48
Tablo 13: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları.....	49

Tablo 14: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları.....	50
Tablo 15: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Ters Puanlama Sonrası Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları.....	51
Tablo 16: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Toplam Puan Korelasyonları.....	52
Tablo 17: “Özbakım Davranışları Ölçeği” Yarı Test Güvenirlik Analizleri Sonuçları.....	53
Tablo 18: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Faktör Analiz Sonuçları.....	55
Tablo 19: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	56
Tablo 20: Çalışmaya Katılan Hastaların Hastalık ve Tedavi Süresi.....	59
Tablo 21: Çalışmaya Katılan Bireylerin Hastalık Hakkında Eğitim Alma Yakınları İle Paylaşma Ve Eklem Şekil Bozuklukları Durumu.....	60
Tablo 22: Çalışmaya Katılan Hastaların Başka Hastalık Varlığına Göre Dağılımı....	61
Tablo 23: Hastaların İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımı.....	62
Tablo 24: Çalışmaya Katılan Hastaların Sabah Tutukluk Durumu.....	62
Tablo 25: Hastaların Sabah Tutukluğu Süresi.....	63
Tablo 26: Çalışmaya Katılan Hastaların Son Bir Hafta İçindeki Ağrı Değerleri.....	63
Tablo 27: Hastaların Son Bir İçinde Yaşadıkları Yorgunluk Değerleri.....	63
Tablo 28: Çalışmaya Katılan Bireylerin İyilik Haline İlişkin Bulgularının Dağılımı.....	64
Tablo 29: Çalışmaya Katılan Bireylerin Genel İyilik Haline İlişkin Puan Ortalamasının Dağılımı.....	64
Tablo 30: Hastaların Çalışma Durumları.....	65

Tablo 31: Hastaların Meslek Durumları.....	65
Tablo 32: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	66
Tablo 33: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Bireylerde Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	67
Tablo 34: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Medeni Durum Göre Dağılımı.....	68
Tablo 35: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadığı Yere Göre Dağılımı.....	69
Tablo 36: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	70
Tablo 37: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Mesleklerine Göre Dağılımı.....	71
Tablo 38: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	72
Tablo 39: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Aile Durumuna Göre Dağılımı.....	72
Tablo 40: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Çocuk Varlığına Göre Dağılımı.....	73
Tablo 41: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Aileden Bakım Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	73
Tablo 42: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Ek Hastalık Varlığına Göre Dağılımı.....	74
Tablo 43: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Süresine Göre Dağılımı.....	74

Tablo 44: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Tedavi Süresine Göre Dağılımı.....	75
Tablo 45: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalıkları Hakkında Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	75
Tablo 46: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalıkları Hakkında Yakınları ile Paylaşma Durumuna Göre Dağılımı.....	76
Tablo 47: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Eklemlerinde Şekil Bozukluğu Durumuna Göre Dağılımı.....	76
Tablo 48: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Çok Boyutlu Hastalık Değerlendirme Anketine Göre Dağılımı.....	77
Tablo 49: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Ağrı Düzeylerine Göre Dağılımı.....	77
Tablo 50: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Sabah Tutukluk Durumuna Göre Dağılımı.....	78
Tablo 51: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Sabah Tutukluk Süresine Göre Dağılımı.....	78
Tablo 52: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Yorgunluk Skoruna Göre Dağılımı.....	79
Tablo 53: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.....	79

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Resim 1: Romatoid Artritte Görülen El Deviyasyonları11



BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

Romatoid artrit, (RA) nedeni bilinmeyen, kronik seyir izleyen, birden fazla eklemi ve sistemi etkileyen otoimmün inflamatuvar bir romatizmal hastalıktır (1).

Romatoid artrit tedavisinin amacı; hastanın remisyonu sağlamak, ağrıyı azaltmak, komplikasyonları ve yan etkileri engellemek, bireyin günlük yaşam aktiviteleri yerine getirebilecek duruma getirmek, semptom yönetimi ve kötü prognozu önlemektir (2).

Romatoid artrit sadece eklemlerde hasara sebep olan bir hastalık değildir. Romatoid artrit, başka organlarda da hasara sebep olacak bir takım mekanizmaya sahiptir. Romatoid artrit bireylerde ağrı, eklemlerde şişlik, işlev kaybı ve fonksiyon kaybına sebep olabilmektedir. Romatoid artrit fiziksel sağlığın yanında, psikolojik ve sosyal fonksiyonları etkileyebilen uzun süreli bir hastalıktır (3). Bu yüzden hem medikal tedavi hem de sosyal desteği içeren bir tedavi planı kapsamaktadır. Romatoid artrit hastaları, ağrı, eklemlerde şişlik, günlük ve meslek hayatlarını devam ettirememeye gibi sorunlar ile karşı karşıyadır. Ek olarak aldıkları medikal tedavilerin de yan etkileri ile de baş etmeleri gerekmektedir. Bu yan etkiler tüberküloz, Non-Hodking Lenfoma gibi önemli yan etkiler yanında, pnömoni gibi solunum sistemi enfeksiyonları, dermatolojik problemler, bulantı kusma gibi gastrointestinal sistemi sorunları şeklinde sıralanabilir. Bu yan etkiler bireylerin tedaviyi yarıda bırakmalarına ve hatta tedaviyi reddetmelerine neden olmaktadır (4).

Romatoid artrit; farklı oranlarda olmakla birlikte tüm ırklarda görülmektedir. Ülkemizde farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda da farklı sonuçlar edinilmiştir.

Dünya prevalansı % 0,8 olarak (% 0,2-2,1) saptanmıştır (5). 2013 yılı Sağlık İstatistiklerine göre romatoid artrit; 15 yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşadıklarını belirtenlerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılım verilerine göre erkeklerde % 5,3 kadınlarda 12,7 toplamda ise % 9,1 bulunmuştur (6).

Romatoid artrit tedavisi; semptom yönetimi, sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim ve özbakım sürecini kapsayan uzun bir süreçtir. Hastalar için tedavi sürecinde önemli olan bireyin tedaviye uyum göstermesidir. Çünkü birey tanıyı aldıktan sonra sürekli bir ilaç kullanmak durumunda kalacaktır. Bunun yanı sıra meslek ve günlük yaşamındaki değişimlere de ayak uydurmak durumundadır. Uyum, medikal tedavinin yanı sıra sosyal destek ve tanımlayıcı tedavileri de içermektedir. Bireyin tüm bu faktörlere tam anlamıyla uyum göstermesini beklemek doğru değildir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik hastalığı olan bireylerin uyumsuzluk düzeylerinin önemli bir sorun olduğunu kabul etmiş, uzun dönem tedavi alan, kronik hastalığı olan bireylerin uyum düzeylerinin gelişmekte olan ülkelerde % 50'den daha düşük olduğunu bildirmiştir (7).

Özbakım kısaca, yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen tüm etkinlikler' şeklinde tanımlanmakla birlikte hemşirelik kuramcısı Orem 'e göre özbakım; ' bireyin, sürekli yaptığı, sağlık profesyonelleri tarafından kontrol altında olan, uygun ve amaçlı davranışların kendi kendine yaptığı etkinlikler olarak belirtilmiştir (8, 9). Özbakım davranışları ise bireyin kendisi ve hastalığı için yaptığı tüm aktiviteleri olarak tanımlanmaktadır.

Romatoid artritte özbakım; ilaç tedavileri uygulayabilme, yan etkileri tanıyabilme/ yönetebilme, acil durumları bilme ve yönetebilme, hekim kontrollerine gitme, günlük aktiviteleri ve meslek yaşamını bağımsız olarak yapabilme, bireyin kendisine uygun olarak ortak kararlaştırılan spor aktivitesini yapabilme, beslenme önerilerine uymak sayılabilir.

Romatoid artrit kronik, uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren, yan etkileri olan ve bireyin günlük yaşamını kısıtlayan bir hastalık olup, özbakım yetersizliğine neden olabilir. Bu hastaların özbakım davranışların uygun ve etkin bir şekilde uygulanması hastayı olumlu etkileyebilir. Özbakım davranışlarını yerine getirmek; hastanın

sorumluluğu olmakla birlikte; bunun etkin bir şekilde yerine getirilmesine destek olunması sağlık profesyonellerinin sorumluluğundadır. Bu nedenle romatoid artrit bireylerin özbakım davranışlarını ne kadar ve ne düzeyde yerine getirebildiğinin tanılanması ve gerekli durumlarda özbakım davranışlarının desteklenmesi önem taşımaktadır. Literatür incelendiğinde özellikle romatoid artritli hastaların özbakım ve günlük yaşam gereksinimlerini ne kadarını yerine getirebildiklerine dair veriler yetersizdir (10). Bunun için gerekli olan özbakım davranışlarını değerlendirecek ölçeklerin geliştirilmesi ve hastalarda kullanılması önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Özbakım Davranışları Ölçeği (ÖBDÖ)/Self-Care Behaviour Scale (SCBC)'nin Türk romatoid artritli hasta popülasyonunda özbakım davranışlarını ne düzeyde yerine getirdiklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığının sınanmasıdır.

1.3. Hipotezler

H1: Özbakım Davranışları Ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyini ölçmede geçerli bir araçtır.

H2: Özbakım Davranışları Ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını gerçekleştirme düzeyini ölçmede güvenilir bir araçtır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Romatoid artrit tedavisinde birden fazla ilaç seçeneği, hastanın tedaviye cevabı ve hastanın bu tedaviye uyumu içeren bir çerçeveye sahiptir. Medikal tedavi önemli bir yer tutmakla birlikte, tek başına yeterli değildir. Özellikle hastanın tedavisine katılımını sağlamak remisyona uzun süreli sağlanmasında etkilidir. Bireyin günlük ve meslek yaşamı özbakım davranışlarının kazandırılması ile ilgilidir. Bu

davranışların kazandırılması ve gerekli eğitimin verilmesi hastalığın ve ilaçların istenmeyen etkilerinin azaltılmasında yardımcı olur.

Romatoid artrit dışında birçok kronik hastalık üzerine özbakım davranışları ölçekleri oluşturulmuş ve hastalar üzerinde test edilmiştir. Romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını ne düzeyde yerine getirdiklerini saptamak için ölçek geliştirmek, geliştirilen ölçekleri ülkemizde kullanılabilir hale getirmek ve hastalarda uygulamak gerekmektedir. Romatoid artrit üzerine bu çalışmayla birlikte bu alandaki boşluğun doldurulması amaçlanmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tez merkezli oluşu ve süre kısıtlılığı olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Romatid Artrit Tanımı

Romatoid artrit, (RA) nedeni bilinmeyen, kronik seyir izleyen, birden fazla eklemi ve sistemi etkileyen otoimmün inflamatuvar romatizmal hastalıktır (1).

Romatoid artrit sadece eklemlerde hasara sebep olan bir hastalık değildir. Romatoid artrit, başka organlarda da hasara sebep olacak bir takım mekanizmaya sahiptir. Romatoid artritli bireylerde ağrı, eklemlerde şişlik, işlev ve fonksiyon kaybına sebep olabilmektedir. Romatoid artrit fiziksel sağlığın yanında, psikolojik ve sosyal fonksiyonları etkileyebilen uzun süreli bir hastalıktır (3). Bu yüzden hem medikal tedavi hem de sosyal desteği içeren bir tedavi kapsamaktadır.

2.2. Romatoid Artrit Epidemiyolojisi

Romatoid artrit; farklı oranlarda olmakla birlikte tüm ırklarda görülmektedir. Ülkemizde farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda da farklı sonuçlar edinilmiştir. Dünya prevalansı % 0,8 olarak (% 0,2-% 2,1) saptanmıştır (5).

Dünya prevalansı incelendiğinde İtalya' da yapılan bir çalışmada prevalans oranları "Aktif romatoid artrit, remisyondaki romatoid artrit ve doğrulanmış romatoid artrit" olmak üzere 3 prevalans tespit edilmiştir (11). Bunlar sırasıyla % 0,32, % 0,09 ve % 0,38' dir. Diğer ülkelere bakıldığında İspanya' da % 0,5, (12) Fransa' da % 0,3- % 0,5 (13) , Yunanistan' da % 0,3- % 0,5 (14) , İngiltere' de % 0,8-% 1,1 (15) , Finlandiya ' da % 0,8 (16) ve İsveç'te % 0,5-% 0,8 (17) oranları bulunmuştur. İspanya'nın özerk bölgesi Katalonya ' da yapılan araştırmada ise standardize edilmiş

prevelans % 0,2 oranında bulunmuştur (18). Danimarka' da yapılan başka bir çalışmada toplam örnekleme göre prevelans % 0,26 bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda kadın ve yaşlılarda daha yüksek prevelans bulunduğu belirtilmiştir (19). Sırbistan' da prevelans erkeklerde % 0,16 kadınlarda % 0,51 tespit edilmiş olup standardize edildiğinde % 0.35 bulunmuştur (20). Bir çalışmada ise Aborjinlerde hiç romatoid artrit vakası görülmediği rapor edilmiştir (21).

Türkiye' de ilk prevelans çalışması İstanbul' da yapılmıştır. Ancak bu çalışma bölgesel kalmıştır. Bu çalışmadaki prevelans değeri % 0.22 bulunmuştur (22). İzmir'de yapılan çalışmada prevelans kadınlarda % 0,77 iken erkeklerde % 0,15 oranında bulunmuştur. Ancak bu değerler yaşa göre standardize edilince sonuç % 0,36 olarak belirtilmiştir (23). Antalya' da % 0,38, Karadeniz bölgesinde ise genel popülasyonda %1 olarak bulunmuştur (24, 25) . Bu çalışmada da İzmir' de yapılan çalışmaya benzer olarak kadınlardaki oran daha yüksek bulunmuştur (%1,6).

2013 yılı Sağlık İstatistiklerine göre romatoid artrit; 15 yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşadıklarını belirten kişilerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılım verilerine göre erkeklerde %5,3; kadınlarda % 12,7; toplamda ise % 9,1 bulunmuştur. 15 yaş ve üzeri bireylerde hekim tarafından hastalık/sağlık sorunlarının arasında romatoid artrit teşhisinde cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılıma bakıldığında ise erkeklerde % 4,2 kadınlarda % 11,4 toplamda ise % 7,9 oranında tespit edilmiştir (6).

Türkiye'de Malhan ve ark. (2011) yaptığı bir çalışmada; maliyet hesaplamasında toplam yıllık dolaylı maliyet romatoid artrit hastası başına 13.412 TL bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalarının toplam maliyeti 8.245.290.510 TL hesaplanmıştır. Bu rakam, ülkemiz gari safi milli hasılasının % 0,75'ini oluşturmaktadır. Bu sonuçlar hastalığın yüksek mortalite ve morbitite oranlarının yanında yüksek maliyetinin olduğunu göstermektedir (26) .

Romatoloji alanındaki uzman sayısının az olması ve buna bağlı uzmanlara geç ulaşım; tanının gecikmesine ve gereksiz sağlık harcamasına sebep olmaktadır. Aynı zamanda bireylerin hastalık yönetimi de güçleşmektedir (27).

2.3. Romatoid Artrit' in Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Romatoid artrit sebebi tam olarak bilinmemektedir. Bazı teoriler üzerinde durulmuştur. Çevresel, genetik, hormonal ve enfeksiyöz gibi değişkenlerin değişime sebep olduğu düşünülmektedir.

Genetik çerçevede ailede romatoid artrit öyküsü bulunan akrabası olanlarda romatoid artrit görülme sıklığı arttığı gözlenmiştir. Aynı zamanda ikiz olan bireylerde ikiz olmayanlara göre 4 kat fazla görülme sıklığının fazla olması yine genetik yatkınlık düşüncesini desteklemektedir (5).

Çok etkenli sinoviti başlatmak için muhtemelen genetik açıdan duyarlı konaklarda çok sayıda farklı faktörler etkileşir. Mekanizma başladığında, süreç sonunda kendi kendini sürdüreceğe hale gelir (28). Özellikle HLA DR1 ve DR4 alleleri ile romatoid artrit ilişkilendirmiştir. Türkiye' de yapılan bir çalışmada da romatoid artritli hastalar ile kontrol grubu karşılaştırıldığında romatoid artritli bireylerde bu allellerin olduğu bildirilmiştir (29).

Cinsiyete bakıldığında kadın cinsiyetinde görülme sıklığının erkeklerde görülme sıklığından 3 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Ancak kadınların gebeliklerinde remisyona girmeleri östrojenin romatoid artrit üzerine etkisini düşündürmüştü ve östrojen ve progesteron etkisi araştırılmaya başlanmıştır. Bu iki hormon T hücre aktivasyonunda Th1 yanıtı baskımlarken Th2 yanıtını destekler ve bu durum Th2 yanıtı inflamasyonun lehine olup hastalığın remisyonda seyretmesini sağladığı savunulmuştur (30). Romatoid artrit kilolu kadınlarda daha sık görüldüğü de bildirilmiştir. (31).

Romatoid artrit oluşumunda virüs ve enfeksiyonlar da suçlanmıştır. (Rubella, parvovirus 19, Escherichia Coli, sitomeglovirüs) (32). Romatoid artrit için sorumlu herhangi bir organizma tespit edilmemiştir ancak önemli bulgular, hastalığın bir enfeksiyon tarafından tetiklenebileceğini düşündürmektedir. Suçlanan virüslerden biri ise Epstein-Barr (EBV) virüsüdür. Sebebi ise benzer aleller taşımasına bağlanmıştır (33).

Romatoid artrit hastalığında tek değiştirilebilir etken, sigara kullanılmasıdır. Yapılan bir araştırmada sigara içilmesi ile oluşan seropozitiflik arasında sıkı bir ilişki saptanmıştır (34). Prognostik faktörlerini belirtilmek istendiğinde; kadın cinsiyette olma, HLA DR1 genine sahip olma, romatoid faktörün seropozitifliği ve anti-CCP (anti-siklik sitrülinat peptitler) yüksek titrede olması, sigara içme ve romatoid artrit öyküsü bulunan akrabası olma şeklinde sıralanabilir. Eklem dışı bulgular, düşük eğitim düzeyi, CD4 (+) ölçümleri kötü prognostik faktörler olarak bildirilmektedir (35).

2.4. Romatoid Artrit' in Patofizyolojisi

Romatoid artritte T lenfositleri, iki ayrı faz oluşturacak olan Th1 ve Th2 yanıtının reaksiyonundan sorumludurlar. Th1 yanıtı; inflamatuvar yanıtı oluşturacak sitokinleri salgımlarken, Th2 yanıtı ise antiinflamatuvar yanıtı destekleyen sitokin üretiminden sorumludur. Yeni geliştirilen tedaviler, Th1 yanıtı inhibe edici, Th2 hücre stimülasyonunu destekleyici niteliktedir. Ancak tedavi rejimlerinde Th2 aktivitesini artırıcı bir çalışma yoktur. Bu yüzden Th1 yanıtı üzerine çalışmalar artırılmıştır (36).

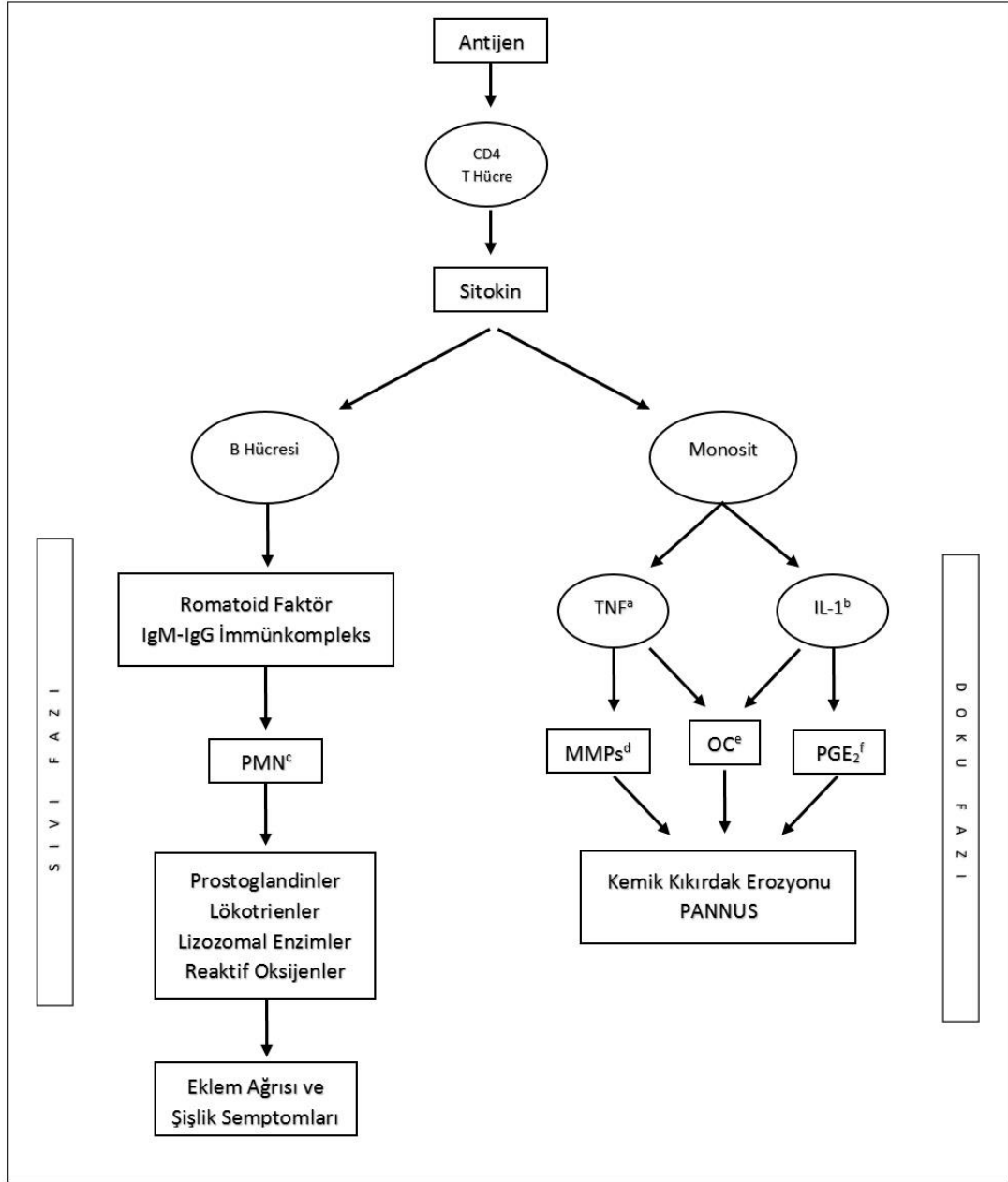
Romatoid artrit etiyolojisi bilinmeyen bir antijenin vücutta yaptığı inflamatuvar cevap ile anlatılmaya çalışılmıştır. Hastalığın etiyolojisinden birden fazla antijenin rol aldığı savunulmaktadır. T lenfositleri, makrofajlar dentritik hücreler, Tip A sinoviosit ve B lenfositleri bu antijenler ile etkileşerek inflamatuvar yanıtı başlatmak üzere aktive olurlar. Etkileşim sonrası proinflamatuvar yanıt için sitokinler salgılanır. Bu sitokinler Tümör nekroz alfa (TNF- α) interferon gama, interlökin 1b (IL 1b) şeklinde adlandırılır (37). Sitokinler eklemlerde dejenerasyona neden olurlar.

Eklem ve kemik hasarına ağrı ve şişlik eklenir. Birey meslek ve günlük yaşantısına devam etmekte zorlanır.

İlk uyarıyı oluşturan mekanizma bilinmemektedir. Mekanizma şu şekildedir.

1. T lenfostileri uyarılır, sitokinler makrofajları uyararak proinflamatuvar sitokinlerin salınımını uyarır
2. Bu mediyatörler osteoklast aktivasyonu, matriks proteinlerinin üretiminin artışı sinoviyumdaki damarlarda geçirgenlik artışına neden olur.
3. B hücrelerin uyarımı sonucu immün kompleks oluşumu başlar.
4. Aynı zamanda makrofaj aktivasyonu ile fibroblast, kondrositler ve sinoviyal hücre uyarımı ile bölgesel göç başlar.
5. İki mekanizma kemik ve eklemden yıkımı ve inflamasyon sonucu pannus oluşumuna sebep olur (Tablo 1).

Tablo 1: Romatoid Artrit Patofizyolojisi



^a Tumor Nekroz Faktör, ^b İnterlökin 1, ^c Polimorfonükleer Lökositler, ^d Metalloproteinaz, ^e Osteoklast, ^f Prostaglandin 2

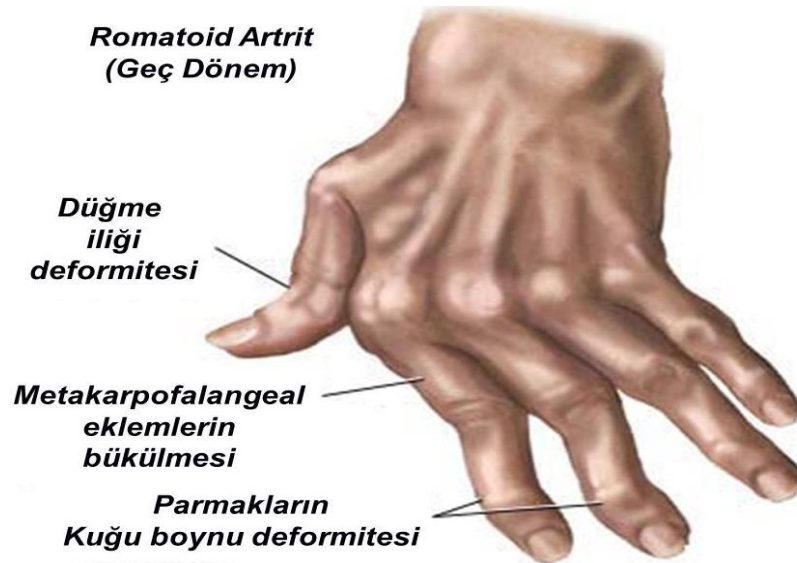
2.5. Romatoid Artrit' in Belirti ve Bulguları

Romatoid artrit'in en belirgin belirtisi, eklemlerde görülen şişliklerdir. Hastalığın belirgin enfeksiyon bulgularında ateş, halsizlik gibi belirtilere ek olarak kilo kaybı, yorgunluk da eklenmektedir (5). Laboratuvar bulgularında C-reaktif protein (CRP) de yüksek seyretmektedir.

Romatoid artrit belirgin özelliklerinden biri ve hastaların en çok şikâyet ettiği belirti sabah tutukluğudur. Sabah tutukluğu, uyku ve uzun süreli istirahat sonrası eklemlerdeki sertlik durumudur. Tutukluğun süresi bireyden bireye değişmekle beraber 30-60 dakika sürebilir (38). Tutukluklar Metakarpofalangeal (MKF), metatarsfalangeal (MTF) ve proksimal interfalangeal (PIF) eklemlerde görülür. Eklem tutulumları genellikle simetrikdir. İntervertebral eklemler nadiren etkilenir (37).

İlerleyen zamanlarda şişlikler şekil bozukluklarına ve deformitelere ve şekil bozuklukları hareket kısıtlılıklarına neden olur. Eklemlerde belirgin şişlik ve hareket sırasında hassasiyet vardır.

Resim 1: Romatoid Artritte Görülen El Deviyasyonları



(<http://slideplayer.biz.tr/slide/2860551/>)

Geç dönem romatoid artrit vakalarında veya tedavi almayan hastalarda kuğu boynu deformitesi, ulnar deviyasyon, düğme iliği deformitesi görülür (Resim 1).

Bireylerde Romatoid Faktör (RF) ve Anti siklik sitrüllenmiş peptid (Anti-CCP) pozitifliği görülmektedir. Ancak RF (-) saptanan kişilerde Anti-CCP pozitif saptandığı bildirilmiştir. Eğer RF (-) sonuçlanmış olsa bile birey eklem ağrısı şikâyeti varsa Anti-CCP araştırılması gerekliliği vurgulanmıştır (39).

Romatoid Artrit eklem dışı tutulumların da görüldüğü bir hastalıktır. Geniş bir damar ve kan yumağına sahip olan akciğerler romatoid artritlen etkilenen bölgelerdir. Özellikle intertisyel akciğer hastalığının erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (40).

En sık görülen nörolojik tutulumlar lezyon, tuzak nöropati, polinöropati, mononöropati ve periferik nöropati şeklindedir (41).

Kalp üzerine tutulumlar sık görülmekte olup en sık görülen şekli perikardittir. Buna ek olarak; miyokard ve damar tutulumları da görülmektedir (42). Araştırmalarda romatoid artrit hastalarının mortalite sebepleri arasında en fazla kardiyovasküler sorunlar ve kardiyovasküler enfeksiyonlar olduğu gösterilmiştir (43).

Diğer bir tutulum gözlerdedir. Keratokonjonktivitis sicca, sık görülür ve gözyaşının azalması ile kendini gösterir (30). Tedavisi semptomlara yöneliktir. Ayrıca romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçların da göz üzerinde etkileri vardır. Glokom ve retinopati bunlar içinde sayılabilir. Bu nedenle hastanın, tedavi başlamadan göz açısından değerlendirilmesi gereklidir (44).

El parmaklarında, özellikle geceleri rahatsız eden uyuşma, yanma, ağrı ve ileri dönemlerde motor kusur ve tenar kas atrofisi görülür (37). Periferik nöropati, eldiven-çorap bulgusu ile ayaklarda uyuşma ile kendini gösterir.

Romatoid artritte böbreklerin etkilenmesi; gelişen amiloidoz sebebiyle oluşur. Çalışmalarda amiloidoz gelişen romatoid artritli vakalar olduğu bildirilmiştir (45). Bunun yanında kullanılan ilaçların yan etkisinden kaynaklı böbrek hasarları da gösterilmiştir.

Nadir ancak hayati tehdit edici bir komplikasyon olan Felty sendromu, %1 oranında görülmektedir. Splenomegali, başlıca belirtisi olduğundan romatoid artritli bireyde göz önünde tutulması gereken belirtilerdir (46). İştahsızlık, ateş, lökopeni, deride pigmentasyon artışı ve bacak ülserleri de belirtileri olarak sayılabilir (47). Romatoid artritte karaciğer tutulumu Felty sendromuna hepatomegali ile kendini göstermekle birlikte daha çok ilaç advers etkisine bağlı olarak karaciğerde hasar görülmektedir (44).

Ayrıca tedavi başlangıcında ağrı yönetimi ve hafif semptomları yönetmek için kullanılan Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar (NSAİİ) ve glukokortikoidler osteoporoz riskinde artışa sebep olmaktadır.

Çalışmalar romatoid artrit hastalarında depresyon sıklığının fazla olduğunu belirtmişlerdir (48). Neden olarak uzun süreli tedavi gerekliliği, ağrı yaşanması, sosyal izolasyona maruz kalınması ve yaşanan olumsuzluklara karşı yaşanan anksiyetenin depresyona zemin oluşturulduğu düşünülmüştür (49). Araştırmalara göre romatoid artritli hastaların ağrı düzeyleri ile şişlik ve hassas eklem varlığının; depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (50).

Romatoid artrit eklem dışı tutulumların da görüldüğü bir hastalıktır. Tutulumlar Tablo 2' de belirtilmiştir.

Tablo 2: Eklem Dışı Tutulumlar

Tutulum Yeri	Bulgular
Deri Tutulumu	<i>Romatoid nodüller, Palmar eritem, Deri lezyonları</i>
Solunum Tutulumu	<i>Plörezi, İntertisyel Akciğer fibrozu, Bronşiyolit, Arterit, Akciğer romatizmal nodüller</i>
Dolaşım Tutulumu	<i>Perikardit, Mitral Valvülopati, İleti bozuklukları, Miyokardit, Koroner vaskülit</i>
Göz Tutulumu	<i>Keratokonjiktivitis sikka, Sklerit, Skleromalazi perforan</i>
Nörolojik Tutulumu	<i>Bası nöropatileri, Periferel nöropati</i>
Kas Tutulumu	<i>Güçsüzlük ve atrofiler</i>
Kemik Tutulumu	<i>Osteopeni</i>
Hematolojik Tutulumu	<i>Felty sendromu , anemi, lenfoma</i>
Böbrek Tutulumu	<i>Amiloidoz</i>
Diğer	<i>Psikosomatik yakınmalar</i>

Boz, M., Ülgen, E., Ergüney, M., Ünalın, N., & Pişkinpaşa, E. (2006). Romatoid Artritte Eklem Dışı Belirtiler. İstanbul Tıp Dergisi, 1, 26-31 (51).

2.6. Romatoid Artrit' in Tanısı

Tanılama için laboratuvar tetkikleri, hastanın kliniği ve muayanesine ek olarak görüntüleme yöntemleri uygulanmalıdır. Romatoid artrit hastalarında %75-85 oranında RF olarak adlandırılan otoantikör yüksek saptanmaktadır. Bu faktörün yanı sıra tanılamada Anti-CCP de kullanılmaktadır. Laboratuvar değerlerinde Anti CCP ve RF'nin duyarlılıkları benzer olmasına karşın Anti- CCP 'nin özgüllüğü RF'ye göre daha yüksektir (52).

Tanıda RF'ye göre hareket etmek doğru değildir. Sağlıklı bireylerde dahi yüksek ölçüldüğü görülmüştür. Çeşitli enfeksiyon ve karaciğer hastalıklarında da yüksek çıkabilir. Bireylerde RF ve Anti-CCP pozitifliği görülmektedir. Ancak RF (-)

saptanan kişilerde Anti-CCP pozitif saptandığı bildirilmiştir. Eğer RF (-) sonuçlanmış olsa bile birey eklem ağrısı şikayeti varsa Anti-CCP araştırılması gerekliliği vurgulanmıştır (39).

Romatoid artrit için 1987 sonrası revize edilen 2010 American Rheumatism Association (ARA) sınıflama kriterleri yayınlanmıştır. Erken tanı açısından duyarlılığın artması amaçlanmıştır (Tablo 3). Romatoid artrit sınıflanma kriterlerine ek olarak açıklamalar Tablo 4’te yer verilmiştir.



Tablo 3: Romatoid Artrit American College of Rheumatology (ACR) / European League Against Rheumatism (EULAR) 2010 Sınıflandırma Kriterleri

1. En az bir eklemden klinik olarak saptanmış kesin sinoviti (şişlik) olan ^a
2. Bu sinoviti açıklayacak başka bir hastalığın olmadığı hastalar ^b bu kriterlerin hedef popülasyonudur

Puan	A.Eklem Tutulumu ^c
0	1 büyük eklem ^d
1	2-10 büyük eklem
2	1-3 küçük eklem (eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın) ^e
3	4-10 küçük eklem (eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın)
5	>10 eklem (en az biri küçük eklem) ^f
Puan	B.Seroloji (Tanı için en az bir (+) test sonucu gereklidir) g
0	Negatif RF ve negatif ACPA
2	Düşük-pozitif RF veya düşük-pozitif ACPA
3	Yüksek-pozitif RF veya yüksek-pozitif ACPA
Puan	C.Akut Faz Reaktanları (Tanı için en az bir anormal test sonucu gereklidir) ^h
0	Normal CRP veya normal ESH
1	Anormal CRP veya anormal ESH
Puan	D.Semptom Süresi ⁱ
0	6 haftadan az
1	6 haftadan daha uzun süredir var
Toplam: ≤ 6 olmalı	
Hastaya kesin romatoid artrit tanısı konması için yukarıdaki kategorilere ait puanlamamın 6/10 ve üzeri olması gereklidir ^j	

Tablo 4: Romatoid Artrit Sınıflama Kriterleri Açıklamaları

a	Bu kriterler hastalığın yeni prezente olduğu kişilere yöneliktir. Ek olarak romatoid artrit tipik eroziv artriti olup da 2010 kriterlerini daha öncesinde dolduruyor idiyse yine romatoid artrit olarak kabul edilir. Uzun süredir hastalığı olan ancak hastalığı (tedavi alsın ya da almasın) aktif olmayan ancak mevcut kayıtlarda 2010 kriterlerini doldurduğu tespit edilen hastalar da romatoid artrit olarak kabul edilebilir.
b	Ayırıcı tanı hastadan hastaya değişiklik gösterir, yine de SLE, PsA ve Gut akılda tutulmalıdır. Ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulacak hastalıklar net değilse bir Romatolog'dan konsültasyon istenmelidir.
c	Eklem tutulumu ile ifade edilen durum muayene sırasında herhangi bir eklemden şişlik ya da hassasiyetin varlığıdır. Bu durum görüntüleme teknikleri ile sinovite ait kanıt varlığı ile de sağlanabilir. DİF, 1. Karpometakarpal ve 1. MTF eklem değerlendirme dışı tutulur. Eklem dağılımı tutulan eklemlerin lokalizasyon ve sayısına göre kategorize edilir. Eklem tutulum paterni mümkün olan en üst kategoride ele alınmalıdır.
d	Büyük Eklemler: Omuz, Dirsek, Kalça, Diz, Ayak Bileği
e	Küçük Eklemler: MKF (Metakarpofalangeal), PİF (Proksimalinterfalangeal), 2.3.4.5. MTF (Metatarsofalangeal), Başparmak İF (İnterfalangeal) ve El Bileği
f	Bu kategoride tutulan eklemlerden en az biri küçük eklem olmalıdır. Diğer eklemler temporomandibuler, akromiyoklaviküler, sternoklaviküler gibi herhangi bir yerde spesifik olarak listelenmeyen diğer eklemlerle dâhil büyük, ilave küçük eklemlerin herhangi bir kombinasyonu
g	Negatif Sonuç: Belirlenen aralığın üst limitinin altında bir değere sahip olmasıdır. Düşük Pozitif Sonuç: Normalin üst limitinden fazla ancak üst limitin 3 katından küçük değere sahip olmasıdır. Yüksek Pozitif Sonuç: Normalin üst limitinin 3 katından büyük değere sahip olmasıdır. Eğer laboratuvar RF'yi kantite edemiyor da sadece (+) veya (-) olarak bildiriyorsa düşük pozitif sonuç olarak değerlendirilmelidir. *ACPA: ANTI Sitrülenmiş Protein Antikoru
h	Normal veya anormal değerler laboratuvarın referans değerleri baz alınarak tespit edilir. CRP: C Reaktif Protein. ESH: Eritrosit Sedimantasyon Hızı
i	Semptom Süresi: Muayene sırasında etkilendiği tespit edilen eklemlerdeki sinovite ait ağrı, şişlik, hassasiyet gibi sinovit semptomlarının hasta tarafından bildirilen süresidir
j	Puanı 6'nın altında kaldığı için romatoid artrit tanısı konamayan hastaların bulguları zamanla birikerek kriterleri karşıladığında tanı konabilir.

Erken tanılama ve eklemlerin durumunu izlemek için görüntüleme yöntemleri uygulanabilir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ultrason (USG) gibi yöntemler kullanılarak eklem dejenerasyonunu görüntüleme de ve ayırıcı tanılamada etkili bir yöntem olduğu savunulmuştur (53).

Tanılama için hastanın günlük yaşam aktivitelerinin ve meslek yaşantısının ne kadar yapabildiği ve günlük hayatını ne kadar etkilendiği de önemlidir. Bu yüzden American Rheumatism Association (ARA) , romatoid artrit hastaları için fonksiyonel evreleme hazırlamıştır. Evreleme Tablo 5' te belirtilmiştir.

Tablo 5: American Rheumatism Association (ARA) Fonksiyonel Sınıflandırma Sistemi

<p>Evre 1: Günlük yaşam aktivitelerinin tümünü yapabilir (kendine bakım, mesleki, meslek dışı)</p> <p>Evre 2: Günlük kendine bakım ve mesleki aktiviteleri tamamen yapabilir ancak meslek dışı aktiviteleri yapamaz.</p> <p>Evre 3: Günlük kendine bakım aktivitelerini yapabilir ancak mesleki ve meslek dışı aktiviteleri yapamaz.</p> <p>Evre 4: Günlük kendine bakım, mesleki ve meslek dışı aktiviteleri gerçekleştiremez.</p>

Özsoy, M. H., Altınel, L., Başarır, K., Çavuşoğlu, A. T., & Dinçel, V. E. (2006). Romatoid artrit eklem hastalığının patogenezi. *TOTBID Dergisi*, 3, 101-110 .(54)

2.7. Romatoid Artrit' in Tedavisi

Romatoid artrit tedavinin amacı; hastanın remisyonu sağlamak, ağrıyı azaltmak, komplikasyonları ve yan etkileri engellemek, bireyin günlük yaşam aktiviteleri yerine getirebilecek duruma getirmek, semptom yönetimi ve kötü prognozu önlemektir. Romatoid artrit tedavisinde geleneksel ve yeni yaklaşımlar uygulanmaktadır. Günümüzde hiçbir ilaç grubu tek başına remisyon sağlayamamaktadır. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar (2) :

1. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ)
2. Kortikosteroidler
3. İmmüsupresif İlaçlar
4. Hastalığı modifiye edici ilaçlar (DMARD)

Gelişen teknoloji ile birlikte romatoid artrit hastalığının patogenezi daha iyi anlaşılmıştır. Bunun üzerine daha etkili ve yeni ilaçlar üretilmiştir. Bu grup ilaçlar “Biyolojik Ajanlar” veya “Biyolojik DMARD” (Disease-modifying antirheumatic drugs) olarak adlandırılır. Bu ilaçlar hastalığın remisyonunu sağladıkları gibi bireyin yaşam aktivitelerine devam etmesinde de yardımcı olmaktadır. Özellikle geleneksel tedavilere direnç gösteren romatoid artrit olgularının tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır.

2.7.1. Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ)

Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ), kısa ömürlü olup antiinflamatuvar etkisi yanın analjezik etkisi ile avantaj sağlar. Örnek olarak asetil salisilik asit, diklofenak, ibuprofen, indometazin ve ketoprofen verilebilir. İlaçlar prostaglandin sentezlenmesini sağlayan COX-1 (Siklooksijenaz-1) ve COX-2 (Siklooksijenaz-2) inhibe ederek etkilerini gösterir (2). Ancak NSAİİ eklem hasarını engelleyememektedir.

Kullanımlarına göre NSAİİ' ler oral, intravenöz, intramuskuler ve topikal yolla uygulanır. Hastalık sürecinde NSAİİ kullanımı açısından çalışmalar incelendiğinde bulunan veriler şu şekildedir (55) :

1. Hareket açıklığı, ağrı derecesi ve hareket durumu dikkate alındığında osteoartrit tedavisinde bütün NSAİİ plasebodan üstündür.
2. Farklı NSAİİ etkileri arasında belirgin fark bulunmamıştır.
3. İlaçların etkileri ve dozları hastadan hastaya değişiklik gösterir.
4. İlaç seçimi büyük oranda hasta ve doktora, tecrübe ve yan etkilerine bağlıdır. Değiştirmeden önce ilaçlar en az 2-4 hafta kullanılmalıdır.

İlaçların antiinflamatuvar ve analjezik etkileri yanında advers etkileri vardır. Peptik ülser, hazımsızlık, epigastrik ağrı ve bulantı kusma sık görülen gastrointestinal yan etkilerindedir.

Sodyum retansiyonu sebebiyle ödem ve kalp yetmezliği gelişebilir. Renal kan akımı bozulması sonucu nefrotoksisite görülür. Hepatosellüler toksisite, baş ağrısı, konfüzyon, aseptik menenjit gibi nörolojik problemler de sıralanabilir (2).

2.7.2. Kortikosteroidler

Kortikosteroidler, inflamasyon semptomlarını güvenilir ve hızlı bir şekilde azaltabilirler (2). Kortikosteroidler, sıklıkla DMARD ile kombine edilerek kullanılırlar. DMARD ilaçlarının etkinliği ortaya çıkana kadar etkinlik gösterirler. Bu etkilerine 'Köprü tedavisi' olarak adlandırılır. Kullanım dozu 5-7,5 mg düşük doz verilmesi uygundur.

Kortikosteroidlerin yan etkileri; dermatolojik sorunlar, yara iyileşmesinde, immunsupresyonun baskılanması, enfeksiyonlara yatkınlık, ödem, hipertansiyon, aydede yüzü, akne, ciltte yağlanma ve incelme, glukoz metabolizmasında bozukluk ve obezite şeklinde sıralanabilir (56). Steroid tedavisinde tedavinin dozları yavaş yavaş azaltılarak kesilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

2.7.3. Hastalığı Modifiye Edici İlaçlar (DMARD'LAR)

Romatooid artrit etiyolojisi her geçen gün daha çok çözümlenmesi ile yeni yaklaşımlar ve ilaçlar üretilmiştir. Herhangi bir ilaç ile tamamen kür mümkün değildir. Gelişmeler ile hastalık modifiye edici (DMARD) ilaçlar geliştirilmiştir. Bu ilaçlar eklem hasarını engelleyerek remisyonu sağlama, ağrıyı giderme ve günlük yaşama geri dönüşün hızlı olmasını sağlamıştır. Ancak bu ilaçların ciddi advers etkileri bulunmaktadır. DMARD' lar iki grupta toplanmaktadır. İlaçlar Tablo 6'da belirtilmiştir.

Tablo 6: DMARD Sınıflandırılması

Hastalığı modifiye edici ilaçlar (DMARD'ler)
A) Sentetik DMARD'lar (sDMARD' lar)
i. Konvansiyonel sentetik DMARD'lar
1. Metotreksat
2. Leflunomid
3. Sülfasalazin
4. Antimalaryal ilaçlar (Hidroksiklorokin , klorokin)
5. Tofacinib
B) Biyolojik DMARD'lar
i. Tümör nekrozis faktör- α blokerleri
1. Etanercept
2. Adalimumab
3. İnfliximab
4. Golimumab
5. Sertolizumab pegol
ii. Abatasept
iii. Rituksimab
iv. Tocilizumab
v. Anakinra

Demirel, A., & Kırnay, M. Romatooid Artrit Tedavisinde Geleneksel Ve Güncel Yaklaşımlar Traditional and Up-to-date Treatment in Rheumatoid Arthritis (2).

Biyolojik ajanların yan etkileri; lenfoma görülmesinde artış, tüberküloz, üst solunum yolu enfeksiyonları, deri enfeksiyonları, anafilaktik reaksiyonlar, sitopeni, hiperlipidemi, hepatit sıklığında artış, kalp yetmezliği ve demiyalizan hastalıklar görülebilir. Anti-TNF kullanan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada en çok korkulan yan etkilerin kanser ve tüberküloz oluşumu olduğu ortaya konulmuştur (57).

Biyolojik ajanlar, uzun süreli DMARD tedavisine direnç göstermiş, remisyona alınamayan hastalarda uygun bir tedavidir. European League Against Rheumatism (EULAR) romatoid artrit tanısı alan her hastanın kontrendikasyonu yoksa hemen bir DMARD tedavisine başlanmasını önermektedir. Eğer 6 ayda remisyona sağlanamıyorsa biyolojik ajanlara geçilmesi vurgulanmıştır. Remisyondaki hastaların DMARD tedavisine devam edilmesi gerekmektedir (58). Hasta remisyona ulaşabilmesi için uluslararası American College of Rheumatology (ACR) yanıt kriterleri kullanılmalıdır.

Tablo 7: American College of Rheumatology (ACR) Düzeltme Veya Yanıt Kriterleri

<ol style="list-style-type: none">1. Şiş eklem sayısı2. Hassas eklem sayısı3. Aşağıdaki 5 değerlendirmeden en az üçünde düzelme olmalı<ol style="list-style-type: none">a) Hastanın hastalık aktivitesinin genel olarak değerlendirilmesi (Hastanın kendini değerlendirmesi 10 cm'lik visüel analog ölçeği ile yapılır)b) Doktorun hastalık aktivitesini genel değerlendirilmesic) Hastanın ağrısını değerlendirilmesid) Akut faz reaktanları (Eritrosit sedimentasyon hızı: C-reaktif protein)e) Dizabilite değerlendirilmesi <p>ACR 20, 50, 70 yukarıdaki kriterlerde % 20, 50, 70 iyileşmeyi ifade eder</p>

Dalkılıç, E., & Alkış, N. Romatoid Artritte B Hücre Hedefli Tedaviler. (2011) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 37 (3) 161-164. (59).

European League Against Rheumatism, romatoid artrit hastaları için biyolojik ajan kullanım rehberi yayınlamıştır. Bu öneriler biyolojik tedavi alan hastaların tedavi rejimini planlama sırasında rehber niteliğindedir (Tablo 8).

Tablo 8: European League Against Rheumatism Biyolojik Ajan Kullanım Önerileri

<ol style="list-style-type: none">1. Romatoid artrit tanısı konar konmaz derhal DMARD'lar ile tedaviye başlanmalıdır.2. Romatoid artrit tedavisinde hedef; her hastada remisyon veya düşük hastalık aktivitesi olmalı.3. Monitörizasyon aktif hastalıkta sık (1-3 ayda bir) yapılmalıdır. Eğer tedavinin başlangıcından itibaren 3. ayda hiç bir iyileşme yoksa VEYA 6. ayda hedefe ulaşamamışsa tedavi yeniden düzenlenmelidir.4. Aktif romatoid artritli hastalarda METOTREKSAT (MTX) ilk basamak tedavi stratejisinin bir parçası olmalıdır.5. MTX kontrendikasyonunda (veya erken intoleransda) sülfasalazin veya leflunomid (ilk) tedavi stratejisinde düşünülmelidir.6. DMARD alan hastalarda monoterapi VEYA kombine olarak csDMARD'lar kullanılmalıdır (steroid eklenmesinden bağımsız olarak).7. Mono veya kombine csDMARD'lar ile birlikte düşük doz glukokortikoid tedavisi 6. aya kadar başlangıç tedavisinin bir parçası olarak düşünülmelidir, ancak klinik olarak mümkün olan en kısa sürede azaltılmalıdır.8. İlk DMARD stratejisi ile hedefe ulaşamamışsa;<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kötü prognostik faktörler yoksa; başka bir csDMARD tedavi stratejisi düşünülebilir.<input type="checkbox"/> Kötü prognostik faktörler varsa; bir biyolojik DMARD eklenmesi düşünülmelidir.9. MTX ve/veya diğer konvansiyonel sentetik DMARD stratejilerine yetersiz yanıt veren hastalarda, glukokortikoidten bağımsız olarak, biyolojik DMARD'lar (antiTNF'ler, abatacept veya tocilizumab, ve bazı koşullarda rituximab) MTX ile beraber başlanmalıdır10. İlk biyolojik DMARD'a yanıt vermeyenlerde başka bir biyolojik DMARD kullanılmalıdır; ilk anti-TNF'e yanıt vermeyenlerde ikinci başka bir biyolojik anti-TNF veya başka etki mekanizmalı bir biyolojik ajan olabilir.11. Biyolojik tedaviye yanıt yoksa tofasitinib kullanılabilir.12. Eğer glukokortikoidler kesildikten sonra da kalıcı remisyon devam ediyorsa, DMARD'ların azaltılması düşünülebilir. Kalıcı uzun süreli remisyonda, hasta ve hekimin ortak kararı ile özellikle de csDMARD ile kombinasyonu varsa csDMARD dozunun da dikkatli azalımı düşünebilir.13. Tedavinin yeniden ayarlanması gerektiğinde hastalık aktivitesinden başka faktörler de örneğin yapısal hasarın progresyonu, komorbiditeler ve güvenlik konuları göz önünde tutulmalıdır.

Gerekli durumlarda biyolojik ajanlar değişebilir. Değişim sebebi bireylerin uyum gösterememesi veya birey üzerinde etki etmemesi olabilir. Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi (MDHAQ) ile verilerin toplandığı bir araştırmada; romatoid artrit hastalarının bir kısmının (%20) ilaçların hasta üzerine etki etmemesi sebebiyle biyolojik ajan değişimi uygun görüldüğü tespit edilmiştir (60).

2.7.4. Non- Farmakolojik Tedaviler

Romatoid artritte tıbbi tedavinin yeri hastalığın seyrinde önemli bir yer tutar. Ancak hastalığın remisyonunda yeterli değildir. Bu yüzden hastalar ve sağlık profesyonelleri non-farmakolojik yöntemlere yönelmiştir. Hastalığın etkin ve doğru tedavisinin temini için medikal tedavinin yanı sıra konservatif tedavi yöntemleri de aynı anda devreye sokulmalıdır. Bununla birlikte hastalığın akut ve kronik evrelerine göre farklı uygulamalar mevcuttur. Bu tedaviler tamamlayıcı alternatif tedaviler (TAT) olarak adlandırılmaktadır.

Genel anlamda, romatoid artrit hastaları tarafından en çok kullanılan TAT yöntemleri akupunktur, masaj, bitkiler ve homeopatidir (61). Ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık kullanılan TAT yöntemleri sıralaması; bitkisel kaynaklı, dua, dini uygulamalar, masaj uygulama, vitaminler alımı, özel diyetler şeklindedir (62).

Yapılan araştırmalarda romatoid artrit hastalığı bulunan çoğu hastanın herhangi bir TAT yöntemi kullandıkları bildirilmiştir (63,64). Başka bir çalışmada ise TAT kullanım oranı % 76 bulunmuştur. Aynı çalışmada termal terapi uygulandığı ve kullanıldığı görülmüştür (65). Kore'de yapılan bir çalışma da ise; konu hakkında eğitimli bir hemşire tarafından toplanan veriler ışığında; çoğu hastanın bir tamamlayıcı alternatif bir yöntem kullandığı ve fayda gördüğü belirtilmiştir. Çalışmada hekime danışılmadan kullanımların olduğu ve fayda görülen bir yöntemin doktorlar tarafından tedaviye eklenilmesi gerektiği görüşündedir (66).

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin de klinikte yatan romatolojik hastaların ağrı yönetimi için farmakolojik tedavi yanında non-farmakolojik yöntemleri (masaj, dikkati, başka yöne çekme, pozisyon vb.) kullandıkları saptanmıştır (67). TAT'ın

sıklıkla kullanıldığı Çin’de yapılan bir derlemede romatoid artritli bireylerin ek olarak akupunktur, masaj gibi uygulamaların faydalı olacağı savunulmuştur (68) .

Romatoid artritli hastalarda akuaterapinin ve balnoterapinin; ağrı ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (69). Başka bir çalışmada farklı banyo türlerinin romatoid artritli bireylerde etkinliği incelenmiştir. Bu çalışmada girişim sonrası ağrı düzeylerinde azalma görülmüştür (70). Mustur ve ark. (2008) yaptığı çalışmada banyo tedavisi sonrası yaşam kalitesinin yükseldiği belirtilmiştir (71). Benzer bir yöntem olan hidroterapi yöntemi de romatoid artritli hastalarda uygulanmıştır. Yayınlanan bir derlemeye göre; hidroterapinin ağrı yönetimi ve sağlığı yükseltmede etkili olduğu belirtilmiştir (72).

Hastalık, kaza, sakatlık gibi durumlarda; fiziki, mental ve sosyal açıdan sağlığı iyileştirmek, rehabilitasyon sağlamak amacıyla günlük yaşam aktivitelerini içeren bir yaklaşım olan ergoterapinin incelendiği bir çalışmada; romatoid artritli hastaların progresyonunda pozitif sonuçlar rapor edilmiştir (73). İş uğraş terapilerinin de günlük işlerinin desteklenmesi açısından önemi de belirtilmiştir (74). Romatoid artritli hastalarda fonksiyonel durumun düzeltilmesinde mesleki terapinin etkinliğinin incelendiği bir çalışmada bireylerin el işlevlerinde artış olduğu ve bu artışın günlük işlerini yerine getirmede fayda sağladığı gösterilmiştir (75). Başka bir çalışmada aerobik egzersizin uyku kalitesine etkisi incelenmiş ve egzersizlerin uyku kalitesini yükselttiği belirlenmiştir (70).

Çeşitli yağlar kullanılarak ve masaj yapılarak uygulanan aromaterapi; romatoid artritli hastalara uygulanmıştır. Kim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çeşitli bitki yağlarının karışımının uygulandığı hastalarda ağrı ve depresyon düzeylerinin azaldığı ancak kontrol grubu ile yaşam memnuniyet düzeyleri arasında bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (76). Başka bir çalışmada ise aromaterapinin; eklem ağrısı, hassasiyet ve eklemlerdeki şişliklerde etkili olduğu savunulmuştur (77).

Bedendeki enerji noktalarına bası yapılarak uygulanan refleksoloji uygulamaları romatoid artritli hastalarda izlenmiştir. Kadın hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada ise ayak bölgesine uygulanan refleksoloji uygulaması sonrası ayak ağrısında azalma, yorgunluk ve uyku hijyeninde düzelme belirtilmiştir (78). Metin ve

Özdemir'in yaptığı çalışmalarda refleksoloji ve masaj etkinlikleri karşılaştırılmıştır. Her iki uygulamanın da ağrıyı azalttığı belirtilmiştir. Literatür incelendiğinde çoğu TAT yöntemleri girişimlerinin uygulanan hemşirelik girişimlerine benzer olduğu görülmektedir (79,80).

Tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerinin romatoid artrit sebep olduğu olumsuzluklar üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar belirtilse de, kanıtı dayalı az ve kısıtlı alanda çalışmalar mevcuttur. Bu yüzden etkinlikleri ve güvenilirliği kesin olmadığı belirtilmiştir (81, 82).

2.8. Romatoid Artritte Hemşirelik Bakımı

Romatoloji hastalarında hemşirelik bakımı; temel hemşirelik bakımı yanında ağrı yönetimi, hasta eğitimi, tıbbi tedavi ve izlem, fiziksel gücün desteklenmesi ve artırılması, doku bütünlüğün korunması ve günlük yaşama aktivitelerin desteklenmesini de barındırmaktadır (83).

Hemşirelik yönetiminde tanılama, uygulama, değerlendirme ve hasta eğitimi yer almaktadır.

Tanılamada, bireyin yaşı, cinsiyeti, özgeçmişi, hastalık öyküsü, herhangi bir kronik hastalık varlığı, hastalığın seyri, süresi, belirtileri ayrıntılı içeren bir anamnez alınmalıdır. Bireyin özellikle hastalığın başlangıcında baş etme durumu ve baş etme mekanizması sorgulanmalı bu açıdan desteklenmelidir.

Anamnez sonrasında bireyin fiziksel tanınmasına geçilmelidir. Özellikle etkilenmiş eklemde deformiteleri, eklem açıklığı kontrol edilmelidir. Her eklem simetri, renk, biçim, görünüm, ısı ve sıcaklık açısından izlenmelidir (84). Yaşamsal bulgulardan ağrı ek olarak özenle irdelenmelidir. Bireyin diğer deneyimlerini dile getirmesi için desteklenmelidir.

Romatoid artrit eklem dışında organ tutulumlarının da görüldüğü bir hastalıktır. Bireyler hastalık hakkında bilgilendirilmeli ve gerekli tetkikleri

yaptırmaları konusunda eğitilmelidirler (85). Yapılan bir çalışmada romatoid artritli bireylerin hastalıkları konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (86).

Hemşirelerin bakım verirken uygulamaları esnasında ve eğitim verirken model ve kuram kullanılması; romatoid artritli bireylerde de önerilmiş ve yararlı olduğu görülmüştür (87).

Bireylerin hastalığa, tedaviye ve ilaçlara karşı uyum göstermesi gerekmektedir. Bu nedenle psikolojik tanılama yapılmalı ve uyumunu etkileyen faktörler belirlenmelidir. Romatoid artritli bireylerin ve yakını/bakım verenlerin; sorun ve bakım gereksinimleri açısından hemşirelerin tanı ve girişimleri üreterek, bireylerin gereksinimlerin karşılanması gerektiği savunulmuştur (88).

Tanılamada sonrasında romatoid artritli hasta için hemşirelik tanıları şu şekildedir (89) :

- Konforda Bozulma: Ağrı
- Bulantı
- Teropatik Rejimi Etkisiz Yönetme
- Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden az beslenme
- Sıvı Volum Dengesizliği
- Aktivite İntoleransı
- Fiziksel Mobilitede Bozulma
- Özbakım Eksikliği Sendromu
- Solunum Örüntüsünde Bozulma / Solunum Örüntüsünde Bozulma Riski
- Uyku Örüntüsünde Bozulma
- Yorgunluk
- Bilgi Eksikliği
- Beden İmgesinde Rahatsızlık
- Düşün Benlik Saygısı
- Güçsüzlük / Güçsüzlük Riski
- Anksiyete
- Etkisiz Bireysel Baş Etme
- Cinsel Örüntülerinde Etkisizlik

Girişimler bireye özgü olmakla birlikte uygulamalar sonrası bireyle beraber değerlendirmelidir. Etkisiz girişimlerden vazgeçilerek yeni girişimler uygulanmalı ve tekrar değerlendirilmelidir. Bireyin duygu ve düşüncelerine de göz önünde bulundurularak bir planlama yapılmalıdır.

Romatoloji hemşireliği, romatoloji bilim dalının gelişmesi ile birlikte ilerleme göstermiş ve multidisipliner sağlık ekibinin içinde yer almıştır. Romatoloji uzman hemşiresi, hastaların remisyon ve atak dönemlerinde tedavi, ilerleyen dönemlerde rehabilitasyon, fiziksel ve psikolojik destek ile hastaya bütüncül bakım verme görevini üstlenmiştir (90). Romatoloji hemşiresinin rol ve sorumluluklarını göstermek amacıyla Amerikan Hemşireler Birliği ve Artrit Sağlık Profesyonelleri Birliği tarafından belirlenen 'Romatoloji Hemşireleri Uygulama Standartları' adı altında bir kılavuz yayınlanmıştır. Bu kılavuzda hemşirelik uygulama standartları konu başlıkları şu şekildedir (91):

1. Temel bilgi düzeyi,
2. Hastanın değerlendirilmesi,
3. Tedavi planının oluşturulması,
4. Tedavi planının uygulanması,
5. Hasta eğitimi,
6. Araştırma.

1. Temel Bilgi Düzeyi

Romatoloji Hemşiresi;

- Romatoloji alanındaki hastalık, süreç ve uygulama prensipleri hakkında bilgi sahibi olmalı.
- Romatizmal hastalığı olan bireylerin aşağıda belirtilen karşılaşılabileceği problemleri tanıyabilmeli ve yönetebilmeli
 - Ağrı Yönetimi
 - Konforda Değişim: Eklem Tutukluğu
 - Özbakım
 - Fiziksel Aktivite (Ambulasyon)

- Bireysel Yönetim Kararları
 - Bireysel / Ailesel Etkisiz Baş etme
 - Benlik Algısında Bozulma
- Bireylerin; kişilik özellikleri, aile dinamikleri ve etnokültürel çeşitliliğinin hastalık algısı ve özbakım becerileri üzerindeki etkilerinin farkında olmalı
 - Hasta problemlerinin yönetiminde diğer disiplinlerle etkin şekilde işbirliği yapabilme becerisine sahip olmalı
 - Sağlık bakım politikaları; planlama ve geliştirme konusunda bilgili ve yeterli olmalı

2. Hasta Değerlendirme

Romatoloji Hemşiresi;

- Çeşitli romatizmal hastalıklar ile ilişkili semptomları ve fonksiyonel engelleri tanımlayabilmeli
- Romatolojik sorunları taklit edebilecek olası ayırıcı tanılarının farkına varabilmeli
- Hastanın mevcut belirtileri ile bağlantılı olarak ayırıcı tanılarının farkında olabilmeli
- Akut veya kronik ağrı, eklem tutukluğu ve yorgunluk belirtilerini ayırt edebilmeli
- Geçmiş ve mevcut ilaç rejimlerini, ilaçların yan etki ve beklenmeyen etkisi ile ilaçların etkileşimini ve etkinliğini değerlendirebilmeli.
- Romatizmal hastalıklarla ilişkili ağrı, yorgunluk, tutukluk ve diğer semptomların algılanmasına katkıda bulunabilecek uyku, enerji, hareketlilik, duruş, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve genel sağlık gibi faktörleri belirleyebilmeli.
- Hastanın davranış değişikliklerini gözlemleyebilmeli ve davranış değişikliklerinin hastalık üzerine etkilerini tespit edebilmeli
- Hasta sorunlarını ele almaya yardımcı olan önleyici veya terapötik uygulamaları belirleyebilmeli

- Hastanın sorununu değerlendirmek için uygun bir fiziksel muayene yapabilmeli
 - Çeşitli romatizmal hastalıkların süreçleriyle ilişkili bulguları tanılayabilmeli
 - Hastalık sürecini gösterebilecek psikolojik ve fiziksel göstergeleri tanılayabilmeli
 - Sağlıkta normalden sapmaları tanılayabilmeli
 - Ağrı, tutukluk ve yorgunluk belirtilerini ayırt edebilmeli
- Fiziksel muayene, x-ışınları ve laboratuvar testlerinden elde edilen bilgilerden kapsamlı bir veri tabanı derleyebilmeli ve kayıt edebilme beceresine sahip olabilmeli

3. Tedavi Planı Geliştirme

Romatoloji Hemşiresi;

- Hastanın hastalık süreçlerine hitap edebilecek uygun yönetim stratejileri geliştirebilmeli
- Hasta problemlerinin yönetimi için uygun olan farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerini hakkında bilgi sahibi olabilmeli
- Hastalık progresyonunu izleyebilmeli, farmakolojik tedavide rehberlik etmek için gerekli laboratuvar parametrelerini anlayabilmeli ve değerlendirebilmeli
- İlaç rejimlerini izlemek için belirlenmiş bir toksisite tarama protokolü geliştirmeli ve uygulayabilmeli
- Uygun fonksiyonel değerlendirme ölçeklerinden yararlanabilmeli
- Kronik hastalık durumlarıyla ilgili ağrı algılama, beden imajı ve depresyon gibi konularda psikolojik faktörlerini anlayabilmeli
- Bakım planına katılmak için hastanın yetenek ve motivasyonunu değerlendirebilmeli
- Hasta veya ailesi (destek sistemi) için uygun öğretim yöntemlerini seçebilmeli
- Kronik hastalıklarla baş etmesine etki edebilecek aile dinamikleri, iletişim tarzları ve kültürel farklılıkların önemine duyarlılık gösterebilmeli

- Bireyin fiziksel fonksiyonunu korumak veya iyileştirmek için gereken uygun önleyici ve terapötik önlemleri belirleyebilmeli
- Bakımın geliştirebilmesi için hekimler, hemşireler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, mesleki terapistler, fizik tedavi uzmanları ve toplumsal kurumlar ile işbirliği yapabilmeli
- Hasta ve ailesi (destek sistemi) ile bağlantılı olarak davranışsal sonuçlar ortaya koyabilmeli

4. Tedavi Planı Uygulama

Romatoloji Hemşiresi;

- Hastaya özel hastalık süreçlerini belirleyebilmek için gerekli olan uygun yönetim stratejilerini uygulayabilmeli
- Özbakım ilkelerini öğretebilmeli ve uygulayabilmeli
- Fonksiyonel değerlendirme ölçeklerini yorumlayabilmeli
- Hasta veya ailesi (destek sistemi) ile işbirliği içinde hasta sorunlarını gidermek için davranışsal sonuçlar oluşturabilmeli
- Günlük yaşam aktivitelerinin yürütülmesi için gerekli olan uygun cihazların güvence altına alınmasına yardımcı olabilmeli
- Fiziksel fonksiyonu korumak veya iyileştirmek için gerekli önleyici ve tedavi edici önlemleri kullanabilmeli
- Kapsamlı bir eğitim program planlayabilmeli ve uygulayabilmeli
- Hastalarda uygulanan kanıtlanmamış tedavilerin etkisini gözlemleyebilmeli
- Birey ve bireyin ailesine kronik hastalık ile hastalığın kişilerarası ilişkiler üzerine etkileri konusunda danışmanlık sağlayabilmeli
- Hastanın yaşam kalitesini korumak ve yükseltmek için gereken fiziksel, psikolojik, manevi, mesleki ve ekonomik yardım sunan toplumsal kaynaklara erişebilmeli
- Bakımın geliştirebilmesi için hekimler, hemşireler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, mesleki terapistler, fizik tedavi uzmanları ve toplumsal kurumlar ile işbirliği yapabilmeli

- Bakım planının etkinliğini hastanın sonuçlarını standartlar ile karşılaştırarak etkinliğini değerlendirebilmeli
- Bakım planında hastanın durumunda değişiklikleri tanıyabilmeli ve uygun değişiklikler yapılarak bunlara yanıt verebilmeli

5. Hasta Eğitimi

Romatoloji Hemşiresi;

- Eğitim gereksinimleri ve öğrenmeye hazır olma durumu açısından hastayı veya ailesini (destek sistemini) değerlendirebilmeli
- Hastanın sağlık bakım gereksinimleri öncelik sıralaması yapabilmeli
- Hastanın fiziksel, psikososyal ve gelişim ihtiyaçlarını içeren kapsamlı bir eğitim planı hazırlayabilmeli
- Hasta popülasyonuna göre uygun öğrenme ilkelerini uygulayabilmeli
- İlaçlar, problem çözme, iletişim becerileri, stres yönetimi, baş etme mekanizmaları ve güvenlik konuları ile ilgili hasta ve aile (destek sistemini) eğitebilmeli
- Eğitim düzeylerini tamamlayan toplumsal kaynaklara erişebilmeli ve bunların farkında olabilmeli
- Hastanın veya ailesini (destek sisteminin) sağlık sistemini uygun bir şekilde kullanabilme yeteneğini değerlendirebilmeli
- Eğitimsel girişimlerin davranışsal sonuçlarını değerlendirebilmeli

6. Araştırma

Romatoloji Hemşiresi;

- Romatoloji ve romatoloji hemşireliği uygulamaları hakkında literatür bilgilerine sahip olmalı
- Uygulama ile ilgili konularda literatürü değerlendirebilmeli
- Araştırma bulgularını uygulamaya aktarabilmeli
- Klinik araştırmayı başlatabilmeli ve araştırmaya katkıda bulunabilmeli
- Araştırma bulgularını profesyonel yayınlarla meslektaşları ile paylaşabilmeli

2.9. Özbakım

Özbakım kavramı Dorothea Elizabeth Orem (1959) tarafından tanımlanmıştır. Orem özbakımı; bireyin belli bir rutin eşliğinde, uzun süreli, sürekli, gerekli durumlarda sağlık profesyonellerin kontrolü altında yapılan davranışları içeren bakım olarak belirtmiştir (92). Modern hemşireliğin kurucularından Dorothea Orem' in özbakım terimi günümüzde sıklıkla kullanılan terimlerden biridir. Hemşireler tarafından en fazla kullanılan kuramın Orem'in Özbakım Eksikliği Kuramı olduğu çalışmalarda belirtilmiştir (93). Orem, kuramını oluştururken çoğu hemşire kuramcısından etkilenmiştir (94). Orem tarafından geliştirilmiş kuramlar; Özbakım Kuramı, Özbakım Yetersizliği Kuramı ve Hemşirelik Sistemi Kuramı'dır.

Orem'in kuramının merkezinde hasta bireyin gereksinimleri ve bu gereksinimlerin karşılanmasında rol alan hemşirenin aktiviteleri vardır. Eğer birey ihtiyaçlarını kısmen ya da tamamen gidermekte sorun yaşıyorsa yapılan bakım; özbakımdır (95). Özbakımını yerine getirebilen birey, özbakım gereksinimi olmaz. Ancak gerekli fizyolojik gereksinimi olan durumlarda hemşirelerin özbakım ajanı rolü üstlenmesi gerekir (96).

Hemşire; özbakım rolü ile birlikte sağlığı yükseltmeye, hastanın rehabilitasyona ve sağlığa kavuşmasına yardımcı olur. Orem'e göre hemşire; bireylerin sağlıktan sapma durumlarında, bireyin sağlığını yükseltmeyi amaçlayan bir sağlık profesyoneli'dir. Hemşire; bireyin gereksinime özel girişim planları ve uygular. Bu girişimler; danışmanlık, fizyolojik ve psikolojik destek sağlama, eğitim verme ve sağlık profesyonelleri (diyetisyen, fizyoterapist, iş uğraş terapisti, hekim vs) ile iş birliği içinde bulunma şeklinde sayılabilir. Girişimler sonrası birey ile bir değerlendirme yapar. İyileşme sağlanmışsa uygulama devam eder. Eğer iyileşme yetersiz ise yeni uygulamalar ve girişimler eklenir veya başka girişimlere geçilir (94).

Orem' göre özbakım bireylerin gereksinimlerine göre üçe ayrılmıştır;

1. Evrensel Özbakım Gereksinimleri: Bireyin gelişimi için genel gereksinimlerden barınma, hava, su, beslenme, uyku, sosyal hayat, boşaltım, dinlenme vb. sayılabilir.

2.Sağlıktan Sapmalardaki Özbakım Gereksinimleri:

Bu gereksinim 3 şekilde belirtilmiştir.

- a) Bireyin fiziksel yapısı bozulunca (ödem, enfeksiyon, skar oluşumu)
- b) Bireyde fiziksel işlevler bozulunca (menapoz, fraktür)
- c) Davranışlarının değişmesine neden olanlar (aşırı yemek yeme, aşırı alkol alma)

3. Gelişimsel Özbakım Gereksinimleri: Büyüme gelişme dönemlerinin hızlı olduğu dönemlerde (adölesanlık, puberte, yenidoğan) ek olarak

Bireyin hastalığı süresince ve sağlığını koruma amacıyla yaptığı etkinlikler ise öz-bakım gücü / yeteneği / etkinliği (self care agency) olarak tanımlanır (97). Eğer birey; özbakım gücü yerinde ise temel gereksinimlerini karşılayabilecek durumdadır. Bakım gereksinimleri sadece hastalık için geçerli değildir. Sağlığı yerinde olan bireylerinde iyilik halinin ve esenliğin devamı için özbakım gücünün yerinde olması büyük önem taşır.

Atcı'nın (2014) romatoid artritli hastalarda özbakım gücü çalışmasında puan ortalamaları orta düzeyden fazla bulunmuştur (98). Algier ve ark. (2002) yine romatolojik hastalarda yaptığı çalışmada Atcı' nın (2014) sonuçlarına göre özbakım puanları düşük saptanmıştır (98, 99). Sürekli periton diyaliz alan hastalar üzerinde yapılan araştırmada; özbakım gücü yüksek olan bireylerde enfeksiyon riskinin azaldığı gözlenmiştir (100).

Tokem ve ark. (2007) tarafından romatoid artritli bireylerin özbakım aktivitelerinde yetersizlik düzeylerinin incelendiği bir araştırmada; bireylerin özürülük düzeyi arttıkça özbakım yetersizliğin arttığı belirtilmiştir (101).

Farklı araştırmalarda farklı hastalıklara sahip bireylerde özbakım gücü ve yaş karşılaştırılmıştır. Hipertansiyon tanısı olan hastalarda yapılan çalışmalarda özbakım ile yaş arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (102). Tip 1 diyabetli bireylerde yapılan çalışmada ise yaş arttıkça özbakım gücünün düştüğü belirtilmiştir (103). Başka bir çalışmada ise diyabetli bireylerin diyabet komplikasyonlarından korunması için hastalık ve tedaviye uyumu açısından eğitimin önemine değinilmiştir (104).

Hastaların, özbakımlarını gerçekleştirmek için yaptıkları tüm etkinliklere de “özbakım davranışları” şeklinde tanımlanmaktadır. Özbakım davranışları, olumlu sağlık sonuçları için önemli bir unsurdur (105). Özbakım davranışları içerisinde; tıbbi tedaviye uyum, yan etkileri bilme ve yönetebilme, mesleki ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme vardır (94).

Pour ve ark. (2016) kalp yetmezliği hastalarında yaptıkları özbakım davranışların incelenmesinde özbakım davranışlarının yetersiz olduğu saptanmış olup eğitim ihtiyacına değinilmiştir (106). Kronik kalp yetmezliği hastaları ile yapılan bir başka çalışmada da bilgilendirme ve bireyin tedaviye uyum sağlaması gerekliliği açısından özbakım davranışları üzerinde durulmuştur (96). Benzer bir çalışmada özbakım davranışlarının bireylere kazandırılması ile sağlık masraflarının düşeceği dile getirilmiştir (107).

Romatoid artritte özbakım; ilaç tedavileri uygulayabilme, yan etkileri tanıyabilme ve yönetebilme, acil durumları bilme ve yönetebilme, hekim kontrollerine gitme, günlük aktiviteleri ve meslek yaşamını bağımsız olarak yapabilme, bireyin kendisine uygun olarak ortak kararlaştırılan spor aktivitesini yapabilme, beslenme önerilerine uymak sayılabilir.

Romatoid artritli bireylerde yapılan bir araştırmada özbakım davranışları içerisinde yer alan hekim kontrolüne gitme ve tedavi protokollerini izleme gibi parametrelerin bireyleri motive eden faktörlerden olduğu belirtilmiştir (108). Ancak literatür incelendiğinde özellikle romatoid artritli hastaların özbakım ve günlük yaşam gereksinimlerinin ne kadarını yerine getirebildiklerine dair veriler yetersizdir (10) .

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; Özbakım Davranışları Ölçeği (ÖBDÖ)'nin Türk romatoid artritli hasta popülasyonunda güvenilirlik ve geçerliğini test etmek amacı ile tanımlayıcı ve metodolojik tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği ve Romatoloji Polikliniğinde 1 Şubat – 31 Ağustos 2017 arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Belirtilen tarihler arasında romatoloji kliniği ve romatoloji polikliniğine başvuran tüm romatoid artritli hastalar araştırma evrenini, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dâhil olma kriterlerine uyan 119 romatoid artritli birey araştırma örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Dâhil Olma/Olmama Kriterleri

Araştırmaya dâhil olma kriterleri:

- Bir romatolog tarafından Romatoid Artrit tanısı konulmuş olması
- 6 aydan fazla süredir Romatoid Artrit açısından izleniyor olması
- Bireyin araştırmaya katılımına rıza göstermesi
- Bireyin 18 yaşından büyük olması
- Bireyin herhangi bir işitsel-görsel veya zihinsel engelin olmaması
- Bireyin Türkçe konuşabilmesi

Araştırmaya dâhil olmama kriterleri:

- 6 aydan az sürede Romatoid Artrit açısından izleniyor olması
- Bireyin gebe olması

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Özbakım Davranış Ölçek Puanı

Bağımsız Değişken: Bireylerin yaşı, eğitimi, cinsiyeti, medeni durumu, hastalık yılı, tutukluk süresi, çocuk sayısı, çalışma durumu, sağlık değerlendirme anketi (MDHAQ) puanı, ağrı, yorgunluk, tutukluk düzeyleri

3.6. Veri Toplama Araçları:

3.6.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Hasta tanıtıcı formu hastanın bireylerin demografik verileri ve hastalığına ilişkin sistematik verileri elde etmek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür desteğiyle hazırlanmış bir formdur. İeriğinde hasta sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, eğitim durumu ...) ve hastanın hastalık öyküsüne ait bilgiler yer almıştır.

3.6.2. Self-Care Behaviour Scale (SCBS)- Özbakım Davranışları Ölçeği/ ÖBDÖ (EK-2)

Geçerlilik ve güvenilirliği test edilecek olan özbakım davranışları ölçeği Nadrian ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir. Ölçek romatoid artritli hastalarının özbakım davranışlarını ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir (110). Ölçeğin orijinali 17 sorudan oluşmuş olup “hiç- neredeyse hiç-bazen- çok sık- her zaman” şeklinde cevapları yer almaktadır. Ek olarak egzersiz süresi de sorulmaktadır. Cevaplar ise “hiç-10 dakika-20 dakika-30 dakika- 30’dan fazla” şeklindedir. Araştırmamızda ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmalarının yürütülmesi amaçlanmaktadır.

3.6.3. Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) - Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi (EK-3)

Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi orijinali Pincus ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yayınlanmıştır (110). Türkçe formunu Göğüs ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (111). Ölçek HAQ (Health Assessment Questionnaire- Sağlık Değerlendirme Anketi) formunun genişletilmiş halidir. Formda hasta bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ne kadar yapabildiği sorulmaktadır. Cevaplar; “hiç zorlanmadan (0) - biraz zor (1) - zor yapıyorum (2) – yapamıyorum (3)” şeklinde yer almaktadır. Ek olarak sabah tutukluğu olup olmadığı ve süresi, ağrı ve yorgunluk ölçeği ile sorgulanmaktadır. Bireylerin genel sağlık ve iyilik durumları ile ilgili sorular da yer almaktadır (112, 113).

3.7. Kullanılan Yöntemler

3.7.1. Ölçeğin Dil Geçerliliği Çalışmaları

Öz bakım Davranışları Ölçeği'nin Türk romatoid artritli hasta popülasyonunda öz bakım davranışlarını ne düzeyde yerine getirdiklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığının sınanması için öncelikle dil geçerliliği test edilmiştir.

- Ölçeğin öncelikle orijinal hali olan İngilizceden Türkçeye çevirisi hem Türkçe hem de İngilizceyi iyi derece bilen, daha önce ölçeği görmemiş üç kişi tarafından yapılmıştır.
- Türkçeye çevrilen ölçeği hem Türkçe hem de İngilizceyi iyi derece bilen, daha önce ölçeği görmemiş üç kişi tarafında tekrar İngilizceye çevrilmesi sağlanmıştır
- Farklı kişiler tarafından Türkçe ve İngilizceye çevrilen metinlerin karşılaştırılması yapılmış ve aynı olup olmadığı kontrol edilmiştir.
- Kontrol edilen ölçeğin değerlendirilmesinden sonra görüşleri alınmak üzere 10 uzmana gönderilmiştir.
- Uzman görüşleri alınıp gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir.
- Tüm aşamalardan geçen ölçeğin en son hali hastalar için kullanılmak üzere işleme alınmıştır.

3.7.2. Ölçeğin İçerik (Kapsam) Geçerliliği Çalışmaları

Ölçeğin dil geçerliliği yapıldıktan sonra içerik geçerliliğini belirlenmesi için dört klinisyen ve altı akademisyen olmak üzere on uzmana gönderilmiş, uzman görüşleri doğrultusunda forma son hali verilmiştir. Bu form çalışmaya alınan bireylere uygulanmıştır.

3.7.3. Ölçeğin Güvenirlilik Çalışmaları

Kapsam ve dil geçerlilik işlemleri yapılan ölçeğin çalışmanın yapılacağı İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi romatoloji polikliniğine gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 5 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Bu işlemin sonrasında gerekli düzenlemeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Son şekli verilmiş olan ölçek, araştırmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş üstü, en az 6 aydır romatoid artrit tanısı almış olan, herhangi fiziksel ve mental sorunu olmayan bireylere uygulanmıştır. Araştırmaya dâhil edilen bireylere test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin zamana göre değişmezliğin test edilmesi için iki test arasındaki sürenin uygun olması gerekmektedir. İki hafta ile iki ay arasındaki süre zarfında ölçeğin tekrar kullanılması önerilmektedir. Ancak romatoid artritli bireylerin remisyon ve atak dönemlerinin süresinin çok değişken olması sebebiyle; bu süre 24 ile 72 saat süresinde indirgenmiştir. Bu karar, uzman görüşü üzerine alınmıştır. Bu süre içinde bireylere tekrar ulaşılması halinde test yeniden uygulanmıştır. Bu iki testin Pearson Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ortaya çıkan güvenirlilik katsayısının 0,70'den büyük olması istenir. Değerin yüksek olması ve +1 değerine yaklaşması o ölçümün ne kadar güvenilir olduğunun göstergesidir (114, 115).

Ölçeğin güvenirlilik ve geçerlilik çalışmaları için yapılan işlemler Tablo 9 ve Tablo 10'da gösterilmiştir (116).

Tablo 9: Ölçeğin Güvenirlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler

Güvenirlik Yöntemi	Güvenirlik Analizi İçin Yapılan İşlemler
“Zamana Göre Değişmezlik” “Test- Tekrar Test Yöntemi”	<ul style="list-style-type: none">• Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama
“İç Tutarlılık” “İç Tutarlılık Katsayısı” “Madde Analizi”	<ul style="list-style-type: none">• Cronbach Alpha katsayısı hesaplama• Madde- toplam korelasyon katsayısı için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama

Tablo 10: Ölçeğin Geçerlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler

Geçerlik Yöntemi	Geçerlik Analizi İçin Yapılan İşlemler
“Kapsam Geçerliği”	<ul style="list-style-type: none">• Uzman görüşü alma
“Yapı-Kavram Geçerliği” Faktör Analizi Çözümlemesi ’’Bilinen Grupların karşılaştırılması’’	<ul style="list-style-type: none">• Doğrulayıcı faktör analizi (Confirmatory factor analysis)• Faktör yapısının belirlenmesinde temel bileşenler yöntemi• (Principal components analysis) Ortogonal varimax rotasyonu • Romatoid Artritli hastaların yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitimleri, hastalık yılı, ek kronik hastalık durumu, ilaç kullanımı ile ölçekten alınan toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak karşılaştırılmasını değerlendirme

3.8. Veri Toplama Süreci

Veri toplama süresinde ‘Tanıtıcı Bilgi Formu’ ‘Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi ve ‘Özbakım Davranışları Ölçeği’ kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.



3.9. Süre Ve Olanaklar

Araştırma Takvimi							
Araştırma Süreci	Haziran - Ağustos 2016	Eylül-Ekim 2016	Kasım 2016	Aralık 2016 -Mayıs 2017	Mayıs- Ağustos 2017	Ağustos - Kasım 2017	Mart 2018
Konunun Belirlenmesi ve İlgili Literatürlerin Taranması	+						
Tez Araştırma Taslağının Hazırlanması		+					
Tez Önerisinin Verilmesi			+				
Araştırma Etik Kurul Onayı ve Kurum İzinlerinin Alınması				+			
Verilerin Toplanması					+		
Verilerin Analizi						+	
Tezin Yazılması, Sonlandırılması ve Sunumu							+

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi:

Elde edilen veriler, SPSS 13.0 de bilgisayar ortamında kodlanmıştır ve istatistiksel analizde; sayı ve yüzde analizi kullanılmıştır. Örnekleme, normal dağılım gösterdiğinde parametrik test olan bağımsız T testi; normal göstermediğinde ise parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde $p < 0,05$ düzeyinde anlamlılık aranmıştır.

3.11. Araştırma Etiği:

Öz bakım Davranışları Ölçeği'nin geçerlilik güvenirlik çalışması için orijinal ölçeğin yazarlarından elektronik posta yoluyla izin istenmiştir. Ölçek yazarı ölçeğin Türkçeye geçerlik güvenirlik çalışmalarının Türkiye' de yürütülmesine izin vermiştir.

MDHAQ ölçeğin Türkçe versiyonunun kullanılmasına dair yazarından elektronik posta yoluyla izin alınmıştır.

Araştırma için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli etik kurul izni alınmıştır (Karar No:16/18.1.2017); hastaneden kurum izinleri (Tarih: 27.02.2017). Veri toplama aşamasında toplanan verilerin ve isimlerin gizli tutulacağı konusunda hastalara güven verilerek ve hastaların mahremiyetleri sağlanarak, yazılı onamları alınmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört başlık altında verilmiştir.

1. “Özbakım Davranışları Ölçeği'nin” dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalara ait bulgular.
2. “Özbakım Davranışları Ölçeği'nin” güvenirlik ve geçerlik analizlerine ait bulgular.
3. “Özbakım Davranışları Ölçeği'nin” kapsam geçerliliğine yönelik analizlerine ait bulgular.
4. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların tanıtıcı bilgilerine yönelik bulgular.

4.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalara Ait Çalışmalar

Özbakım Davranışları Ölçeği'nin öncelikle dil geçerliliği test edilmiştir.

- Ölçeğin öncelikle orijinal hali olan İngilizceden Türkçeye çevirisi hem Türkçe hem de İngilizceyi iyi derece bilen, ölçeği daha önce görmemiş üç kişi tarafından yapılmıştır.
- Türkçeye çevrilen ölçeğin, hem Türkçe hem de İngilizceyi iyi derece bilen, daha önce ölçeği görmemiş üç kişi tarafından tekrar İngilizceye çevrilmesi sağlanmıştır.
- Farklı kişiler tarafından Türkçe ve İngilizceye çevrilen metinlerin karşılaştırılması yapılmış olup, aynı olup olmadığı kontrol edilmiştir.

- Kontrol edilen ölçeğin değerlendirilmesinden sonra görüşlerini almak üzere on uzmana gönderilmiştir.
- Uzman görüşleri alınıp gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir.
- Tüm aşamalardan geçen ölçeğin en son hali hastalar için kullanılmak üzere işleme alınmıştır.

Ölçeğin uygulanacağı örneklem sayısı olarak; ölçek madde sayısının 5-10 oranında hastaya uygulanması önerilmektedir (117). Ölçeğin son hali verildikten sonra ölçek madde sayısının 7 katı olacak şekilde çalışmaya katılmayı kabul eden 119 romatoid artritli birey araştırma örneklemini oluşturmuş ve ölçek uygulanmıştır. Çalışma dâhiline alınan her hastaya ‘Romatoid Artrit ve Yaşam’ başlıklı eğitim verilmiş olup, eğitimin devamlılığının sağlanması için hazırlanan eğitim broşürü verilmiştir.

4.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Güvenirlik Ve Geçerlik Analizlerine Ait Bulgular

Bu bölümde ÖBDÖ’nün güvenirlik ve geçerlilik ölçümlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Güvenirlik ve geçerlilik çalışmalarında uzman görüşü alma, dil geçerliliği uygulama gibi işlemler önce yapılıyor olsa da; öncelik her zaman güvenirlik çalışmalarındadır. Güvenilir olmayan bir ölçeğin geçerliliği test etmek sağlıklı olamayacaktır. Bu yüzden ilk olarak güvenilirlilik ile ilgili bulgulara yer verilecektir.

4.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Güvenirlik Analizleri

Bu bölümde ÖBDÖ maddelerine verilen yanıtların sonuçları, iç tutarlık analizlerine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 11: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

	Frekans (yüzdeler)				
	Hiç (0)	Çok Az (1)	Bazen (2)	Çok Sık (3)	Her Zaman (4)
Madde 1	101(84,9)	8(6,7)	9(7,6)	0	1(0,8)
Madde 2	105(88,2)	7(5,9)	7(5,9)	0	0
Madde 3	99(83,2)	1(0,8)	15(12,6)	3(2,5)	1(0,8)
Madde 4	71(59,7)	17(14,3)	23(19,3)	3(2,5)	5(4,2)
Madde 5	19(13,4)	19(16)	34(20)	20(16,8)	30(25,2)
Madde 6	76(66,4)	3(2,5)	7(5,9)	5(4,2)	25(21)
Madde 7	79(66,4)	11(9,2)	18(15,1)	3(2,5)	8(6,7)
Madde 8	70(58,8)	7(5,9)	26(21,8)	9(7,6)	7(5,9)
Madde 9	52(43,7)	20(16,8)	32(26,9)	7(5,9)	8(6,7)
Madde 10	33(27,7)	15(12,6)	47(39,5)	4(3,4)	20(16,8)
Madde 11	59(49,6)	14(11,8)	31(26,1)	4(3,4)	11(9,2)
Madde 12	95(79,8)	4(3,4)	11(9,2)	3(2,5)	6(5)
Madde 13	1(0,8)	2(1,7)	12(10,1)	8(6,7)	96(80,7)
Madde 14	0	2(1,7)	9(7,6)	2(1,7)	106(89,1)
Madde 15	7(5,9)	8(6,7)	25(21)	14(11,8)	65(54,6)
Madde 16	72(60,5)	6(5)	21(17,6)	4(3,4)	16(13,4)
Madde 17	76(63,9)	15(12,6)	8(6,7)	9(7,6)	11(9,2)

Tablo 11’de araştırmaya dâhil edilen romatoid artritli bireylerin ÖBDÖ’de yer alan 17 maddeye verdikleri cevapların frekansları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde 1.maddenin (Sıcak su havuzuna girme) ‘çok sık’, 2.maddenin (Vücudumun bazı bölgelerine sıcak uygulama) ‘çok sık’ ve ‘her zaman’ ile 14.Maddenin (Düzenli olarak doktor kontrolüne gitme) ‘hiç’ cevaplarının romatoid artritli bireyler tarafından işaretlenmediği görülmüştür (% 0). En fazla işaretlenen cevaplar ise 14.maddeye (Düzenli olarak doktor kontrolüne gitme) verilen ‘her zaman’ (% 89,1) , 2. Maddeye (Vücudumun bazı bölgelerine sıcak uygulama) verilen ‘hiç’ (% 88,2) ve 1. Maddeye (Sıcak su havuzuna girme) verilen ‘hiç’ (% 84,9) cevapları olduğu görülmüştür.

Tablo 12: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nden Aldığı Toplam Puanların Değerlendirilmesi

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	119	9	51	25,87	7,81

Tablo 12’de ÖBDÖ’ye bireylerin verdiği puanlardan elde edilen en düşük, en yüksek puanlar, puan ortalaması ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloda gösterildiği gibi ölçekten elde edilen toplam puan ortalamaları 9 ile 51 puan arasında değişmektedir. Tüm ölçek puan ortalamaları ise $25,87 \pm 7.81$ şeklinde bulunmuştur.

4.2.1.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeğin zamana göre değişmezliği için Pearson momentler çarpımı korelasyonu kullanılmıştır. Tablo 13’te ölçeğin test –tekrar test puan ortalamaları arasında korelasyonu gösteren analiz verileri sunulmuştur.

Tablo 13: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

	N	R	p
Ön Test	30	0,74	0,000
Son Test	30		

Tablo 13’te ÖBDÖ’nün zamana göre değişmezliğinin tespiti için test- tekrar test istatistik verileri gösterilmiştir. Test- tekrar test uygulaması için araştırmaya katılmayı, telefonunu verilmesini, kendine ulaşılmasını kabul eden ve arandığı vakitte ulaşılabilen ilk 30 hastaya ulaşılmıştır. Gelen uzman görüşü doğrultusunda romatoid artrit hastalığına özgü durumlar nedeniyle test- tekrar test süresi 24-72 saat aralığına indirgenmiştir. Yapılan Pearson momentler çarpımı sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (r:0,74 p:0,00).

4.2.1.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin İç Tutarlılık Analizleri

İç tutarlılığın tespiti için ÖBDÖ’nün Cronbach alpha katsayısı hesaplanması ve madde analizleri sonuçları verilmiştir.

- “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Cronbach Alpha Katsayısı Hesaplaması

Tablo 14: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları

	Örneklem Sayısı (N)	Madde Sayısı	Cronbach Alpha Değeri
<u>Özbakım Davranışları Ölçeği</u>	119	17	0,657

İç tutarlılığını değerlendirmek için ÖBDÖ’nün cronbach alpha değeri analiz sonuçları Tablo 14’te verilmiştir. Buna göre cronbach alpha değeri 0, 657 şeklinde bulunmuştur.

Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları esnasında ÖBDÖ’nün 1.madde (Sıcak su havuzuna girme), 2.madde (Vücudumun bazı bölgelerine sıcak uygulama) ve 3.maddenin (Eklem koruyucu, destekleyici veya sabitleyici (atel) kullanma) ters puanlanması yapılarak tekrar Cronbach alpha değeri hesaplanmıştır. Bunun sebebi; uzman görüşleri doğrultusunda ilk 3 maddenin romatoid artrit hastalık seyrinde olumsuz etkiye neden olabileceği idi. Ters puanlama sağlanan ilk 3 madde ile tekrar hesaplanan Cronbach alpha değeri Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Ters Puanlama Sonrası Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları

	Örneklem Sayısı (N)	Madde Sayısı	Cronbach Alpha Değeri
<u>Özbakım Davranışları Ölçeği</u>	119	17	0,558

- **“Romatoid Artritli Bireylerde Özbakım Davranışları Ölçeği’nin” Madde Analizi Hesaplaması**

Özbakım davranışları ölçeği toplam madde korelasyonu ile her bir sorunun korelasyonu Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Toplam Puan Korelasyonları

	Madde çıkarıldığında ölçek ortalaması	Madde çıkarıldığında ölçek varyansı	Madde toplam korelasyonları	Madde çıkarıldığında Cronbach Alfa
Madde 1	25,62	57,78	0,28	0,64
Madde 2	25,70	58,39	0,31	0,64
Madde 3	25,50	58,91	0,11	0,65
Madde 4	22,65	58,40	0,08	0,66
Madde 5	23,63	56,79	0,12	0,66
Madde 6	24,76	51,80	0,27	0,64
Madde 7	25,13	54,69	0,27	0,64
Madde 8	24,92	51,80	0,41	0,62
Madde 9	24,72	53,69	0,32	0,63
Madde 10	24,18	49,52	0,50	0,60
Madde 11	24,76	50,91	0,45	0,61
Madde 12	25,38	55,88	0,24	0,64
Madde 13	22,23	59,70	0,06	0,66
Madde 14	22,09	60,69	0,00	0,66
Madde 15	22,85	60,19	-0,03	0,68
Madde 16	24,83	49,92	0,43	0,61
Madde 17	25,02	51,15	0,42	0,61

Tablo 16’da ÖBDÖ’nün madde toplam puan korelasyonları ve gerekli durumda ölçekten madde çıkarıldığında hesaplanacak Cronbach Alpha değeri gösterilmiştir. Cronbach Alpha değerleri 0,60 ile 0,68 arasında değişmektedir. Madde korelasyon değerleri 0,00-0,50 arasında yer almaktadır.

- **Yarı Test Güvenirlik Analizi**

Tablo 17’de ÖBDÖ’nün iç tutarlılığı için yarı test güvenirliliği analiz sonuçları belirtilmiştir.

Tablo 17: “Özbakım Davranışları Ölçeği” Yarı Test Güvenirlik Analizleri Sonuçları

İki Yarı Arası Korelasyon Değeri	0,484
Guttman Split – Half Katsayısı	0,652
Spearman – Brown Katsayısı	0,653
1. Yarı (ilk 9 madde) Alpha Değeri	0,450
2. Yarı (Sonraki 8 madde) Alpha Değeri	0,530
Kişi sayısı (N)	119

ÖBDÖ’nün yarı test güvenirlilik sonuçları Tablo 17’de gösterilmiştir. Birinci partın (1,2,3,4,5,6,7,8,9) Cronbach Alfa değeri 0,450; ikinci partın (10,11,12,13,14,15,16,17) Cronbach Alfa değeri 0,530; iki part arasındaki korelasyon ise 0,484 olarak saptanmıştır. Spearman- Brown katsayısı 0,653 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,652 olarak bulunmuştur.

4.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği'nin” Geçerlilik Analizleri

Özbakım Davranışları Ölçeği'nin geçerli bir ölçek olabilmesi için kapsam ve yapı geçerliliği yapılmıştır.

4.3.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği'nin” Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Kapsam geçerliliği için uzman görüşlerine danışılmıştır. Bazı ölçek maddelerin ifadelerinde iki uzman değişiklik önerilerinde bulunmuştur. İlk çevirisinde 1.madde için “*Sıcak duş yapma*“ madde ifadesini “*Sıcak su havuzuna girmek*” olması önerilmiştir. 2. Madde de bulunan “*sıcaklık*” kelimesi “*sıcak uygulama*” olarak değiştirilmesi önerilmiştir. İlk çevirisinde “*kaçınmak*” kelimesi “*sakınmak*” olarak 7. maddenin değişmesi önerildi. Öneriler doğrultusunda yapılan düzenlemelerle kullanım için ölçeğe son hali verilmiştir.

4.3.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği'nin” Yapı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Yapı geçerliliği yapılmak üzere ÖBDÖ'nün değerlendirilmesi için faktör analizi yapılmıştır.

- **Faktör Analizi**

ÖBDÖ'nün analizi için Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) ve Varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18: “Özbakım Davranışları Ölçeği'nin” Faktör Analiz Sonuçları

	Başlangıç Özdeğerler			Yükleri Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans	Kümülatif	Toplam	Varyans	Kümülatif
Madde 1	3,266	19,215	19,215	3,266	19,215	19,215
Madde 2	1,799	10,582	29,797	1,799	10,582	29,797
Madde 3	1,738	10,225	40,022	1,738	10,225	40,022
Madde 4	1,330	7,822	47,844	1,330	7,822	47,844
Madde 5	1,246	7,330	55,174	1,246	7,330	55,174
Madde 6	1,036	6,094	61,268	1,036	6,094	61,268
Madde 7	,981	5,770	67,038			
Madde 8	,939	5,525	72,563			
Madde 9	,819	4,818	77,381			
Madde 10	,734	4,319	81,700			
Madde 11	,716	4,210	85,909			
Madde 12	,592	3,480	89,389			
Madde 13	,584	3,436	92,825			
Madde 14	,445	2,617	95,442			
Madde 15	,405	2,382	97,824			
Madde 16	,283	1,667	99,492			
Madde 17	,086	,508	100,000			

Yapı geçerliliği için ÖBDÖ üzerinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax yöntemi kullanılmıştır. Temel bileşenler analizi sonucunda 6 bileşen ile değişkenliğin % 61,268'i açıklanmaktadır.

Yapılan analizler sonucunda Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı ve Barlet testi sonucu ($X^2= 528,55$; $p=0,00$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Her bir faktör tarafından bulunan Kaiser-Meyer Olkin (KMO) varyans değeri % 0,602 olarak tespit edilmiştir.

4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık aktivitesi ile Özbakım Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

4.4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 19: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

TANICI BİLGİLER	Frekans (N)	Yüzdelerik (%)
<u>Yaş Grupları:</u>		
18-31	11	9,2
32-45	33	27,7
46-59	41	34,5
60-74	34	28,6
<u>Cinsiyet:</u>		
Kadın	99	83,2
Erkek	20	16,8
<u>Medeni Durum:</u>		
Evli	96	80,7
Bekar	23	19,3
<u>Yaşadığı Yer Durumu:</u>		
Köy	3	2,5
İlçe	6	5
Şehir	26	21,8
Büyükşehir	84	70,6
Toplam	100	100

Tablo 19: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (devamı)

<u>Meslek Durumu</u>		
Ev hanımı	69	58
İşçi	11	9,2
Öğrenci	4	2,5
Serbest Meslek	13	12,6
Emekli	14	0,9
Çalışmıyor	3	2,5
Memur	5	4,2
Toplam	119	100

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına bakıldığında, % 34,5 ile en fazla orana sahip olan grubun 46-59 yaş aralığı olduğu görülmüştür. Yaş dağılımı $50,60 \pm 13,79$ aralığında değişmektedir (Tablo 19).

Hastaların % 83,2'si kadınlardan, % 16,8'i erkeklerden oluşmaktadır. Hastaların medeni durumları incelendiğinde % 80,7 si evli, % 19,3 'ü ise bekârdır. Yaşadığı yer oranına bakıldığında; en fazla % 70,6 ile büyükşehir olup, % 21,8' şehir, % 5'i ilçe ve % 2,5 'i köyde yaşadığı tespit edilmiştir. Meslek durumu incelendiğinde; % 58 ile en fazla ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 19).

Tablo 19: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (devamı)

TANITICI BİLGİLER	Frekans (N)	Yüzdelerik (%)
<u>Eğitim Düzeyi:</u>		
Okuryazar değil	9	7,6
İlköğretim	76	63,9
Ortaöğretim	21	17,6
Yükseköğretim ve üstü	13	10,9
<u>Gelir Durumu:</u>		
Gelir giderden az	92	77,3
Gelir giderden denk	27	22,7
<u>Sağlık Güvence Durumu:</u>		
Var	117	98,3
Yok	3	1,7
<u>Aile Durumu:</u>		
Çekirdek aile	111	93,3
Geniş aile	7	5,9
Yalnız	1	0,8
<u>Çocuk Varlığı:</u>		
Var	96	80,7
Yok	23	19,3
<u>Aileden Bakım Alma Durumu:</u>		
Evet	88	73,9
Hayır	31	26,1
Toplam:	119	100

Eğitim düzeyi kategorisi incelendiğinde; % 63,9 ile “ilköğretim”, % 10,9 ‘u “yükseköğretim ve üstü”, % 1,6’sı “ortaöğretim” mezunu olup % 17,6’sı ise okuryazar değildir (Tablo 19) .

Gelir durumu kategorisinde ise % 77,3 ile “gelir giderden az”, % 22,7’si “gelir gidere denk ” olarak tespit edilmiştir (Tablo 19) .

Bireyler; sağlık güvence durumunun sorgulandığında % 98,3’ünün “var” cevabı verirken % 1,7’sinin “yok” cevabı vermiştir (Tablo 19).

Bireylerin % 93,3 ile “çekirdek aile” ile yaşarken % 5,9’u “geniş aile” ile % 0,8’i “yalnız” yaşadığı saptanmıştır (Tablo 19).

Çocuk varlığı kategorisinde % 80,7 ile “var”, % 19,3 ‘ü ise “yok” cevabını verdiği belirlenmiştir (Tablo 19).

Aileden bakım alma durumu kategorisinde % 73,9 ile “evet” % 26,1 ‘inin “hayır” cevabı verdiği görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 20: Çalışmaya Katılan Hastaların Hastalık ve Tedavi Süresi

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Hastalık Süresi (yıl)	119	0,5	43	12,27	9,04
Tedavi Süresi (yıl)	119	0,5	38	10,72	8,37

Bireylerin hastalık süresi 6 ay ile 43 yıl arasında değişmekte olup ortalaması $12,27 \pm 9,04$ aralığında olduğu tespit edilmiştir. Hastaların tedavi süresi ise 6 ay ile 38 yıl arasında olup $10,72 \pm 8,37$ aralığındadır (Tablo 20).

Tablo 21: Çalışmaya Katılan Bireylerin Hastalık Hakkında Eğitim Alma Yakınları İle Paylaşma Ve Eklem Şekil Bozuklukları Durumu

TANITICI BİLGİLER	(N)	Yüzelik(%)
<u>Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu:</u>		
Evet	52	43,7
Hayır	67	56,3
<u>Yakınlar ile Paylaşma Durumu:</u>		
Evet	108	90,8
Hayır	11	9,2
<u>Eklemlerdeki Şekil Bozukluğu Durumu:</u>		
Evet	75	62,2
Hayır	45	37,8
Toplam	119	100

Araştırmaya katılan hastaların % 43,7'sinin hastalığı hakkında bir eğitim aldığı; % 56,3' ünün hastalığı hakkında herhangi bir eğitim almadığı tespit edilmiştir (Tablo 21).

Hastaların çoğunluğunun (% 90,8) hastalığı hakkında yakınları ile paylaşmada bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 21).

Romatoid artritte önemli bir belirti olan bireylerde eklemlerinde şekil bozukluğu durumu incelendiğinde % 62,2'sinin eklemlerinde şekil bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Tablo 21).

Tablo 22:Çalışmaya Katılan Hastaların Başka Hastalık Varlığına Göre Dağılımı

TANITICI BİLGİLER	(N)	Yüzdelik (%)
<u>Hastalık Varlığı:</u>		
Evet	67	56,3
Hayır	52	43,7
<u>Hastalık Türleri:</u>		
Endokrin Sistemi Hastalıkları	31	30,01
Kalp Damar Sistemi Hastalıkları	36	34,95
Hematolojik Sistemi Hastalıkları	5	4,8
Solunum Sistemi Hastalıklar	7	6,7
Psikiyatrik Hastalıklar	5	4,8
Nörolojik Hastalıklar	4	3,8
Ürolojik Hastalıkları	3	2,9
Gastrointestinal Sistemi Hastalıkları	4	3,8
Diğer (planter fasiit, herni)	3	2,9
Toplam:	103	100

Araştırmaya katılan hastaların %56,3'ünde başka hastalıklar da bulunmaktadır. Ek hastalık olarak görülen rahatsızlıklar 'Kalp damar sistemi hastalıkları (% 34,95) olarak tespit edilmiştir (Tablo 22).

Tablo 23: Hastaların İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımı

TANITICI BİLGİLER	(N)	Yüzdelerik (%)
<u>İlaç Kullanımı:</u>		
Evet	116	97,5
Hayır	3	2,5
Toplam:	119	100
<u>Kullanılan İlaç Grupları</u>		
Analjezik	23	8,6
Steroidler	59	21,9
DMARD	124	46,1
Biyolojik Ajan	56	20,8
Diğer	7	2,6
Toplam:	269	100

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (% 97,5) ilaç kullanımı tespit edilmiştir. Bu ilaçlardan en çok kullanıma sahip olan ilacın % 46,1 oran ile “DMARD” olduğu bulunmuştur. Bireylerin % 8,6’sı analjezik, % 21,9’u steroid, % 20,8 ‘i biyolojik ajan ve % 2,6’sı diğer ilaçlar kullanımı saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 24: Çalışmaya Katılan Hastaların Sabah Tutukluk Durumu

TANITICI BİLGİLERİ	(N)	Yüzdelerik (%)
<u>Sabah Tutukluğu:</u>		
Evet	79	66,4
Hayır	40	33,6
Toplam:	119	100

Araştırmaya katılan hastaların % 66,4’ü sabah tutukluğu hissettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 24).

Tablo 25: Hastaların Sabah Tutukluğu Süresi

TANITICI BİLGİLERİ	N	Min (dk)	Max (dk)	Ortalama	SS
<u>Tutukluk Süresi:</u>	78	1	1200	76,05	156,73

Araştırmaya katılan sabah tutukluğu yaşayan hastalar en az 1 dakika en çok 1200 dakika bu durumu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ortalama tutukluluk süresi 76,05 dakika olup bu süre $76,05 \pm 156,73$ arasında değişmektedirler (Tablo 25).

Tablo 26: Çalışmaya Katılan Hastaların Son Bir Hafta İçindeki Ağrı Değerleri

TANITICI BİLGİLERİ	N	Min	Max	Ortalama	SS
<u>Son bir hafta içerisinde hissedilen ağrı şiddeti:</u>	119	0	10	3,33	3,15

Tablo 26’da araştırmaya katılan hastalara son bir hafta içinde deneyimledikleri ağrı değerleri için verdikleri visüel ağrı ölçeği üzerinde puan sonuçları gösterilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde son bir hafta içerisinde hissedilen ağrı şiddeti ortalaması $3,33 \pm 3,15$ arasında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 27: Hastaların Son Bir Hafta İçinde Yaşadıkları Yorgunluk Değerleri

TANITICI BİLGİLERİ	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
<u>Yorgunluk Hissi:</u>	119	0	10	4,87	3,47

Tablo 27’de araştırmaya katılan hastalara son bir hafta içinde deneyimledikleri yorgunluk değerleri için verdikleri yorgunluk ölçeği sonuçları gösterilmiştir. Analizler sonucu son bir hafta içerisinde hissedilen yorgunluk düzeyi ortalaması $4,87 \pm 3,47$ olarak belirlenmiştir (Tablo 27).

Tablo 28: Çalışmaya Katılan Bireylerin İyilik Haline İlişkin Bulgularının Dağılımı

TANITICI BİLGİLERİ	(N)	Yüzdelerik (%)
<i>İyilik hali (son 2 hafta)</i>		
Çok daha kötü	7	5,9
Kötü	16	13,4
Aynı	25	21
İyi	64	53,8
Çok iyi	7	5,9
Toplam	119	100

Araştırmaya katılan hastaların son iki haftaya göre iyilik hali sorgulandığında % 53,8'i, kendilerini iki hafta öncesine göre "iyi" hissettikleri tespit edilmiştir. Bu sonucun yanında % 5,9' u çok daha kötü, % 13,4'ü kötü, % 21'i aynı ve % 5,9'u ise çok iyi hissettiğini belirtmişlerdir (Tablo 28).

Tablo 29: Çalışmaya Katılan Bireylerin Genel İyilik Haline İlişkin Puan Ortalamasının Dağılımı

TANITICI BİLGİLERİ	(N)	Min	Max	Ortalama	SS
<i>Genel İyilik Hali</i>	119	0	10	4,23	2,43

Araştırmaya katılan bireylerin genel olarak iyilik halleri sorgulanmıştır. Ölçekte 0 değeri "çok iyi" 10 değeri "çok kötü" göstermekte olup çalışmaya katılan bireylerin genel iyilik hali puan ortalaması $4,23 \pm 2,43$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 29).

Tablo 30: Hastaların Çalışma Durumları

TANITICI BİLGİLERİ	(N)	Yüzdelerik (%)
<u>Çalışma Durumu:</u>		
Çalışıyor /Öğrenci	34	28,6
Çalışmıyor	79	66,4
Hastalık nedeniyle çalışmıyor	6	5
Toplam:	119	100

Tablo 30’da analizler için yetersiz örneklem sayılarından dolayı (n<5) bazı gruplar birleştirilmiştir. Birleştirilen gruplara göre çalışmaya katılan bireylerin % 66,4’ü herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Tablo 31: Hastaların Meslek Durumları

TANITICI BİLGİLERİ	(N)	Yüzdelerik (%)
<u>Çalışma Durumu:</u>		
Evet, tam gün	27	22,7
Evet, yarım gün	3	2,5
Emekli	14	11,8
Öğrenci	4	3,4
Ev hanımı	63	52,9
Hastalığından dolayı çalışmıyor	6	5
Diğer	2	1,7
Toplam:	119	100

Çalışma durumları incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin % 52,9’u ev hanımı, % 11,8’i emekli, % 3,4’ü öğrenci ve % 1,7’si diğer olarak tespit edilmiştir. Bireylerin % 5’i hastalığından dolayı çalışmadığı saptanmıştır. Çalıştığını belirten hastaların % 22,7’si tam gün, % 2,5’ ise yarım gün çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 31).

4.4.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Değişkenleri Arasındaki İlişki

Tablo 32: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	Yaş Grupları	N	Ortalama	SS	F*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	18-31	11	29,27	3,01	0,978	0,42
	32-45	33	24,75	1,37		
	46-59	41	26,12	0,91		
	60 ve üstü	34	25,55	1,53		
Toplam		119				

* F: Anova Testi

Bireylerin özbakım ölçeğine verdiği cevapların toplamına bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin 11’i 18-31 yaş grubuna, 33’ü 32-45 yaş grubuna, 41’i 46-59 yaş grubuna, 34’si 60 yaş ve üzeri yaş grubuna aittir. 18-31 yaş grubunun ortalaması $29,27 \pm 3,01$ ’tir. 32-45 yaş grubunun ortalaması $24,75 \pm 1,37$ ’dur. 46-59 yaş grubunun ortalaması $26,12 \pm 0,91$ ’dir. 60 ve üstü yaş grubunda puan ortalaması $25,55 \pm 1,53$ ’tür (Tablo 32).

Tablo 32’de çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Bireylerin yaş grupları ile ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan analiz sonucu istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0,42$; $p>0,05$).

Tablo 33: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet	N	Min	Max	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Kadın	99	12	51	26,42	0,76	704	0,04
	Erkek	20	9	44	23,15	1,86		
Toplam		119						

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 33'te çalışmaya katılan bireylerin ÖBDÖ'den aldıkları puan ortalamaların cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin özbakım ölçeğine verdiği cevapların toplam puanları incelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların (n=99) ölçek için en düşük puanı 12, en yüksek puan 51 bulunmuştur. Kadınların verdiği puanların dağılımı $26,42 \pm 0,76$ arasındadır. Çalışmaya katılan erkeklerin (n=20) ise ölçek için verdikleri en düşük puan 9 iken; en yüksek puan 44 idi. Erkeklerin verdiği puanların dağılımı $23,15 \pm 1,86$ arasındadır.

Varyanslar normal dağılmadığı için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucu bireylerin ÖBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları kadınlarda $26,42 \pm 0,76$ erkeklerde $23,15 \pm 1,86$ olarak saptanmıştır. Yapılan analiz sonucu cinsiyete göre ÖBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p:0,04$; $p < 0,05$).

Tablo 34: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Medeni Durum Göre Dağılımı

	Medeni Durum	N	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Evli	96	25,72	0,79	1044,5	0,68
	Bekâr	23	26,47	1,64		
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 34’te çalışmaya katılan hastaların meslek grupları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,68; p>0,05).

**Tablo 35: Çalışmaya Katılan Bireylerin Bireylerde “Özbakım Davranışları Ölçeği”
Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadığı Yere Göre Dağılımı**

	Yaşadığı Yer	N	Ortalama	SS	KW*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Köy	3	26,33	4,91	8,95	0,03
	İlçe	6	33,33	2,06		
	Şehir	26	23,5	1,33		
	Büyükşehir	84	26,05	0,87		
Toplam		119				

* KW: Kruskal-Wallis Testi

Tablo 35’te çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları yere göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda hastaların medeni durumlarına göre, ÖBDÖ’den alınan toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,03$; $p<0,05$).

Bu farklılığı hangi grup ya da grupların yaptığını bulabilmek için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Köy ve ilçe gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p:0,381$; $p>0,05$). Köy ve şehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ($p:0,610$, $p>0,05$). Köy ve büyükşehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ($p:0,939$, $p>0,05$). İlçe ve şehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p:0,002$; $p<0,05$). İlçe ve büyükşehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p:0,012$, $p<0,05$). Şehir ve büyükşehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p:0,182$; $p>0,05$).

Tablo 36: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	SS	KW*	P
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Okuryazar değil	9	25,88	1,52	15,322	0,00
	İlköğretim	76	24,09	0,88		
	Ortaöğretim	21	28,38	1,32		
	Yükseköğretim ve üstü	13	32,23	2,52		
Toplam		119				

*KW: Kruskal-Wallis Testi

Tablo 36’da çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına ile ÖBDÖ puan ortalamaları arasında ilişki incelenmiştir. Bireylerin eğitim durumları ile ÖBDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0,00; p <0,05).

Bu farklılığı hangi grup ya da grupların yaptığını bulabilmek için Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Okuryazar olmayan ve ilköğretim gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p:0,213; p>0,05). Okuryazar değil ve ortaöğretim gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p:0,226; p>0,05). Okuryazar olmayan ve yükseköğretim ve üstü gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p:0,126; p>0,05). İlköğretim ve ortaöğretim gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,005; p<0,05). İlköğretim ve yükseköğretim ve üstü gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,00; p<0,05). Orta öğretim ve yükseköğretim ve üstü gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p:0,246; p>0,05).

Tablo 37: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Mesleklerine Göre Dağılımı

	Meslek	N	Ortalama	SS	KW*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Ev hanımı	69	25,71	0,88	8,868	0,17
	İşçi	11	23,63	1,59		
	Öğrenci	4	39	5,13		
	Serbest meslek	14	24,26	1,44		
	Emekli	13	26,61	2,64		
	Çalışmıyor	3	19,66	6,06		
	Memur	5	31,8	4,68		
Toplam		119				

*KW: Kruskal-Wallis Testi

Bireylerin özbakım ölçeğine verdiği cevapların toplamına bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin 69’u ev hanımı, 11’i işçi, 4’ü öğrenci, 14’ü serbest meslek, 13’ü emekli, 3’ü çalışmıyor ve 5’i memur grubuna aittir. Ev hanımı grubunun ortalaması $25,71 \pm 0,88$ ’dir. İşçi grubunun ortalaması $23,63 \pm 1,59$ ’dur. Öğrenci grubunun ortalaması $39 \pm 5,13$ ’tür. Serbest meslek grubunun ortalaması $24,26 \pm 1,44$ ’dur. Emekli grubunun ortalaması $26,61 \pm 2,64$ ’tür. Çalışmıyor grubunun ortalaması $19,6 \pm 6,06$ ’dır. Memur grubunun ortalaması $31,8 \pm 4,68$ ’dir (Tablo 37).

Tablo 37’de çalışmaya katılan bireylerin mesleki durumları ile ÖBDÖ aldığı toplam puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analiz sonucu bireylerin mesleki durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p:0,17$; $p>0,05$).

Tablo 38: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Gelir Durumuna Göre Dağılımı

	Gelir Durumu	N	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Gelir giderden az	92	24,94	0,81	831,5	,000
	Gelir giderden denk	27	29,03	1,36		
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 38’de çalışmaya katılan bireylerin gelir durumu ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0,000; p<0,05).

Tablo 39: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Aile Durumuna Göre Dağılımı

	Aile Durumu	N	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Çekirdek aile	111	24,94	0,81	0,383	0,54
	Geniş aile	7	29,03	1,36		
	Yalnız	1				
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 39’da çalışmaya katılan bireylerin aile durumu ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile aile durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,54; p>0,05).

Tablo 40: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Çocuk Varlığına Göre Dağılımı

	Çocuk Varlığı	N	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Var	96	25,66	0,79	1044,5	0,68
	Yok	23	26,73	1,69		
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 40’da çalışmaya katılan bireylerin aile durumu ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile aile durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,68; p>0,05).

Tablo 41: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Aileden Bakım Alma Durumuna Göre Dağılımı

	Aileden Bakım Alma Durumu	N	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Evet	88	25,45	0,80	1235	0,43
	Hayır	31	27,06	1,51		
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 41’de çalışmaya katılan bireylerin aileden bakım alma durumu ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile aileden bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,43; p>0,05).

Tablo 42: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Ek Hastalık Varlığına Göre Dağılımı

	Başka Hastalık Varlığı	N	Ortalama	SS	MWU*	pp
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Evet	67	26,46	0,82	1436,5	0,10
	Hayır	52	25,11	1,24		
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 42’de çalışmaya katılan bireylerin ek hastalık varlığı ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile ek hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,10; p>0,05).

Tablo 43: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Süresine Göre Dağılımı

	Hastalık Süreleri (yıl)	N	Ortalama	SS	KW*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	0-14	80	25,975	0,93	0,178	0,91
	15-29	31	25,7742	1,09		
	30-44	7	25,8571	3,49		
Toplam		118				

*KW: Kruskal-Wallis Testi

Tablo 43’de çalışmaya katılan bireylerin hastalık süresi ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalaması ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,91; p>0,05).

Tablo 44: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Tedavi Süresine Göre Dağılımı

	Tedavi Süreleri (yıl)	N	Ortalama	SS	F*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	0-9	62	25,69	1,01	0,075	0,97
	10-19	35	25,8	1,38		
	20-29	17	26,70	1,39		
	30 ve üstü...	5	25,8	4,90		
Toplam		119				

*F: Anova Testi

Tablo 44’te çalışmaya katılan bireylerin tedavi süresi ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile tedavi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,97; p>0,05).

Tablo 45: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalıkları Hakkında Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı

	Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu	N	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Evet	52	27,15	1,11	1461	0,13
	Hayır	67	24,88	0,92		
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 45’te çalışmaya katılan bireylerin hastalıkları hakkında eğitim alma durumları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile hastalıkları hakkında eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,13; p>0,05).

Tablo 46: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalıkları Hakkında Yakınları ile Paylaşma Durumuna Göre Dağılımı

	Yakınları ile Paylaşma Durumu	N	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Evet	108	26,06	0,72	454	0,19
	Hayır	11	24	3,03		
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 46’da çalışmaya katılan bireylerin hastalıkları hakkında yakınlarıyla paylaşma durumları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile hastalıkları hakkında yakınları ile paylaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,19; p>0,05).

Tablo 47: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Eklemlerinde Şekil Bozukluğu Durumuna Göre Dağılımı

	Eklemlerde Şekil Bozukluğu Durumu	N	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Evet	74	24,78	0,91	1295	0,04
	Hayır	45	27,66	1,11		
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 47’de çalışmaya katılan bireylerin eklem şekil bozukluğu durumları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile hastalıkları hakkında eklem şekil bozukluğu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0,04; p<0,05).

Tablo 48: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Çok Boyutlu Hastalık Değerlendirme Anketine Göre Dağılımı

	MDHAQ Puanı	N	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	0-4	103	26,34	0,77	443	0,10
	5 ve üzeri...	12	22,41	1,60		
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 48’de çalışmaya katılan bireylerin “Çok Boyutlu Hastalık Değerlendirme Anketi” ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile “Çok Boyutlu Hastalık Değerlendirme Anketi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,10; p>0,05).

Tablo 49: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Ağrı Düzeylerine Göre Dağılımı

	N	Ortalama	SS	X2*	p
Hissedilen ağrı şiddeti puanı	119	3,33	3,11	-0,021	0,71

*Kendal’s Tau Analizi

Tablo 49’da çalışmaya katılan bireylerin ağrı düzeyleri ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,71; p>0,05).

Tablo 50: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Sabah Tutukluk Durumuna Göre Dağılımı

	Sabah Sertliği Durumu	N	Ortalama	SS	MWU*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Evet	79	25,34	0,89	1381	0,26
	Hayır	40	26,92	1,18		
Toplam		119				

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 50’de çalışmaya katılan bireylerin sabah tutukluk durumu ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile sabah tutukluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,26; p>0,05).

Tablo 51: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Sabah Tutukluk Süresine Göre Dağılımı

	N	Ortalama	SS	X2*	p
<u>Sabah tutukluğu süresi</u>	78	76,05	156,73	-0,010	0,90

*Kendal’s Tau Analizi

Tablo 51’de çalışmaya katılan bireylerin sabah tutukluk süresi ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile sabah tutukluk süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,90; p>0,05).

Tablo 52: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Yorgunluk Skoruna Göre Dağılımı

	N	Ortalama	SS	X ² *	p
Yorgunluk hissi	119	4,87	3,47	0,041	0,52

*Kendal’s Tau Analizi

Tablo 52’de çalışmaya katılan bireylerin yorgunluk skoruna ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile yorgunluk skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,52; p>0,05).

Tablo 53: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

	Çalışma Durumu Grupları	N	Ortalama	SS	KW*	p
<u>Özbakım Davranışları Puanları</u>	Çalışıyor	34	25,55	1,49	0,303	0,85
	Çalışmıyor	79	26,09	0,87		
Hastalık nedeniyle çalışmıyor	6	24,66	1,58			
Toplam		119				

*KW: Kruskal-Wallis Testi

Tablo 53’te çalışmaya katılan bireylerin çalışma durumları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,85; p>0,05).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. Özbakım Davranışları Ölçeği'nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların Değerlendirilmesi

Ülkemizde çeşitli kronik hastalıklarda bireylerin özbakım davranışlarını ölçme araçları geliştirilmiştir. Bu ölçme araçlarının Türkçe geçerlilik ve güvenilirlikleri de yapılmaktadır. Ancak romatoid artrit konusunda özbakım, özbakım davranışları ve hemşirelik konusunda literatür eksikliği gözlenmiştir (10). Bir ölçeğin literatüre kazandırılması için standardize edilebilmesi gerekmektedir (118). Ölçek uyarlama çalışmalarında istenen iki psikometrik ölçüm geçerlilik ve güvenilirlik basamaklarıdır. Bu işlemler her ölçek uyarlaması için gerekli ve zorunludur. Geçerlilik güvenilirlik çalışmaları kolay görünüyorsa bile; ölçeğin uygulanacak toplum için hem kültürel hem de çalışmanın yapıldığı alana olan katkısı düşünüldüğünde büyük sorumluluğu da yanında getirdiği bilinmektedir. Bu yüzden tüm basamakların doğru ve kaidelere uygun yapılması çalışmaları anlamlı kılacaktır (119).

5.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Geçerlilik Ve Güvenirlik Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Araştırma için karar verilen veya geliştirilen ölçeğin kapsam geçerliliği aşaması geçildikten sonra sıradaki işlem geçerlilik ve güvenilirliğin test edilmesidir. Ölçülmesi istenen özelliğin bir başka koşul veya özelliğe müdahil olmadan doğru ölçülmesi “geçerlilik” ; ölçülmesi istenen özelliğin ne kadar doğru ölçtüğü ya da hatasız ölçmesi “güvenirlik” olarak adlandırılır (120) .

5.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Güvenirlik Analizlerinin Değerlendirilmesi

Bir ölçek içindeki maddelerin ne kadar benzer olduğunun ölçülmesi; ölçek içindeki bir maddenin bir özelliğinin ne kadar doğru ölçebildiğinin göstergesi “güvenirlik” kavramı ile açıklanmaktadır. Önceliğin her zaman güvenilirlikte olduğu unutulmamalıdır. Çünkü güvenilir olmayan bir ölçeğin geçerliliğinin bir değeri bulunmamaktadır (121).

Özbakım Davranışları Ölçeği’ne verilen cevapların, zamana karşı değişmezliği ve iç tutarlılık analizleri tartışılacaktır.

5.2.1.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”ne Verilen Yanıtların Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin ÖBDÖ’ne verdikleri puanların frekansları incelendiğinde; 1.maddenin (Sıcak su havuzuna girme) “çok sık” 2.maddenin (Vücudumun bazı bölgelerine sıcak uygulama) “çok sık” ve “her zaman” ile 14.Maddenin (Düzenli olarak doktor kontrolüne gitme) “hiç” cevaplarının romatoid artritli bireyler tarafından işaretlenmediği görülmüştür (%0). En fazla işaretlenen cevaplar ise 14.maddeye (Düzenli olarak doktor kontrolüne gitme) verilen “her zaman” (% 89,1) , 2. Maddeye (Vücudumun bazı bölgelerine sıcak uygulama) verilen “hiç” (%88,2) ve 1. Maddeye (Sıcak su havuzuna girme) verilen “hiç” (%84,9) cevapları olduğu görülmüştür.

5.2.1.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Test- tekrar test yöntemi; aynı ölçeğin araştırmaya katılan bireylere birden fazla kez bir süre aralığı içinde tekrar uygulanmasıdır. Bu uygulama için aralıklı ve aralıksız yöntem olmak üzere iki yöntem bulunmaktadır (122). Bu araştırmada aralıksız yöntem

kullanılarak ölçeğin zamana göre değişmezliği için 30 hastaya uygulanmıştır. Uzman görüşü sonucu tekrar test süresi 24-72 saat aralığına indirgenmiştir. Elde edilen sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($r:0,74$; $p:0,00$).

5.2.1.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin İç Tutarlılık Analizlerinin Değerlendirilmesi

Özbakım Davranışları Ölçeği güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık analizlerinden madde analizi ve Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı değerlendirilmiştir.

5.2.1.3.1. Madde Analizlerinin Değerlendirilmesi

Özbakım Davranışları Ölçeği”nin madde toplam puan korelasyonları ve gerekli durumda ölçekten madde çıkarıldığında hesaplanacak Cronbach Alpha değeri gösterilmiştir. Madde korelasyon değerleri 0,00-0,50 arasında yer almaktadır.

Özbakım Davranışları Ölçeği”nin madde toplam puan korelasyonları sonucuna göre hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

5.2.1.3.2. Cronbach Alpha Katsayılarının Değerlendirilmesi

Özbakım Davranışları Ölçeği likert tipte bir ölçektir. Bu tür ölçekler güvenirliliği için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanır (124). Cronbach katsayısı, değerlerine göre anlam göstermektedir.

Cronbach katsayısı;

0,80-1,00 → Mükemmel

0,70-0,79 → Yüksek

0,50-0,69 → Orta

0,00-0,49 →Kabul edilemez (114)

Özbakım Davranışları Ölçeği'nin Türk romatoid artritli bireylerde Cronbach Alpha değeri 0,657 bulunmuştur. Bu değer ölçeğin orta düzeyde güvenilir olduğunun göstergesidir (114).

Ancak uzman görüşleri doğrultusunda ÖBDÖ'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları esnasında 1.madde (Sıcak su havuzuna girme) , 2.madde (Vücudunun bazı bölgelerine sıcak uygulama) ve 3.maddenin (Eklem koruyucu, destekleyici veya sabitleyici (atel) kullanma) ters puanlanması yapılarak tekrar Cronbach alpha değeri hesaplanmıştır. Bunun sebebi; uzman görüşleri doğrultusunda ilk 3 maddenin romatoid artrit hastalık seyrinde olumsuz etkiye neden olabileceği idi. Araştırma kapsamında hastalarla yapılan görüşmelerde de bireylerin sıcak uygulama (% 84,9) , sıcak su havuzuna girme (% 88,2) ve eklem sabitleyici kullanma (% 83,2) gibi davranışlardan özellikle kaçındıkları ve uygulamadıklarını araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Bu da uzman görüşleri ile paralellik göstermektedir. Tekrar puanlanan Cronbach Alpha değeri 0,558 bulunmuştur. Bulunan bu değer orta düzeyde güvenilir bir ölçek olduğunun göstergesidir.

Nadrian ve ark. (2010) orijinal ölçeğin (SCBS) geçerlilik güvenilirliğini değerlendirdikleri çalışma sonucunda Cronbach Alpha değeri 0,68 bulunmuştur (109).

Yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda ÖBDÖ'nün SCBS ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçmek için “güvenilir bir araçtır” hipotezi (H2) kabul edilmiştir.

5.2.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Geçerlilik Analizlerinin Değerlendirilmesi

5.2.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Yapı-Kavram Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Araştırılan ölçeğin, yapı-kavram geçerliliği faktör analizi ve bilinen grupların karşılaştırılması yöntemleri kullanılmıştır.

Faktör analizi, birbiriyle ilişkili birden fazla değişkenin bir araya getirilerek daha az sayıda kavramsal yapıda yeni değişkenlerin elde edilmesini sağlayan bir istatistik yöntemidir (125).

Özbakım davranışları ölçeğinin yapı geçerliliği için Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax yöntemi kullanılmıştır. Temel bileşenler analizi sonucunda 6 bileşen ile değişkenliğin %61,268’i açıklanmaktadır.

Özbakım Davranışları Ölçeği”nin yarı test güvenilirlik yapılmıştır. Birinci partın (1,2,3,4,5,6,7,8,9) Cronbach Alfa değeri 0,450; ikinci partın (10,11,12,13,14,15,16,17) Cronbach Alfa değeri 0,530; iki part arasındaki korelasyon ise 0,484 olarak saptanmıştır. Spearman- Brown katsayısı 0,653 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,652 olarak bulunmuştur. Literatürde eğer bir ölçek mükemmel derecede güvenilir ise iki yarıdaki maddelerin toplanmasından elde edilne iki değişken arasındaki korelasyon katsayısı 1 yada 1’ e çok yakın olacağı bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda Spearman- Brown katsayısı 0,653 bulunmuştur ve bu değer 1’e yaklaşması nedeniyle iki değişken arasındaki (1 ve 2. Part arasında) iyi bir korelasyon olduğu şeklinde yorumlanabilir (114).

Özbakım Davranışları Ölçeği’ne yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda ÖBDÖ’nin SCBS ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçmek için “geçerli bir araçtır” hipotezi (H1) kabul edilmiştir.

5.2.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Toplam Puan Dağılımını Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kişilerin özbakım ölçeğine verdiği cevapların toplam skorları bulunduğunda en düşük 9, en yüksek 51 puan hesaplanmıştır ve bireylerin puan ortalamaları $25,87 \pm 7,81$ olarak bulunmuştur.

Orijinal ölçeği kullanıldığı Nadrian ve ark (2010) yaptığı çalışmada da ölçek toplam puan ortalamaları $32,3 \pm 8,6$ olarak bildirilmiştir (109) .

Bizim çalışmamızdaki özbakım puan ortalamaları orijinal ölçeğe göre daha düşük bulunmuştur.

Orijinal ölçekten farklı olarak Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları esnasında 1.madde (Sıcak su havuzuna girme) , 2.madde (Vücudunun bazı bölgelerine sıcak uygulama) ve 3.maddenin (Eklem koruyucu, destekleyici veya sabitleyici (atel) kullanma) hastalığın rejimini negatif etkileyeceği düşüncesinden kaynaklı olarak negatif puanlama yapılmıştır. Bu nedenle elde edilen toplam puan ortalamasının orijinal ölçeğe göre düşük çıktığı düşünülmektedir.

Yaş ortalaması incelendiğinde orijinal çalışmanın ortalaması 45,5 iken mevcut araştırmada 50,60 ‘tır. Hastaların yaş ortalamalarının daha yüksek olması; yetersizlikleri arttırmış olup ölçek puanının daha az olması sonucu doğurmuş olduğu düşünülmektedir.

Hastalık süre ortalamaları incelendiğinde orijinal çalışmada bu sürenin 3 yıl olduğu belirtilmiştir. Mevcut araştırmada bu süresinin ortalama 12 olduğunu gösterilmiştir. Bu sürenin artışı; puan ortalamalarının daha düşük olmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

5.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Toplam Puan Ortalamaları İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Bireylerin yaş grupları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile yapılan ANOVA analiz sonucu istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p:0,42$; $p>0,05$). Araştırmaya katılan bireylerin yaş grupları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Kadınların verdiği puanların dağılımı $26,42 \pm 0,76$ arasındadır.. Erkeklerin verdiği puanların dağılımı $23,15 \pm 1,86$ arasındadır. Kadın bireylerin özbakım davranış puanları erkek bireylere göre daha yüksektir.

Yapılan analiz sonucu cinsiyete göre ÖDBÖ’den aldıkları puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p:0,04$; $p< 0,05$).

Bu farkın cinsiyet ile ilgili bir mekanizmadan mı yoksa daha karmaşık bir süreçten mi kaynaklandığı bilinmemektedir (126). Yapılan bir çalışmada kadınların günlük yaşam aktivitelerinde HAQ puanına göre daha kötü progresyona sahip oldukları bildirilmiştir (127). Acıcı’nın (2010) ile Başkan ve ark. (2010) yaptığı araştırmalarda kadınların HAQ puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuş ve anlamlı olduğu belirtilmiştir (128,129). Araştırma bulguları öz bakım davranışları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Romatoid artrit kadınlarda daha sık görülmesi ve sağlıklarına daha önem vermesi öz bakım davranışları puan ortalamalarının daha yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Kadınların hastalık aktivitelerinin daha kötü olması, öz bakımlarına daha özenli olmalarını ve zararlı davranışlardan kaçınmaları gerektiği anlamını taşımaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre ÖDBÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ÖDBÖ toplam puan

ortalamları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p:0,68$; $p>0,05$).

Araştırmaya katılan bireylerin yaşadığı yere göre ÖDBÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ÖDBÖ toplam puan ortalamaları ile yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p:0,03$; $p<0,05$).

Bu farklılığı hangi grup ya da grupların yaptığını bulabilmek için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Köy ile ilçe, şehir ve büyükşehir grupları ile şehir ve büyükşehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p:0,381$; $p>0,05$, $p:0,610$, $p>0,05$, $p:0,939$, $p>0,05$, $p:0,182$; $p>0,05$). İlçe ile şehir ve büyükşehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p:0,002$; $p<0,05$, $p: 0,012$; $p<0,05$).

Romatoid artritli bireylerin yaşam kalitesinin incelendiği bir tez çalışmasında Sağlık Değerlendirme Anketi Özürlülük İndeksi (HAQ-DI) ile fiziksel fonksiyonları incelenmiştir. Çalışmaya göre kırsal bölgede yaşayan bireylerin şehirde yaşayan bireylere göre daha kötü fiziksel aktiviteye sahip oldukları belirtilmiştir (130). Şehir ve büyükşehir sağlık olanaklarının diğer yerleşkelere göre daha fazla olması bu sonucun etkilenmesine sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumuna göre ÖBDÖ puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile eğitim durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p:0,00$; $p<0,05$).

Bu farklılığı hangi grup ya da grupların yaptığını bulabilmek için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Okuryazar olmayan ile ilköğretim, ortaöğretim, yükseköğretim ve üstü grupları ile orta öğretim ile yükseköğretim ve üstü gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p:0,213$; $p>0,05$, $p:0,226$; $p>0,05$, $p:0,226$; $p>0,05$, $p:0,126$; $p>0,05$, $p: 0.246$; $p>0,05$). İlköğretim ile ortaöğretim ve yükseköğretim ve üstü gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki

ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p:0,005$; $p<0,05$, $p:0,00$; $p<0,05$).

Eğitim durumu ile romatoid artirt arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada eğitim durumu ile romatoid artrit arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (132). Akkaya'nın (2015) romatoid artritli bireylerle yaptığı çalışmada ilköğretim mezunlarının yaşam kalitesinin düşük olduğu belirtilmiştir (131). Eğitim ile özbakım gücünün karşılaştırıldığı bir tez çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça özbakımın arttığı saptanmıştır (98). Araştırma sonuçları bu sonuçlara benzer olup, bireylerin eğitim durumu azaldıkça buna bağlı olarak bilgi düzeylerinin de düşük olması bu sonucun doğmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumuna göre ÖBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p:0,00$; $p<0,05$). Bu durumun yapılacak olan sağlık harcamalarının daha fazla ve sağlığa ulaşılabilirliği daha kolay olması, gelir durumunun iyi olması ile açıklanabilmektedir.

Albers ve ark. (1999) sosyoekonomik durumların romatoid artritli hastaları üzerinde olan etkisinin araştırdıkları çalışmada; bireylerin çoğunluğunu (% 89) gelir durum, işte çalışma, gün içinde dinlenme, ev ve ev dışı aktiviteleri konularından en az birinden etkilendiği belirtilmiştir (133).

Araştırmaya katılan bireylerin eklem şekil bozukluk durumuna göre ÖBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile eklem şekil bozukluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p:0,04$; $p<0,05$).

Yapılan araştırmada eklem şekil bozukluğu varlığının yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir (131). Bireylerin eklem şikâyetlerinin varlığı ile günlük yaşam aktivitelerinin yapılabirliliği arasında negatif ilişki olduğu ve bunun bireyin özbakım davranışlarına etkisi olduğu düşünülmektedir.

Hastaların mesleği, aile tipi, çocuk varlığı, aileden bakım alma durumuna, ek hastalık varlığına, hastalık ve tedavi sürelerine, hastalık hakkında eğitim alma durumu ve yakınları ile hastalık hakkında yakınlarla paylaşma durumuna göre ÖBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Aynı zamanda hastaların sağlık değerlendirme anket (MDHAQ) puanı, ağrı puanı, sabah tutukluk durumu ve süreleri, yorgunluk puanı, iki hafta öncesine göre iyilik durumu, genel his puanları ve çalışma durumları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).



BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Özbakım Davranışları Ölçeği' nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliliğin sınanması amacıyla yapılan araştırma sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

Güvenirlilik çalışmaları sonuçlarına göre;

- Özbakım Davranışları Ölçeği' nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için araştırmaya katılmayı, telefonunun verilmesini, kendine ulaşılmasını kabul eden ve arandığı vakitte ulaşılabilen ilk 30 hastaya uygulanmıştır. İkinci uygulama uzman görüşü dâhilinde karar alınan ilk uygulamadan 24-72 saat arasında yapılmıştır. Elde edilen korelasyon sonucunun $r:0,74$ olduğu saptanmıştır (Tablo 13).
- Özbakım Davranışları Ölçeği' nin toplam madde korelasyon değerleri incelendiğinde; toplam madde korelasyon değerlerinin 0,00-0,50 arasında yer almaktadır. Madde analizi sonucunda ölçeğin madde toplam korelasyonuna göre Cronbach Alpha değerleri 0,60 ile 0,68 arasında değişmektedir. Ölçekten hiçbir madde çıkartılmamıştır (Tablo 16).
- Özbakım Davranışları Ölçeği' nin orijinal değerlerine sadık kalınarak bulunan Cronbach Alpha değeri **0,675** bulunmuştur (Tablo 14). Aynı zamanda uzman görüşleri sonucunda ilk 3 madde ters puanlanarak elde edilen Cronbach Alpha değeri **0,558** saptanmıştır (Tablo 15).

- Özbakım Davranışları Ölçeği'nin yarı test güvenilirlik sonuçlarına göre; birinci partın (1,2,3,4,5,6,7,8,9) Cronbach Alfa değeri 0,450; ikinci partın (10,11,12,13,14,15,16,17) Cronbach Alfa değeri 0,530; iki part arasındaki korelasyon ise 0,484 olarak saptanmıştır. Spearman- Brown katsayısı 0,653 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,652 olarak bulunmuştur (Tablo 17).
- Yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda Özbakım Davranışları Ölçeği'nin güvenilirliğinin orta düzeyde olduğu saptanmakla birlikte; Türk romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçmek için “güvenilir bir araçtır” hipotezi (H2) kabul edilmiştir.

Geçerlilik çalışmaları sonuçlarına göre;

- Özbakım Davranışları Ölçeği'nin yapı geçerliliği için Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax yöntemi kullanılmıştır. Temel bileşenler analizi sonucunda altı bileşen ile değişkenliğin %61,268 olarak açıklanmaktadır (Tablo 18) .
- Yapılan geçerlilik analizleri sonucunda kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır. Özbakım Davranışları Ölçeği'ne yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda ÖBDÖ'nün SCBS ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçmek için “geçerli bir araçtır” hipotezi (H1) kabul edilmiştir.
- Sonuç olarak; H1 ve H2 hipotezleri kabul edilerek “Özbakım Davranışları Ölçeği” Türk toplumu için orta düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölçek olmasına karşın; ölçek içinde yer alan maddelerin hastalar tarafından yanlış anlaşılma mahal vermemesi için ölçeğin kullanılmamasının önerilmesine karar verilmiştir.

6.2. ÖNERİLER

- Uyarlaması yapılan ölçeğin daha büyük örneklem içeren hasta gruplarında tekrar uygulanması,
- Ölçeğin daha geniş zamanda ve farklı hastalık tanıları bireylerde uygulanmasının sağlanması,
- Romatoid artritli bireylerin özbakım davranışları ve hemşirelik bakımı alma düzeylerinin saptanması,
- Romatizmal hastalıklar, özbakım davranışları, hemşirelik bakımı ve romatoloji hemşireliği hakkındaki literatürdeki eksiklikler açısından bu konuda çalışmalar yapılarak literatüre kazandırılması,
- Romatoid artritli hastalarda öz bakım davranışları hakkında yeni ölçek geliştirilmesi önerilmektedir.

BÖLÜM VII

ÖZET

“ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ”NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ ÇALIŞMASI

Bu araştırmanın amacı; Özbakım Davranışları Ölçeği (ÖBDÖ)/Self-Care Behaviour Scale (SCBC)’nin Türk romatoid artritli hasta popülasyonunda özbakım davranışlarını ne düzeyde yerine getirdiklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığının sınanmasıdır.

Araştırma 1 Şubat - 30 Ağustos 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin romatoloji polikliniğine başvuran ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 119 romatoid artritli bireyle gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama araçları olarak ÖBDÖ ve MDHAQ kullanılmıştır. Dil geçerliliği için ölçeğin Türkçeden İngilizceye ve geri çevirisi yapılmıştır. Çevirisi yapılan ölçek maddelerinin kapsam geçerliliği için 10 uzman görüşü alınarak ölçeğin son hali verilmiş ve bu form hastalara uygulanmıştır.

Araştırmanın etik boyutu ile ilgili olarak ölçeğin orijinalinin kullanımı için yazarından yazılı izin alınmış, çalışmanın yürütülmesi için etik kurul ve kurum izni alınmış ve araştırmaya katılan hastalardan yazılı onam alınmıştır.

Ölçeğin orijinal değerlerine sadık kalınarak iç tutarlık analizi için Cronbach Alpha değeri **0,675** bulunmuştur. Aynı zamanda uzman görüşleri sonucunda ilk 3 madde ters puanlanarak elde edilen Cronbach Alpha değeri **0,558** saptanmıştır.

Ölçeğin zamana göre değişmezliği tespiti için Test- tekrar test uygulaması için araştırmaya katılmayı, telefonunu verilmesini ve kendine ulaşılmasını kabul eden ve

arandığı vakitte ulaşılabilen ilk 30 hastaya ulaşılmıştır. Uzman görüşü sonucu tekrar test süresi 24-72 saat aralığına indirgenmiştir. Elde edilen sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($r:0,74$; $p:0,00$).

Self-Care Behaviour Scale'in yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda Türk toplumu için orta düzeyde güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu saptanmakla birlikte; ölçekte yer alan maddelerin hastaların özbakımları ile ilgili yanlış anlamalara sebep olabileceği ve bu nedenle özbakım davranışlarını daha geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçebilecek Türkçe bir ölçeğin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Self-Care Behaviour Scale, romatoid artrit, geçerlilik, güvenilirlik, özbakım

CHAPTER VII

ABSTRACT

VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE TURKISH VERSION OF “SELF CARE BEHAVIOURS SCALE ON PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS”

The aim of this research is; Self-Care Behaviors Scale (SCBC) of the Turkish population of patients with rheumatoid arthritis to measure what they had fulfilled their level of self-care behavior is to test whether there is a valid and reliable tools.

This study was conducted with 119 patients with rheumatoid arthritis who applied to the rheumatology polyclinic of a university hospital in İzmir between 1 February and 31 August 2017. In this study, ÖBDÖ and MDHAQ were utilized as a data collection tools. SCBC's language, scope, structure validity and reliability studies have been carried out. For validity of language, first, English was translated to Turkish, then Turkish was translated to English vice versa. For the scope validity, 10 expert opinions were taken and the put into final form. After the translation was completed, the study applied to the patients.

For the ethical dimension of the research, written permission was obtained from the author for the use of the original, the ethics committee and the institution were granted permission to conduct the study and the written consent was obtained from the patients participating in the survey.

The Cronbach Alpha value for internal consistency analysis was found to be 0.675, by sticking the original values of the scale. At the same time, as a result of the

expert opinions, the Cronbach Alpha value was obtained 0,558 by reverse scoring the first 3 items.

Test-retest was performed to demonstrate the time-invariance of the scale. This study was conducted with the first 30 patients who were accepted to participate in this study, who accepted to be reached, who gave their contact information, and who were available when called. With the expert opinion, the test time is reduced to 24-72 hours. The results obtained were statistically significant ($r:0,74$; $p:0,00$).

As a result of the validity and reliability analyzes performed on the Self-Care Behaviours Scale, it was determined that it is a moderately reliable and valid scale for the Turkish society. Besides, it is recommended to develop a Turkish scale because some subjects on the scale may lead to misunderstandings about the self-care of patients. Thanks to the new scale which will be developed, self-care behaviors can be measured more effectively and reliably.

Key Words: Self-Care Behavior Scale, rheumatoid arthritis, validity, reliability, self-care

KAYNAKLAR

1. Tan M. Eklem Ve Bağ Doku Hastalıkları Ve Bakım. In: Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul. Kayhan Matbaacılık, 2013: S 503
2. Demirel, A., & Kırnay, M.(2010) Romatoid Artrit Tedavisinde Geleneksel Ve Güncel Yaklaşımlar Traditional And Up-To-Date Treatment İn Rheumatoid Arthritis.19(1) 74-84
3. Ryan, S. (2014). Psychological Effects Of Living With Rheumatoid Arthritis. Nursing Standard, 29(13), 52-59.).
4. Levent, Ö. & Ataman, Ş. (2002). Romatoid Artrit Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation, 2(2), 124-142.
5. Lipsky Pe. Romatoid Artrit. İçinde: Soy M (Çeviri Editörü). Fauci As, Langford Ca (Editörler). Harrison Romatoloji, 5. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2007: 85-103.
6. <http://www.saglik.gov.tr/ekleni/5112,saglik-istatistik-yilligi-2013pdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: Haziran 2017)
7. http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: Haziran 2017)
8. Akbıyık, A., Koçak, G., & Oksel, E. (2016). Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi-Self-Care Behaviours Analysis of Patients With Chronic Heart Failure.
9. Öztürk, C., & Karataş, H. (2008). Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı Ve Posttravmatik Epilepside Hemşirelik Bakımı. Journal of Anatolia Nursing And Health Sciences, 11(2).
10. Tokem Y, Durmaz A, Argon G. Romatoid Artritli Bireylerin Özbakım Aktivitelerinde Yetersizlik Düzeylerinin İncelenmesi 1-3 Kasım 2004 Romatoloji Kongresi Bildiri Kitabı s:17-18.
11. Rossini, M., Rossi, E., Bernardi, D., Viapiana, O., Gatti, D., Idolazzi, L., ... & Adami, S. (2014). Prevalence And İncidence of Rheumatoid Arthritis in Italy. Rheumatology İnternational, 34(5), 659-664.

12. Carmona, L., Villaverde, V., Hernández-García, C., Ballina, J., Gabriel, R., Laffon, A., & Epíser Study Group. (2002). The Prevalence of Rheumatoid Arthritis in The General Population of Spain. *Rheumatology*, 41(1), 88-95.
13. Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux C, Fardellone P, Le Bihan E, Cantagrel A, Chary-Valckenaere I, Euller-Ziegler L, Flipo R. Prevalence of Rheumatoid Arthritis in France: 2001. *Annals of The Rheumatic Diseases*, 2005, 64: 1427.
14. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, Dantis P, Voudouris C, Georgountzos A, Kaziolas G, Vafiadou E, Pantelidou K, Karamitsos D. Prevalence of Rheumatic Diseases in Greece: A Cross-Sectional Population Based Epidemiological Study. The Esordig Study. *Rheumatology*, 2003, 30: 1589.
15. Symmons, D., Turner, G., Webb, R., Asten, P., Barrett, E., Lunt, M., ... & Silman, A. (2002). The Prevalence of Rheumatoid Arthritis in The United Kingdom: New Estimates For A New Century. *Rheumatology*, 41(7), 793-800.
16. Aho K, Kaipiainen-Seppanen O, Heliovaara M, Klaukka T. Epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Finland. *Seminars In Arthritis Rheumatism*, 1998, 27: 325-334.
17. Soderlin M, Borjesson O, Kautiainen H, Skogh T, Leirisalo-Repo M. Annual Incidence of Inflammatory Joint Diseases In A Population Based Study In Southern Sweden. *Annals of The Rheumatic Diseases*, 2002, 61: 911
18. Fina-Aviles, F., Medina-Peralta, M., Mendez-Boo, L., Hermosilla, E., Elorza, J. M., Garcia-Gil, M., ... & Cooper, C. (2016). The Descriptive Epidemiology of Rheumatoid Arthritis In Catalonia: A Retrospective Study Using Routinely Collected Data. *Clinical Rheumatology*, 35(3), 751-757.
19. Pedersen, J. K., Svendsen, A. J., & Hørslev-Petersen, K. (2011). Prevalence of Rheumatoid Arthritis in The Southern Part of Denmark. *The Open Rheumatology Journal*, 5, 91.
20. Zlatković-Švenda, M. I., Stojanović, R. M., Šipetić-Grujičić, S. B., & Guillemin, F. (2014). Prevalence of Rheumatoid Arthritis in Serbia. *Rheumatology International*, 34(5), 649-658.

21. Minaur, N., Sawyers, S., Parker, J., & Darmawan, J. (2004). Rheumatic Disease In An Australian Aboriginal Community In North Queensland, Australia. A Who-Ilar Copcord Survey. *The Journal of Rheumatology*, 31(5), 965-972
22. Yenil O, Lav I, Bilecen L. [Epidemiological Study on The Infectious Rheumatic Syndrome In Turkey. II. Occurrence of Rheumatoid Arthritis in The Sagmalcilar Districtof Istanbul. Influencing of Various Factors And Tuberculosis]. *Z Rheumaforsch.* 1968; 27: 215-23.
23. Akar S, Birlik M, Gurler O, Sari I, Onen F, Manisali M, Tirpan K, Demir T, Meral M, Akkoc N. The Prevalence of Rheumatoid Arthritis in An Urban Population of Izmir-Turkey. *Clinical And Experimental Rheumatology*, 2004, 22: 416.
24. Kacar C, Gilgil E, Tuncer T, Et Al. Prevalence of Rheumatoid Arthritis in Antalya, Turkey. *Clin Rheumatol.* 2005; 24: 212-4.
25. Capkin, E., Cakirbay, H., Karkucak, M., Topbas, M., Serdaroğlu, M., Guler, M., & Tosun, M. (2010). Prevalence of Rheumatoid Arthritis in The Eastern Black Sea Region of Turkey. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 13(4), 380-384.
26. Malhan S, Pay S, Ataman Ő, Dalkılıç E, Din. A, Erken E, Ertenli İ, Ertuğul E, Gögüs F, Hamuryudan V, İnanç M, Karaarslan Y, Karadağ Ö, Karakoç Y, Keskin G, Kısacık B, Kiraz S, Öksel F, Öksüz E, Parıldar T, Sarı İ, Soy M, Őentürk T, Taylan A. Romatoid Artrit Ve Ankilozan Spondilit Hastalıklarının Türkiye Genelinde Üçüncü Basamak Romatoloji Ünitelerindeki Hastalık Maliyeti Çalışması. XI. Ulusal Romatoloji Kongresi. 16 - 20 Ekim 2011, Antalya
27. http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/cok_paydasli_saglik_sorumlugu/dokumanlar/cok_paydasli_saglik_sorumluluğu/koruyucu/saglik-sorunlari-hastaliklarin-yonetimi-cilt-1.pdf (Erişim Tarihi: Haziran 2017)
28. Schur, P. H., Gabriel, S. E., & Crowson, C. S. (2014). *Epidemiology of, Risk Factors For, And Possible Causes of Rheumatoid Arthritis*, Waltham.
29. Batmaz, I., Sariyildiz, M. A., Dilek, B., Yildiz, I., Nas, K., Ayyildiz, O., & Cevik, R. (2013). Hla-Drb1 Alleles Distribution in Patients with Rheumatoid Arthritis in a Tertiary Center in The Southeastern Anatolia Region of

- Turkey/Turkiye'nin Guneydogu Anadolu Bolgesinde Tersiyer Bir Merkezdeki Romatoid Artritli Hastalarda Hla-Drb1 Alel Dagilimi. Turkish Journal of Physical Medicine And Rehabilitation, 59(2), 123-128
30. <http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/02/romatoid-artrit.pdf> (Erişim Tarihi: Mart 2017)
31. Lu, B., Hiraki, L., Sparks, J. A., Malspeis, S., Chen, C. Y., Awosogba, J. A., ... & Karlson, E. W. (2014). Being Overweight Or Obese And Risk of Developing Rheumatoid Arthritis Among Women: A Prospective Cohort Study. *Annals of The Rheumatic Diseases, Annrheumdis-2014*.
32. Ersoy, Y., Ersoy, Y., Barış, OTLU., Karatutlu, İ., Altay, Z., Sönmez, E., & Özerol, İ.H. (2000). İnflamatuvar Romatizmal Hastalıklarda Epstein-Barr Ve Cytomegalovirus Antikor Pozitifliği. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7(2).
33. Mackenzie, A. R., & Dawson, J. (2005). Could Rheumatoid Arthritis Have an Infectious Aetiology?. *Drug Discovery Today: Disease Mechanisms*, 2(3), 345-349..
34. Padyukov, L., Silva, C., Stolt, P., Alfredsson, L., & Klareskog, L. (2004). A Gene–Environment Interaction Between Smoking And Shared Epitope Genes İn Hla–Dr Provides A High Risk of Seropositive Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 50(10), 3085-3092.
35. Can, A. G., & Günendi, Z. (2008). Romatoid Artritte Prognostik Faktörler. *Romatizma/Rheumatism*, 23(2).
36. Alptekin, D. (2011) Ö. Romatizmal Hastalıkların Tedavisinde Kullanılan Biyolojik Ajanlara Güncel Bakış. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*. 3 (3) 41-49
37. Hamuryudan V. (2007) . Romatoid Artrit . İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikler. Sempozyum Dizisi 55; 69-86
38. Çınar M. Romatoid Artrit. In :Çınar Fi, Çınar M, Yılmaz S & Erdem H. (Eds) *Romatoloji Hemşireliği Ve Klinik Uygulamalar (1.Baskı)* . İstanbul: Deomed Yayıncılık. 2016: 16
39. Sertpoyraz, F. M., şükran, Köse., & Öztürk, Y. K. Romatoid Artritli Hastalarda Romatoid Faktör ve Anti-Ccp İlişkisi. *Sahibi (Owner)*, 93.
40. Bes, C. (2015). Romatoid Artrit İle İlişkili İntertisyel Akciğer Hastalığı.

41. Nöropati, RAHP, & Çalışma, E. (2009). Peripheral Neuropathy in Rheumatoid Arthritis Patients: an Electroneurophysiological Study.
42. Çukurova, N. (2007). Romatoid Artritli Hastalarda Kalp Tutulumunu Belirlemede Plazma Beyin Natriüretik Peptit Düzeylerinin Önemi
43. Gunendi, Z., & Can, A. G. (2008). Causes of Mortality in Rheumatoid Arthritis/Romatoid Artrit'te Ölüm Nedenleri. *Rheumatism*, 91-97.
44. Keser G. Romatoid Artrit. In: Romatoloji Atlası. Kaşifoğlu T, Kalyoncu U, Çalışır C. İstanbul. 2015. 41.
45. Ayar, Y., Ersoy, A., Yıldız, A., Sayılar, E. I., Çelikçi, S., Arslan, İ., & Güllülü, M. Böbrek Tutulumlu Amiloidoz Olgularının Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi The Evaluation of Amyloidosis Cases with Renal Involvement: A Single-Center Experience
46. Çefle, A. (2004). Felty Sendromu: Siklosporin A ve Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör İle Başarılı Tedavi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 67(1).
47. Kamalı, S. (2002). Felty Sendromu: Granülosit Makrofaj Koloni Uyarıcı Faktör Tedavisiyle Başarılı Remisyon İndüksiyonu ve Sürdürme Tedavisi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 65(4).
48. Behnam, B., Moghimi, J., Ghorbani, R., & Ghahremanfard, F. (2013). The Frequency and Major Determinants of Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis: Romatoid Artrit Hastalarında Depresyonun Sıklığı ve Ana Belirleyicileri. *Turkish Journal Of Rheumatology*, 28(1), 32-38.
49. Barlow, J. H., Cullen, L. A., & Rowe, I. F. (2002). Educational Preferences, Psychological Well-Being and Self-Efficacy Among People with Rheumatoid Arthritis. *Patient Education and Counseling*, 46(1), 11-19.
50. Altan, L., Bingöl, Ü., Sağırkaya, Z., Sarandöl, A., & Yurtkuran, M. (2004). Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Romatizma*, 19(1), 7-13.
51. Boz, M., Ülgen, E., Ergüney, M., Ünalın, N., & Pişkinpaşa, E. (2006). Romatoid Artritte Eklem Dışı Belirtiler. *İstanbul Tıp Dergisi*, 1, 26-31.
52. Yılmaz S. Romatoid Artrit. In :Çınar Fi, Çınar M, Yılmaz S & Erdem H. (Eds) Romatoloji Hemşireliği Ve Klinik Uygulamalar (1.Baskı) . İstanbul: Deomed Yayıncılık. 2016: 53-56

53. Pay, S. (2009). Erken Romatoid Artrit Tanısında Ultrasonografi ve Magnetik Rezonans Görüntülemenin Rolü. Raed Dergisi, 1(Suppl), 9-16.
54. Özsoy, M. H., Altınel, L., Başarır, K., Çavuşoğlu, A. T., & Dinçel, V. E. (2006). Romatoid Artritte Eklem Hastalığının Patogenezi. Totbid Dergisi, 3, 101-110.
55. Kapıcıoğlu S. (2007) . Steroid Olmayan Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ) , Totbid Dergisi. (6) 1-2. 69-70
56. Fresko İ, (1999) . İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 45-54
57. Saygın C, Uzunaslan D, Hatemi G, Hamuryudan V. Anti Tnf İlaçlar Konusunda Hastaların Algı, Tutum ve Endişeleri. XV. Ulusal Romatoloji Kongresi. 29 Ekim-2 Kasım 2014, Antalya
58. Yıldırım, R. (2012). Romatoid Artritte Erken Tedavi. Raed Dergisi, 4(2), 59-67.
59. Dalkılıç, E., & Alkış, N. Romatoid Artritte B Hücre Hedefli Tedaviler. (2011) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 37 (3) 161-164
60. İnanç N, Yazıcı Y, Hatemi G, Şimsek G, Taşcılar K, Uğurlu S, Pay S, Erdem H, Yılmaz S, Çınar M, Mccracken Wa, Direkeneli H, Swearingen Cj . 13 - 17 Ekim 2012, Antalya.
61. Karadağ A. Romatizmal Hastalıklarda Alternatif Tıp ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri (Tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012
62. Solak, Ö., Ulaşlı, A. M., Çevik, H., Dikici, A., Devrimsel, G., İnal, E. E., ... & Dündar, Ü. (2015). Romatizmal Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerine Başvuru. Kocatepe Tıp Dergisi, 16(2).
63. Ugan Y, Şahin M, Tunç Ş Ersoy İ, Köroğlu B, Ari İ. Romatoid Artritli Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumlarının İncelenmesi. XI. Ulusal Romatoloji Kongresi 2010. 13 - 17 Ekim 2010, Antalya.
64. Ulusoy, H., Güçer, T. K., Aksu, M., Arslan, Ş., Habiboğlu, A., Akgöl, G., ... & Özgöçmen, S. (2012). The Use of Complementary and Alternative Medicine in Turkish Patients with Rheumatic Diseases. Turk J Rheumatol, 27(1), 31-37.

65. Ünsal, A., & Gözüm, S. (2010). Use of Complementary and Alternative Medicine by Patients with Arthritis. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1129-1138.
66. Lee, M. S., Lee, M. S., Yang, C. Y., Lee, S. I., Joo, M. C., Shin, B. C., ... & Shin, Y. I. (2008). Use of Complementary and Alternative Medicine by Rheumatoid Arthritis Patients in Korea. *Clinical Rheumatology*, 27(1), 29-33.
67. Akdemir, N., Akyar, I., & Gorgulu, U. (2008). Nurses' Approaches Towards The Pain Problem of Patients Admitted to Physical Therapy and Rehabilitation İnpatient and Outpatient Clinics/Hemsirelerin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniklerinde Yatan yada Poliklinige Basvuran Hastaların Agri Sorununa Yonelik Yaklasimlari. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 157-164.
68. Zhang P, Li J, Han Y, Yu Xw, Qin L. Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Rheumatoid Arthritis: A General Review. *Rheumatol Int* 2010;30:713 -8.
69. Çakır, T., Evcik, F. D., Subaşı, V., Gökçe, İ. Y., Kavuncu, (2014). Romatoid Artrit Tedavisinde Akuterapinin Etkinliği. *Turkish Journal of Osteoporosis/Turk Osteoporoz Dergisi*, 20(1).
70. Løppenthin, K., Esbensen, B. A., Jennum, P., Østergaard, M., Christensen, J. F., Thomsen, T., ... & Midtgaard, J. (2014). Effect of İntermittent Aerobic Exercise on Sleep Quality and Sleep Disturbances in Patients with Rheumatoid Arthritis–Design of A Randomized Controlled Trial. *Bmc Musculoskeletal Disorders*, 15(1), 49.
71. Mustur, D., Vesović-Potić, V., Vujasinović-Stupar, N., & Ille, T. (2008). Beneficial Effects of Spa Treatment on Functional Status And Quality of Life of Patients with Rheumatoid Arthritis. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*, 136(7-8), 391-396.
72. Al-Qubaeissy, K. Y., Fatoye, F. A., Goodwin, P. C., & Yohannes, A. M. (2013). The Effectiveness of Hydrotherapy İn The Management of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. *Musculoskeletal Care*, 11(1), 3-18.
73. Tonga E, Romatoid Artritli Hastalarda Kişi Merkezli Yaklaşım İle Ergoterapi Uygulamasının Etkinliği (2011) Doktora Tezi.

74. Steultjens Em, Dekker J, Bouter Lm, Leemrijse Cj, Van Den Ende Ch. Evidence of The Efficacy of Occupational Therapy in Different Conditions An Overview of Systematic Rewiews. Clin Rehab 2005;19:247-54.
75. Rapolienė, J., & Kriščiūnas, A. (2006). The Effectiveness of Occupational Therapy in Restoring the Functional State of Hands in Rheumatoid Arthritis Patients. Medicina, 42(10), 823-828.
76. Kim Mj, Nam Es, Paik S1. The Effects Of Aromatherapy on Pain, Depression, And Life Satisfaction of Arthritis Patients. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2005;35(1):186-194
77. Seonhee H, Eunsook N, Dongchoon U, Keumsoon K, Seungin P, Sunghwan P. Effects of Aromatherapy on Pain And İnfl Ammatory Responses in Patients with Rheumatoid Arthritis. J Muscle Joint Health 2010;10(1):25-31.
78. Otter, S., Church, A., Murray, A., Lucas, J., Creasey, N., Woodhouse, J., ... & Cooper, H. (2010). The Effects of Reflexology in Reducing the Symptoms of Fatigue in People with Rheumatoid Arthritis: A Preliminary Study. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16(12), 1251-1252.
79. Metin, Z. G., & Ozdemir, L. (2016). The Effects of Aromatherapy Massage and Reflexology on Pain And Fatigue in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. Pain Management Nursing, 17(2), 140-149.
80. Metin, Z. G., Özdemir, L. Romatoid Artritte Ağrı ve Yorgunluğun Yönetiminde Aromaterapi ve Refleksolojinin Kullanımı.
81. Macfarlane, G. J., El-Metwally, A., De Silva, V., Ernst, E., Dowds, G. L., & Moots, R. J. (2011). Evidence For The Efficacy of Complementary and Alternative Medicines in The Management of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Rheumatology, 50(9), 1672-1683.
82. Efthimiou, P., Kukar, M., & Mackenzie, C. R. (2010). Complementary and Alternative Medicine in Rheumatoid Arthritis: No Longer The Last Resort!. Hss Journal, 6(1), 108-111.
83. Akdemir, N., Akyar, İ., & Görgülü, Ü. (2010). Dünyada ve Ülkemizde Romatoloji ve Romatoloji Hemşireliği. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2(1), 48-56.

84. Kaya N, (2006) Romatoid Artritli Bireyin Hemşirelik Bakımı. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi 5(57): 51-71
85. Tokem, Y. B. (2005). Romatoid Artritli Bireylerin Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi (Doctoral Dissertation, Ege Üniversitesi).
86. Karahan, A. Y., Bağçacı, S., Salbaş, E., Erol, K., Karpuz, S., & Küçük, A. (2014). Romatoid Artrit Olgularının Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Journal of Clinical And Experimental Investigations, 5(3).
87. Özkaraman, A., Serap, Özer., & Alpaslan, G. B. (2012). Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3).
88. Pehlivan S, Özgür F, Yıldız H, Dalkılıç, E, Pehlivan Y. Romatolojik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü ve Sosyal Destek. . XV. Ulusal Romatoloji Kongresi. 29 Ekim-2 Kasım 2014, Antalya
89. Moyet L . Hemşirelik Tanı El Kitabı. (3.Baskı), Firdevs Erdemir. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 2012: 11-20, 730-731
90. Tokem Y, Argon G, Keser G. (2007) Romatizmal Hastalıklarda Multidisipliner Ekip ve Romatoloji Hemşiresinin Rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.23 (1): 173-183
91. Macisaac, A., Collichia, R., & Helm, J. (2010). Standards of Practice: Professional Nursing Competencies in Rheumatology. American College of Rheumatology
<http://www.rheumatology.org/practice/clinical/standards/nursestandards.asp>
(Erişim Tarihi: Temmuz 2017)
92. Öztürk, C., & Karataş, H. (2008). Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı ve Posttravmatik Epilepside Hemşirelik Bakımı. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 11(2).
93. İnan, F. Ş., Üstün, B., & Bademli, K. (2013). Türkiye'de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(2), 132-139.
94. Pektekin Ç, Hemşirelik Felsefesi. Kuramlar Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. 2013 İstanbul Tıp Kitabevi.s:105-109

95. İstek N. (2016) Tip 2 Diyabetli Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Erzincan
96. Durademir, A. (1999). Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Özbakım Davranışları. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 3(1) :16-20
97. Nart A. (2016) Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Mobilize Olan Hastalarda Öz – Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
98. Atıcı Z. Romatoid Artrtili Hastaların Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi (2004). Yüksek Lisans Tezi. Ankara
99. Algier L. Ve Ark., 2002, ‘‘Romatolojik Sorunu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi’’ ,4. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı, 25-29 Eylül 2002, 183
100. Aylaz, R. (2007). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakımın ve İzlemin Hastaların Öz-Bakım Gücüne ve Diyalize Bağlı Enfeksiyonlardan Korunmalarına Etkisi. Unpublished Doctoral Dissertation). Atatürk University Institute Of Health Sciences, Erzurum, Turkey (in Turkish).
101. Tokem, Y., Akyol, A. D., & Argon, G. (2007). The Relationship Between Disability And Self-Care Agency of Turkish People with Rheumatoid Arthritis. Journal of Clinical Nursing, 16(3a), 44-50.
102. Bakoğlu E, Yetkin A Hipertansiyonlu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4 (1)
103. Kara B., Feşçi H., 2000 ‘‘ Tip 1 Diabet Hastalarının Öz Bakım Gücünün İncelenmesi ‘‘ Sendrom , Nisan , 28-35
104. Yıldırım, A., & Çevik, B. (2016) Diyabetik Ayak Vaka Örneğinde Hemşirelik Gereksinimlerinin Orem Özbakım Kuramına Göre Değerlendirilmesi. 205-211
105. Gül, A., Üstündağ, H., & Zengin, N. (2010). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 20(1), 7-11..
106. Pour, H. A., Gökçe, S., Kunter, D., & Yöner, H. (2016). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Öz Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi.
107. Baydemir, C., Özdamar, K., & Ünal, A. (2013). Validity of The Turkish Version of The European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. Anadolu Kardiyol Derg, 13(6), 57.

- 108.Çelik, M. M., Kalyoncu, U., & Güzelsağaltıcı, H. (2013). Hatay Bölgesindeki Romatoid Artritli Hastaların Tedavi Sürecini Etkileyen Motivasyon Faktörlerinin Araştırılması. *Gaziantep Medical Journal*, 19(2), 108-114.
- 109.Morowatisharifabad, M. A., Nadrian, H., Mazloomy-Mahmoodabad, S. S., Soleimani-Salehabadi, H., & Asgarshahi, M. (2010). Utilising The Precede Model To Predict Factors Related to Self-Care Behaviours in Patients with Rheumatoid Arthritis in Yazd (Iran). *Journal of Nursing And Healthcare of Chronic Illness*, 2(1), 32-40
- 110.Pincus, T., Swearingen, C., & Wolfe, F. (1999). Toward A Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ). *Arthritis Rheum*, 42(10), 2220-2230
- 111.Göğüs F, Yazıcı Y, Yazıcı H. Intercultural differences in disease impact of rheumatoid arthritis as assessed by multidimensional health assessment questionnaire. *Annals of the Rheum Dis*, Vol 63 (suppl1), 194, 2004
- 112.Pincus, T. (2007). A Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) For All Patients With Rheumatic Diseases to Complete at All Visits in Standard Clinical Care. *Bulletin-Hospital For Joint Diseases New York*, 65(2), 150.
- 113.Pincus, T., Yazici, Y., & Bergman, M. (2005). Development Of A Multi-Dimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) for the Infrastructure of Standard Clinical Care. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23(5), S19.
- 114.Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik Ve Geçerlilik-Güvenirlilik. (4.Baskı). Ankara. Detay Yayıncılık 2016: 513-557
- 115.Hayran O, Özbek H. Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve İstatistik Yöntemler. (2.Baskı). İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi. 2017: 43
- 116.İltuş F. Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik Ve Güvenirliği, Yüksek Lisans Tezi Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2007: 64-65
- 117.Baydur, H., & Eser, E. (2006). Uygulama: Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Psikometrik Çözümlemesi. *Sağlıkta Birlik*, 1(2), 99-123

- 118.Ercan, İ., & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30 (3) 211-216.
- 119.Aksayan, S., & Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4(1), 9-14.
120. Karakoç, F., & Dönmez, L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası, 40(40)
121. Aktürk, Z., & Acemoğlu, H. (2012). Tıbbi Araştırmalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik. Dicle Tıp Dergisi, 39(2), 316-319.
122. Aksayan, S., & Gözüm, S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler Ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5, 3-14.
- 123.Ünsal, A., & Kaşıkçı, M. (2008). Artritli Bireylerde Öz-Etkililik Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliliği. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 11(1).
- 124.Tezbaşaran, A. A. (2004). A Comparison of Conventional Item Analysis Techniques to Construct Likert Type Scales. Turk Psikoloji Dergisi, 19(54).
- 125.Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 32(32), 470-483.
- 126.Forslind, K., Hafström, I., Ahlmén, M., & Svensson, B. Sex: a major predictor of remission in early rheumatoid arthritis?. *Annals of the rheumatic diseases*,
- 127.Muscle strength, pain, and disease activity explain individual subdimensions of the Health Assessment Questionnaire disability index, especially in women with rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 65(1), 30-34.
- 128.Başkan Bm, Doğan Yp ve Ark. (2010) Romatoid Artritli Hastalarda Cinsiyet İle Hastalık Aktivite Kriterleri, Fonksiyonel Ve Psikolojik Durum Arasındaki İlişki. Ftr Bil Der 2010;13:15-20
- 129.Acıcı S. (2010). Romatoid Artritli Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Bağımlılık Durumlarına Göre Stresle Baş Etme Yöntemleri. Yüksek Lisans Tezi. Bolu.

- 130.Baloğlu HH. Romatoid Artrit Hastalarında Sağlık İle İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (2010). Tıpta Uzmanlık Tezi. Isparta.
- 131.Akkaya F. (2015). Romatoid Artrit Hastalarında Yalnızlık, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- 132.Eftekharian, M. M. (2013). Risk Factors for Rheumatoid Arthritis: Level of Education, Tonsillectomy and Appendectomy.
- 133.Albers Jm, Kuper Hh, Van Riel P, Prevoo Ml, Van 'T Hof Ma, Van Gestel Am, Et Al. Socio-Economic Consequences of Rheumatoid Arthritis in the First Five Years of The Disease. Rheumatology (Oxford)1999;38:423–30..



EKLER

EK-1

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz?
a. Kadın b. Erkek
2. Yaşınız ?
3. Medeni Durumunuz?
a. Evli b. Bekâr
4. Yaşadığı Yer?
a. Köy b. İlçe c. Şehir d. Büyükşehir
5. Mesleğiniz ? _____
6. Eğitim Düzeyiniz?
a. Okul yazar değil b. İlköğretim c. Ortaöğretim d. Yükseköğretim ve üstü
7. Gelir Durumunuz?
a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla
8. Sağlık güvenceniz var mı?
a. Var b. Yok
9. Aile tipiniz nedir?
a. Çekirdek aile b. Geniş aile
10. Çocuğunuz var mı?
a. Var b. Yok
11. Aile üyelerinden bakım alıyor musunuz?
a. Evet b. Hayır

12. Başka hastalığınız var mı?
a. Hayır b. Evet (Adını yazınız)

13. Hastalığınızın süresi (yıl)

14. Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?.....

15. Hastalığınız hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?
a. Evet b. Hayır

16. Hastalığınızı yakınlarınız ile paylaşıyor musunuz?
a. Evet b. Hayır

17. Eklemlerinizde şekil bozukluğu var mı?
a. Evet b. Hayır

18. İlaç kullanıyor musunuz?
a. Evet b. Hayır

19. İlaç kullanıyorsanız aşağıdaki ilaç gruplarından hangileri? (birden fazla işaretlenebilir)
a. Analjezikler
b. Steroidler
c. DMARDS
d. Biyolojik Ajanlar
e. Diğer

(Belirtiniz:.....)

EK-2

ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Geçen yıl, artritiniz için aşağıdaki aktiviteleri düzenli olarak ne sıklıkta yaptınız? (ayda en az bir defa yapılan aktiviteler düzenli olarak kabul edilmelidir)	Her Zaman	Çok Sık	Bazen	Çok Az	Hiç
1. Sıcak su havuzuna girme					
2. Vücudumun bazı bölgelerine sıcak uygulama					
3. Eklem koruyucu, destekleyici veya sabitleyici (atel) kullanma					
4. Doktorunuza danışmadan ilaç dozlarınızı ve alış saatlerinizi değiştirme					
5. Günlük rutin işleri ve çalışma programını kendine uygun hale getirme					
6. Gıda takviyesi, vitamin alma veya özel besinler tüketme					
7. Belirli gıdalardan sakınma					
8. Masaj uygulama					

9. Hastalığımı düşünmemek için televizyon izlemek, kitap okumak gibi faaliyetler yapma					
10. Sevdiğim insanlarla konuşma					
11. Stres kontrolüne yardımcı olacak yöntemler kullanma					
12. Meditasyon gibi gevşeme tekniklerini kullanma					
13. İlaçlarınızı düzenli olarak ve reçete edildiği şekilde kullanma					
14. Düzenli olarak doktor kontrolüne gitme					
15. Dinlenme					
16. Egzersiz yapma (su egzersizleri dahil)					
17. Egzersiz yaptıysanız; günde kaç dakikalık egzersiz yaptınız?	30 dakikadan fazla	30 dakika	20 dakika	10 dakika	Hiç

EK-3

ÇOK BOYUTLU SAĞLIK DEĞERLENDİRME ANKETİ

1. Aşağıdaki belirtilenleri yapabiliyor musunuz? Lütfen işaretleyiniz ()

	Hiç Zorlanmadan	Biraz Zor	Çok Zor	Yapamıyorum
a. Ayakkabı bağlamak ve düğme ilikleme dahil olmak üzere giyinebiliyor musunuz?				
b. Yatağa yatıp kalkabiliyor musunuz?				
c. Dolu bir bardağı ağızınıza götürebiliyor musunuz?				
d. Düz yolda yürüyebiliyor musunuz?				
e. Tüm vücudunuzu yıkayıp durulayabiliyor musunuz?				
f. Yerde bulunan bir elbiseyi eğilip alabiliyor musunuz?				
g. Muslukları açıp kapatabiliyor musunuz?				
h. Arabaya binip inebiliyor musunuz?				
i. 1 kilometre yürüyebiliyor musunuz?				
j. Sportif aktivitede bulunabiliyor musunuz?				

2. Son bir hafta içinde ne kadar ağrınız olduğunu aşağıdaki çizelgede belirtiniz:



3. Sabah kalktığınızda 'sabah sertliği', tutukluğu hissediyor musunuz?

Evet Hayır

Eğer evetse, kaç saat ya da dakika sürüyor? Saat: _____ Dakika _____

4. Son bir hafta içinde normalden ne kadar daha fazla yorgunluk hissi yaşadınız?
Lütfen aşağıdaki çizelgede belirtiniz:

YORGUNLUK HİSSİ YOK YORGUNLUK ÇOK ÖNEMLİ BİR PROBLEM

5. Bu gün iki hafta öncesine göre kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

- Çok iyi İyi Aynı Kötü Çok dahakötü

6. Hastalık ve diğer sağlık durumlarının sizi genel nasıl etkilediğinizi göz önüne alarak, kendinizi genel olarak şu anda nasıl hissediyorsunuz? Lütfen aşağıdaki çizelgede belirtiniz:

ÇOK İYİ ÇOK KÖTÜ

7. Şu anda çalışıyor musunuz?

- Evet, tam gün Evet, yarım gün Emekli Öğrenci
 Ev hanımı Hastalığımдан dolayı çalışamıyorum.
 Diğer _____

EK-4

SELF CARE BEHAVIOUR SCALE (ORIGINAL FORM)

<p>In the past year , how often have you done regularly the following activities for your arthritis?) By 'regularly' we mean roughly once a month)</p>	<p>Always</p>	<p>Very often</p>	<p>Sometime</p>	<p>Almost Never</p>	<p>Never</p>
<p>Used a heated pool, a bor shower</p>					
<p>Applied heat to parts of your body</p>					
<p>Used joint protecion, bracing or splinting</p>					
<p>Rested</p>					
<p>Adjusted your daily routine or work schedule</p>					
<p>Taken food supplements, vitamin or eaten special foods</p>					
<p>Avoided certain foods</p>					
<p>Used massage</p>					
<p>Done other things such as watching TV or reading to take your mind off your arthritis (distraction)</p>					

Talked with persons who are sympathetic					
Used methods to help control stress					
Used relaxation methods such as meditation					
Taken your drugs regularly and based on your prescription					
Visited your physician regularly					
Changed the dosage of your drugs or the time of taking them without informing your physician					
Exercised (including water exercise)					
If you exercise, how much minutes do you exercise per day ?	More than 30 minutes	30 minutes	20 minutes	10 minutes	Never

EK-5

ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ ARAŞTIRMA KULLANIM İZİNİ

The screenshot shows a Gmail inbox on a desktop browser. The email is from Berna Cafer, dated Tuesday, September 20, 2016, at 1:26 PM. The subject is not explicitly shown, but the content is a request for permission to use a questionnaire. The email text is as follows:

Dear Berna,
Thanks for your attention to my published work. That is OK, there is no problem to use and validate it. the english version of the SCBS (Self-Care Behavior Scale) has been published in the attached paper. you may use it as a reference for your work. Please, do not hesitate to ask any other question in the process of your work.
Good Luck!
Haider Nadian
Assistant Professor in Health Education and Promotion,
Department of Health Education & Promotion
Faculty of Health Sciences,
Tabriz University of Medical Sciences,
Attar-e-Neyshabouri St., Golgasht St., Tabriz, Iran
Postal Code: [5165665931](tel:5165665931)
Tel: +9833357582, Mobile: +989181734596
On Tue, Sep 20, 2016 at 1:26 PM, Berna Cafer <bernacfer93@gmail.com> wrote:

>
>
>
> Dear Mrs . Haider NADRIAN My name is Berna Cafer. I am working as a nurse at İzmir Kâtip Celebi University Atatürk Education and Training Hospital in Turkey and I am also postgraduate student in İzmir Katip Celebi University Health Science Institute (Medical Nursing) . I am currently studying on self management at behaviour in Rheumatoid Arthritis. I read your article "Development of a Rheumatoid Arthritis Education Program using the PRECEDE_ PROCEED Model" . I would like to use the 'Self-Management Behavior (SMB)' and used your research in my master's thesis for the Turkish version of validity and reliability of the questionnaire. I will be pleased if you grant me permission to use your questionnaire.
>

Below the email text, there is a PDF attachment titled "jci_1041.pdf". The PDF thumbnail shows a document with the title "Using the PRECEDE model to guide health education in Turkey" and a subtitle "A case study in a primary care center with Rheumatoid Arthritis in Turkey".

EK-6

ÇOK BOYUTLU SAĞLIK DEĞERLENDİRME ANKETİ İZİNİ

The screenshot shows a Gmail inbox on a mobile device. The browser address bar displays "https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15bc063c7b910e62". The Gmail interface includes a search bar, navigation icons, and a list of emails. The selected email is from Berna Cafer to Feride Gogus, dated 28 Nisan 2017. The email content is in Turkish and requests permission to use a form for a health assessment survey. A yellow tooltip is visible over the search bar, providing instructions on how to activate desktop notifications.

Re: izin - bernacafer93@ X

Güvenli | https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15bc063c7b910e62

Uygulamalar Yayın Akışı

Google

Gmail için masaüstü bildirimlerini etkinleştirmek üzere burayı tıklayın. Daha fazla bilgi Gizle

Gmail

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu

Yıldızlı

Gönderilmiş Postalar

Taslaklar (6)

Diğer

B Berna

Berna Cafer

Feride hanım İziniz olursa MDHAQ turkce formunu kullanmak istiyorum. 28 Nisa...

Feride Gogus <feride_g@yahoo.com>

Alıcı: bana

Kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.

[Android'de Yahoo Postadan gönderildi](#)

22:43'30e' 30 Nis 2017 Pzr tarihinde, Berna Cafer <bernacafer93@gmail.com> şunu yazdı:

EK-7

ETİK KURUL İZİNİ



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
(İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta ikcetik2@gmail.com)

Doç. Dr. Yasemin TOKEM
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

Karar No: 16
Tarih : 18.1.2017


İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim üyelerinden **Doç. Dr. Yasemin TOKEM** sorumluluğunda yapılması planlanan "**Romatoid Artritli Bireylerde Öz Bakım Davranışları Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği Çalışması**" adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK-8

KURUM İZİN BELGESİ

(Sayfa-1)

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Bakanlığı	İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/16.11.2016
		Sayfa	1/2

İzmir-Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad *Berna Çeliker*
Tarih
İmza *B. Çeliker*


Araştırmanın;

Adı:	Romatoid Artritli Bireylerde Öz Bakım Davranışları Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliliği Çalışması
Amacı:	Bu araştırmanın amacı; romatoid artritli hasta popülasyonunda öz bakım davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitimin etkinliğinin incelenmesidir.
Yöntemi:	Araştırma prospektif tipte, kesitsel, eğitim verme, ve ölçek geçerlik güvenirlik çalışmasını yapma amacıyla planlanmıştır. <ul style="list-style-type: none">Dil geçerliliği için ölçeğin çevirisi ve uzman görüşlerinin (n=10) alınmasıÖz bakım Davranışları Ölçeği pilot hasta grubuna anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik açısından ölçeklerin uygulanması (n=5)Romatoid artritli bireylere Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz bakım Davranışları Ölçeği ve MD-HAQ (Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Ölçeği 30 hastada doldurulması ve ölçeğin zamana karşı değişmezliğini test etmek için (Test-Tekrar test analizi) Öz bakım davranışları ölçeğinin 48-72 saat içinde tekrar doldurulmasıSonraki 70 hastaya Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz bakım Davranışları Ölçeği ve MD-HAQ (Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Ölçeği) uygulanmasıÖz bakım Davranışları Ölçeği doldurulan tüm hastalara romatoid artritte öz bakım davranışları konusunda bilgilendirici materyaller verilecektir. Eğitim içeriği; eklem koruma teknikleri, sıcak-soğuk uygulamalar, günlük işler/çalışma programları için istirahat ve aktivite planlama, uygun beslenme, masaj, dikkat dağıtan

EK-8

KURUM İZİN BELGESİ

(Sayfa-2)

 TC Sağlık Bakanlığı Ulusal Kamu Hastaneleri Kurumu	İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/16.11.2016
		Sayfa	2/2

	aktiviteler, sosyal ilişkiler, stres kontrolü, rahatlatıcı teknikler, egzersiz ilaç kullanımı ve düzenli sağlık kontrollerinin önemidir.
Uygulanacağı Yerler:	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji Polikliniği
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	-
Başlama Tarihi ve Süresi:	Mart 2017 / 6 Ay
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doç. Dr. Yasemin TOKEM

Klinik / Birim Eğitim Sorumlusu* İmza 22.02.2017 Dip. / Tez No: 22190 / 26689 Prof. Dr. Servet AKAR İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Hastaneleri ve Romatoloji	Klinik / Birim İdari Sorumlusu* İmza 22.02.2017 Atatürk A. ve Araş. Hast. Uzm. Dr. Mehmet SONBAHAR İzmir Hastaneleri ve Eğitim Sorumlusu Dip. No: 3291 Tez. No: 33190 Hemodiyaliz Serv. No: 33
--	--

Bakım Hizmetleri Müdürü** İmza 22.02.2017 İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ Z. Ç. E. T. B. 17 Saglık Bakım Hizmetleri Müdürü Sis. No: 42090	Eğitim Ar-Ge'den Sorumlu Başhekim Yardımcısı İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ Uz. Dr. Ali Osman ÖZDEMİR Dip. Tez. No: 36321-37681 Saglık Bakanlığı Başhekim Yardımcısı
---	---

HASTANE YÖNETİCİSİ
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Prof. Dr. Enver ALTAS
Hastane Yöneticisi

Not: *Eğitim Araştırma Hastaneleri dışındaki Devlet Hastanelerinde Bakım Hizmetleri Müdürü ve Hastane Yöneticisinin onaylaması yeterlidir.
**Sadece Hemşirelik araştırmalarında ayrıca Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatılması gereklidir.

EK-9

ÇALIŞMAYA KATILIM ONAM BELGESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Retrospektif Çalışmalarda Doldurulmayacak*)

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: Romatoid Artritli Bireylerde Özbakım Davranışları Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği Çalışması

Araştırmanın İçeriği: Türk romatoid artritli bireylerde Özbakım Davranışları Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığının inceleyen bir anket çalışmasıdır.

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı; romatoid artritli hasta popülasyonunda “Self-Care Behaviour Scale’in” Türkçe geçerlik ve güvenirliliğinin test edilmesidir.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: Araştırmanın 1 Şubat-31 Ağustos 2017 tarihleri arasında yürütülmesi planlanmaktadır.

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: : 100 romatoid artritli birey

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi: Bu çalışmada, hastalık ve özbakım davranışlarına ilişkin anket uygulaması yer almaktadır. Araştırma kapsamında herhangi bir tedavi uygulaması bulunmamaktadır.

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR: Ölçeğin Türkçe geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenirse romatoid artritli hastaların hastalık yönetiminde özbakım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçen bir araç olarak uygulama kazandırılabilir. Böylelikle hastanelerde yatan hasta birimlerinde ve poliklinik hizmetlerinde sağlık kontrollerinde kullanılabilir.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR: Bu çalışmada, karşılaşılabilecek risk ve rahatsızlık yoktur.

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR: Bu çalışmada, romatoid artritli bireylerin uygun hastalık yönetimlerinin gerçekleştirilmesi ile hastalık alevlenmelerinin önlenmesi/azaltılması, poliklinik kontrollerine uyumun artması,

tekrarlı hastaneye yatışların önlenmesi ve uygun özbakım davranışlarının kazandırılması beklenen yararlar olacaktır.

5.GEBELİK: Bu araştırmanın gebelik üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur. Bununla birlikte; araştırmanın kapsamında ele alınan özbakım davranışlarının gebe romatoid artritlilerde farklılıklar gösterebileceği gerekçesi ile gebeler çalışma kapsamında dışında tutulacaktır.

6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME: Bu araştırmada girişim veya tedavi uygulanmayacağı için seçenek yöntemler bulunmamaktadır.

7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Bu araştırmadan çıkmak istediğinizi belirttiğinizde veya araştırmadaki veri toplama anketlerinin eksik doldurduğunuzda araştırma dışında bırakılacaksınız.

8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada, yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığınızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Yüksek Hemşire Berna CAFER Telefon: 05434197031

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Bu araştırmada, herhangi bir zararla karşılaşacağı öngörülmemektedir.

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

a.Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b.Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c.Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

d.Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi

bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde,firması ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, uygulanan yöntemin ya da ilacın kullanımının onaylanması için verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Doktorun

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK-10

ROMATOİD VE YAŞAM BROŞÜRÜ

**ROMATOİD
ARTİRT
VE
YAŞAM**



Prof. Dr. Yasemin TOKEM

Yrd. Doç. Dr. Filiz ÖZEL

Hems. Berna CAFER

İzmir-2017

ÖZGEÇMİŞ

Berna CAFER, 19.10.1993 tarihinde İzmir’ de doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Samsun ‘da tamamladı. Lisans eğitimi İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde 2011-2015 yılları arasında ilk mezun olarak tamamladı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi’ne 2015 yılında hemşire olarak atandı. İç hastalıkları Kliniği, Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesinde çalıştı. Aynı sene İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı. Halen aynı kurumda çalışmaktadır. Yabancı dili İngilizcedir.