

İLAYDA TÜRKÖĞLU

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2018



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

ROMATOİD ARTRİT'Lİ HASTALARDA
ÖZ YETERLİLİK ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

İLAYDA TÜRKOĞLU

DANIŞMAN
PROF. DR. RENGİN ACAROĞLU

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI**YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI**

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Programında Yüksek Lisans öğrencisi İlayda Türkoğlu tarafından Prof.Dr.Rengin Acaroğlu'nun danışmanlığında hazırlanan "Romatoid Artrit'li Hastalarda Öz Yeterlilik Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 04 / 05 / 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Jüri Başkanı - Danışman
Prof.Dr.Rengin Acaroğlu
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Jüri

Prof.Dr.Hatice Kaya
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

**Jüri**

Doç.Dr.Funda Büyükyılmaz
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

**Jüri**

Dr.Öğr.Üyesi Bilgi Gülseven Karabacak
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

**Jüri**

Dr.Öğr.Üyesi Aylin Özakgöl
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı



BEYAN

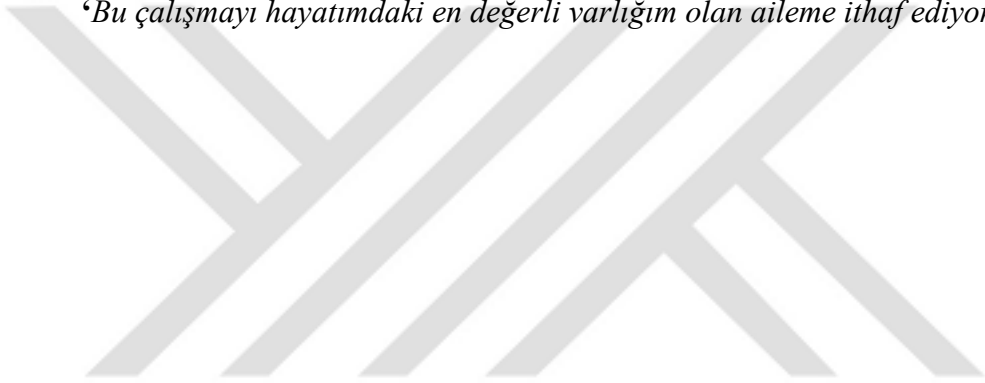
Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları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

İlayda Türkoğlu



İTHAF

'Bu çalışmayı hayatımdaki en değerli varlığım olan aileme ithaf ediyorum.'



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen, mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan, bana karşı gösterdiği sabır ve anlayışıyla her daim yanımda olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Rengin Acaroğlu'na,

Yüksek lisans eğitimin süresince bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, eğitim sürecimin her aşamasında rehberlik ederek beni yönlendiren İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalındaki tüm hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	ix
TABLolar LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Romatoid Artrit.....	4
2.1.1. Romatoid Artrit'in Tanımı ve Tarihçesi	4
2.1.2. Romatoid Artrit'in Epidemiyolojisi	5
2.1.3. Romatoid Artrit'in Etyolojisi ve Risk Faktörleri	6
2.1.4. Romatoid Artrit'in Patofizyolojisi	8
2.1.5. Romatoid Artrit'in Belirti ve Bulguları	8
2.1.6. Romatoid Artrit'in Tanısı	11
2.1.7. Romatoid Artrit'in Tedavisi.....	12
2.2. Romatoid Artrit ve Öz-Yeterlilik Algısı.....	14
2.2.1. Öz-Yeterlilik Algısı ve Hemşirelik	14
2.2.2. Romatoid Artrit ve Öz-yeterlilik Algısı.....	15
2.3. Romatoid Artrit ve Yaşam Kalitesi	16
2.3.1. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik	16

2.3.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi	18
2.3.3. Romatoid Artrit ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi	18
2.4. Romatoid Artrit Tanısı Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımı	20
2.4.1. Romatoid Artrit Tanısı Olan Birey ve Yaşam Modeli.....	21
2.4.1.1. Yaşam Süresi	21
2.4.1.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri.....	22
2.4.1.3. Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi.....	30
2.4.1.4. Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler.....	31
2.4.1.5. Yaşamda Bireysellik.....	34
2.4.2. Romatoid Artrit ve Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı	34
2.4.2.1. Tanılama	34
2.4.2.2. Hemşirelik Tanısı.....	35
2.4.2.3. Planlama.....	36
2.4.2.4. Uygulama.....	48
2.4.2.5. Değerlendirme	48
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	50
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	50
3.2. Araştırmanın Soruları	50
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	50
3.4. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	50
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	51
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	51
3.6.1. Veri Toplama Araçları	51
3.6.1.1. Yapılandırılmış Bilgi Formu (Ek-1)	51
3.6.1.2. Artritlerde Öz-Etkililik Ölçeği(AÖÖ)(Ek-2)	52

3.6.1.3. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği- SF-36 (36 İtem Short Form Health Survey (Ek3)	53
3.6.2. Veri Toplamada İzlenen Yol.....	55
3.6.3. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	55
3.6.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	56
3.6.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	57
4. BULGULAR.....	58
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	59
4.2. Hastaların Öz-Yeterlilik Algısına İlişkin Bulgular.....	61
4.3. Hastaların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular.....	65
4.4. Hastaların Öz-Yeterlilik Algısı ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	71
5. TARTIŞMA.....	73
5.1. RA Tanısı olan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	74
5.2. RA Tanısı Olan Bireylerin Öz-Yeterlilik Algısına İlişkin Bulguların Tartışılması	77
5.3. RA Tanısı Olan Bireylerin Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması	84
5.4. RA Tanısı Olan Bireylerin Öz-yeterlilik Algı Düzeyi ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması ...	92
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	96
KAYNAKÇA.....	102
FORMLAR.....	117
ETİK KURUL KARARI.....	128
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	137
ÖZGEÇMİŞ	138

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

- ACPA : Anti-Citruline Peptid Antikor
- ACR : American College of Rheumatology
- Anti-CCP: Anti Cyclic Citrullinated Peptide
- AÖÖ : Artritlerde Öz-etkililik Ölçeği
- APC : Antigen Presenting Cells
- CQ : Klorokin
- CRP : C-Reaktif Protein
- D-MARD: Disease Modifying Anti-Rheumatism Drugs
- EAH : Eklem Açıklığı Hareketi
- ESR : Eritrocyt Sedimentation Rate
- EULAR : European League Against Rheumatism
- GYA : Günlük Yaşam Aktiviteleri
- HCQ : Hidrosiklokin
- HLA : Human Leukocyte Antigen
- IL-1 : İnterlökin reseptörü 1
- LEF : Leflunomid
- MTX : Metotrexat
- NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association-International
- NSAİİ : Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar
- RA : Romatoid Artrit
- RF : Romatoid Faktör
- SSZ : Sulfasalazin
- TNF- α : Tümör Nekroz Faktörü
- WHO : World Health Organization

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Kriterleri.....	54
Tablo 3.2. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	56
Tablo 4.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular (N=300)	59
Tablo 4.2. Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=300)	60
Tablo 4.3. AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular (N=300)	61
Tablo 4.4. Bireysel Özelliklere Göre AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N=300)	62
Tablo 4.5. Yaş ve Hastalık Süresi ile AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular (N=300)	64
Tablo 4.6. Hastalık Özelliklerine Göre AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N=300)	65
Tablo 4.7. Hastaların SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular (N=300).....	66
Tablo 4.8. Bireysel Özelliklere Göre SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N=300) 67	
Tablo 4.9. Yaş ve Hastalık Süresi ile Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular (N=300)	69
Tablo 4.10. Hastalık Özelliklerine Göre SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N=300).....	70
Tablo 4.11. AÖÖ Toplam puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular (N=300)	71

ÖZET

Türkoğlu, İ.(2018). Romatoid Artrit’li Hastalarda Öz-yeterlilik Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, Romatoid Artrit tanısı olan bireylerde öz-yeterlilik algısı ile yaşam kalitesini belirleyerek aralarındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve karşılaştırmalı tasarımda planlandı. Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin Romatoloji polikliniğine başvuran hastalar, örneklemini ise bu hastalar arasında araştırma kriterlerini karşılayan, RA tanısı olan 300 birey oluşturdu. Verilerin toplanmasında ‘Yapılandırılmış Bilgi Formu’, ‘Artritlerde Öz-etkililik Ölçeği(AÖÖ)’ ve ‘Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)’ kullanıldı. Verilerin analizi SPSS 22 paket programı ile tanımlayıcı istatistikler, karşılaştırmalı istatistiksel analizler ve kolerasyon analizleri kullanılarak yapıldı.

Artritlerde Öz-etkililik Ölçeği (AÖÖ) toplam puan ortalaması $106,39 \pm 40,31$, en düşük puan ortalamasının *Ağrıda Öz-Etkililik* ($22,17 \pm 12,40$) alt boyutunda, en yüksek puan ortalamasının ise *El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik* ($32,58 \pm 13,79$) alt boyutunda olduğu belirlendi. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36) ölçeğinden en düşük puan ortalamasının Fiziksel Rol Kısıtlılığı ($33,06 \pm 42,46$) alt boyutundan, en yüksek puan ortalamasının ise Sosyal Fonksiyon ($64,56 \pm 35,90$) alt boyutundan alındığı saptandı. AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile SF-36 ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde, çok zayıf, zayıf ve orta düzeylerde ilişki olduğu belirlendi ($p \leq 0,05$). Kadın cinsiyet faktörü, düşük eğitim düzeyi, çalışmama, ileri yaş, hastalık süresi ve ek hastalık varlığı gibi bireysel özelliklerin öz-yeterlilik algısı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlendi ($p \leq 0,05$).

Sonuç olarak; RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısının orta düzeyde olduğu, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ise iyi olmadığı, öz-yeterlilik algısı ve yaşam kalitesi arasında az da olsa pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi($p \leq 0,05$). Bazı bireysel ve hastalık özelliklerinin öz-yeterlilik algısı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görüldü ($p \leq 0,05$).

Anahtar kelimeler: Romatoid Artrit, öz-yeterlilik, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

Turkoglu, I. (2018). Evaluation of Self-efficacy Perception and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. Istanbul University, Institute of Health Sciences, Nursing Principles. Master's Thesis.Istanbul.

This research was planned in a descriptive, correlational and comparative design to determine the self-efficacy perception and quality of life in individuals with Rheumatoid Arthritis in order to evaluate the affecting factors and relationship between them. The study population consisted of patients who applied to the Rheumatology outpatient clinic of a university hospital and the research sample consisted of 300 patients diagnosed with RA who met the research criteria. The 'Structured Assessment Questionnaire', 'Arthritis Self-efficacy Scale' and 'Health Related Quality of Life Survey (SF-36)' were used to collect the data. The data was analyzed by using descriptive statistics, comparative statistical analysis and correlation analysis with the SPSS 22 *software package*.

The lowest average score was determined to be in the Pain Self-efficacy ($22,17 \pm 12,40$) subscale and the highest average score in the Self-efficacy Scale in *Arm-Hand function* subscale ($32,58 \pm 13,79$) from the total average score for Arthritis Self-efficacy Scale (ASES) which was $106,39 \pm 40,31$. It was determined that the lowest average score of Health Related Quality of Life Scale (SF-36) was in the subscale of Role Limitation due to Physical functioning ($33,06 \pm 42,46$) and the highest average score was in the subscale of Social Function ($64,56 \pm 35,90$). It was established that there was a positive, very weak, weak and moderate relationship between the ASES total and subscale point averages and SF-36 scale subscale point averages ($p \leq 0,05$). It was determined that individual characteristics such as the factor of female gender, low educational level, nonemployment, advanced age, duration of disease and presence of comorbidity affects the self-efficacy perception and quality of life negatively ($p \leq 0,05$).

In conclusion; it was determined that the self-efficacy perception was found to be moderate in individuals diagnosed with RA, health-related quality of life was not good and there was, at the least, a positive relation between the self-efficacy perception and quality of life ($p \leq 0,05$). It was observed that some individual and disease characteristics affected the self-efficacy perception and quality of life adversely ($p \leq 0,05$).

Key words: Rheumatoid Arthritis, Self-Efficacy, Quality of Life, Nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Romatoid Artrit (RA), etyolojisi tam olarak bilinmeyen, simetrik, eroziv sinovit ve bazen çoklu organ tutulumu ile ortaya çıkan, özellikle eklemleri tutarak fiziksel fonksiyon kaybına neden olan, deformateler (şekil bozuklukları) ile seyreden, kronik sistemik, inflamatuvar ve otoimmün bir hastalıktır (Solak ve Ark. 2009; Demirel ve Kırnıp 2010; İnanır ve ark. 2013). Tüm ırkları etkileyebilen bir hastalık olan RA, dünya genelinde yetişkinlerde %0,5-1 oranında ve kadınlarda erkeklere göre 3 kat daha fazla görülmektedir. Ülkemizde yapılan prevelans çalışmaları genellikle bölgesel nitelikte olup, Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 verilerine göre ülke genelinde RA tanısı olan hastaların oranı%7,9 olarak belirlenmiştir (Ovayolu Uçan, Ovayolu ve Karadağ 2011; TUİK 2012).

RA tanısı olan hastalar, hastalığa bağlı olarak, yürüme, merdiven çıkma, el fonksiyonlarını sürdürme gibi aktiviteleri gerçekleştirmede zorluk yaşarlar (İnanır ve Ark. 2013). RA'nın doğasının yanı sıra uygulanan tedavilerin yan etkileri de zaman zaman hastaların yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir (Ovayolu Uçan, Ovayolu ve Karadağ 2011).

Günümüzdeki tedavi seçenekleri, hastalığı ne tam olarak önleyebilmekte ne de tam olarak tedavi edebilmektedir. Bu nedenle hastalığın tedavisindeki temel amaç, hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz etkileri en aza indirmek, hastanın fiziksel fonksiyonunu optimal düzeyde gerçekleştirebilmesine olanak sağlayan öz yeterlilik algısını olumlayarak yaşam kalitesini arttırmaktır (Kaya ve ark. 2007).

Öz yeterlilik, bireyin davranışları üzerinde etkili olan bilişsel algılama etkenlerinden biridir. Bireyin öz yeterliliğine ilişkin algısı, bir sağlık davranışını benimsemesi, davranışa başlaması ve davranışı sürdürmesinde önemli bir etkendir (Sergek ve Sertbaş 2006). Öz yeterlilik algısının kronik hastalıklarla baş etme durumunda olan bireylerde desteklenmesi gerekir (Akgün Şahin ve Bülbül 2014). RA'lı bireylerde hastalıklarının yarattığı fonksiyon kaybı korkusu bireyde, kendi kendine yeterli olma özelliğini kaybedeceği korkusuna yol açabilir. Bu bireyler sıklıkla utanma, yetersizlik ve başarısızlık duyguları ile olumsuz öz yeterlilik algısı deneyimleyebilirler (Kocaman 2008). Bu doğrultuda, RA'lı bireylerde öz yeterlilik algısının belirlenmesi, bireye özgü bakımın doğru ve uygun şekilde planlanmasında ön koşuldur (Ünsal ve

Kaşıkcı 2008). Öz yeterlilik algısı, aynı zamanda yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir etken olarak kabul edilir (Gong ve Mao 2016).

Yaşam Kalitesi “subjektif iyilik hali” başka bir ifadeyle “kişinin kendi yaşamından memnun olma durumu” olarak tanımlanmaktadır (Hasanefendioğlu 2012). Dünya Sağlık Örgütü benzer bir ifadeyle yaşam kalitesini, “bireyin gerek kültürel ve içinde bulunduğu değer yargıları, gerekse kendi beklentileri, hedefleri, standartları ve bilgileri bağlamında, hayatta kendi durumunu algılama biçimi” olarak tanımlamıştır (The Whoqol Group 1995). Yaşam Kalitesi bireyin bulunduğu fiziksel ve sosyal çevre, ilişkileri ve ekonomik durumu gibi pek çok unsurla birlikte doyumunu da içine alan bir kavramdır (Topçu ve Bölüktaş 2012). RA, eklemlerde kalıcı deformitelere neden olması ve sistemik tutulum göstermesi nedeni ile önemli fiziksel fonksiyon kayıplarına yol açarak bireyin öz yeterliliğini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Uğuz ve ark. 2009).

Günümüzde sağlık bakımının amacı, sağlığın korunması ve sürdürülmesinin yanı sıra, hastalıkların iyileştirilmesini ya da bireyin sınırlılıkları ile baş etmesini sağlamak, öz bakım gücünü ve öz yeterlilik algısını arttırmak, bilgi ve becerilerini güçlendirerek bağımsızlığını ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu anlamda, hemşirenin bireye yardım edebilmesi, hastalığa bağlı olarak gelişen biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik boyutlardaki değişimleri belirleyerek, bireyin bakımını bu yanıtlar üzerine temellendirmesi, bireyselleştirilmiş bakımı planlayıp uygulaması ile olasıdır (Ünsal ve Kaşıkcı 2008; Akgün Şahin ve Bülbül 2014).

Ülkemiz hemşirelik literatüründe, RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesi (Kaya ve Babadağ 2004), bu hastalara verilen eğitimin ağırlık düzeyleri üzerine etkisi (Hindistan 2006) ve RA tanısı olan bireylerin öz-etkililik algısının belirlenmesine yönelik çalışmaların yapıldığı görülmektedir (Akgün Şahin ve Bülbül 2014). Ancak, Romatoid Artrit tanısı olan bireylerde öz yeterlilik algısı ve yaşam kalitesinin ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu doğrultuda çalışma, Romatoid Artrit tanısı olan bireylerde öz-yeterlilik algısı ve yaşam kalitesini belirleyerek aralarındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacı ile planlandı ve gerçekleştirildi. Elde edilecek sonuçların RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısının desteklenerek yaşam kalitesinin

iyileştirilmesine yönelik bakımın planlanmasına rehberlik edeceği ve konuya ilişkin literatür bilgisine katkı sağlayacağı düşünüldü.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Romatoid Artrit

2.1.1. Romatoid Artrit'in Tanımı ve Tarihçesi

Romatoid Artrit(RA), etyolojisi tam olarak bilinmeyen, temel olarak sinoviyal eklemleri tutan, fiziksel fonksiyon kaybına yol açabilen, kronik, ilerleyici, sistemik inflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır (Bes 2015;Dalkılıç ve Coşkun 2015).

RA sadece bir eklem hastalığı değildir. Hastalığın inflamatuvar olması, bazen önemli organ tutulumlarına ve sistemik belirtilerin ön plana çıkmasına da neden olabilmektedir. Hastadan hastaya farklı klinik bulgular ve seyir gözlenmesi de hastalığın bir başka özelliğidir. Bazı hastalarda eklem tutulumu hafif yoğunlukta ve seyrek olarak gözlemlenirken, bazı hastalarda tedaviler yoğun olarak uygulansa bile ciddi organ hasarları ve fiziksel fonksiyonda bozulmalar gelişebilmektedir (Hamuryudan 2005).

RA'ya ilişkin tarih öncesi örnekler ile karşılaşmış olsa da hastalık, diğer kronik eklem patolojilerinden 19. yüzyılın başlarında ayırt edilebilmiştir. 1800'lü yıllarda, hekim Augustin Jacob Landré-Beauvais, muayene ettiği hastalarda saptadığı ve diğer eklem patolojileri ile açıklanamayan (osteoartrit v.b.), bugün RA ile ilişkili olduğu bilinen eklem ağrısı, tutukluğu ve inflamasyonu gibi belirti ve bulguları ilk kez tanımlayan kişidir. Gut hastalığı ile benzer özellikler gösteren bu belirtilerin, farklı olarak, sosyo-ekonomik durumu kötü olan bireylerde ve erkeklerden çok kadınlarda görüldüğü gözlemlenmiştir. Landré-Beauvais'in saptadığı, diğer eklem patolojileri ile açıklanamayan bu durum, bazı hekimleri ileri araştırma yapmaya yönlendirmiştir (Kaynak:Entezami ve ark. 2011).

Alfred Garrod'un, Gut ve RA ile ilişkili yaptığı araştırmalar sonucu, 1859 yılında yazdığı "Gut hastalığının doğası ve Romatizmal Gut" başlıklı tez ile RA, ilk kez Gut ve diğer eklem patolojilerden ayrılmış ve "Romatizmal Gut" olarak adlandırılmıştır. Garrod'un kendisi gibi hekim olan oğlu Archibald Garrod'da RA hakkında ileri araştırmalar yapmış ve 1890'da Romatizma ve Romatoid Artrit ile ilişkili yazısında "Romatoid Artrit" terimini kullanan ilk kişi olmuştur (Kaynak: Entezami ve ark. 2011).

1940 yılında Waaler, 1948 yılında Rose ve arkadaşları tarafından hastaların kanlarında romatoid faktörün saptanması ile de RA'da bağışıklık sistemi mekanizmasının rolü ortaya çıkmıştır. Böylelikle, günümüzde RA, sistemik bağ dokusu ve bağışıklık sistemi hastalık grubu içinde yer almıştır (Waaler 1940; Rose 1948, Kaynak: Dilşen 2007).

2.1.2. Romatoid Artrit'in Epidemiyolojisi

RA, dünya genelinde görülen ve tüm ırkları etkileyebilen bir hastalıktır (Ovayolu Uçan, Ovayolu ve Karadağ 2011). RA'nın prevalansını saptamaya yönelik farklı zaman aralığında yapılan farklı araştırmaların sonuçları değişiklik gösterse de, dünya genelinde yetişkinlerde %0,5-1 oranında ve kadınlarda erkeklere göre 3 kat daha fazla görülmektedir. Dünyanın gelişmiş ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Kuzey Amerika ve Avrupa'da prevalans diğerlerine göre yüksektir (Scott, Wolfe ve Huizinga 2010). Prevalansın en düşük olduğu bölgeler Afrika kırsalları, Çin ve Japonya iken, en yüksek olduğu bölge ise Amerika'nın bazı yerli kabileleri olarak bilinmektedir (Alamnos ve Dorosos 2005; Çapkın ve ark. 2010).

İnsidans çalışmaları sınırlı sayıdadır ancak yapılan çalışmalar incelendiğinde, dünya genelindeki yetişkin insidansı %0.03 olarak görülmektedir. Hastalık, bebekler de dahil olmak üzere her yaş grubundaki bireyleri etkilerken, görülme sıklığı kadınlarda daha çok 40-60 yaş arasında, erkeklerde ise 45 yaşından sonra artmaktadır (June ve Moreland 2016).

Ülkemizde ilk prevalans araştırması 1968 yılında İstanbul Sağmalcılar'da, 1958 ACR (American College of Rheumatology) tanı kriterlerine dayandırılarak yapılmış ve RA prevalansı %0,22 olarak saptanmıştır(Kaynak:Akkoç ve Akar 2006). Ancak o dönemde ilgili bölgede yaşayan kişilerin %70'inin balkanlardan yeni gelen göçmenler olması nedeniyle, yapılan araştırma sonuçlarının Türk toplumunun genelini yansıtmadığı öngörülmektedir (Kaynak: Akkoç ve Akar 2006).

1999 ve 2000 yılları arasında revize edilmiş 1987 ACR tanı kriterlerine göre Trabzon'da yapılan bir araştırmada RA prevalansı % 3,7 olarak saptanmıştır(Madenci ve ark. 2002). Antalya'da 2000-2001 yılları arasında yapılan bir diğer araştırmada RA prevalansı %0,35 olarak bulunmuştur (Kaçar ve ark. 2004). İzmir'de Narlıdere ve Balçova bölgelerinde revize edilmiş 1987 ACR tanı kriterleri esas alınarak 20 yaş üzeri

bireyler ile 2001 ve 2002 yılları arasında yapılmış bir araştırmada RA prevalansı kadınlarda %0,77, erkeklerde ise %0,15 olarak saptanmıştır. 2000 yılındaki nüfus sayımıyla toplum yapısı, yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş standart prevalans %0,36 olarak saptanmıştır (Akar ve ark. 2004). Karadeniz bölgesinde RA ile ilişkili olarak iki epidemiyolojik araştırma yapılmıştır. İlki Trabzon'da yapılan araştırma, ikincisi ise 2003 ve 2005 yılları arasında Doğu Karadeniz'de (Trabzon, Giresun, Rize, Artvin ve Gümüşhane) yapılmış ve %1 oranında RA prevalansı belirlenmiştir (Çapkın ve ark. 2010). Ege ve Akdeniz bölgelerinde yapılan araştırmaların sonucundaki ilgili prevalansların, güney Avrupa ülkeleriyle benzeştiği, Kuzey Avrupa ülkeleriyle karşılaştırıldığında ise daha düşük olduğu söylenebilir (Akkoç 2010).

Görüldüğü gibi Türkiye'de Romatizmal hastalıklara ilişkin epidemiyolojik araştırmalar bölgesel niteliktedir (Akkoç 2010). Türk istatistik kurumunun 2012 genel sağlık araştırma verilerine göre ise; hekim tarafından Romatoid Artrit tanısı konan hasta sayısı Türkiye genelinde %7,9 oranında saptanmıştır (TUİK 2012).

2.1.3. Romatoid Artrit'in Etyolojisi ve Risk Faktörleri

RA'nın nedeni henüz kesin olarak belirlenememiştir. Ancak genetik, hormonal ve çevresel risk faktörlerinin RA'nın gelişmesinde rol oynadığı düşünülmektedir (Gibofsky ve ark. 2012).

1978'de Stastny'nin HLA DR4-DR1 ve RA ilişkisini saptamasından sonra, bu konuyla ilgili yaygın araştırmalar yapılmıştır. HLA DR4 geninin RA ile ilişkili bulunan allellerinde benzer motiflerde amino asit dizilimi gözteren ve ortak epitop adı verilen bölgenin (DRB molekülü 67. Ve 74. amino asit arasında) RA'ya genetik yatkınlık unsuru olduğu düşünülmektedir (Kaynak:Taneja ve ark. 2008).

İkiz kardeşlerle yapılan bir çalışmada RA'nın görülme sıklığının yaklaşık olarak %60 oranında saptanması, genetik faktörler ile ilişkili olabileceğini göstermiştir (Macgregor ve ark. 2000). RA gelişiminde, ailesel genetik faktörlerin, paylaşılan ortak veya ortak olmayan çevresel faktörlerin önemli olduğunu, ancak hastalığın prognozunun ailesel genetik faktörlerden bağımsız olarak gelişebildiğini vurgulayan çalışmalar vardır (Svendsen ve ark. 2013).

Eklemlerde sinoviyal doku inflamasyonu gelişmemesine rağmen kan dolaşımında ACPA ve RF artışının gözlenmesi, eklem dışı bölgelerde de RA

tutulunun oluşabileceğini göstermekte ve RA'nın gelişimini önlemeye yönelik stratejiler geliştirmeye olanak sağlamaktadır (Sande ve ark. 2010).

RA'nın menopoz öncesi kadınlarda görülme sıklığının erkeklere göre daha fazla olması, hastalığın gelişiminde hormonal faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir. Gebelikte RA remisyona girerken, postpartum dönemde ise hastalık aktivitesi artmaktadır. Uzun süreli oral kontraseptif kullanımının da RA'ya karşı koruyucu etkisinin olduğu bilinmektedir. Çocuk sahibi olmama, RA için risk faktörü olarak ifade edilmektedir (Alpizar-Rodríguez ve Finckh 2017).

Yapılan bir vaka kontrol çalışmasında, sigaranın seropozitif RA gelişiminde en güçlü çevresel risk faktörü olduğu, sigara kullanımı bırakılsa bile riskin uzun bir süre devam ettiği ortaya konmuştur (Stolt ve ark. 2003). Sigara içen erkeklerin kadınlara göre ACPA pozitif RA gelişimi açısından daha riskli oldukları belirlenmiştir. HLA DR1 gen taşıyıcısı olan bireylerin de sigara kullanımı ile zaten var olan RA gelişim riski daha da artmaktadır (Källberg ve ark. 2011).

Literatürde, orta düzeyde alkol tüketiminin, RA gelişimi ve eroziv eklem hasarı progresyonunu azalttığı belirtilmektedir. Ancak RA tedavisinde yer alan bazı ilaçların karaciğer toksisite riski açısından RA tanısı olan bireylerin alkol tüketimi önerilmemektedir. Omega-3 yağ asitlerinin de RA ile ilişkili otoimmünite gelişimine karşı koruyucu etkisi olduğu öne sürülmüştür (Alpizar-Rodríguez ve Finckh 2017).

Yüksek tuz tüketimi (özellikle sigara kullananlarda) ve obezitenin de RA gelişim riskini arttırdığı ifade edilmektedir (Alpizar-Rodríguez ve Finckh 2017).

Enfeksiyöz ajanlar; RA'nın gelişiminde rol oynayabileceği düşünülen ana çevresel faktörlerdir. *Epstein-Barr virüsü (EBV)*, *parvovirüs* ve bakteriyel olarak *Mycoplasma* ve *Proteus* da RA gelişimi açısından risk faktörü olarak ifade edilen enfeksiyöz ajanlardır (Hamuryudan 2005).

Literatürde, hava kirliliğinin RA gelişme riskini arttırdığı belirtilmektedir. Öte yandan tekstil tozlarına mesleki maruziyet, silica ve asfalta uzun süreli maruziyetin de RA gelişim riskini arttırabileceği belirtilmektedir (Alpizar-Rodríguez ve Finckh 2017).

2.1.4. Romatoid Artrit'in Patofizyolojisi

RA'nın patogeneğinde hüneral ve hünerel bağışıklık sistemi rol oynamaktadır. Sinoviyal inflamasyon ve proliferasyon sürecinin, antijen sunan hünerler (APC) ve CD4+ T lenfositlerin etkileşimi ile başladığı düşünölmektedir. CD4+ T Lenfositleri, dendritik hünerler, Tip A sinovisit, makrofajlar ve B lenfositler gibi DR pozitif hünerler tarafından kendilerine iletilen ve günümüzde net olarak bilinmeyen antijenler ile aktive olurlar (Hamuryudan 2005; June ve Moreland 2016).

RA'da hastalık sürecini başlatan faktör net olarak bilinmese de, çevresel faktörlerin ve genetik yatkınlığın etkileşimi ile bağışıklık sistemi mekanizmasının tetiklendiği öngörölmektedir (Dilşen 2007; McInnes ve Schett 2011).

RA, çeşitli hastalık alt gruplarını kapsayan bir klinik sendrom olarak düşünölebilir. Bu farklı alt gruplar, çeşitli inflamatuvar basamaklara sahiptir ve yaygın olarak sinoviyal inflamasyon ve eklem kıkırdağı ile ilişkili kemik hasarının olduğu bir yol izlemektedirler (Scott, Wolfe ve Huizinga 2010).

RA tanısı olan hastalarda RF, Anti-CCP gibi otoantikörlerin varlığı, sinoviyumda RF otoantikörünün saptanması, hüneral sistemin de RA patofizyolojisinde rol aldığını kanıtlamaktadır (Hamuryudan 2005; June ve Moreland 2016).

RA'da meydana gelen histolojik değişiklikler tutulan organa bağlı olarak farklılık gösterir. Temel değişiklikler, sinoviyum içeren tüm eklemler, bursalar ve tendon kılıflarında meydana gelir. Nötrofil infiltrasyonu ve sinoviyal hünerlerde kronik inflamasyona bağlı olarak gelişen hipertrofi, söz konusu bölgelerde meydana gelen temel değişikliklerdir. Sinoviyal zar, hüner proliferasyonu sonrası hipertrofiye uğrar, genişler ve kıkırdak içine pannus adı verilen parmak şeklinde bir oluşuma neden olur. Çevre dokularda inflamasyon gelişir. Pannustaki makrofajlar tarafından salgılanan proteinaz ve kollajenazların sebebiyle eklem harabiyeti gerçekleşir. İleri evrelerde eklem ankilozu ve son olarak da kemik ankilozu gelişerek, eklem hareket yeteneği tamamen ortadan kalkar (Hamuryudan 2005; Tölek 2014).

2.1.5. Romatoid Artrit'in Belirti ve Bulguları

RA'nın başlangıç dönemi ve klinik seyrindeki semptomlar değişiklik gösterir. RA'nın klinik semptomları;

- Sistemik semptomlar,
- Eklemlerle ilişkili semptomlar,
- Eklem dışı semptomlar şeklinde ele alınmaktadır.

Sistemik semptomlar; eklem ağrısı, halsizlik, yorgunluk, iştah kaybı, kilo kaybı, ateş ve terleme ile zaman zaman hafif şekilde seyrederken zaman zaman da şiddetini arttırarak ortaya çıkmaktadır (Dilşen 2007).

RA ile ilişkili olan eklem tutulumunu gösteren başlıca semptomlar; bir ya da birden çok eklemden ağrı hissinin yanında uyku veya istirahat sonrasında oluşan, eklem bölgesi ve çevresinde gelişen, sabah tutukluğu şeklinde adlandırılan sertlik hissi ve şişliğin yanı sıra hareket kısıtlılığı ve deformitelerdir. En sık tutulan eklemler; el bileği, metakarpofalangeal, proksimal interfalangeal, diz ve dirsek eklemleri, ayak bileği ve metatarsfalangeal eklemlerdir (Hamuryudan 2005; Dilşen 2007;Brasington 2008).

Proksimal interfalangeal (PİF) eklemlerde iç şeklinde şişlik (fusiform), ekstansör ve fleksör tendonlarda ağrılı şişlikler (tenovisit), metakarpofalangeal (MKF) eklemlerinde şişlik, fleksiyon deformitesi, ulnar deviasyon, distal interfalangeal eklemlerde kuğu boynu deformitesi, düğme iliği deformitesi ve baş parmakta Z (zigzag) deformitesi RA'ya bağlı el eklemleriyle ilgili deformitelerdir. Ekstansör tendonlarda gevşeme, kopma nedeniyle düşük parmaklar, ağır eklem lezyonlarında fibröz ve sık olmamakla birlikte kemik ankilozlaşmaları el eklemleriyle ilişkili diğer klinik semptomlardır (Hamuryudan 2005; Dilşen 2007; Turkiewicz ve Moreland 2007; Brasington 2008).

Dirsek eklemlerinde; fleksiyon deformitesi, ağrılı şişlikler, hareket kısıtlılığı ve romatoid nodüller RA eklem tutulumu ile ilişkili diğer semptomlardır (Hamuryudan 2005; Dilşen 2007; Brasington 2008; Kaya 2012).

Hastaların %15'inde ilk tutulan bölge diz eklemleridir. Diz eklemlerinde popliteal fossaya doğru uzanan sıvı, Baker Kisti adı verilen bir şişliğe neden olur. Patella üstü ve yanlarında şişlik, eklem stabilitesinde bozulma RA ile ilişkili diz eklemlerinde görülen başlıca semptomlardır. Ayrıca kalça tutulumuna bağlı ağrılı yürüme, gizli fleksiyon kontraktürü ve kısıtlamalar meydana gelebilir (Hamuryudan 2005; Dilşen 2007; Brasington 2008; Kaya 2012).

RA'nın ayak eklemleri tutulumu diğer eklemlere göre daha fazla ağrıya ve hareket kısıtlılığına neden olur. Ayak statığının bozulması sonucu kallus, bunyon ve kronik fistüller gelişerek yürümeyi zorlaştırabilir. Ayak parmaklarının ulnar deviasyonu, hallux valgus, çekiç parmak ve transvers kavis düşüklüğü RA tutulumu ile ilişkili ayakta görülebilecek deformitelerdir (Hamuryudan 2005; Dilşen 2007; Brasington 2008).

RA'nın vertebra tutulumu en sık C1-C2 (atlantoaksiyel) bölgesinde görülür. RA'nın vertebra tutulumuna ilişkin görülen başlıca belirti ve bulgular; baş ağrısı, boynun hareket değişimi ile ağrı şiddetinde değişiklik, üst ekstremitelerde parestezi, bağırsak fonksiyonlarında bozukluk, pozisyonu sağlamaya yönelik his kaybı ve baş dönmesidir. Vertebra tutulumu daha çok juvenil RA'da görülmektedir (Hamuryudan 2005; Brasington 2008).

RA'nın eklem dışı tutulumu komorbite ve mortaliteyi arttırmaktadır. RA ile ilişkili en sık ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar iken, ikinci sırayı akciğer hastalıkları almaktadır (İnanç 2013).

RA ile ilişkili olarak; episklerit, sklerit, ikincil shögren sendromuna bağlı gözlerde yanma, kuruluk, batma hissi, kortikosteroid kataraktı, retinopati görülmekle birlikte antiromatizmal biyolojik ajan tedavisine bağlı göz lezyonlarına da rastlanmaktadır (Prete ve ark. 2011; Kaya 2012).

RA'nın cilt tutulumuna bağlı olarak, romatoid nodüller, raynoud fenomeni ve kutanöz vaskülitler oluşabilir. Romatoid nodül; ağrısız, sert, bazen hareketli ve değişen çapta şişliklerdir. En sık oluşum bölgeleri dirsek bölgesinin extansör yüzeyleri, parmaklar, oksiput ve topuktur. Akciğer, perikard, miyokard, plevra ve larengeal bölgede de gelişebilmektedir. Miyokardial nodüller kalp ritm sorunlarına, larengeal bölgede olması ses kısıklıkları şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Hamuryudan 2005; Prete ve ark. 2011).

Akciğer tutulumu, RA ile ilişkili en sık ölüm nedenleri arasındadır. Diffüz interstisyel fibroz, plörezi, pulmoner effüzyon, pulmoner vaskülit ve seyrek görülmekle birlikte çoğunlukla akciğer nodül ve pnömokonyoz şeklinde gözlenen Caplan Sendromu akciğer tutulumuna bağlı olarak gelişen bulgulardır (Hamuryudan 2005; Prete ve ark. 2011).

Kardiyak tutulum sonucunda perikardit, miyokardit, endokardit gelişebilmekte ve romatoid vaskülitte bağlı koroner arterlerde de tutulum gözlenebilmektedir.

Küçük damarların vaskülitisi olarak tanımlanan romatoid vaskülit, tırnak diplerinde tromboz, bacak ülserleri ve parmak uçlarında infarktlar şeklinde ortaya çıkabilen geç evre komplikasyonudur, erken evrede görülmesi kötü gidişe işaret eder (Prete ve ark. 2011).

Seropozitif ve nodüllü, geç evre ve deformiteye neden olmuş, ağır, lokopeni ve splenomegali ile seyreden RA, felty sendromu olarak tanımlanır. Bu sendroma, hepatomegali, lenfadenopati, trombositopeni ve bacak ülserleri de eşlik edebilir (Prete ve ark. 2011).

2.1.6. Romatoid Artrit'in Tanısı

RA için özel bir tanı testi yoktur, klinik bulgular tanı konmasında esastır. Ancak bazı laboratuvar testleri hastalığın tanısı, takibi ve gidişatının saptanmasında faydalıdır (Ağıllı ve ark. 2014;Kültür 2015).

Amerikan Romatizma Koleji (American College of Rheumatology (ACR)) 1958 yılında RA'ya yönelik tanılama kriterleri belirlemiştir. Tanımlanan tanılama kriterleri, 1987 yılında aynı topluluk tarafından revize edilerek, 1987 ACR RA sınıflandırma kriterleri tanımlanmıştır (Arnett ve ark. 1988). ACR 1987 tanı kriterleri, erken artrit tanısı açısından düşük duyarlılık konusunda eleştirilmiş ve bu nedenle ACR ve Avrupa Romatizma ile Savaş Birliği (European League Against Rheumatism-EULAR) ortak bir grup çalışması ile RA gelişimi açısından yüksek riskli olan bireyleri belirlemeyi ve tanılamayı kolaylaştırmak amacıyla 2010 sınıflandırma kriterlerini geliştirmiştir (Zhang ve ark. 2013).

RA tanı sınıflandırma kriterleri; eklem tutulumu, serolojik bulgular, akut faz reaktanları ve semptom süresini içerir ve puanlandırılır. Toplam puanın 6/10'a eşit veya daha yüksek olması ile tanı konulur ve radyolojik görüntüleme ile de desteklenir (Zhang ve ark. 2013).

Tutulan eklem sayısı, RF ve ACPA serolojisinin pozitif olması, ESR (eritrosit sedimentasyon hızı) ve CRP (C-reaktif protein) akut faz reaktanlarının yüksekliği, klinik semptom süresinin 6 hafta öncesi ve sonrası dikkate alınarak puanlama

yapılmaktadır. Toplam puanın $\geq 6/10$ 'dan yüksek olması, RA tanısını koymak için gereklidir (Aletaha ve ark. 2010).

2.1.7. Romatoid Artrit'in Tedavisi

Optimal RA tedavisi farmakolojik tedavinin yanında non-farmakolojik tedaviyi de gerektirir (Savran ve Akkoç 2005). RA tedavisinde temel amaç; ağrıyı hafifletmek, eklem hasarını ve diğer komplikasyonları en aza indirgeyerek, normal fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonlar ile yaşamın sürdürülebilmesi ve remisyonu sağlamaktır (Hamuryudan 2005; Savran ve Akkoç 2005; Turkiewicz ve Moreland 2007). Aktif hastalık semptomunun olmaması remisyonu ifade eder (Yıldırım ve Yazıcı 2012).

RA tedavisinde kullanılan temel ilaçlar; non-steroid anti-inflmatuar ilaçlar (NSAİİ), kortikosteroid ilaçlar, hastalık modifiye edici ilaçlar (Disease Modifying Antirheumatic Drugs -DMARD) ve biyolojik ajanlar olmak üzere dört gruba ayrılır (Hamuryudan 2005; Savran ve Akkoç 2005; Dilşen 2007; June ve Moreland 2016).

NSAİİ (Non-Steroid Anti-inflamatuar İlaçlar): İbuprofen, diklofenak, intometozin, ketoprofen, tolmetin ve asetil salisilik asit gibi kısa yarılanma ömrü olan ve tenoksikam gibi uzun yarılanma ömrü olan, analjezik ve antiinflatuvar özelliği nedeniyle RA'da tedaviye yardımcı olarak en sık kullanılan ilaç grubudur. Siklooksijenaz enzimini baskılayarak prostoglandin oluşumunu önler ve terapötik etkisini meydana getirir. NSAİİ kullanımına bağlı olarak gastrik ülserler, gastrointestinal kanamalar, karın ağrısı gibi yan etkiler ortaya çıkabilmektedir (Fresko 2003; Savran ve Akkoç 2005; Demirel ve Kırnay 2010).

Kortikosteroidler: RA'nın aktif evrelerinde, inflamasyon belirtilerinin güvenilir ve kısa sürede azaltması nedeniyle oral, intravenöz ve intraartiküler enjeksiyonlar yoluyla uygulanmaktadırlar. Kortikosteroidler, NSAİİ ile şikayetleri gerilemeyen hastalarda, hastalık modifiye edici ilaçların etkileri ortaya çıkana kadar işlev görür (Fresko 2003; Savran ve Akkoç 2005; Demirel ve Kırnay 2010). Özellikle akciğer tutulumu, vaskülit olgularında veya diğer tedavi uygulamalarını tolere edemeyen veya yanıt vermeyen aktif RA olgularında kortikosteroid tedavisi gereklidir. Kortikosteroid tedavisi, hastalık modifiye edici ilaçların etkisi ortaya çıkmaya başladıktan sonra kademeli olarak kesilmelidir (Savran ve Akkoç 2005).

RA tanısı olan hastalarda osteoporoz riski artmaktadır. Steroid kullanımı ise bu riski daha da arttırmaktadır. Bu nedenle hastaların belli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçümü yapılmalı, elemental Ca ve D vitamini açısından zengin diyet alması sağlanmalı veya ek vitamin tedavisi almaları önerilmektedir (Fresko 2003; Savran ve Akkoç 2005; Demirel ve Kırnap 2010).

Hipertansiyon, katarakt, sıvı retansiyonu, glikoz intoleransı, kilo alımı, mide ağrısı, mide yanması gibi gastrointestinal şikayetler ve mide ülseri, kas güçsüzlüğü, kas kitlesi kaybı, prematüre ateroskleroz, atelenjektazi, psikoz ve depresyon steroid tedavisine bağlı görülebilen başlıca yan etkilerdir (Fresko 2003; Savran ve Akkoç 2005; Demirel ve Kırnap 2010).

DMARD (Disease Modifying Anti-rheumatic Disease): DMARD'lar hastalığı modifiye edici ilaçlar olarak da adlandırılmaktadır. DMARD grubu ilaçlar, hastalık aktivitesini kontrol altına alarak, RF ve akut faz proteinlerinin serum konsantrasyonlarının azaltılması, eklem hasarının önlenmesi ve azaltılması, eklem hareket açıklığı, fonksiyonu ve bütünlüğünün korunması, eklem ağrılarını azaltılması gibi etkileri yönünden RA tanısı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerinde önemli bir güce sahiptir. Bu ilaçlar birkaç ay içinde etkili olduklarından yavaş etkili ilaçlar olarak da bilinirler (Savran ve Akkoç, 2005; Demirel ve Kırnap 2010).

Metotrexat(MTX), leflunomid (LEF), sülfasalazin(SSZ), hidrosiklorokin(HCQ) ve klorokin(CQ) RA tedavisinde en sık kullanılan DMARD'lardır. Minosiklin, siklosporin, azatioprin (AZA), altın tuzları ve D-penisilamin RA tedavisinde daha az kullanılan DMARD grubu ilaçlardır. Bu ilaçların hepsinin birbirinden ayrı etkileri, yan etkileri ve toksisiteleri vardır. Hastalar, ilaçların yan etki toksisiteleri ve tedaviye yanıtları açısından belirli aralıklarla izlenmelidir (Savran ve Akkoç 2005).

HCQ ve CQ antimalaryal ilaçlar retinopatiye neden olmaktadır. Bu nedenle bu ilaçları kullanan hastalar yılda bir göz muayenesini yaptırmalıdır. SSZ ile ilişkili en yaygın görülen yan etkiler; mide bulantısı, kusma, karın ağrısı, diyare gibi gastrointestinal şikayetler, artralji ve baş ağrısıdır. MTX ve LEF kullanan hastalarda; karın ağrısı, hazımsızlık (dispepsi),oral mukozit, mide bulantısı, iştah kaybı, kusma, karaciğer enzim düzeylerinde artış, lökopeni gibi yan etkiler görülebilmektedir. MTX ve LEF kullanan hastalar hekimlerin önerisi doğrultusunda periyodik olarak hemogram

kontrolü ve karaciğer fonksiyon testlerini yaptırmalı, siklosporin kullanan hastaların ise kan basıncı ve böbrek fonksiyonları yakından izlenmelidir (Fresko 2003). Siklosporin kullanan hastalarda görülen başlıca yan etkiler; hipertansiyon, baş ağrısı, kanda lipit düzeylerinde artış, iştah kaybı, diyare, karaciğer problemleri, kanda yüksek ürik asit ya da potasyum, düşük magnezyum düzeyleri, kas ağrıları ve kramplar, yorgunluktur (Vademecum 2017).

Biyolojik Ajanlar: Tümör Nekroz Faktörü (TNF- α) ve interlökin 1(IL-1) sitokinleri RA'da görülen eklem inflamasyonu ve yıkımındaki rolleri nedeniyle RA tedavisinde hedef olabilmektedirler (Savran ve Akkoç 2005).

İnfliksımab, etanersept ve adalimumab ülkemizde kullanılan anti- TNF grubu ilaçlardır. Bu ilaçlar RA tedavisinde semptomları azaltarak birçok olguda da kemik yıkımını durdurur. Ancak hiçbiri tamamen iyileşme sağlamaz (Demirel ve Kırnay 2010).

İnfeksiyonlara yatkınlık, tüberküloz, demiyilanz hastalıklar, deri erupsiyonları, enjeksiyon bölgesi reaksiyonları ve konjektif kalp yetmezliği anti-TNF ilaçlarının başlıca yan etkileridir (Demirel ve Kırnay 2010).

IL-1 Antagonistleri: Anakinra, RA tedavisinde kullanılan IL-1 reseptör antagonistidir. Subkutan yolla uygulanır. Enjeksiyon bölgesinde iritasyon, infeksiyon riskinde artış başlıca istenmeyen etkileridir (Kaya 2012).

2.2. Romatoid Artrit ve Öz-Yeterlilik Algısı

2.2.1. Öz-Yeterlilik Algısı ve Hemşirelik

Öz-yeterlilik algısı Bandura (1977) tarafından geliştirilen sosyal öğrenme kuramlarına dayanan bir kavramdır. Bandura öz yeterlilik algısını ilk olarak; bireylerin kendi yeterliliklerine olan inançlarının, engellere veya olumsuz deneyimlerine rağmen bir davranışı başlatıp sürdürmeleri ve davranışa yönelik çaba düzeyleri üzerinde etkili olabileceği varsayımına dayanarak “kişinin istenen sonuca ulaşmak için gerekli olan davranışı başarıyla uygulayabileceğine olan inancı” şeklinde tanımlamıştır. Bandura 1997 yılındaki makalesinde, öz-yeterlilik kavramının tanımını genişletmiş, “kişinin belli görevleri yerine getirmek, istenen sonuçlar üretmek için gerekli olan eylem planlarını

organize etme ve yürütme kabiliyetine ilişkin algısı” şeklinde tanımlamıştır (Kaynak:Brady 2011).

Hemşirelerin temel görevlerinden biri sağlığın korunması ve geliştirilmesi olup, bu görevini bireyin potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmektedir. Bu nedenle hemşirelik işlevleri, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesine yönelik bireylerin öz sorumluluğunu geliştirmeye, öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye yönelik olmalıdır (Aksayan ve Gözüm 1998).

Durum/eylem sonuç beklentileri ve öz-yeterlilik algısı, sağlık davranışının benimsenmesinde ve zararlı davranışların terkedilmesinde birlikte rol oynar. Hemşirelik işlevleri, değiştirilebilir ve geliştirilebilir öz- yeterlilik algısını güçlendirme yönünde sürdürülürken, duruma özgü davranış değişimine yönelik öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye yönelik de olmalıdır. Öz-yeterlilik algısı güçlü olan bireylerin; ağrı kontrolü, stresle başa çıkma, sağlığın sürdürülmesi ve korunmasına yönelik davranışı sürdürme konularında daha başarılı oldukları belirtilmektedir (Aksayan ve Gözüm 1998; Mollaoğlu ve Bağ 2009).

Hemşireler çoğunlukla, diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği içinde, hastanın gereksinimlerine uygun eğitimi planlamak ve sunmaktan sorumludur. Hemşireler eğitici rolleri ile hastalarının öz-yeterliliğini artırmak konusunda eşsiz bir konumdadırlar. Hasta eğitimi; danışmanlık rolü ve hastaların bakıma katılımı ile sağlanarak gerçekleştirilir ve sürdürülür. Hastaların öz yeterlik algılarının geliştirilmesi ile gelecekte psikolojik sorunların gelişiminin önlenebileceği de dikkate alınarak, hastaların öz-yeterlilik algısı ile hastalıkla ilgili özellikler, fiziksel unsurlar ve psikolojik sorunlar gibi faktörler arasındaki etkileşiminin araştırılıp ortaya konmasında da hemşirelere sorumluluk düşmektedir. Hastaların refahı, sosyo-ekonomik ve fiziksel aktivite durumlarına, ihtiyaçları ve sorunlarına odaklanma, tüm sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin, hastaların öz-yeterliliklerini, hastalık yönetimlerini ve hastalık yanıtları ile baş etmelerini desteklemek açısından önemlidir (Grønning, Bratås ve Steinsbekk 2016).

2.2.2. Romatoid Artrit ve Öz-yeterlilik Algısı

RA ile ilişkili literatürde, öz-yeterlilik algısı, hastaların ağrı, fonksiyon kaybı ve diğer semptomları yönetme stratejilerini başarıyla kullanabileceğine ilişkin algıları olarak açıklanır. Genel bireysel özellikler ve zor değişen kişilik özellikleri ile

karşılaştırıldığında, öz-yeterlilik algısının geliştirilebilme ve yapılandırılma potansiyeli daha yüksektir. Güçlü bir öz-yeterlilik algısının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini güçlendirmeye yönelik davranış geliştirilmesinde de olumlu katkıları vardır. Öz-yeterlilik, RA tanısı olan hastaların fiziksel ve psikolojik sağlık durumu ile ilişkilidir (Gong ve Mao 2016). Lazarus ve Folkman (1984) başa çıkmayı; belirli dış ve / veya iç talepleri yönetmek için devam eden bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlar (Kaynak: Grønning, Bratås ve Steinsbekk 2016). Bu tanım geniş olup, eklem tutulması, artrit v.b. stresli olayların üstesinden gelebilmek için bireylerin kullanabileceği çeşitli yaklaşımları kapsar. Bireylerin, artritlerle ilgili zorlukların üstesinden gelebilme, sorunları yönetebilme yeteneklerine olan inançları öz-yeterlilik algısı ile ilişkilidir. Dahası, öz-yeterlilik, hastaların stresli durumlarda ne yaptıkları ve daha iyi hissetmek için nasıl tepki vereceği ile ilgili olup, sağlık davranışlarının yürütülmesinde de önemlidir (Grønning, Bratås ve Steinsbekk 2016).

RA tanısı olan bireylerde öz-yeterlilik, ağrı, fonksiyonel kayıp ve yorgunluk gibi hastalık semptomlarının şiddetine bağlı olarak algılanır (Tewary ve Farber 2014).

Yapılan bazı araştırmalar, RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu öne sürmektedir. Öz-yeterlilik algısının düzeyi davranışları etkileyebilir ve kişilerin zorlu durumlar karşısında ne kadar dirençli olacağını belirleyebilmektedir. Doğrudan veya dolaylı olarak sağlık davranışlarında iyileşme yoluyla tedaviye uyumu da arttırarak yaşam kalitesine olumlu etkiler oluşturabilmektedir (Primdahl, Wagner ve Hørslev-Petersen 2010; Gong ve Mao 2016).

Ülkemizde yaşam kalitesine ilişkin araştırmalar son yıllarda oldukça artmıştır. Ancak RA tanısı olan bireylerin, öz-yeterlilik algısının değerlendirilmesine yönelik oldukça sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ayrıca ülkemizde RA hastalarının öz-yeterlilik algısı ve yaşam kalitesi ilişkinin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır.

2.3. Romatoid Artrit ve Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik

Sosyal bilimlerde yaşam kalitesi kavramının kullanılması tıp ve hemşirelik bilimlerini etkilemiş, kısıtlı sağlık kaynaklarının yönetimi, klinik kararların kolaylaştırılması, hastalık durumlarında farklı tedavi ve bakım yöntemlerinin

etkinliğinin karşılaştırılması ve değerlendirilmesi, hastaya en doğru şekilde bakım ve tedavi kararlarının verilebilmesi amacıyla yaşam kalitesi araştırmaları yapılmaya başlanmıştır (Pınar 2012).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Topluluğu (World Health Organization Quality of Life-WHOQOL) yaşam kalitesini; bireylerin kendi değer sistemi, kültürel yapıları ve sosyal ilişkileri doğrultusunda, standartları, amaçları, beklentileri, endişeleri yönünden bireysel yaşam algıları şeklinde tanımlamıştır. Yaşam kalitesini, bireye özgü fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık durumu, bağımlılık-bağımsızlık düzeyi ve içinde bulunduğu çevre ile ilişkileri ve çevrenin özellikleri gibi faktörlerden etkilenen, hem olumlu hem de olumsuz yaşam boyutlarını içeren çok boyutlu bir kavram olarak açıklamıştır (The Whoqol Group 1995).

Yaşam kalitesi dört ana boyutta ortaya çıkar; (Eser 2004);

- 1- Kişisel içsel boyut (değerler, inançlar, istekler, sorunlarla mücadele edebilme, kişisel hedefler v.b.)
- 2- Kişisel sosyal boyut (aile yapısı, ekonomik gelir, iş durumu, toplumsal olanaklar v.b.)
- 3- Dışsal doğal çevre boyutu (su, hava kalitesi gibi)
- 4- Dışsal toplumsal çevre boyutu (ulaşım, güvenlik, sosyal olanaklar, sağlık hizmetleri, okul, kültürel olanaklar v.b)

Padilla ve arkadaşlarının görüşüne göre, hemşirelik biliminin yaşam kalitesine ilişkin araştırma amaçları;

1. Hastanın bir hastalığa karşı fiziksel ve psikososyal yanıtını tanılamak,
2. Hastalık ve tedavi uygulamalarına ilişkin yanıtlar olarak semptom yönetimini saptamak,
3. Hasta ve/ya da ailesinin tedaviye yanıtını karşılaştırmak,
4. Başlıca rehabilitasyon girişimlerinin etkisini ölçmek,
5. Sağlık-hastalık dönemi süresince zayıf yönleri tanımlayabilmek (Kaynak:Mollaoğlu 2007).

RA'da hastalık belirtileri ile mücadele etmek, tedavinin yan etkileri ve fiziksel fonksiyonlarda bozulmalar, hastalık prognozunun belirsizliği ve buna bağlı olarak bireyin geleceği ile ilişkili kaygı, stres gibi olumsuz duyguları deneyimlemesi, yaşam

kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi bakım ve tedaviyi yönlendirir (Mollaoğlu 2007; Kaya 2012; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2014).

2.3.2. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir (Eser, 2004). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; iki unsuru olan iyi olma durumudur. Bunlardan ilki; fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan iyi olma durumunu ortaya koyan günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme becerisidir, ikinci unsur ise; hastalık ile baş edebilme düzeyi ve işlev görme ile ilişkili olan hasta memnuniyetidir. Bireyin yaşamından ve bireysel genel sağlık durumundan memnuniyetini, doyumunu ifade eden bir kavramdır (Fidaner 2004; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2014).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bireyin sağlık durumu ile ilgili olarak memnuniyeti ve sağlık durumuna yönelik verdiği emosyonel yanıtı da kapsayan bir kavramdır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde;

1. Hastanın sağlık durumu,
2. Bireysel ve sosyo-kültürel niteliklere özgü istek ve beklentileri,
3. Sağlık durumundaki değişiklikler nedeniyle, bireyin istek ve beklentilerini yerine getirebilme yeteneğindeki sınırlılıklar ve bu sınırlılıklara karşılık bireyin verdiği yanıtlar yer almaktadır (Acaroğlu ve Cevheroğlu 2015).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine yönelik çalışmalar, etkili hemşirelik bakımı ve tedavi girişimlerinin planlanmasına kanıt oluşturarak, sağlık bakımı hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına katkı sağlar (Müezzinoğlu 2005).

2.3.3. Romatoid Artrit ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

RA, eklem inflamasyonuna, eklem sertliğine ve harabiyetine, ağrıya, yorgunluğa, uyku düzensizliğine ve sabah tutukluğuna neden olarak, fiziksel fonksiyon kapasitesini kısıtlar ve fiziksel fonksiyon kaybına neden olarak, gerek irreversibl eklem hasarı oluşturması, gerekse eklem dışı tutulum yapması sonucu RA tanısı olan hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiler (Uğuz ve ark. 2009; Sivas ve ark. 2010; Bala ve ark. 2016; Guo ve ark. 2016; Malm ve ark. 2016).

RA tanısı olan bireylerde, eklem inflamasyonu, ağrı, yorgunluk gibi semptomlar ve eklem deformiteleri fiziksel fonksiyon kaybına yol açarak, RA tanısı olan bireyleri ruhsal açıdan olumsuz etkiler ve yaşam kalitelerinin azalmasına neden olur. RA tanısı olan bireylerde, sağlıklı bireylere göre anksiyete ve depresyon daha sık görülmekte ve daha ağır seyretmektedir. Ruhsal sağlık durumu, RA hastalarının yaşam kalitesi üzerinde belirleyici etkenlerden biridir. Her kronik hastalıkta olduğu gibi, RA hastalarının da ruhsal sağlık durumları açısından takip edilmesi büyük önem taşımaktadır (Uğuz ve ark. 2009; Fiest ve ark. 2017).

Kaliteli bir uyku, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi için önemli bir komponenttir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi RA'da da uyku sorunlarına sıkça rastlanmaktadır. Düşük uyku kalitesi, ağrı yakınmalarının artmasına, ruhsal durum dalgalanmalarına, hastalık aktivitesinin artmasına yol açarak RA hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, uyku sorunlarına neden olan faktörlerin belirlenmesi ve elimine edilmesi ile yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunulabilir (Guo ve ark. 2016).

Malm ve arkadaşlarının (2016), RA tanısı olan yaşlı bireylerin yaşam tarzı alışkanlıklarının, yaşam kalitesi ve eklem hasarı üzerine etkilerini inceledikleri bir araştırmada, dengeli yaşam tarzı alışkanlıklarının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini arttırdığı, kötü yaşam tarzı alışkanlıklarının ise (sigara, alkol kullanımı, uygunsuz diyet, v.b.), hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır.

Bala ve arkadaşları (2016) 'Direnci RA ile Yaşamak' başlıklı çalışmada; RA ile yaşamayı; fiziksel fonksiyon kayıpları, ağrılı semptomlar ve tedavinin hakim olduğu bir yaşam şekli, bireysel yaşamda radikal değişiklikler ve kısıtlamalar, bu kısıtlamalarla başa çıkma ve hastalığın üstesinden gelebilmek için sürekli bir mücadele içinde olmak, bireyin üretkenlik kaybı yaşaması, çalışma hayatından kopması, yakınlarına ve dış dünyaya bağımlılık şeklinde ortaya çıkması olarak tanımlamışlardır. Bunlarla birlikte kişinin hayatının ve yaşam kalitesinin doğrudan etkilendiğini belirtmişlerdir.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile RA'lı bireyin gereksinimleri doğrultusunda, olabilecek en üst düzey yaşam kalitesine sahip olabilmesi için, destekleyici, bireysel ve holistik hemşirelik bakımının ve eğitimin planlanması, bu planlamalar doğrultusunda uygulanan girişimlerin etkinliğinin ve sonuçlarının

değerlendirilmesini ve bu değerlendirmelerin sonuçları doğrultusunda sağlıklı/hasta bireylerin esenlikleri ve fonksiyonel durumlarını geliştirecek en uygun hemşirelik bakım yöntemlerinin sunulması amaçlanmaktadır (Mollaoğlu 2007; Tuna ve Çetin, 2010; Kara 2012; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2014).

Ülkemizde ve dünyada, RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısını ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmış başlıca araştırmalar; Kaya ve Babadağ'ın (2004) "RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesi", Şahin ve Bülbül'ün (2014) "RA tanısı olan bireylerin öz-etkililik algısının belirlenmesi", Knittle ve ark.'nın (2011) "RA tanısı olan bireylerde Öz-Etkililik ve Fiziksel Aktivite Hedeflerinin, Artrit Ağrısı ve Yaşam Kalitesi üzerine etkisi", Gong ve Mao'nun (2016) "Sosyal destek, öz-yeterlilik, fiziksel fonksiyonlarda bozulma ve yorgunluğun, Çin'deki RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkisi" örnek olarak verilebilir.

2.4. Romatoid Artrit Tanısı Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımı

RA tanısı olan bireyin hemşirelik bakımında temel amaç; ağrı şiddeti ve eklem inflamasyonunu azaltarak, hareketsizliğe bağlı gelişebilecek kas atrofisi, fleksiyon kontraktürü, ayak düşmesi gibi komplikasyonları önlemek, kas gücü ve eklem hareketlerini sürdürülebilirliğini ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini sağlayarak sağlığı geliştirmek ve yaşama pozitif bir bakış açısı kazandırarak bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır (Özkaraman ve ark. 2012; Kaya 2012;Tülek 2014). Hemşire bu amaca ulaşmak için, insanın konfor, öz-bakım, baş etme ve kontrol yanıtlarına odaklanır (Kaya 2012).

Hemşirelik bilimi, insan ve insan yaşamına yönelik kanıta dayalı verileri, bütüncül bakış açısı ve becerilerle, birey ve topluma sunma çabasıdır. Bu hizmetin gerçekleştirilmesinde en önemli araç hemşirelik sürecidir. Hemşirelik sürecinin ilk aşaması olan "Tanılama" aşamasında hemşire, sağlıklı/hasta birey ile ilgili verileri doğru ve eksiksiz biçimde toplamalı ve değerlendirmelidir. Doğru hemşirelik tanısının konması, uygun girişimlerin planlanması ve uygulanması, verilerin sistematik şekilde, doğru ve eksiksiz şekilde toplanması ile mümkün olabilmektedir (Kaya 2008).

Bu nedenlerle hastalık aktivasyonu ve tutulumu ile ilişkili olarak günlük yaşam aktivitelerinin doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği RA tanısı olan bireyin

hemşirelik bakımı, yaşam modeli rehberliğinde irdelenecektir (Roper, Logan ve Tierney 1996).

2.4.1. Romatoid Artrit Tanısı Olan Birey ve Yaşam Modeli

Yaşam Modeli; 1980 yılında Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen, uygulama kolaylığı nedeniyle yaygın olarak kullanılan bir hemşirelik modelidir. Günlük yaşam aktiviteleri (GYA), yaşamın tüm evrelerinde; bağımlılık-bağımsızlık düzeyi, biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik faktörler ile bireysel özelliklere bağlı olarak gerçekleştirilmektedir. Yaşam modeli, GYA'nın bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirilerek, bireyin sorunlarının belirlenmesi ve çözümlerin uygulanmasında rehberlik sağlamaktadır (Roper, Logan, & Tierney 1996).

2.4.1.1. Yaşam Süresi

Yaşam süresi, fertilizasyonla başlayıp, doğumdan ölüme kadar devam eden bir süreç olmasının yanı sıra bireyin yaşam bütünlüğünü oluşturan öğelerden biridir (Roper, Logan ve Tierney 1996; Akça Ay 2013). Bireyler, doğumdan ölüme kadar yaşamın her aşamasında sağlığın korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşireye ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca hemşirelik bakımının bireyin içinde bulunduğu yaşam evresinin dikkate alınarak yapılması, hemşirelik sürecinin her aşamasında etkili olmakta ve bireye özgü hemşirelik bakımının verilmesinde önemli rol oynamaktadır (Kaya 2008b).

RA'nın prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. RA'nın başlangıcı en çok 30-50 yaşları arasında gerçekleşse de bebeklik döneminden itibaren yaşamın her evresinde görülebilmekte ve 16 yaşın altındaki bireylerde Juvenil Romatoid Artrit (JRA) olarak adlandırılmaktadır. JRA, tek veya çoklu eklem tutulumu ile ortaya çıkmakta, sistemik etkilerinin yanı sıra kullanılan kortikosteroid ilaçlar nedeniyle büyüme, gelişme geriliğine neden olmaktadır (Hamuryudan 2005; Bilsel ve ark. 2008; June ve Moreland 2016).

RA, daha çok kadınlarda görülmekte, hormonal etkilerle birlikte menopoz öncesindeki kadınlarda, erkeklere göre üç kat daha fazla görülürken, menopoz sonrasındaki kadınlarda erkeklere göre 2 kat fazladır. RA insidansı, kadınlarda daha çok 40-60 yaş arasında, erkeklerde ise 45 yaşından sonra artmaktadır. Kadınlarda insidans artışı doğurganlık ile başlar, 45 yaşına kadar insidans artışı devam eder, 45-75 yaş

arasında durur, sonrasında ise insidans artışı azalır (Hamuryudan 2005; June ve Moreland 2016)

2.4.1.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri

GYA, yaşam modelinin temelini oluşturan, 11'i yaşamsal olmak üzere 12 aktiviteden oluşan ögesidir. Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, solunum, beslenme, boşaltım, beden sıcaklığının kontrolü, hareket ve uyku yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan biyo-fizyolojik temelli yaşam aktiviteleri iken, kişisel temizlik ve giyinme, iletişim, çalışma ve eğlenme ve cinselliği ifade etme aktiviteleri ise yaşam kalitesini yükselten aktivitelerdir. Ölüm ise diğer yaşam aktivitelerini etkilediği gerekçesiyle modelde yer almıştır (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

Yaşam modelinin bu bölümünde, bireysel farklılıkların dikkate alınmasının gerekliliği göz önünde bulundurularak, RA'nın GYA üzerindeki etkilerine yer verilmiştir.

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi

Bireyin canlı kalabilmesi için gerekli olan ve yaşam aktivitelerini güvenli şekilde gerçekleştirebileceği ortamı tanımlayan "Güvenli çevre" kavramı, bireyin biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel açıdan güvenli olduğu ortamı çağrıştırmaktadır (Roper, Logan, ve Tierney 1996; Kaya 2008b; Akça Ay 2013). RA tanısı olan bireyin bulunduğu ortamda fiziksel ve işlevsel zararın önlenmesi ve yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için güvenli çevrenin sağlanması, bireyin nitelikli yaşamını sürdürmesi adına büyük önem taşımaktadır (Kaya 2008a).

RA ile ilişkili olarak hastayı hekime getiren başlıca semptom ağrıdır. Kronikleşen ağrı; hareket kısıtlılığı, uyku sorunları, yorgunluk, stres ve depresyon gibi sorunlara yol açarak hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (Hamuryudan 2005; Kaya 2008b).

RA, denge bozukluğu ve düşme riski ile yakından ilişkilidir. RA tanısı olan hastalar sıklıkla yürüme, merdiven çıkma gibi fiziksel faaliyetleri sırasında ve vertebra tutulumunda, postural kontrolü sağlamakta zorluk yaşamaktadır. Hastalıkla ilişkili olan ağrı ve sabah tutukluğu, ayak deformiteleri postural kontrolde yetersizliğe ve dengenin sağlanmasında bozulmalara yol açmaktadır. Öte yandan eklem yüzeyi, hareket eksenini ve hareket açıklığı, kapsül ve ligamentlerde meydana gelen hastalıkla ilişkili

değişikliklerin de denge kurma ile ilişkili sorunların gelişmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Ayrıca literatürde, hastalığın aktif seyrettiği inflamatuvar dönemde alt ekstremit eklemlerinden gelen proprioseptif dürtülerin olumsuz etkilenebileceği ve postural kontrolün azalmasına yol açabileceği de öne sürülmektedir (İnanır, Okan ve Yıldırım 2013).

Biyolojik tedavi uygulanan hastalarda Tüberküloz ve ciddi infeksiyonların görüldüğü belirtilmektedir (Savran ve Akkoç 2005).

Splenomegali ve lokopeni ile seyreden, seropozitif, nodüllü RA (felty sendromu), bireylerin bağışıklık mekanizmalarını olumsuz etkileyerek infeksiyona yatkınlığı arttırmaktadır. Ayrıca RA tedavisinde yer alan diğer ilaçlara bağlı olarak da gelişebilen karaciğer ve böbrek toksisitesi, alerji, oküler veya sistemik infeksiyonlar gibi yan etkiler de RA tanısı olan bireylerde güvenli çevreyi tehdit eden unsurlardır (Demirel ve Kırnay 2010; Prete ve ark. 2011).

İletişim Aktivitesi

İnsan sosyal bir varlık olması nedeniyle çevresi ile iletişim kurma ihtiyacı duymaktadır. İletişim, kişinin çevresi ile iki yönlü ilişkiyi sağlayan tüm aşamalar olarak tanımlanabileceği gibi, insanın duyu ve düşüncelerini, gereksinimlerini ifade etme ve başkalarını anlama yoludur. Hastanın hastalığı ile ilişkili olarak iletişim aktivitesini sağlıklı olarak gerçekleştirememesi, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyeceği gibi tedaviye uyumunu da olumsuz etkileyebilmektedir (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

RA, ruhsal durum, beden imajı algısı ve sosyal ilişkiler de dahil olmak üzere psikolojik refahın birçok yönünü etkileyebilir. RA ile ilişkili olarak ortaya çıkan larengeal nodüller, ses kısıklığına yol açarak bireyin iletişim aktivitesini doğrudan etkiler. Eklem ağrısı ve sertliği, yorgunluk, işlevsel kısıtlamalar ve beden imajının bozulması, fiziksel fonksiyon kaybının yanı sıra ruhsal yakınmalara da neden olan, hastalıkla ilişkili semptomlardır. RA tedavisinde kullanılan kortikosteroid ilaçlar ile ilişkili olarak psikoz ve depresyon gibi yan etkiler görülebilmektedir. Hastalığa bağlı ruhsal ve fiziksel sağlık durumlarında sapmalar, RA tanısı olan bireylerin çevreleriyle iletişim kurmaktan kaçınmalarına neden olabilmektedir (Demirel ve Kırnay 2010; Ryan 2014).

Literatürde, RA ile ilişkili olarak beden imajı etkilenen hastaların, benlik saygısı ve beden algısının da olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir. Bu durum hastaların hastalığa karşı dirençlerinin etkilenmesine, sağlık profesyonelleri ile iletişimlerini zedeleyerek olumlu geri bildirim reddetmelerine ve tedavide işbirliği yapmamalarına neden olmaktadır. Ayrıca beden imajı algısı kötü ve benlik saygı düzeyi düşük olan bireylerde ruhsal sağlık durumlarından sapmalar, kişinin özgüveninin azalması ve sosyal ilişkilerinin zedelenmesi gibi sorunlar da ortaya çıkmaktadır (Kurt, Özdilli ve Yorulmaz 2013).

Solunum Aktivitesi

Solunum, doğumla başlayıp, insanın yaşamını sürdürebilmesi için vücudun oksijen gereksinimini karşılayarak hayati bir öneme sahip olan ve ölüm ile son bulan bir aktivitedir (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

Pulmoner komplikasyonlar ve kardiyovasküler hastalıklar RA ile ilişkili mortalitelerin en sık sebebidirler. RA'nın akciğer tutulumuna bağlı olarak plörezi, pulmoner effüzyon, ampiyem, pnömotoraks, parenkimal tutulum ile ilişkili diffüz interstisyel fibroz, obliteratif bronşiolit, asbest, kömür gibi tozlara maruz kalan işçilerde görülen pnömokonyoz ve pulmoner nodül ile karakterize Caplan Sendromu, vasküler tutulum ile ilişkili pulmoner arterit, pulmoner vaskülit, pulmoner hipertansiyon, pulmoner kanama ve ilaç tedavisi ile ilişkili pulmoner infeksiyonlar görülebilmektedir. Öksürük, dispne, vücut sıcaklığında artış, göğüs ağrısı gelişebilmektedir (İnanç 2013).

Ayrıca miyokardit, perikardit, kapak lezyonları, RA vaskülitine bağlı koroner arter tutulumu ve miyokard enfartüsü gibi kardiyovasküler hastalıklar da gelişebilmekte ve RA tanısı olan bireylerde yaşamsal riskler oluşturabilmektedir (Hamuryudan 2005). Kortikosteroid ilaç tedavisinin yan etkisi olarak hipertansiyon gelişebilmektedir (Savran ve Akkoç 2005).

Beslenme Aktivitesi

Beslenme insan vücudunun gereksinim duyduğu enerjinin sağlanması, vücudun fizyolojik işleyişini sağlıklı şekilde sürdürebilmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalık durumunda iyileşmenin hızlandırılması ve yaşamın sürdürülebilmesi için gerçekleştirilen hayati öneme sahip bir aktivitedir (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

Obezitenin RA gelişme riskini arttırdığı ve hastalığı alevlendirdiği belirtilmektedir. İleri yaş ve obezitenin, kadınlarda RA gelişme riskini %40-70 oranında arttırdığı belirlenmiştir (Lu ve ark. 2014).

Diyet ve RA ilişkisi halen belirsizliğini korumakla birlikte Akdeniz mutfağı ve Omega-3 yağ asitlerinden zengin diyetin hastalık ile ilişkili belirtilerin azalmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir. Ayrıca glukokortikoid kullanımı ve sitokinler zamanla kemik kitlesinde azalmaya yol açabilir. Hastaların günlük olarak 400-800U D vitamini ve 1000-1500 mg elemental kalsiyumu diyetle veya ek olarak alması kemik kaybının önlenmesi ve azaltılması açısından önemlidir (Savran ve Akkoç 2005).

Methotrexat tedavisi uygulanan RA hastalarında alkol kullanımı karaciğer toksisite riski açısından kontrendikedir. Öte yandan eklem ağrısı ve inflamasyonu için kullanılan yüksek doz NSAİİ'ler ve ek olarak glukokortikoid veya oral antikoagülan kullanımına bağlı olarak karın ağrısı ve gastrik ülserler gibi yan etkiler görülebilmekte, gastrointestinal kanama riski artmaktadır (Savran ve Akkoç 2005). RA tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı olarak görülebilen mide bulantısı, kusma, hazımsızlık, glikoz intoleransı gibi yan etkiler de beslenme aktivitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Vademecum 2017).

Ayrıca fiziksel fonksiyonlarda azalma, hastaların yiyecek seçimi, hazırlama ve yiyebilme yeteneklerinin azalmasına ve beslenme aktivitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Kaya 2008a).

Boşaltım Aktivitesi

Boşaltım, bağırsak ve mesaneden artık ürünlerin atılması anlamına gelen, erken çocukluk döneminde bağımsız ve kontrollü olarak gerçekleştirilmeye başlanılan, mahrem olması nedeniyle gizlilik gerektiren ve kontrolü insana özgü olan, yaşamın sürdürülmesinde hayati öneme sahip aktivitelerden biridir (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

RA tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri ve hareket aktivitesi ile ilişkili sorunlar bu aktiviteyi olumsuz yönde etkilemektedir (Kaya 2008a). Hastaların tedavisinde yer alan bazı ilaçlar, karın krampları ve diyareye neden olurken, sedanter yaşam tarzına yönelmeleri de konstipasyona neden olabilmektedir (Savran ve Akkoç 2005).

Ayrıca RA ile ilişkili fiziksel harekette bozulma, hastaların tuvalet gereksinimlerini bağımsız şekilde gerçekleştirmelerini zorlaştırarak yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (Köybaşı ve ark. 2011).

Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi

Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi, beden temizliği ve giyinme ile ilişkilidir. Kişisel görünüm, korunma ve sosyal sorumluluk bilincini yansıtmaktadır (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

Kişisel temizlik aktivitesi, deri ve ekleri ile ağız-diş temizlik ve bakımını içeren uygulama ve alışkanlıklardan oluşan bir aktivitedir. Giyinme aktivitesi ise, sosyo-kültürel ifadenin yanı sıra bedensel korunmayı ve seksüel ifadeyi yansıtır (Kaya 2008b; Akça Ay 2013).

Hastalık ile ilişkili ağrı, eklem inflamasyonu ve fiziksel deformiteler, hareket kısıtlamalarına yol açarak RA tanısı olan bireylerin diş fırçalama, yıkanma, saç tarama, giyinme gibi kişisel temizlik ve giyinme gereksinimlerini karşılamalarını zorlaştırabilmektedir (Kaya 2008a; Köybaşı ve ark. 2011).

Beden Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesi

Beden sıcaklığının kontrolünün sağlanması için insan organizması tarafından üretilen ısı enerjisinin kaybedilen ısı enerjisi ile dengede olması gereklidir. Giysi türü ve sayısı seçimi, ortamı havalandırma, çevre ısısını ayarlama, fiziksel aktivite gibi yöntemler sağlıklı bireylerin beden sıcaklığını normal sınırlarda sürdürmelerine yardımcı olmaktadır (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

Başta biyolojik ajanlar olmak üzere RA tedavisinde yer alan ve bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar, latent seyreden tüberkülozun aktifleşmesine, oküler veya sistemik infeksiyonlara neden olarak hipertermiye yol açmakta ve buna bağlı olarak hastaların beden sıcaklığı kontrolü aktivitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Demirel ve Kınap 2010; Savran ve Akkoç 2005).

Ayrıca hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan hareket kısıtlılığı nedeni ile ortaya çıkan düşük fiziksel aktivite ve uygun giysi seçiminde zorlanma, RA tanısı olan bireylerin sıcak-soğuk algısına karşı önlem almalarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Hareket Aktivitesi

Hareket aktivitesi; ayakta durma, oturma, yürüme, koşma, yemek yeme gibi birçok aktiviteyi kapsayan, eklem-kas gruplarının sağlıklı işlev görmesi ile gerçekleştirilen, yaşam modeli öğelerinden bağımlılık-bağımsızlık dizgesi ile yakından ilişkili, diğer tüm günlük yaşam aktivitelerini etkileyen çok önemli bir aktivitedir (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b) .

Hareket aktivitesi RA nedeniyle en fazla etkilenen aktivite olup, diğer aktiviteler ve bağımlılık-bağımsızlık dizgesiyle yakından ilişkilidir (Kaya 2008a). Sinovyal inflamasyon kaynaklı ağrı ve eklem tutulumları hareket kısıtlılığına yol açarak, RA tanısı olan bireylerin günlük aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlanmalarına ve başkalarının yardımına gereksinim duymalarına neden olmaktadır (Tekin 2014).

RA, hareket kısıtlanmasına neden olması nedeniyle bireylerin fiziksel fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek; beslenme, giyinme, öz bakımı gerçekleştirme, yürüme, merdiven inme ve çıkma gibi fiziksel aktiviteleri gerçekleştirirken zorlanmalarına neden olabilmektedir. Ayrıca RA'nın ilerleyen dönemlerinde yıkıcı eklem hasarları, eklem şekil bozuklukları görülebilmekte ve bu durum işlev kaybına yol açarak bireylerin yaşam aktiviteleri bağımsızlık dizgesinde bozulmalara neden olabilmektedir (Brasington 2008;Kaya 2008a). RA tanısı olan bireylerin, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken sorun yaşamaları, yaşam kalitelerinin bozulmasına yol açarak ruhsal durumu olumsuz yönde etkilemekte ve depresyona varan sonuçlara neden olabilmektedir (Uçar ve ark. 2014).

RA tanısı olan bireylerin eklem deformitelerini önleyen ve bağımsız hareket etmelerini destekleyen araç-gereçleri kullanmaları oldukça önemlidir. Ayrıca yatak istirahati gerektiren şiddetli, sistemik ve eklem belirtilerinin olduğu dönemde, ayak düşmesi, fleksiyon kontraktürü gibi şekil bozukluklarının önlenmesi amacıyla ayak desteği, splint v.b araç gereç kullanımı gerekmektedir (Kaya 2012; Carpenito- Moyet 2013).

Çalışma ve Eğlence Aktivitesi

Çalışma, bireyin kendisinin ve ailenin/yakınlarının geçimini sağlaması, toplum içinde kimlik kazanması, ülke ekonomisine katkıda bulunması ve esenliğe ulaşmasında önemli rolü olan bir aktivitedir. Bireylerin biyo-fizyolojik, ruhsal ve sosyo-kültürel

açından sağlığı sürdürücü ve geliştirici, sevdikleri aktiviteleri gerçekleştirerek boş zamanlarını değerlendirmeleri ise eğlenme kavramını açıklamaktadır. Yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve yaşamın sürdürülmesinde oldukça önemli bir aktivitedir (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

RA ile ilişkili yorgunluk, ağrı, fiziksel fonksiyon kaybı, ruhsal sağlık durumundan sapma, çalışma saatlerinin fazlalığı ve çalışma koşullarının ağırlığı, RA tanısı olan bireylerin iş yaşamında verimlilik kayıplarına ve performans düşüklüğüne neden olabilmektedir. Performans düşüklüğü gösteren RA hastalarının işlerine son verilebilmekte ya da bu bireyler zorlandıkları için işlerine son vermekte, ekonomik sıkıntılar yaşayabilmektedir (Vilsteren ve ark. 2015).

Hastalığa bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlanan RA tanısı olan bireylerin ulaşım, boş zaman değerlendirme etkinlikleri de giderek azalmaktadır. RA tanısı olan bireyler yorgunluk, ağrı ve fiziksel kısıtlılık gibi nedenlerle boş zaman aktivitelerini evde oturarak geçirebilmekte, ulaşımında kısa mesafelerde yürüme yerine toplu taşıma araçlarını kullansalar dahi yorgunluk ve ağrı hissedebilmektedirler. RA hastaları birçok sosyal aktiviteye (alışveriş, piknik, doğa yürüyüşü v.b.) ağırlarının artmasından çekindikleri için katılamamaktadır. Ayrıca el deformitelerine bağlı olarak el işi, resim yapma gibi boş vakitleri değerlendirme aktiviteleri de etkilenebilmektedir. Aile ve sosyal çevre ilişkileri de zedelenebilmekte, aile içi rol kaybı yaşayabilmektedirler (Acar 2013).

Cinselliği İfade Etme Aktivitesi

Cinsellik; cinsel yaşam ve insan neslinin devam ettirilmesi ile ilişkili olduğu kadar fiziksel görünüm, sözlü-sözsüz iletişim, aile içi roller, sosyal roller ve ilişki kurma, çalışma ve eğlence aktivitesi ile yakından ilişkili olan bir aktivitedir (Roper, Logan ve Tierney 1996).

RA, yaşamın her yönünde olduğu gibi ağrı ve fiziksel fonksiyon kaybına neden olarak eşler arası ilişki ve cinsel yaşam üzerinde de olumsuz etkilere neden olur. Ayrıca hastalığa bağlı olarak beden imajının etkilenmesi de hastaların özgüven eksikliğine neden olarak partnerleriyle ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastalığa bağlı gelişen depresyon cinsel yaşamı etkileyebilirken, hastalığa bağlı ortaya çıkan seksüel disfonksiyon da depresyonu arttırabilmektedir. Öte yandan shögren sendromu ve akciğer tutulumu gibi eklem dışı organ tutulumları da cinsel yaşamı olumsuz yönde

etkileyebilen durumlardır (Arslan Cebeci ve ark. 2012). RA tedavisinde kullanılan bazı ilaçların gebelik üzerindeki etkileri konusunda yeterli bilgi bulunmadığı için RA tanısı olan kadınların gebelik öncesi, gebelik dönemi ve doğum sonrası dönemde de romatolog hekim tarafından izlenmesi önemlidir (Karateke ve ark. 2014).

Uyku Aktivitesi

Çeşitli uyaranlarla sona eren, farklı bir bilinç durumu olan uyku sırasında hücre yenilenmesi ve büyümesi devam ederek biyolojik süreç sürdürülür. Uyku yaşam için temel bir gereksinimdir ve yoksunluğu durumunda önemi anlaşılmaktadır (Roper, Logan, & Tierney 1996; Kaya 2008b).

Yetersiz uyku, zihinsel ve fiziksel sağlığın yanı sıra yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Uykusuzluk RA hastalarında yaygın bir şikayettir ve uykusuzluğa bağlı olarak yorgunluk ortaya çıkmaktadır (McKenna ve ark. 2017). Ağrı başta olmak üzere fizyolojik ve psikososyal sorunlar, RA hastalarında uyku problemlerine neden olabilmektedir. Uykuya dalamama, uykuyu sürdürmede yetersizlik, gece uykularının sık sık bölünmesi, erken uyanma ve uykusuzluğa bağlı olarak gün boyu uykulu olma ve yorgunluk RA hastalarında görülen temel uyku sorunlarıdır (Kiper ve Sunal 2009).

Ağrı, psikososyal faktörler, kadın cinsiyeti, sosyal desteğin zayıf olması gibi faktörlerin yanında uyku sorunları da yorgunluğa neden olabilmektedir. Eklem dışı belirtiler arasında RA hastalarını en fazla rahatsız eden sorunlardan biri yorgunluktur. Literatürde görülme sıklığı %42-90 olarak belirtilmektedir (Gök Metin ve Özdemir 2016).

Ölüm Aktivitesi

Ölüm günlük yaşam aktivitelerinin tamamını etkiler ve yaşamsal sonu ifade eder(Roper, Logan ve Tierney 1996).

Literatürde RA hastalarının yaşam süresinin genel popülasyona göre daha kısa olduğu ve RA'nın yaşam süresini erkeklerde 6 yıl kadınlarda ise 12 yıl kısalttığı vurgulanmaktadır (Dilşen 2007).

RA ile ilişkili şiddetli eklem dışı tutulumlar, eklem tutulumuna göre daha sık komorbidite ve mortalite nedenidir. RA ile ilişkili mortalitelerin en sık nedenini kardiyovasküler hastalıklar, ikinci en sık nedenini ise pulmoner komplikasyonlar oluşturmaktadır. Pulmoner komplikasyonlara bağlı mortaliteler RA ile ilişkili

mortalitelerin %10-20'sini oluşturmaktadır. Ayrıca pulmoner infeksiyonlar ve ilaç ilişkili pulmoner hastalıklar da sık görülmekte ve RA tanılı bireylerin yaşamını tehdit etmektedir (İnanç 2013).

2.4.1.3. Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi

Bağımlılık/bağımsızlık dizgesi, bireye özgü yaş durumuna, fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik duruma bağlı olarak değişebilen, bir başka kişiye ya da araca bağımlı olma ölçüsüyle derecelendirilen bir yaşam modeli ögesidir. Normal gelişim sürecinde, bebeklikten yetişkinliğe doğru yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde bağımsızlık artmakta, yetişkinlik döneminde bağımsızlık en üst düzeyde gerçekleştirilmekte, yaşlılığa doğru ise bağımsızlık azalarak bağımlılık artmaktadır. Yaşamın her evresinde hastalık, sakatlık, travma, sağlık davranışlarındaki yetersizlikler ve yabancı çevrede bulunma gibi nedenler GYA'nin gerçekleştirilmesinde bağımlılık oluşturmaktadır (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

Bağımlılık/bağımsızlık dizgesi RA'nın semptomları ile doğrudan ilişkilidir. RA, semptomların ortadan kalktığı(remisyon) sessiz dönem ve semptomların şiddetli şekilde ortaya çıktığı (eksasarbasyon) aktif hastalık dönemleriyle dalgalanmalar göstermektedir. RA tanısı olan bireyler, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirirken, hastalığın alevlenmesi durumunda bağımlı duruma gelebilmektedir (Kaya 2008a).

Eklem bölgesinde şişlik, ağrı, eklem açıklığı hareketlerinde azalma, yorgunluk ve zaman zaman görülebilen iştah kaybı, kilo kaybı, ateş ve terleme gibi RA'ya bağlı olarak gelişen genel semptomlar, RA tanısı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyerek bireyin bağımlılık/bağımsızlık dizgesi üzerinde etkili olmaktadır (Hamuryudan 2005; Dilşen 2007; Bala ve ark. 2016).

RA hastalarının uyku/istirahat sonrasında yataktan kalkmalarını, günlük işlerini bağımsız olarak yapmalarını zorlaştıran, el ve ayak eklemlerinde görülen sabah tutukluğu ilerleyen saatlerde kendiliğinden geçebilir ya da azalır. Böylece birey günlük işlerini bağımsız olarak yapabilir duruma gelebilir. Buna bağlı olarak sabah saatlerinde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken bağımlı olabilen birey günün ilerleyen saatlerinde bağımsızlığını kazanabilmektedir (Hamuryudan 2005; Kaya 2008a).

2.4.1.4. Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Tüm bireyler temel gereksinimlerini yaşam aktiviteleri ile gerçekleştirirken farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu farklılıklar bireysel özelliklerin yanı sıra etkileyen faktörlerin çeşitliliğinden de kaynaklanmaktadır. Yaşam Modeli öğelerinden olan bu faktörler; biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik olmak üzere beş gruba ayrılır ve tümü birbiri ile etkileşim içindedir (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

Biyo-fizyolojik Faktörler: RA etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte gelişiminde rol oynadığı düşünülen genetik, cinsiyet, yaş, bağışıklık sistemi bozukluğu gibi faktörler bu başlık altında incelenmiştir (Fresko 2003; Dilşen 2007; June ve Moreland 2016).

HLA DR1 ve HLA DR4 genlerine sahip olan bireylerin RA gelişimine yatkın oldukları belirtilmektedir (Taneja ve ark. 2008). Ayrıca ailede birden fazla kişide RA görülmesi ve ikiz kardeşlerde RA görülme sıklığının %60 oranında saptanması da RA gelişiminde genetik faktörlerin etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Macgregor ve ark. 2000; Svendsen ve ark. 2013).

RA tanısı olan bireylerde, RF ve Anti-CCP antikorunun varlığı, RA gelişiminde bağışıklık sisteminin rolünü ortaya koyarken, RA'nın görülme sıklığının, menopoz öncesi kadınlarda erkeklere göre 3:1 oranından, menopoz sonrasında 2:1'e gerilemesi, gebelik döneminde RA'nın remisyona girmesive oral kontraseptif kullanımının RA açısından koruyucu etkisinin olması da RA gelişiminde hormonal ve cinsiyet faktörlerin etkisini ortaya koymaktadır (Hamuryudan 2005; June ve Moreland 2016; Alpizar-Rodríguez ve Finckh 2017).

Psikolojik Faktörler: Hasta bireylerin yaşam aktivitelerini etkileyen psikolojik faktörler, yaşam modelinin diğer öğeleriyle birlikte, bireylere özgü biyo-fizyolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik durumları göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Psikolojik faktörler; bireyin tutum ve davranışlarını, mizacını, entelektüel becerilerini, kişisel özelliklerini ve ruhsal durumunu içermektedir (Kaya 2008b).

RA tanısı olan bireylerin yaşadıkları ağrı deneyimleri, yorgunluk ve fiziksel fonksiyon kaybı gibi faktörlerin yanı sıra hastalığın kronik, progresif şekilde ilerlemesi,

ciddi şekil bozuklukları ve sakatlıklara sebep olması ve bireylerin baş etmede zorlanmaları, işlevsel yetersizlik gelişmesi, aile içi rollerde değişiklikler, sosyal ve ekonomik sorunlar psikolojik durumlarının olumsuz yönde etkileyerek anksiyete, stres ve depresyona neden olmaktadır (Kiper ve Sunal 2009; Jacob, Rockel ve Kostev 2017). Diğer yandan hastalığın prognozunun belirsizliği, kesin nedeninin bilinmiyor oluşu, RA tanısı olan birey ve ailesinde stres kaynağı olabilmektedir (Kaya 2008a).

Hastalık sürecinde eklemlerde şekil bozukluklarının oluşması ile beden imajında değişikliklerin ortaya çıkması, RA tanısı olan bireyin kendini algılama şeklini değiştirerek, öz-saygı, öz-güven ve benlik algısında değişimlere ilişkin sorunların ortaya çıkmasına neden olur (Kaya 2012).

Sosyo-kültürel Faktörler: Hasta bireyin ait olduğu sosyal grup, içinde yaşadığı kültür, inanç ve ahlaki değerler, sahip olduğu rol, statü ve ilişkiler günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesini etkiler (Roper, Logan ve Tierney 1996).

RA'nın dünyanın her yerinde ve tüm etnik gruplarda görülebildiği ifade edilmektedir. RA'nın daha çok sosyo-ekonomik düzeyi düşük toplumlarda görüldüğü bilinse de sosyal statü ve RA arasında bir ilişkinin varlığını açıklayan kesin kanıtlara rastlanmamıştır (Kaya 2008a; Çelik, Kalyoncu ve Güzelsağaltıcı 2013).

RA, aile hayatı, iş hayatı ve sosyal ilişkiler üzerinde bir dizi olumsuz etkilere neden olarak toplumsal sorunlara yol açmaktadır. RA'ya bağlı olarak gelişen fiziksel sınırlılıklar ve aşırı yorgunluk bireyin kendine olan güveni kaybetmesine, toplum ve aile içindeki rolünün değişmesine, sosyal ilişkilerin zedelenmesine neden olmakta ve bireyin hastalıkla mücadelesini olumsuz yönde etkilemektedir. RA tanısı olan birey, bedenindeki deformitelerden dolayı kendisine bakılmasından rahatsız olur ve sosyalleşmek istemeyebilir. RA tanısı olan bireylerde sosyal destek sağlık durumunun iyileştirilmesi, öz-yeterliliğe olan inancın artırılması ve beden imajı algısının iyileştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Buna karşın; RA tanısı olan bireylerin içinde oldukları sosyal çevrede, hastalık ile ilişkili (ağrı, yorgunluk, halsizlik v.b.) şikayetlerinin yok sayılması, bireylerin beden değişimlerine yönelik olumsuz toplumsal tepkiler(çevredeki bireylerin rahatsız edici bakışları, sözel veya sözel olmayan rahatsız edici tepkiler v.b) ve sosyal desteğin sağlanamaması, RA tanısı olan bireylerin yalnızlaşmasına, hem fiziksel hem ruhsal sağlık durumlarının olumsuz etkilenmesine

neden olmaktadır (El-Mansoury ve ark. 2008; Kaya 2008a;2012; Kool ve Geenen 2012; Kurt, Özdilli ve Yorulmaz 2013).

Çevresel Faktörler: Bireyin yaşadığı ortamdaki atmosfer özellikleri (güneş ışığı, organik ve inorganik parçacıklar, ses ve elektrik dalgaları), iklim ve coğrafi özellikler, bitkiler ve hayvanlar, yapay çevre özellikleri (binalar, karayolları v.b), bireyin giysileri ve yaşadığı ev ortamı, iş özellikleri gibi özellikler bu başlık altında yaşam modelinin diğer öğeleri ve etkileyen faktörleri ile ilişkilendirilerek değerlendirilir (Kaya 2008b).

RA gelişiminde temel çevresel risk faktörleri olduğu düşünülen enfeksiyöz ajanlar; *Epstein-Barr virüsü (EBV)*, virüsler olarak *parvovirüs*, bakteriyel olarak ise *Mycoplasma ve Proteus*'dur (Hamuryudan 2005).

Sigara kullanımı, hava kirliliği, tekstil tozlarına mesleki maruziyet, silica ve asfalta uzun süreli maruziyet, yüksek tuz tüketimi (özellikle sigara kullananlarda) ve obezite, RA gelişiminde rolü olan diğer çevresel risk faktörleridir (Alpizar-Rodríguez ve Finckh 2017).

Fiziksel çevre, RA tanısı olan bireye özgü işlevsel sorunların gelişimi ve hastalığın yönetimi açısından önemli bir faktördür. Sağlık ve esenliğin sağlanması ve sürdürülmesi, birey ve ailenin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, en uygun fiziksel koşulların gerçekleştirilmesi ile mümkün olacaktır (Kaya 2008a).

Politiko-ekonomik Faktörler: Politik ve ekonomik yaptırım ve eylemler ile düzenlenen, yaşamın ekonomik, yasal ve yönetsel boyutları ilişkisi bu başlık altında incelenmiştir (Acaroğlu, Şendir ve Kaya 2008b).

Politika, yasal ve ekonomik etmenler bireysel yaşam koşulları ve niteliğini etkileme açısından tüm ülkelerde büyük önem taşır. Buna bağlı olarak sağlık güvencesi, ulaşım gibi toplumsal faaliyetlerde fiziksel engellilere özel yol tasarımları ve toplu taşıma kolaylıkları, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerinde kolaylık sağlayacak tasarımlar, istirahatli çalışma imkanları ve işsizlik güvencesi gibi hakların yasal olarak düzenlenmesi RA gibi kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi açısından önem taşıyan politiko-ekonomik faktörlerdir (Roper, Logan ve Tierney 1996).

Fiziksel kapasitede sınırlılık, mental sağlığın bozulması ve tedaviler bireylerin iş bulma, belirli bir işte çalışabilme olanaklarını kısıtlayarak, ekonomik durumlarını

dolaylı olarak etkilerken diğer yandan tedavi, hastalık takip süreci ve reçete edilen ilaçlar maliyet giderlerini oluşturabilmektedir (Kaya 2008a).

2.4.1.5. Yaşamda Bireysellik

Yaşamda bireysellik, her bireyin yaşam biçiminin bireysel özellikleri doğrultusunda biçimlendiğini, GYA'yı bulunduğu yaşam evresi, bağımlılık/bağımsızlık durumuna bağlı olarak gerçekleştirdiğini ve biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik özellikleri doğrultusunda biçimlendirdiğini vurgulayan yaşam modeli ögesidir (Roper, Logan ve Tierney 1996; Kaya 2008b).

Daha önce de söz edildiği gibi RA'nın başlangıcı, aktif dönemleri ve seyri, bireysel özelliklere bağlı olarak değişebilmektedir. Yaşam modelinin son ögesi olan yaşamda bireysellik ögesi, RA tanısı olan bireylerde, bireysel farklılıkların gözlenmesinde önemli bir rol oynamakta ve bireyselliğin önemini açıkça ortaya koyarak bireye özgü hemşirelik bakımının hemşirelik süreci doğrultusunda sistematik bir biçimde verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Kaya 2008;2012). Buna bağlı olarak RA tanısı olan bireyin bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, hemşirelikte bilimsel bir çözümleme yöntemi olan hemşirelik süreci doğrultusunda sağlanmalı ve sürdürülmelidir.

2.4.2. Romatoid Artrit ve Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı

2.4.2.1. Tanılama

Tanılama, sağlıklı/hasta bireyin gerçek/olası sağlık sorunlarına karşı yanıtlarının yanı sıra iyilik, işlevsel yeterlilik /yetersizlik, güçlü /güçsüz yönlerini belirlemek amacıyla, birey hakkında veri toplanması, verilerin yorumlanması, organize edilerek değerlendirilmesini içeren, hemşirelik sürecinin ilk aşamasıdır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya 2008; Türgay 2013; Kaya 2014; Herdman ve Kamitsru 2018).

RA tanısı olan bireylerin hemşirelik tanılması; gözlem, görüşme, sezgi ve fiziksel muayene yöntemleri ile bir hemşirelik modeli/kuramı/Yaşam Modeli doğrultusunda oluşturulan veri toplama formu kullanılarak, yaşam aktivitelerini ve bunları etkileyen biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörleri de dikkate alarak subjektif ve objektif verilerin kapsamlı ve sistemli şekilde toplanması ile gerçekleştirilir. Bu verilerin doğru ve eksiksiz toplanması, doğru

hemşirelik tanıları, beklenen hasta sonuçları ve girişimlerin belirlenerek hemşirelik bakımının planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde ön koşuldur (Acaroğlu, Şendir ve Kaya 2008; Acaroğlu ve Özşaban 2015).

RA tanısı olan bireyin hemşirelik öyküsünde görüşme yolu ile; bireysel özellikler (yaş, cinsiyet, çalışma durumu, geliri, sosyal desteği, soy geçmişi, bireysel sorumlulukları/rolleri, sağlık güvencesi, sigara/alkol vb. alışkanlıkları); hastalık özellikleri (hastalığın başlangıcı ve süresi, kullandığı ilaçlar ve bu ilaçlara bağlı deneyimlediği yan etkiler, geçirdiği hastalıklar/kazalar, silica, asfalt tozları ve hava kirliliğine maruz kalma gibi risk faktörleri) ve bunların yanı sıra hastanın ifadesine dayanan subjektif verilerin (inançları, tercihleri hastalık, öz yeterlilik, yaşam kalitesi vb. algıları, yaşam biçimi, yorgunluk, uyku kalitesi, kaygıları, güçsüzlüğü, ağrının özellikleri vb.) dikkatli ve eksiksiz toplanması bakımın bireyselleştirilmesine rehberlik eder (Kaya 2014; Tülek 2014).

Fiziksel muayene ile RA'nın lokal (eklemlerdeki şişlik, romatoid nodüllerin varlığı, etkilenen eklemlerin sayısı, yürüme süresi, kavrama gücü, eklem açıklığı, episklerit, sklerit gibi nedenlere bağlı olarak görmenin bozulması) ve sistemik (akciğer tutulumuna bağlı dispne, az balgamlı öksürük, torasik ekspansiyonda azalma; kalp tutulumuna bağlı aritmi, periferdeki sinirlerin tutulumu v.b) belirtilerini içeren objektif veriler ile laboratuvar bulguları (RF yüksekliği, ACPA pozitifliği, Sedim ve CRP yüksekliği vb.) değerlendirilir (Taneja ve ark. 2008; Kaya 2012;2014; ; Tülek 2014; Alpizar-Rodríguez ve Finckh 2017).

Subjektif veriler RA tanısı olan bireylere özgü fizyolojik, ruhsal ve sosyal açıdan gerçek ve olası sorunların saptanması, objektif veriler ise fiziksel fonksiyonların değerlendirilmesi ve fonksiyonel yetersizliklerin belirlenmesi açısından hemşireye yol gösterici olmaktadır (Acaroğlu, Şendir ve Kaya 2008; Kaya 2014; Tülek 2014). Elde edilen tüm veriler analiz edilerek hemşirelik tanısı aşamasına geçilir.

2.4.2.2. Hemşirelik Tanısı

NANDA International (NANDA-I, Kuzey Amerika hemşirelik Tanıları Birliği), hemşirelik tanısını, birey, aile, grup ya da toplum tarafından sağlık durumları veya yaşam süreçlerine karşı bir insan yanıtı ya da bu yanıtı karşı savunmasızlık/eğilim hakkında klinik bir karar olarak tanımlamıştır (Herdman ve Kamitsru 2018).

RA tanısı olan bireyden toplanan veriler doğrultusunda, günlük yaşam aktivitelerine ilişkin gerçek ve olası sorunlar ile bunları etkileyen faktörler dikkate alınarak değerlendirilip yorumlanır ve hemşirelik tanıları belirlenir. RA tanısı olan bireylerde sıklıkla karşılaşılan hemşirelik tanıları; Akut Ağrı, Kronik Ağrı, Düşme Riski, Bilgi Eksikliği, Bozulmuş Fiziksel Hareketlilik, Giyinmede Öz Bakım Eksikliği, Banyo Yapmada Öz Bakım Eksikliği, Yorgunluk, Bozulmuş Beden İmajı, Anksiyete, İnfeksiyon Riski'dir (Özkaraman Özer ve Balcı Alpaslan 2012; Kaya 2012;2014; Carpenito-Moyet 2013;Herdman ve Kamitsru 2018). RA'lı bireylerde Hemşirelik Tanıları bunlarla sınırlı olmayıp bireysel özellikler ve gereksinimlere göre farklılık gösterebilir.

2.4.2.3. Planlama

Hemşirelik sürecinin bu aşamasında, RA tanısı olan bireye özgü belirlenen hemşirelik tanıları öncelik durumuna göre sıralanarak, bu tanıları yönelik amaç/beklenen sonuçlar tanımlanır ve beklenen sonuçlara ulaştıracak, klinik karar ve bilgi doğrultusunda belirlenmiş hemşirelik girişimlerini içeren bireyselleştirilmiş bakım planı oluşturulur ve kaydedilir (Acaroğlu, Şendir, Kaya ve Büyükyılmaz 2008; Herdman ve Kamitsru 2018).

Aşağıda, RA tanısı olan bireylerde sık görülen hemşirelik tanıları, amaç/beklenen hasta sonuçları ve planlanan hemşirelik girişimleri ele alınmıştır.

Akut Ağrı

Tanım: Olası veya mevcut doku hasarı ile ortaya çıkan veya bu hasar ile açıklanabilen, öngörülebilir ya da beklenen bir nedene bağlı olarak ve şiddeti değişiklik göstererek, ani ya da yavaşça başlayan, rahatsız edici, duyuşsal ve emosyonel deneyimdir (Herdman ve Kamitsru 2018).

Tanımlayıcı Özellik: Ağrı ve rahatsızlığın sözel olarak ifade edilmesi, standardize edilmiş ağrı ölçeğine dayan ağrı öz-bildirimi, koruyucu pozisyon alma ya da belirli bir pozisyonda durma, huzursuzluk, dikkatte azalma, yüzünü buruşturma, gibi ağrıyı ifade eden sözel olmayan ifadeler, hasta yakınının bildirimi (Herdman ve Kamitsru 2018).

İlişkili Faktörler: Hastalık aktivasyonuna bağlı eklemlerde inflamasyon.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Gerekli önlemlerden sonra bireyin ağrısının geçtiğini ya da azaldığını ifade etmesi, standardize edilmiş ağrı ölçeği ile belirlenen ağrı skorunun en düşük düzeyde olması veya gerilemesi.

Hemşirelik Girişimleri:

- Ağrının bölgesi, şiddeti ve zamanı tanımlanır, ağrıyı ifade eden sözel olmayan ifadeler dikkate alınır.
- Hasta, uygun analjezik ilaçların kullanımı için cesaretlendirilir veya tanımlanan analjezikler uygulanarak hastanın ağrısının optimal düzeyde azalması sağlanır.
- Bireyin duygusal tepkileri ve ağrı ile baş etme yöntemleri dikkate alınır.
- Hastanın, ağrısına tepkilerini etkileyebilecek oda ısısı, aydınlatma, gürültü kontrol edilir.
- Günlük yaşam aktivitelerinin ağrıyı azaltma ya da artırma etkilerine bakılarak, bireyin gereksiz hareketlerden kaçınması sağlanır.
- İnflamasyon ile birlikte görülen ağrı durumunda soğuk uygulama yapılır.
- Ağrı kontrolü ile ilgili açıklayıcı bilgi verilerek bireyin anksiyete ve korkuları giderilir.
- Ağrılı eklem bölgesinin küçük yastıklar ile elevasyonu sağlanarak birey rahatlatılır (Özkaraman, Özer ve Balcı Alparslan 2012; Carpenito-Moyet 2013; Tülek 2014; Bulecek ve ark. 2017;Herdman ve Kamitsru 2018).

Kronik Ağrı

Tanım: Olası veya mevcut doku hasarı ile ortaya çıkan veya bu hasar ile açıklanabilen, öngörülebilir ya da beklenen bir nedeni olmadan, üç ve üç aydan uzun süren, şiddeti değişiklik gösterebilen, ani ya da yavaşça başlayan, rahatsız edici, duyuşal ve emosyonel deneyimdir (Herdman ve Kamitsru 2018).

Tanımlayıcı Özellik: Ağrı ve rahatsızlığın sözel olarak ifade edilmesi, ağrıya ilişkin yüz ifadesi (örn;yüz buruşturma, bitkin görünüm v.b) standardize ağrı ölçeği kullanılarak ağrı şiddetinin öz bildirimini, günlük yaşam aktivitelerini sürdürme yeteneğinde değişim, yorgunluk, anksiyete, depresyon, immobilité, ajitasyon, huzursuzluk, ağrılı bölgeyi ovma (Herdman ve Kamitsru 2018).

İlişkili Faktörler: Kronik kas-iskelet sorunu, Romatoid Artrit (Carpenito-Moyet 2013; Herdman ve Kamitsru 2018)

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Bireyin ağrısının, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebileceği düzeye indirgenmesi, standardize edilmiş ağrı ölçeği ile belirlenen ağrı skorunun en düşük olması veya gerilemesi, hastanın ağrısının geçtiğini veya gerilediğini, kontrol altına alındığını ve yeterli şekilde istirahat ettiğini ve uyduğunu ifade etmesi (Carpenito-Moyet 2013).

Hemşirelik Girişimleri:

- Ağrının bölgesi, şiddeti ve zamanı tanımlanır, ağrıyı ifade eden sözel olmayan ifadeler dikkate alınır.
- Bireyin duygusal tepkileri ve ağrı ile baş etme yöntemleri dikkate alınır.
- Hasta, uygun analjezik ilaçların kullanımı için cesaretlendirilir. Anti-inflamatuvar, yavaş etkili antiromatizmal ilaçlar ve ağrı kesicilerin etki süresi açıklanır.
- Hasta ağrı kesicilerin ağrıya etkisini izlemelerinin gerekliliği konusunda bilgilendirilir.
- Birey split kullanımı, torakenter ve eklem koruyucu araç kullanıp kullanmadığı izlenir ve kullanımı önerilir. Bu araçların kullanımı ağrı esnasında eklem hareketini koruyarak ağrının artmasını önler.
- Günlük yaşam aktivitelerinin ağrıyı azaltma ya da arttırma etkilerine bakılarak, bireyin gereksiz hareketlerden kaçınması sağlanır.
- İnflamasyon belirtilerinin (eklem bölgesinde sıcaklık, şişlik, kızarıklık v.b) dikkate alınması, inflamasyon belirtisi olmaksızın ağrının olduğu durumda sıcak uygulama yapılması önerilir.
- Dikkati başka yöne çekme yöntemleri(müzik dinleme, tv izleme, olumlu bir olayı hatırlatma, hayal etme, derin solunum egzersizleri v.b) seçmesi konusunda cesaretlendirilir.
- Sabahları kalktığında ılık duş alması önerilir.
- Ağrı kontrolü ile ilgili açıklayıcı bilgi verilerek bireyin anksiyete ve korkuları giderilir (Özkaraman, Özer ve Balcı Alparslan 2012; Bulecek ve ark. 2017).

Düşme Riski

Tanım: Düşme eğiliminin artması nedeniyle fiziksel zararların ve sağlığı tehdit edebilen durumların gelişebilmesi riski (Herdman ve Kamitsru 2018).

Risk Faktörleri: Artrit, yürüyüşte dengesizlik, yorgunluk, yürüme alanlarının güvensiz olması, merdiven, banyo, yetersiz aydınlatma, kaygan zemin, uygunsuz ayakkabılar, düşme öyküsünün olması, yardımcı araç/gereçlerin (koltuk değneği, baston gibi) uygunsuz kullanılması gibi faktörler bireyde düşme riskini oluşturmaktadır (Herdman ve Kamitsru 2018).

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Düşmenin gerçekleşmemesi ya da düşme sayısının minimum düzeye indirilmesi (Carpenito-Moyet 2013).

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastaneye yatışa kabulde bireyin güvenlik durumu tanılanır.
- Bireye ve ailesine gece lambası kullanımı, kayan halı/kilimlerin kaldırılması, banyoda ve tuvalette tutma yerlerinin yaptırılmasının önemi konusunda bilgi verilir.
- Fiziksel fonksiyonlarda zorlanan RA tanısı olan bireyin kalkacağı zaman yardım istemesinin önemi konusunda bilgi verilir.
- Bireye ayağına uyan ve kaymayan ayakkabılar giymesinin önemi konusunda bilgi verilir.
- Bireye ve ailesine merdivenlere ve koridorlara trabzanlar konması ve merdivenlerde düşme riski oluşturacak çıkıntı yapan objelerin konmaması konusunda bilgi verilir (Kaya 2012; Carpenito-Moyet 2013; Bulecek ve ark. 2017).

Bilgi Eksikliği

Tanım: Belirli bir konu ile ilişkili bilişsel bilgilerin eksikliği veya yokluğu (Herdman ve Kamitsru 2018).

Tanımlayıcı Özellik: Bireyin hastalık durumu, tedavisi ya da sağlık davranışı ile ilişkili yetersiz bilgiye sahip olması, tedavi önerilerini doğru uygulayamaması (Carpenito-Moyet 2013; Herdman ve Kamitsru 2018).

İlişkili Faktörler: Yaşam biçiminde değişiklik istemede eksiklik, öğrenmeye yetersiz ilgi, tedavilerin günlük yaşam biçimine uyumlandırılmaması, RA progresyonu ile ilişkili belirsizlik, bilgi kaynaklarında yetersizlik, başkaları tarafından sunulan yanlış bilgi (Carpenito-Moyet 2013; Herdman ve Kamitsru 2018).

Amaç/Beklenen Sonuçlar: Bireyin hastalık durumu, tedavisi ya da sağlık davranışı ile ilişkili yeterli bilgiye sahip olması, tedavi önerilerini doğru uygulaması (Carpenito-Moyet 2013).

Hemşirelik Girişimleri:

- RA tanısı olan bireyin, RA ve tedavisi hakkındaki bilgi durumu değerlendirilir.
- Sağlık durumu ile ilişkili algılanan değişiklikleri, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için olanak sağlanır.
- Birey ve ailesine RA, tedavisi, tedavinin yan etkileri konularında bilgi verilir.
- Kortikosteroid tedavisi uygulanan hastalara, kortikosteroidin iştah artışı, ödem, hiperglisemi ve psikoz gibi yan etkileri anlatılarak, kilo kontrolü, dengeli beslenme, tuzsuz diyet ve depresif belirtiler açısından dikkatli olmaları, ayrıca enfeksiyon belirtilerini (idrar yollarında yanma, öksürük, balgam çıkarma v.b) dikkate almaları ve tedaviyi aşamalı olarak hekim kontrolünde sonlandırılmasının önemi anlatılır.
- DMARD ve biyolojik tedavi uygulanan hastalara, ilaçların yan etkileri konusunda(oral mukozit, akciğer enfeksiyonu, retinopati, hipertansiyon, proteüni) bilgi verilerek, herhangi bir yan etki geliştiğinde bunu sağlık ekibiyle paylaşmasının önemi anlatılır.
- NSAİ gibi ilaçların, GİS kanama ve gastrit, gastrik ülser gibi yan etkilere neden olabileceği, NSAİ ilaç kullanırken hekimin önerisine uymanın önemi konusunda bilgi verilir.
- Evde subkutan (MTX, Anakinra v.b ilaçlar) enjeksiyon uygulayan hastalara, ilacın saklanma koşulları, uygulanma şekli ve enfeksiyon belirtileri gözleendiğinde bunu sağlık ekibiyle paylaşmasının önemi konusunda bilgi verilir.

- Birey ve ailesinin tedavi programından beklentileri değerlendirilir.
- Bireyin geçmişindeki başarıları ve yetenekleri üzerinde durularak öz-güveni sağlanır (Fresko 2003; Savran ve Akkoç 2005; Demirel ve Kınap 2010; Özkaraman, Özer ve Balcı Alparslan 2012).

Bozulmuş Fiziksel Hareketlilik

Tanım: Bedenin, bir veya birden fazla ekstremitenin, bağımsız ve amaçlı hareketinde kısıtlılık (Herdman ve Kamitsru 2018).

Tanımlayıcı Özellik: Hareket açıklığında azalma, hareket etmeye isteksizlik, hareket ile oluşan titreme, rahatsızlık, yürümede bozulma (Herdman ve Kamitsru 2018).

İlişkili Faktörler: RA ve bu hastalığa bağlı gelişen kontraktürler, ağrı, kas gücünün azalması, fraktürler, eklem inflamasyonu, ağrı, fiziksel kondisyon kaybı, hareketi başlatmada isteksizlik (Herdman ve Kamitsru 2018).

Amaç/Beklenen Sonuçlar: RA tanısı olan bireyin, hareketini arttırıcı yardımcı destek araç gereçlerini kullanması, travmaları en aza indirgeyecek güvenlik önlemlerini bilmesi ve uygulaması, optimal düzeyde hareket etmesi.

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastalar, kontraktür, şekil bozukluğu v.b. oluşumların önlenmesi ve eklem açıklığı hareketinin sürdürülmesi açısından egzersizin önemi konusunda bilgilendirilir ve egzersiz eğitimi verilir.
- Yapılan egzersizlerin ağrıyı azaltmak için değil, eklem şekil bozukluklarını önlemek, eklem hareketi ve kas gücünün sürdürülebilmesi amacıyla yapıldığı açıklanır ve egzersiz ile kasların güçlendirilmesinin düşme riskini azalttığı konusunda bilgi verilir.
- Eklem hareket açıklığı sürdürülebilmesi, hastanın enerjisi ve fiziksel aktivitesinin korunması için, hastalığın başlangıç döneminde pasif egzersizler, geç dönemde ise aerobik egzersizler uygulanır.
- Eklem açıklığının sürdürülmesi amacıyla yapılan eklem hareketleri her eklem için üç-on defa tekrarlanması önerilir.

- EAH sürdürebilmek için aktif-pasif egzersizler her durumda yapılmalı ancak stres, yorgunluk, ağrı durumlarında azaltılması önerilir.
- Ayak düşmesi gibi eklem bozukluklarını önlemek için ayak desteği ve splint gibi araç-gereçlerin kullanımı önerilir.
- Bireyin günlük yaşam aktivitelerine ve öz-bakım aktivitelerine aktif katılımı sağlanır.
- Uzun süre aynı pozisyonda yatılmaması, oturulmaması gerektiği konusunda bilgi verilir.
- Destek araçların uygun ve güvenli şekilde kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilir, gereksinim durumunda eğitim verilir (Savran ve Akkoç 2005; Kaya 2012; Carpenito-Moyet 2013; Okan ve Yıldırım 2013; Bulecek ve ark. 2017; Herdman ve Kamitsru 2018).

Giyinmede Öz Bakım Eksikliği

Tanım: Bireyin, giyinme, kendine özen gösterme aktivitelerini gerçekleştirme ya da tamamlayabilme yeterliliğinde bozulma olması durumudur.

Tanımlayıcı Özellikler; Giysileri çıkarıp giymede zorlanma, giysileri düğümleyememe, bağlayamama.

İlişkili Faktörler: Eklem inflamasyonu, yorgunluk, ağrı, fiziksel harekette bozulma (Carpenito-Moyet 2013;Herdman ve Kamitsru2018).

Amaç/Beklenen Sonuçlar: RA tanısı olan bireyin giyinmede optimal bağımsızlığının sağlanması, bağımsız giyinmeye yardımcı araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmesi ve uygulaması (Carpenito-Moyet 2013).

Hemşirelik Girişimleri:

- Enerji koruma ilkeleri konusunda(örn; sınırlı aktivite ya da yatak istirahati) eğitim verilir.
- Kas gerginliğini azaltmak, kontraktürleri önlemek için aktif/pasif EAH egzersizleri kullanması önerilir.

- Ağrıya arttıran hareketler belirlenir ve bireyin ağrısız veya ağrısını arttırmadan giyinmesi sağlanır.
- Devamlı, yardımsız giyinme uygulaması yapılarak, giyinmede bağımsızlık geliştirilmeye çalışılır.
- Giyinmesi gereken giysiler sıraya konularak, sırayla giyinmesi önerilir
- Elbiselerde düğme, bağ yerine velcro bantlar, önden bağlanan/düğümlenen, geniş kollu, geniş paçalı giysiler, fermuar çekecekleri, uzun ve kalın saplı ayakkabı çekeceği, düğme tutucu, elastik, kordonlu, uyumlandırılmış ayakkabı bağları kullanımı önerilir (Carpenito-Moyet 2013; Kaya 2012; Bulechek ve ark. 2017).

Banyo Yapmada Öz Bakım Eksikliği

Tanım: Bireyin kendi kendini yıkama ve hijyenini sağlama aktivitelerini yerine getirememesi ya da tamamlayamaması durumudur (Herdman ve Kamitsru 2018).

Tanımlayıcı Özellikler; Suyun ısını düzenleme yeteneğinde bozulma, vücudunu yıkama ve kurulama yeteneğinde bozulma, banyo malzemelerini bir araya getirmekte zorlanma (Herdman ve Kamitsru 2018).

İlişkili Faktörler: Eklem inflamasyonu, kas ve iskelet sistemi kontraktürleri, yorgunluk, ağrı, fiziksel harekette bozulma (Carpenito-Moyet 2013; Herdman ve Kamitsru 2018).

Amaç/Beklenen Sonuçlar: RA tanısı olan bireyin optimal hijyen sergilemesi, hijyenini sağlamaya yönelik aktivitelere sözlü ya da fiziksel katılım sergilemesi (Carpenito-Moyet 2013).

Hemşirelik Girişimleri:

- Banyo yapma, hastanın enerjisinin olduğu dönemde planlanması önerilir.
- Ağrı olması durumunda banyo yapmadan önce analjezik alımı önerilir.

- Banyo için uzun saplı banyo süngerleri, ağız bakımı ve saç tarama için uzun saplı ve kavranması kolay kalınlıkta sapları olan diş ve saç fırçaları, elektrikli diş fırçaları tıraş malzemeleri kullanması önerilir.
- Hastaların ihtiyaçları doğrultusunda mekanik ağız bakımının yanı sıra klorheksidinli ve florlu gargaralar da önerilir.
- Hijyenini sağlamaya yönelik aktiviteler, bireyin en üst düzey katılımı sağlanacak şekilde planlanır, bireyin öz-bakımını sağlamada bağımsızlığını geliştiren araç-gereçleri bulabileceği yerlerin ve destek sistemlerin bir listesi verilir (Yetkin Ay, Yetkin ve Akkuş 2007; Kaya 2012; Carpenito-Moyet 2013; Bulechek ve ark. 2017).

Yorgunluk

Tanım: Dinlenme ile geçmeyen, sürekli olarak bitkinlik hissi veren, fiziksel ve mental aktiviteyi sürdürme kapasitesinde azalma (Herdman ve Kamitsru 2018).

Tanımlayıcı Özellik: Günlük rutin işleri ve alışılmış fiziksel aktiviteleri gerçekleştirebilme ve sürdürebilme yeteneğinde bozulma, bitkinlik, konsantrasyonda değişim, neşesiz, halsiz, enerjisiz, huzursuz olma (Carpenito-Moyet 2013; Herdman ve Kamitsru 2018).

İlişkili Faktörler: RA, fiziksel harekette bozulmalara bağlı olarak, fiziksel çabada artış ile ilişkili enerji tüketiminin artması, anksiyete, uykusuzluk (Carpenito-Moyet 2013, Herdman ve Kamitsru 2018).

Amaç/Beklenen Sonuçlar: RA tanısı olan bireyin yorgunluğun nedenlerini, enerji koruma ilkelerini tanımlaması, günlük ve haftalık aktivite önceliklerini belirlemesi, yorgunluğunun azaldığını ifade etmesi (Carpenito-Moyet 2013).

Hemşirelik Girişimleri:

- Yorgunluğun nedenleri tanımlanarak ve hastalık aktivitesi ile ilişkisi açıklanarak hasta bilgilendirilir.
- Yorgunluğu arttırması nedeni ile anksiyetenin sözel ve sözel olmayan belirtileri değerlendirilerek, uygun savunma mekanizmaları kullanma konusunda birey desteklenir.
- Enerji koruma ilkeleri konusunda (örn; sınırlı aktivite ya da yatak istirahati) eğitim verilir.

- Kas gerginliğini azaltmak için aktif/pasif EAH egzersizleri kullanması önerilir.
- Gündüz uykusunu sınırlandıracak, uyanık kalmaya teşvik edecek aktiviteler seçilmesi ve gece kaliteli uyku uyumasının önemi konusunda birey bilgilendirilir.
- Bireye, yorgunluğun yaşam üzerindeki etkilerini açıklama ve duygularını paylaşma fırsatı verilir.
- Yorgunluk skalası kullanılarak bireyin günlük yorgunluk düzeyi değerlendirilir.
- Günlük yorgunluk düzeyi belirlenen bireyin enerjik ve yorgun olduğu zamanlar saptanır, yorgunluğunu arttıran aktiviteler belirlenir.
- Bireye uygun dinlenme ve aktivite programları geliştirilir.
- Uzun ve enerji gerektiren işleri tek seferde değil, bölümlere ayırarak ve dinlenme dönemleri planlayarak yapması, işi yorulmadan bırakması gerektiği açıklanır.
- Dinlenmenin eklem sorunları ve emosyonel stres üzerindeki olumlu etkileri açıklanır.
- Hastalığın aktif dönem belirtileri konusunda bilgi verilir (Özkaraman, Özer ve Balcı Alpaslan 2012; Carpenito-Moyet 2013; Bulechek ve ark. 2017; Herdman ve Kamitsru 2018).

Bozulmuş Beden İmajı

Tanım: Bireyin kendi algısı ile zihinsel görüntüsündeki karmaşa (Herdman ve Kamitsru 2018).

Tanımlayıcı Özellik: Beden bölümünün (deformiteleri) gizlenmesi ya da teşhir edilmesi, beden hakkında olumsuz düşünceler, sınırlılıklarını fazla önemseme, daha önceki güce ve fiziksel fonksiyonlara odaklanma (Herdman ve Kamitsru 2018).

İlişkili Faktörler: RA, beden fonksiyonunun azalması, immobilité.

Amaç/Beklenen Sonuçlar: RA tanısı olan bireyin kendi bedenine yönelik algı ve tutumlarının iyileştirilmesi.

Hemşirelik Girişimleri:

- RA tanısı olan bireyin kendini nasıl algıladığı ile ilgili olarak duygularını paylaşması için uygun güven ortamı sağlanır ve duygularını paylaşması konusunda cesaretlendirilir, eleştirmekten sakınılır.
- Hastanın yetersizlikleri yerine yapabileceklerine odaklanmasına yardım edilir, fiziksel aktivitelere katılımı konusunda hasta cesaretlendirilir.
- Hastalığı, tedavisi ve prognozu konusunda güvenli ve doğru bilgi verilir ve hastanın sahip olduğu bilgiler pekiştirilerek hasta soru sormaya teşvik edilir.
- Bakım veren kişilere ve kendine yönelik yanlış algılamalarını ifade etmesi sağlanarak, yanlış algıları açıklığa kavuşturulur.
- Aynı deneyimi yaşayan hastalarla deneyimlerini paylaşması sağlanır,
- Sosyal aktivitelere katılımı önerilir (Özkaraman, Özer ve Balcı Alpaslan 2012; Carpenito-Moyet 2013; Bulechek ve ark. 2017; Herdman ve Kamitsru 2018).

Anksiyete

Tanım: Bireyin güvenliğinin belirsiz bir tehditle karşılaşması sonucu otonom sinir sisteminin devreye girmesi ile bireyin tehlike öngörmesine bağlı olarak hissettiği endişe, kaygı, gerginlik, huzursuzluktur. Yaklaşan bir tehlike uyarı işaretidir ve bireyi önlem almaya yönlendirir (Herdman ve Kamitsru 2018).

Tanımlayıcı Özellik: Kalp basıncında yükselme, kalp ve solunum hızında artma, terleme, titreme, ağrı, sıcak veya soğuk basması gibi fizyolojik tepkiler, acizlik, kontrol kaybı, kendine güvensizlik, gerginlik gibi emosyonel tepkiler, dalgınlık, unutkanlık, konsantrasyon kaybı gibi bilişsel tepkilerin gözlenmesi (Herdman ve Kamitsru 2018)

İlişkili Faktörler: RA progresyonunun belirsizliği, beden imajının etkilenme tehlikesi, ağrı, tedavinin fizyolojik etkileri ve komplikasyon gelişme durumu gibi stresörler (Carpenito-Moyet 2013;Herdman ve Kamitsru 2018).

Amaç/Beklenen Sonuçlar: RA tanısı olan bireyin kendi anksiyetesini ve baş etme biçimini tanımlaması, etkili baş etme yöntemlerini kullanması, gerginlik duygusunun azaldığını ve rahatladığını ifade etmesi (Carpenito-Moyet 2013).

Hemşirelik Girişimleri:

- Bireyin anksiyetesi ile ilişkili duygu ve düşüncelerini paylaşması için olanak sağlanır.

- Ağrının anksiyeteyi arttırabilmesi açısından ağrıya karşı farmakolojik/non-farmakolojik önlemler alınır. Analjezik kullanımı konusunda birey cesaretlendirilir.
- Tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi eksikliği giderilir.
- Geçmişteki baş etme yöntemleri değerlendirilerek en uygun baş etme yöntemini kullanması sağlanır.
- Gevşeme yöntemleri hakkında bilgi verilir (egzersiz, solunum kontrolü, müzik dinleme v.b.)
- Tedavisi ve bakımı için güvenli ve sakin bir ortam sağlanır (Özkaraman, Özer ve Balcı Alparslan 2012; Carpenito-Moyet 2013; Bulecek ve ark. 2017).

İnfeksiyon Riski

Tanım: Endojen ya da ekzojen kaynaklı patojen organizmaların hücumuna ve çoğalmasına maruz kalma, sağlığa zarar verebilecek ölçüde eğilimi (Herdman ve Kamitsru 2018).

Risk Faktörleri: RA'da immunosupresif tedavi uygulanması, bastırılmış inflamatuvar yanıt ve buna bağlı olarak immun tepkinin azalması (Herdman ve Kamitsru 2018).

Amaç/Beklenen Sonuçlar: RA tanısı olan bireyin infeksiyondan korunma yöntemlerini bilmesi ve uygun önlemler alması, infeksiyon belirti /bulgularını göstermemesi (Carpenito-Moyet 2013).

Hemşirelik Girişimleri:

- İnfeksiyonun klinik belirtileri, örneğin; ateş, idrarda yanma, idrarda pürülan akıntı gibi belirtiler ve yaşam bulguları açısından izlem yapılır ve RA tanısı olan birey bu konuda dikkatli olması konusunda bilgilendirilir.
- Birey ve aileye infeksiyondan korunma ve el yıkama teknikleri öğretilir.
- Bireye kendisine yaklaşan ziyaretçi ve sağlık personelinden el yıkamalarını istemesi gerektiği öğretilir.
- Uygun olduğunda ziyaretçi kısıtlaması yapılır ve hasta/aileye bilgi verilir.

- İnfeksiyon riski olan invazif araç ve invazif girişimler zorunlu olanlarla sınırlandırılır (Kaya 2012; Carpenito-Moyet 2013).

2.4.2.4. Uygulama

Uygulama aşaması, bireyselleştirilmiş bakım planında planlama aşamasında belirlenen amaçlanan/beklenen hasta sonuçlarına ulaşmak için planlanan hemşirelik girişimlerinin holistik yaklaşımla uygulamaya konmasıdır (Acaroğlu, Şendir, Kaya ve Büyükyılmaz 2008; Kaya 2012).

RA tanısı olan bireyde uygulanan hemşirelik girişimleri, bireyin günlük yaşam aktivitelerini optimal düzeyde sürdürebilmesi, hastalığa bağlı deneyimlediği ağrı, hareket kısıtlılığı ve fiziksel fonksiyon kaybı gibi olumsuz durumlarla etkili baş edebilmesi konusunda bireyin güçlenmesi ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi amacıyla uygulanır (Özkaraman ve ark. 2012; Kaya 2012; Tülek 2014). RA tanısı olan bireye özgü bakım planı hemşirelik girişimlerinin uygulanmasında;

- Birey, uygulanacak hemşirelik girişimleri hakkında bilgilendirilerek izin alınır,
- Hastanın durumu, beklenen sonuçlar ve planlanan girişimler kontrol edilerek uygulanan yöntemler değerlendirilir,
- Birey ile güven verici ilişki kurularak ve mahremiyetine özen gösterilerek merak ettiği soruları sormasına fırsat verilir,
- Öncelikler belirlenerek planlanan girişimler uygulanır ve kaydedilir (Acaroğlu, Şendir, Kaya ve Büyükyılmaz 2008; Kaya 2012).

2.4.2.5. Değerlendirme

Değerlendirme aşamasında, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım planı doğrultusunda planlama aşamasında belirlenen beklenen/amaçlanan hasta sonuçlarına (NOC) ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir (Kaya 2012).

Değerlendirme aşamasında RA tanısı olan bireye yönelik objektif ve subjektif veriler toplanarak, bireyin yaşam aktivitelerini ne ölçüde gerçekleştirdiği ve belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik planlanarak uygulanan hemşirelik girişimleri doğrultusunda beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir. Beklenen

sonuçlara ulaşılması durumunda süreç sonlandırılır. Yeni gereksinimlerin belirlenmesi ya da sorunun çözülememesi durumunda ise odaklanmış tanılama yapılarak süreç tekrarlanır. RA'ya ilişkin sorunların sürecinin uzun olması, beklenen/amaçlanan hasta sonuçlarına ulaşma sürecini de uzatmaktadır (Acaroğlu, şendir ve Kaya 2008; Kaya 2012; Herdman ve Kamitsru 2018).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, Romatoid Artrit tanısı olan bireylerde öz-yeterlilik algısı ile yaşam kalitesini belirleyerek aralarındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve karşılaştırmalı tasarımda planlandı.

3.2. Araştırmanın Soruları

- RA tanısı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri nelerdir?
- RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algı düzeyi nedir?
- RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısını etkileyen faktörler nelerdir?
- RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyi nedir?
- RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
- RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısı ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, sosyal güvencesi, yaş, hastalık süresi, RA dışında hastalık varlığı, RA tedavisi dışında ilaç kullanımı, RA nedeniyle hastanede yatma, RA hakkında bilgi sahibi olma, **bağımlı değişkenler;** öz-yeterlilik algısı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyidir.

3.4. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma Kasım 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji polikliniğinde gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji polikliniğinde, ayaktan tedavi uygulanan, RA tanısı olan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini, son bir yıl içinde (Ekim 2014- Ekim 2015) polikliniğe başvuran hasta sayısı (1200 hasta) dikkate alınarak power/güç analizi ile hesaplandı. 0,80 güç değerinde, 0,05 yanılma düzeyi ile en az 298 hastanın alınması gerektiği belirlendi. Araştırma, polikliniğe gelen hastalar arasından araştırma kriterleri karşılayan, RA tanısı olan 300 birey ile tamamlandı.

Araştırmaya alınma ölçütleri:

- RA tanısı en az 6 ay önce konulmuş,
- 18 yaş ve üzerinde,
- İletişim ve işbirliğine açık,
- Araştırmaya katılımda istekli ve gönüllü olma idi.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında;

- Yapılandırılmış Bilgi Formu
- Artritlerde Öz-Etkililik Ölçeği(AÖÖ)/(Arthritis Self-Efficacy Scale-ASES)
- Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği- SF-36 (36 İtem Short Form Health Survey) kullanıldı.

3.6.1.1. Yapılandırılmış Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından, literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen Bilgi Formu iki bölümden oluştu. İlk bölümde bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, çocuk varlığı, çalışma durumu, aylık gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, sağlık güvencesinin varlığı gibi bireysel özellikleri; ikinci bölümde ise ek hastalık varlığı, RA tedavisi dışında ilaç kullanımı, hastanede yatma deneyimi, hastalık süresi ve hastalık ile ilgili bilgi düzeyi gibi hastalık özelliklerini belirleyici sorulara yer verildi.

3.6.1.2. Artritlerde Öz-Etkililik Ölçeği (AÖÖ) (Ek-2)

AÖÖ (Arthritis Self-Efficacy Scale-ASES), hastaların artrit nedeniyle ortaya çıkan hastalığa karşı yanıtlarla baş edebilme yeterliliğine ilişkin algılarını ölçmek amacıyla 1989 yılında Kate Lorig ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.

Ölçek 20 madde içeren, 4 alt boyuttan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her soru maddesi “Hiç emin değilim=1” ve “Çok eminim=10” uç puanlarından oluşan görsel analog skala ile değerlendirilir. Bireylerin sorulara verdikleri yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı, ölçeğin toplam puanını oluşturur. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 200'dür. Ölçek puanı yükseldikçe öz-yeterlilik algısının arttığı kabul edilir. Ölçekte toplam bir puan olduğu gibi, alt boyutları da ayrı ayrı puanlandırılabilir (Ünsal ve Kaşıkçı 2008).

- **Ağrıda Öz-Etkililik** (En düşük puan 5, en yüksek puan 50); bireyin ilaç almadan, günlük aktivitelerini gerçekleştirirken ağrı durumu ile baş edebilme yeterliliğine ilişkin algısı,
- **Ayak-Bacak Fonksiyonunda (İşlevinde) Öz-Etkililik** (En düşük puan 4, en yüksek puan 40); bireyin, yürüme, merdiven çıkma, yardımsız sandalyeden kalkma, tek başına arabaya binip/inme gibi ayak-bacak fonksiyonlarını sürdürme yeterliliğine ilişkin algısı,
- **El-Kol Fonksiyonunda (İşlevinde) Öz-Etkililik** (En düşük puan 5, en yüksek 50); bireyin, düğmeleri hızlıca ilikleme ya da ilikleyebilme, kavanoz kapağı açabilme, musluk açıp kapatma, sırtını kaşıyabilme gibi el-kol fonksiyonlarını sürdürebilme yeteneğine ilişkin algısı,
- **Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik** (En düşük puan 6, en yüksek puan 60); Bireyin günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ilişkilerini sürdürebileceğine ilişkin algısı değerlendirilir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ünsal ve Kaşıkçı tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri Lorig ve arkadaşlarının (1989) çalışmasında 0,94, Ünsal ve Kaşıkçı'nın (2008) çalışmasında 0.96, bu çalışmada 0,93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formu, ülkemizde benzer konularda yapılan araştırmalarda kullanılmıştır (Ünsal ve Kaşıkçı 2010; Akgün Şahin ve Bülbül 2014; Doğan, Görüş ve Demir 2016).

3.6.1.3. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF-36 (36 İtem Short Form Health Survey) (Ek-3)

SF-36 ölçeği, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendiren, en yaygın kullanılan ve öz bildirime dayanan genel amaçlı bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Rand Corporation tarafından yapılan Tıbbi Sonuçlar araştırmasında, 1988 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiş ve 1992 yılında “standart formu” oluşturulmuştur (Ware ve Sherbourne 1992). Herhangi bir hastalık, yaş veya tedavi grubuna özgü olmayıp, genel sağlık kavramlarını içerir. Yaşam kalitesinin belirlenmesi, tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi ve hastalığın psikososyal yönlerinin ortaya konmasının yanı sıra sağlık politikalarının değerlendirilmesinde de kullanılmak amacıyla geliştirilmiştir (Acaroğlu ve Cevheroğlu 2015).

Ölçek, sağlığın 8 alt boyutunu değerlendiren, toplam 36 soru içermektedir. Bu alt boyutlar, iki ayrı bileşene ayrılarak özetlenebilmekte ve yorumlanabilmektedir. Bu bileşenler;

A-Fiziksel Bileşen

1. **Fiziksel Fonksiyon;** Bireyin günlük aktiviteleri (ağır kaldırmak, koşmak, spor yapmak, yürümek, merdiven çıkmak, diz çökmek, eğilmek, bir masayı çekmek),
2. **Ağrı;** Bireyin ağrı düzeyi ve günlük hayatını etkileme durumu,
3. **Fiziksel Rol Kısıtlılığı;** Hastalığa bağlı olarak gelişen fiziksel sorunların, bireyin iş veya günlük aktivitelerini kısıtlama durumu ve ne kadar kısıtladığı,
4. **Genel Sağlık;** Bireyin genel sağlık durumunu nasıl algıladığı, diğer insanlarla kendini kıyaslaması,

B- Mental Bileşen

1. **Emosyonel Rol Kısıtlılığı;** Hastalığa bağlı olarak gelişen duygusal sorunların bireyin günlük aktiviteleri ve işlerine etkisi,
2. **Sosyal Fonksiyon;** Bireyin aile, arkadaşları ve diğer gruplarla olan sosyal etkileşiminin etkilenme düzeyi,
3. **Mental Sağlık;** Bireyin uyumluluk, sinirli, sakin, hüzünlü veya mutlu olma durumu,

4. Canlılık; Bireyin kendisinin tükenmiş, çökkün ya da yaşam dolu, enerji hissetme durumu değerlendirilir (Acaroğlu ve Cevheroğlu 2014).

Tablo 3.1. SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Kriterleri

Soru/Madde numaraları	1, 2, 20, 22, 34, 36	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	21, 23, 26, 27, 30	24, 25, 28, 29, 31	32, 33, 35
Yanıt kategorisi – Yanıt değeri	1-100 2-75 3-50 4-25 5-0	1-0 2-50 3-100	1-0 2-100	1-100 2-80 3-60 4-40 5-20 6-0	1-0 2-20 3-40 4-60 5-80 6-100	1-0 2-25 3-50 4-75 5-100
Alt Boyutlar	İlgili madde/soru sayısı		İlgili maddeler/sorular			
Fiziksel fonksiyon	10		3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12			
Fiziksel rol kısıtlılığı	4		13, 14, 15, 16			
Emosyonel rol kısıtlılığı	3		17, 18, 19			
Canlılık/Vitalite	4		23, 27, 29, 31			
Mental Sağlık	5		24, 25, 26, 28, 30			
Sosyal Fonksiyon	2		20, 32			
Ağrı	2		21, 22			
Genel Sağlık	5		1, 33, 34, 35, 36			

(Research and Development (RAND) Health 2017).

SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi ölçeğinin toplam bir puanı yoktur. Puanlama her bir alt boyut için ayrı ayrı hesaplanır (Tablo 3.1). SF-36 Ölçeğinin Rand sürümünde hesaplama, alt boyutları oluşturan madde/sorulara karşılık gelen yanıt değerlerinin toplamının madde/soru sayısına bölünmesiyle elde edilir (Rand Health 2017). Alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100'dür. 0 puan o alana özgü kötü sağlık durumunu, 100 puan ise iyi sağlık durumunu gösterir. Ölçek son dört haftalık durumu değerlendirmekte olup, son bir haftalık durumu değerlendiren formu da bulunmaktadır (Acaroğlu ve Cevheroğlu 2014).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa değerleri Ware ve Sherbourne'nun (1992) çalışmasında 0,62-0,94 arasında, Koçyiğit ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında 0,732-0,764 arasında, bu çalışmada ise 0,603-0,956

arasında değişmekteydi. Ölçeğin Türkçe formu ülkemizde farklı araştırmalarda kullanılmıştır (Kaya ve ark. 2007; Akbulut Aktekin ve ark. 2008; Cevheroğlu ve Acaroğlu 2014).

3.6.2. Veri Toplamada İzlenen Yol

Araştırmaya kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra başlandı. Veriler, örneklem seçim kriterlerine karşılıyan, RA tanısı olan bireyler ile yüz yüze görüşülerek toplandı. Araştırma kapsamına alınan hastalara, araştırmanın amacı ve içeriği açıklandı. Hasta ile görüşmeler Romatoloji polikliniğinde bir odada yapıldı. Hastalara, anket formunu nasıl dolduracakları konusunda bilgi verildi. El deformiteleri, görme sorunu gibi nedenlerden dolayı anketi doldurmakta zorlanan hastalara araştırmacı tarafından yardım edildi. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 20 dakika sürdü.

3.6.3. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

- Araştırmanın yürütülebilmesi için İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (Ek-5a; Ek 5b) ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden kurum izni (Ek-6a; Ek-6b; Ek-6c) alındı.
- Artritlerde Öz-etkililik Ölçeği (Ek-2) ve SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (Ek-3) ölçeklerinin kullanımı için yazarlardan yazılı ve sözel izin alındı (Ek-7a; Ek-7b; Ek-8).
- Araştırmanın yürütüleceği poliklinik hemşireleri araştırma hakkında bilgilendirildi.
- Araştırmanın örneklemini oluşturacak bireylere araştırmanın amacı, süresi ve kendilerinden ne beklendiği açıklanarak, araştırmaya katılımları için "gönüllülük" ilkesi doğrultusunda bilgilendirilmiş yazılı onamları alındı (Ek-4).
- Araştırmaya katılan bireylere, araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve araştırmaya ilişkin bilgilendirilmeye haklarının olduğu konusunda sözel olarak bilgilendirildi ve "otonomi" ilkesine saygı gösterildi.

- Araştırmaya katılan bireylere, paylaştıkları bilgilerin gizli kalacağı ve yalnızca bu araştırma için kullanılacağı, araştırmacının dışında kimseye açıklanmayacağı ya da başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda bilgi verilerek “sadakət-gizlilik” ilkesi dikkate alındı.
- Veriler, bireylerin kendilerini iyi hissettiği, bakım ve tedavisini engellemeyecek zaman diliminde toplanarak “zarar vermeme-yarar sağlama” ilkesine özen gösterildi.

3.6.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizleri, IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programında uygun istatistik yöntemler ile analiz edildi. Anlamlılık $p \leq 0,05$ düzeyinde değerlendirildi (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Verilerin İstatistiksel Analizi

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
<ul style="list-style-type: none"> – Bireysel Özellikler – Hastalık Özellikleri – AÖÖ Ölçeğine ilişkin bulgular – SF-36 ölçeğine ilişkin bulgular 	<ul style="list-style-type: none"> – Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdeler dilim)
<ul style="list-style-type: none"> – Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğu 	<ul style="list-style-type: none"> – Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi
<ul style="list-style-type: none"> – AÖÖ’de bireysel ve hastalık özelliklerine göre iki grup arası değerlendirmelerde – SF-36’da bireysel ve hastalık özelliklerine göre iki grup arası değerlendirmelerde 	<ul style="list-style-type: none"> – Student t-testi – Mann Whitney U testi
<ul style="list-style-type: none"> – AÖÖ’de bireysel ve hastalık özelliklerine göre ikiden fazla grup arası değerlendirmelerde – SF-36’da bireysel ve hastalık özelliklerine göre ikiden fazla grup arası değerlendirmelerde 	<ul style="list-style-type: none"> – Tek Yönlü ANOVA testi, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için ise post hoc Tukey HSD testi kullanıldı – Kruskal Wallis testi, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için ise post hoc Mann Whitney U testi
<ul style="list-style-type: none"> – Hastalık süresi ile AÖÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde – AÖÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile Sf-36 Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde – Hastalık süresi ile SF-36 Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde 	<ul style="list-style-type: none"> – Pearson Korelasyon Analizi – Pearson Korelasyon Analizi – Spearman Rho Korelasyon Analizi

3.6.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Verilerin öz-bildirime dayalı formlarla toplanması,
- Örnekleme oluşturan bireylerin kullanılan ilaçlara bağlı yan etki deneyimleme durumlarının dikkate alınmaması,
- Araştırmanın tek bir merkezde uygulanması ve sonuçların genellenememesi



4. BULGULAR

Bu bölümde Romatoid Artrit tanısı olan bireylerde öz-yeterlilik algısı ile yaşam kalitesini belirleyerek aralarındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiksel analizler tablolar halinde sunuldu.

Bulgular dört bölümde ele alındı:

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

- Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular
- Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hastaların Öz-yeterlilik Algıları

- AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
- Bireysel Özelliklerine Göre AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- Yaş ve Hastalık Süresi ile AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular
- Hastalık Özelliklerine Göre AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Hastaların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

- Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
- Bireysel Özelliklerine göre Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular,
- Yaş ve Hastalık Süresi ile Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular
- Hastalık Özelliklerine Göre Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular,

Hastaların Öz-yeterlilik Algısı ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

- AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde; araştırma kapsamına alınan, RA tanısı olan bireylerin bireysel özellikleri ve hastalık özelliklerine ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.1, Tablo 4.2).

Tablo 4.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular (N=300)

Özellikler	n(Sayı)	%(Yüzde)	
Yaş Grupları	18-25 yıl	8	2,7
	26-35 yıl	21	7,0
	36-45 yıl	46	15,3
	46-55 yıl	77	25,7
	56 yıl ve üzeri	148	49,3
Yaş Min-Maks/Ortalama($\bar{X}\pm SS$)	18-76/ (53,82 \pm 12,83)		
Cinsiyet	Kadın	240	80,0
	Erkek	60	20,0
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	55	18,3
	İlkokul	134	44,7
	Ortaokul	33	11,0
	Lise	53	17,7
	Üniversite	22	7,3
	Lisansüstü	3	1,0
Medeni durum	Bekar	26	8,7
	Evli	232	77,3
	Boşanmış/Dul	42	14
Çocuk sahibi olma	Evet	258	86,0
	Hayır	42	14,0
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	20	6,7
	Ailesiyle	270	90
	Akraba/Yakını	10	3,3
Çalışma durumu	Çalışıyor	55	18,3
	Çalışmıyor	245	81,7
Geliri	Yeterli	118	39,3
	Kısmen yeterli	140	46,7
	Yetersiz	42	14,0
Sosyal güvencesi	Var	297	99,0
	Yok	3	1,0

Araştırma kapsamına alınan hastaların, bireysel özelliklerinin dağılımları incelendiğinde; %49,3'ünün (n=148) 56 yaş ve üzerinde, yaş ortalamasının $53,82 \pm 12,83$ yıl olduğu, %80'inin (n=240) kadın, %44,7'sinin (n=134) ilkokul mezunu, %77,3'ünün (n=232) evli, %86'sının (n=258) çocuk sahibi olduğu, %90'nın (n=270) ailesi ile birlikte yaşadığı, %81,7'sinin (n=245) hiçbir işte çalışmadığı, %46,7'sinin (n=140) gelirinin kısmen yeterli olduğunu ifade ettiği ve %99'unun (n=297) sosyal güvencesinin bulunduğu saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=300)

Özellikler	n(Sayı)	%(Yüzde)	
RA süresi (yıl) Min-Max /Ortalama ($\bar{X} \pm SS$)	1-43 / (10,96 \pm 8,49)		
RA dışında ek hastalık varlığı	Hayır	177	55,56
	Evet	133	44,44
	Kardiyovasküler Hastalıklar	73	54,89 ¹
	Psikiyatrik Hastalıklar	40	30,07 ¹
	Hormonal Hastalıklar	20	15,04 ¹
RA tedavisi dışında ilaç kullanımı	Evet	146	48,7
	Hayır	154	51,3
RA nedeniyle hastanede yatma	Evet	80	26,7
	Hayır	220	73,3
RA hakkında bilgi alma	Hayır	173	56,7
	Evet	127	43,3
	Hekim	31	24,41 ²
	Hemşire	12	9,45 ²
	İnternet	84	66,14 ²

¹: RA tedavisi dışında ek ilaç kullanan hastaların sayısı üzerinden hesaplanan yüzde oranı; ²RA hakkında bilgi alan hastaların sayısı üzerinden hesaplanan yüzde oranı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde; **hastalık süresinin** 1 ile 43 yıl arasında değiştiği ve ortalamanın $10,96 \pm 8,49$ yıl olduğu, hastaların %44,44'ünün (n=133) **RA dışında ek hastalığının bulunduğu** ve bu hastaların %54,89'unun (n=73) kardiyovasküler sorununun olduğu, %48,7'sinin (n=146) **RA tedavisi dışında ek ilaç kullandığı** (en fazla kullanılan ilaç grubunun %50 oranı ile anti-hipertansif ilaçlar olduğu), %26,7'sinin (n=80) **RA nedeniyle hastaneye**

yattığı ve %43,3'ünün (n=127) **RA hakkında bilgi** aldığı, bilgi kaynağının ise çoğunlukla internet (%66,14) olduğu gözlemlendi (Tablo 4.2).

4.2. Hastaların Öz-Yeterlilik Algısına İlişkin Bulgular

Bu bölümde; hastaların Artritlerde Öz-etkililik Ölçeği (AÖÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular, hastaların bireysel özelliklerine göre AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, hastaların hastalık özelliklerine göre AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ve yaş ve hastalık süresi ile AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verildi (Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6).

Tablo 4.3. AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular (N=300)

AÖÖ ve Alt boyutları	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$
AÖÖ Toplam puanı	20-200 ¹	106,39±40,31
Ağrıda Öz-Etkililik	5-50 ¹	22,17±12,40
Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-Etkililik	4-40 ¹	22,49±12,22
El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik	5-50 ¹	32,58±13,79
Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik	6-60 ¹	29,64±14,43

¹:Araştırma kapsamına alınan bireylere ilişkin minimum ve maksimum AÖÖ puanları

Araştırma kapsamına alınan hastaların *Artritlerde Öz-etkililik Ölçeği (AÖÖ)* puan ortalamaları incelendiğinde, *AÖÖ toplam* puan ortalaması **106,39±40,31** idi (Tablo 4.3). Alt boyutlara ilişkin puan ortalamalarına, maddelerden alınabilecek minimum ve maksimum değerler dikkate alınarak bakıldığında, en düşük puan ortalamasının *Ağrıda Öz-Etkililik* (22,17±12,40) alt boyutundan alındığı, bunu artan puan ortalamaları ile *Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik*, *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik* alt boyutlarının izlediği, en yüksek puan ortalamasının ise *El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik* (32,58±13,79) alt boyutundan alındığı görüldü (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Bireysel Özelliklere Göre AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N=300)

Bireysel Özellikler	AÖÖ ve Alt Boyutları					
	AÖÖ Toplam	Ağrıda Öz-Etkililik	Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-Etkililik	El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik	Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Cinsiyet	Kadın	102,53±39,39	22,08±12,23	21,52±12,29	31,38±13,80	28,19±13,76
	Erkek	121,82±40,55	22,50±13,13	26,38±11,21	37,38±12,79	35,45±15,65
	t; p	-3,372; 0,001**	-0,232; 0,816	-2,790; 0,006**	-3,056; 0,002**	-3,555; 0,001**
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	87,35±37,36	17,65±11,25	16,67±12,09	28,98±14,28	24,38±13,34
	İlkokul	102,41±39,06	21,49±12,19	21,55±11,77	31,47±14,07	28,08±13,57
	Ortaokul	110,82±42,93	24,97±11,2	24,3±12,97	32±14,53	32,79±17,16
	Lise	128,04±35,3	26,23±13,09	28,66±10,43	38,43±11,25	34,66±14,11
	Lisans ve üzeri	117,88±36,98	23,44±13,03	24,84±11,24	34,84±11,82	34,76±13,24
	F; p	8,624; 0,001**	3,984; 0,004**	7,745; 0,001**	3,866; 0,001**	5,288; 0,001**
Medeni durum	Bekar	105,46±40,97	22,19±11,59	20,77±12,03	32,92±15,01	29,19±12,42
	Evli	107,8±40,27	22,66±12,6	23,08±12,05	32,75±13,91	29,84±14,49
	Boşanmış/Dul	99,19±40,27	19,45±11,65	20,31±13,21	31,48±12,56	28,83±15,5
	F; p	0,817; 0,443	1,188; 0,306	1,196; 0,304	0,158; 0,854	0,099; 0,906
Çalışma durumu	Evet	125,13±35,59	24±11,87	28,98±10,33	37,82±11,41	34,22±14,14
	Hayır	102,18±40,17	21,76±12,5	21,03±12,16	31,41±14,02	28,61±14,32
	t; p	3,905; 0,001**	1,215; 0,225	4,498; 0,001**	3,162; 0,002**	2,630; 0,009**
Gelir Durumu	Yeterli	113,36±40,53	22,2±12,15	24,42±11,56	34,33±13,39	32,60±14,62
	Kısmen Yeterli	104,14±39,36	22,7±12,63	21,82±13,07	32,34±14,10	28,08±13,75
	Yetersiz	94,33±40,03	20,29±12,39	19,29±10,31	28,48±13,24	26,52±14,96
	F; p	3,936; 0,021*	0,612; 0,543	3,176; 0,043*	2,866; 0,058	4,383; 0,013*

F: Tek Yönlü ANOVA Testi * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

t: Student t-Testi

Cinsiyete göre *Artritlerde Öz-Etkililik Ölçeği (AÖÖ)* puan ortalamalarına bakıldığında; kadın hastalarda *AÖÖ toplam puan* ve *alt boyutlara* ilişkin puan ortalamalarının genel olarak düşük olduğu gözlemlendi. *AÖÖ toplam puan ortalaması ile Ayak-bacak Fonksiyonunda Öz-Etkililik, El-kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik ve Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının kadın hastalarda, erkek hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu saptandı ($p \leq 0,01$; Tablo 4.4). Ağrıda Öz-Etkililik alt boyut puan ortalamaları arasında ise cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.4).

Eğitim durumuna göre *A* puan ortalamaları incelendiğinde; okur-yazar olan hastalarda *A toplam ve tüm alt boyutlara* ilişkin puan ortalamalarının daha düşük olduğu gözlendi (Tablo 4.4).Yapılan ileri analizde *A toplam, Ağrıda z-Etkililik, Ayak-Bacak Fonksiyonunda z-Etkililik, El-Kol Fonksiyonunda z-Etkililik* alt boyut puan ortalamalarının lise mezunu hastalarda, *Diğer Belirtilerde z-Etkililik* alt boyut puan ortalamalarının lisans ve üzeri mezunu hastalarda diğerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.4).

Medeni duruma göre *A* puan ortalamalarına ilişkin bulgulara bakıldığında; araştırma kapsamına alınan, boşanmış/dul olan hastaların, *A toplam ve tüm alt boyut* puan ortalamalarının evli ve bekar olan hastalara göre daha düşük olduğu, ancak bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0,05$; Tablo4.4).

Çalışma durumuna göre *A* puan ortalamalarına bakıldığında; çalışmayan hastalarda *A toplam* puan ile *Ayak-bacak Fonksiyonunda z-Etkililik, El-kol Fonksiyonunda z-Etkililik ve Diğer Belirtilerde z-Etkililik* alt boyut puan ortalamalarının çalışan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu saptandı ($p \leq 0,01$;Tablo4.4). *Ağrıda z-Etkililik* alt boyut puan ortalamalarının ise çalışma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p=0,225$; Tablo 4.4).

Gelir durumuna göre *A* puan ortalamalarına bakıldığında; genel olarak gelir durumu yetersiz hastaların düşük puan ortalamalarına sahip olduğu gözlendi. *A toplam* puan, *Ayak-bacak Fonksiyonunda z-Etkililik ve Diğer Belirtilerde z-Etkililik* alt boyut puan ortalamalarının geliri yetersiz olan hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu görüldü ($p \leq 0,05$;Tablo4.4). *Ağrıda z-Etkililik* ile *El-Kol Fonksiyonlarında z-Etkililik* alt boyut puan ortalamalarının ise aylık gelir durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo4.4).

Tablo 4.5. Yaş ve Hastalık Süresi ile AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular (N=300)

AÖÖ ve Alt Boyutları	Yaş (yıl)	RA süresi (yıl)
	r; p	r; p
AÖÖ Toplam	-0,167; 0,004**	-0,129; 0,025*
Ağrıda Öz-Etkililik	0,064; 0,223	-0,119; 0,039*
Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-Etkililik	-0,313; 0,001**	-0,146; 0,011*
El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik	-0,043; 0,413	-0,105; 0,070
Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik	-0,111; 0,054	-0,031; 0,592

r: Pearson Korelasyon Analizi

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Araştırma kapsamına alınan **hastaların yaşı** ile AÖÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde, *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik* alt boyut puan ortalaması ile negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı ($p \leq 0,01$; Tablo 4.5). Yaş ilerledikçe, genel öz-yeterlilik algısının, fazla olmamakla birlikte olumsuz etkilendiği görüldü. Yaş ile *Ağrıda Öz-Etkililik*, *El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik*, *Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$; Tablo 4.5)

Hastalık süresi ile AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalık süresi ile AÖÖ toplam puan ve *Ağrıda Öz-Etkililik*, *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde, çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı ($p \leq 0,05$; Tablo 4.5). Hastalık süresinin uzamasının genel öz-yeterlilik algısını, fazla olmamakla birlikte olumsuz etkilediği görüldü. Hastalık süresi ile *El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik*, *Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$; Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastalık Özelliklerine Göre AÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N=300)

Hastalık Özellikleri	AÖÖ ve Alt Boyutları					
	AÖÖ Toplam	Ağrıda Öz- Etkililik	Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz- Etkililik	El-Kol Fonksiyonunda Öz- Etkililik	Diğer Belirtilerde Öz- Etkililik	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
RA nedeniyle hastanede yatma	Evet	104,11±43,2	22,03±13,35	20,53±13,31	33,28±14,4	28,25±14,39
	Hayır	106,7±39,97	22,19±12,29	22,76±12,07	32,49±13,73	29,83±14,45
	t; p	-0,361; 0,718	-0,072; 0,943	-1,027; 0,305	0,322; 0,748	-0,616; 0,539
RA dışında hastalık olması	Evet	90,19±39,84	19,04±10,33	17,93±12,27	28,04±14,17	25,44±14,29
	Hayır	112,28±38,92	23,30±12,90	24,15±11,80	34,24±13,30	31,17±14,20
	t; p	-4,321; 0,001**	-2,663; 0,008**	-3,998; 0,001**	-3,507; 0,001**	-3,085; 0,002**
RA hakkında bilgi	Evet	107,81±42,18	23,93±12,73	21,52±12,61	32,96±13,84	29,7±14,5
	Hayır	105,56±39,25	21,13±12,11	23,06±11,98	32,36±13,79	29,6±14,42
	t; p	0,467; 0,641	1,894; 0,059	-1,051; 0,294	0,366; 0,715	0,058; 0,954

t: Student t-Testi

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Hastaların hastalık özelliklerine göre AÖÖ puan ortalamaları incelendiğinde; **RA nedeniyle hastanede yatma** ve **RA hakkında bilgi alma** durumlarına göre AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmedi ($p > 0,05$; Tablo 4.6). Buna karşın, **RA dışında ek hastalığı** olan hastalarda AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, ek hastalığı olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu belirlendi ($p \leq 0,01$; Tablo 4.6).

4.3. Hastaların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; hastaların *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)* alt boyut puan ortalamaları, bireysel özelliklere göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması, hastalık özelliklerine göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ve yaş ve hastalık süresi ile *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verildi (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10).

Tablo 4.7. Hastaların SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular (N=300)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Min-Maks	$\bar{X} \pm SS$
Fiziksel Fonksiyon	0-100 ¹	37,94±31,42
Ağrı	0-100 ¹	45,75±31,35
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	0-100 ¹	33,06±42,46
Sosyal Fonksiyon	0-100 ¹	64,56±35,90
Mental Sağlık	0-92 ¹	49,44±21,47
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	0-100 ¹	38,04±47,14
Canlılık	0-90 ¹	36,28±21,66
Genel Sağlık	0-100 ¹	43,06±16,84

¹:Araştırma kapsamına alınan bireylerin SF-36 ölçeği alt boyutlarına ilişkin minimum ve maksimum puanları

Araştırma kapsamına alınan hastaların, *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en düşük puan ortalamasının *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* alt boyutunda olduğu (33,06±42,46), bunu artan puan ortalamaları ile *Canlılık*, *Fiziksel Fonksiyon*, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı*, *Genel Sağlık*, *Ağrı*, *Mental Sağlık* alt boyutlarının izlediği ve en yüksek puan ortalamasının *Sosyal Fonksiyon* alt boyutunda (64,56±35,90) olduğu görüldü (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Bireysel Özelliklere Göre SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N=300)

Bireysel Özellikler		SF-36 Ölçeği Alt Boyutları							
		Fiziksel Fonksiyon	Ağrı	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Sosyal Fonksiyon	Mental Sağlık	Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Canlılık	Genel Sağlık
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Cinsiyet	Kadın	35,14±30,02	43,2±31,02	30,59±41,25	63,46±36,25	48,34±21,08	36,26±46,7	34,82±21,19	42,36±16,94
	Erkek	49,17±34,52	55,96±30,83	42,92±46,05	68,96±34,41	53,85±22,64	45,17±48,58	42,13±22,67	45,87±16,29
	Z; p	-2,691; 0,007**	-2,855; 0,004**	-1,856; 0,064	-1,051; 0,293	-1,691; 0,091	-1,268; 0,205	-2,295; 0,022*	-1,619; 0,105
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	28,11±28,3	38,36±31,3	21,82±38,2	60,91±38,87	42,67±21,59	24,85±43,14	29,33±20,23	41,18±13,71
	İlkokul	35,9±30,74	43,82±33,03	29,79±42,36	59,83±37,42	47,3±21,73	36,66±46,92	34,38±20,12	42,46±17,26
	Ortaokul	41,21±33,26	55,76±30,58	45,45±46,12	73,48±32,44	54,94±20,95	45,46±49,17	40,7±25,11	42,85±18,27
	Lise	46,79±31,55	48,77±28,98	40,09±42,56	75,47±31,87	53,8±19,48	49,06±47,41	40,59±21,06	45,29±17,11
	Lisans ve üzeri	47,48±33,2	52,7±23,84	44±41	63±27,59	59,28±18,86	41,34±49,33	46,8±23,76	45,95±18,76
	χ^2 ; p	13,261; 0,011*	9,051; 0,060	12,742; 0,013*	9,218; 0,056	15,704; 0,003**	9,582; 0,048*	15,133; 0,004**	1,877; 0,758
Medeni durum	Bekar	37,5±35,81	45±28,57	39,42±45,92	62,98±30,1	56,69±22,19	50,01±47,37	46,63±20,79	50,67±16,79
	Evli	39,79±31,4	46,72±31,52	33,58±42,75	64,95±36,79	48,02±20,76	35,53±46,83	35,7±21,24	42,78±16,47
	Boşanmış/Dul	28±27,22	40,83±32,27	26,19±38,63	63,39±34,86	52,76±24,03	44,51±48,08	33,12±23,14	39,88±17,93
	χ^2 ; p	5,336; 0,069	1,102; 0,576	1,442; 0,486	0,386; 0,825	5,837; 0,054	3,785; 0,151	7,294; 0,026*	7,309; 0,026*
Çalışma durumu	Evet	54,75±32,38	54,36±29,51	48,64±44,21	68,18±31,35	59,45±19,27	49,7±47,95	47,64±21,9	50,67±18,42
	Hayır	34,17±30	43,82±31,48	29,56±41,35	63,74±36,85	47,19±21,33	35,43±46,65	33,73±20,81	41,35±16,02
	Z; p	-4,233; 0,001**	-2,328; 0,020*	-3,061; 0,002**	-0,600; 0,548	-3,745; 0,001**	-2,017; 0,044*	-4,109; 0,001**	-3,827; 0,001**
Gelir Durum	Yeterli	41,03±32,69	48,9±32,12	38,35±44,54	69,92±34,41	51,2±21,69 (52)	41,13±48,02	38,32±21,85	42,76±16,42
	Kısmen yeterli	35,93±30,11	43,89±30,12	30,66±40,66	60,89±36,42	49,4±20,24 (52)	37,34±47,02	34,77±20,64	43,48±17,06
	Yetersiz	36±32,12	43,1±33,12	26,19±41,67	61,73±37,23	44,62±24,46	31,75±45,36	35,61±24,36	42,5±17,64
	χ^2 ; p	1,534; 0,464	1,779; 0,411	3,331; 0,189	4,346; 0,114	2,595; 0,273	1,172; 0,557	1,888; 0,389	0,178; 0,915

χ^2 : Kruskal Wallis Test

Z: Mann Whitney U Test

*p≤0,05

**p≤0,01

Cinsiyete göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; genel olarak kadın hastalarda tüm alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu gözlemlendi. *Fiziksel Fonksiyon, Ağrı ile Canlılık* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları kadın hastalarda erkek hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük bulundu ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8). *Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamalarında ise cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p > 0,05$; Tablo 4.8).

Eğitim durumuna göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; genel olarak *Sosyal Fonksiyon* alt boyutu dışında diğer alt boyut puan ortalamalarının okur-yazar olan hastalarda düşük olduğu gözlemlendi. Yapılan ileri analizde *Fiziksel Fonksiyon, Mental Sağlık ve Canlılık* alt boyut puan ortalamalarının lisans ve üzeri mezunu olan hastalarda, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı* alt boyut puan ortalamalarının lise mezunu hastalarda, *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* alt boyut puan ortalamalarının ortaokul mezunu olan hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8). *Ağrı, Sosyal Fonksiyon ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamalarının ise eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.8).

Medeni duruma göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; boşanmış/dul hastalarda *Canlılık ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla diğerlerine göre daha düşük olduğu görüldü ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8). *Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık ve Emosyonel Rol Kısıtlılığı* alt boyut puan ortalamalarının ise medeni duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.8).

Çalışma durumuna göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; genel olarak çalışmayan hastalarda tüm alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu gözlemlendi. *Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Mental Sağlık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Canlılık ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamalarının çalışmayan hastalarda çalışan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu saptandı ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8). *SF-36 Ölçeğinin Sosyal Fonksiyon* alt boyut puan ortalamalarının ise çalışma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p = 0,548$; Tablo 4.8).

Gelir durumuna göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; ölçeğin tüm alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının, gelir durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Yaş ve Hastalık Süresi ile SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular (N=300)

SF-36 Ölçeği Alt Boyutları	Yaş (yıl)	RA süresi (yıl)
	r; p	r; p
Fiziksel Fonksiyon	-0,265; 0,001**	-0,144; 0,013*
Ağrı	-0,115; 0,046*	-0,064; 0,268
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	-0,155; 0,007**	-0,094; 0,104
Sosyal Fonksiyon	-0,109; 0,059	-0,069; 0,232
Mental Sağlık	-0,062; 0,284	-0,017; 0,771
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	-0,064; 0,136	-0,085; 0,140
Canlılık	-0,179; 0,002**	-0,141; 0,015*
Genel Sağlık	-0,101; 0,082	-0,135; 0,020*

r: Spearman Rho Korelasyon Analizi

* $p\leq 0,05$ ** $p\leq 0,01$

Araştırma kapsamına alınan **hastaların yaşı** ile *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile *Fiziksel Fonksiyon* (negatif yönde, zayıf düzeyde), *Ağrı*, *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* ve *Canlılık* (negatif yönde, çok zayıf düzeyde) alt boyut puan ortalamaları arasında farklı düzeylerde anlamlı bir ilişki olduğu, yaş ilerledikçe bu alanlarla ilişkili yaşam kalitesinin, fazla olmamakla birlikte, olumsuz yönde etkilendiği görüldü ($p\leq 0,05$; Tablo 4.9). Yaş ile *Sosyal Fonksiyon*, *Mental Sağlık*, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı* ve *Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4.9)

Hastalık süresi ile *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalık süresi ile *Fiziksel Fonksiyon*, *Canlılık* ve *Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde, çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p\leq 0,05$; Tablo 4.9). Hastalık süresinin uzamasının, fazla olmamakla birlikte bu yaşam alanları ile ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görüldü. *Ağrı*, *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* *Sosyal Fonksiyon*, *Mental Sağlık*, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı* alt boyut puan ortalamaları ile hastalık süresi arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4.9)

Tablo 4.10. Hastalık Özelliklerine Göre SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N=300)

Hastalık Özellikleri	SF-36 Ölçeği Alt Boyutları								
	Fiziksel Fonksiyon	Ağrı	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Sosyal Fonksiyon	Mental Sağlık	Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Canlılık	Genel Sağlık	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
RA nedeniyle hastanede yatma	Evet	23,96±23,8	28,75±27,4	12,81±28,6	47,41±37,56	41,79±21,48	20,54±38,81	28,53±19,79	36,81±16,32
	Hayır	43,03±32,32	51,93±30,42	40,42±44,28	70,8±33,22	52,22±20,83	44,41±48,35	39,1±21,66	45,33±16,48
	Z; p	-4,569; 0,001**	-5,842; 0,001**	-5,040; 0,001**	-4,877; 0,001**	-3,715; 0,001**	-3,877; 0,001**	-3,770; 0,001**	-3,725; 0,001**
RA dışında hastalık olması	Evet	33,22±28,82	44,66±32,29	30,56±41,03	60,97±36,53	48,05±21,75	37,84±47,88	32,72±22,06	42,42±17,45
	Hayır	40,72±32,61	46,39±30,85	34,52±43,32	66,67±35,45	50,26±21,32	38,16±46,82	38,38±21,2	43,43±16,51
	Z; p	-1,572; 0,116	-0,534; 0,593	-0,730; 0,465	-1,477; 0,140	-0,703; 0,482	-0,171; 0,864	-2,157; 0,031*	-0,290; 0,772
RA hakkında bilgi	Evet	43,21±31,31	48,07±30,01	35,63±41,73	67,13±32,57	52,89±21,36	39,72±46,88	40,81±22,31	42,88±18,07
	Hayır	34,08±31,03	44,05±32,27	31,17±43,02	62,67±38,14	46,91±21,26	36,82±47,42	32,96±20,6	43,2±15,93
	Z; p	-2,594; 0,009**	-1,168; 0,243	-1,155; 0,248	-0,669; 0,504	-2,292; 0,022*	-0,723; 0,470	-2,915; 0,004**	-0,492; 0,623

Z: Mann Whitney U Test

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Hastaların hastalık özelliklerine göre *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)* alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; **RA nedeniyle hastanede yatma deneyimi** olan hastalarda, *SF-36 Ölçeği* tüm alt boyut puan ortalamalarının, hastanede yatma deneyimi olmayan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu görüldü ($p \leq 0,05$; Tablo 4.10).

RA dışında ek hastalığı olan bireylerin *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamalarının, ek hastalığı olmayan bireylere göre genel olarak daha düşük olduğu gözlenmekle birlikte bu durumun istatistiksel açıdan yalnızca *Canlılık* alt boyutunda anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p \leq 0,05$; Tablo 4.10).

RA hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların, *Fiziksel Fonksiyon*, *Mental Sağlık* ve *Canlılık* alt boyut puan ortalamalarının, RA hakkında bilgi alan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu saptandı ($p \leq 0,05$; Tablo 4.10). *SF-36 Ölçeği* diğer alt boyut puan ortalamalarının ise RA hakkında bilgi alma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.10).

4.4. Hastaların Öz-Yeterlilik Algısı ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Bu bölümde; *hastaların AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verildi (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. AÖÖ Toplam puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular (N=300)

SF-36 Ölçeği Alt Boyutları	AÖÖ ve Alt Boyutları				
	AÖÖ Toplam	Ağrıda Öz- Etkililik	Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz- Etkililik	El-Kol Fonksiyonunda Öz- Etkililik	Diğer Belirtilerde Öz- Etkililik
	r; p	r; p	r; p	r; p	r; p
Fiziksel Fonksiyon	0,655; 0,001**	0,386; 0,001**	0,611; 0,001**	0,478; 0,001**	0,528; 0,001**
Ağrı	0,481; 0,001**	0,235; 0,001**	0,394; 0,001**	0,390; 0,001**	0,432; 0,001**
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	0,499; 0,001**	0,286; 0,001**	0,479; 0,001**	0,339; 0,001**	0,421; 0,001**
Sosyal Fonksiyon	0,330; 0,001**	0,152; 0,009**	0,324; 0,001**	0,225; 0,001**	0,271; 0,001**
Mental Sağlık	0,259; 0,001**	0,110; 0,058	0,196; 0,001**	0,190; 0,001**	0,277; 0,001**
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	0,396; 0,001**	0,189; 0,001**	0,361; 0,001**	0,334; 0,001**	0,328; 0,001**
Canlılık	0,373; 0,001**	0,159; 0,006**	0,310; 0,001**	0,246; 0,001**	0,382; 0,001**
Genel Sağlık	0,404; 0,001**	0,250; 0,001**	0,302; 0,001**	0,306; 0,001**	0,372; 0,001**

r: Pearson Korelasyon Analizi

** $p \leq 0,01$

Artritlerde Öz-Etkililik Ölçeği (AÖÖ) toplam puan ortalamaları ile Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; *Fiziksel Fonksiyon* (pozitif yönde, orta düzeyde), *Ağrı*, *Fiziksel Rol Kısıtlılığı*, *Sosyal Fonksiyon*, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı*, *Canlılık*, *Genel Sağlık* (pozitif yönde, zayıf düzeyde) ve *Mental Sağlık* (pozitif yönde, çok zayıf düzeyde) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11).

AÖÖ'nün **Ağrıda Öz-Etkililik** alt boyut puan ortalaması ile SF-36 Ölçeğinin *Fiziksel Fonksiyon*, *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* (pozitif yönde, zayıf düzeyde), *Ağrı*, *Sosyal Fonksiyon*, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı*, *Canlılık*, *Genel Sağlık* (pozitif yönde, çok zayıf düzeyde) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11).

AÖÖ'nün **Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-Etkililik** alt boyut puan ortalaması ile SF-36 Ölçeğinin *Fiziksel Fonksiyon* (pozitif yönde, orta düzeyde), *Ağrı*, *Fiziksel Rol Kısıtlılığı*, *Sosyal Fonksiyon*, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı*, *Canlılık*, *Genel Sağlık* (pozitif yönde, zayıf düzeyde) ve *Mental Sağlık* (pozitif yönde, çok zayıf düzeyde) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11).

AÖÖ'nün **El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik** alt boyut puan ortalaması ile SF-36 Ölçeğinin *Fiziksel Fonksiyon*, *Ağrı*, *Fiziksel Rol Kısıtlılığı*, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı*, *Genel Sağlık* (pozitif yönde, zayıf düzeyde), *Sosyal Fonksiyon*, *Mental Sağlık*, *Canlılık* (pozitif yönde, çok zayıf düzeyde) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11).

AÖÖ'nün **Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik** alt boyut puan ortalaması ile SF-36 Ölçeğinin *Fiziksel Fonksiyon* (pozitif yönde, orta düzeyde), *Ağrı*, *Fiziksel Rol Kısıtlılığı*, *Sosyal Fonksiyon*, *Mental Sağlık*, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı*, *Canlılık*, *Genel Sağlık* (pozitif yönde, zayıf düzeyde) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11).

5. TARTIŞMA

Gelişmiş öz yeterlilik algısı, kronik hastalıklarla baş etmek zorunda olan bireylerin, davranış değişikliği yapma konusunda desteklenmelerine ve öz bakımlarını yapabilmelerine olanak sağlamakta dolayısı ile yaşam kalitesini arttırmaktadır (Ünsal ve Kaşıkçı 2008). RA ile ilişkili literatürde öz-yeterlilik kavramı, hastaların hastalığa bağlı ağrı, fiziksel fonksiyonlar ve hastalığın diğer belirtileri ile baş edebilmelerine ilişkin algısı olarak ifade edilir (Kaynak: Gong ve Mao 2015). İdeal yaşam tarzı alışkanlıkları ve gerçekte olan yaşam tarzı alışkanlıkları arasındaki denge ise RA hastalarının yaşam kalitesini belirlemektedir. RA tanılı bireyler bu dengeyi kurmaya çalışırken büyük bir mücadele içindedirler. Sağlık bakım profesyonelleri, bireylerin yaşam tarzı alışkanlıklarını dikkate alarak, ideal ve gerçek yaşam tarzı alışkanlıkları arasındaki dengeyi sağlamaları konusunda destek olmalıdırlar (Malm ve diğerleri 2016).

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri, tedavi ve bakım uygulamalarının yaşamın tüm alanlarına olan etkisini, hastanın bakış açısı ve algıları, hissettikleri ile değerlendirme olanağı sunmaktadır (Mollaoğlu 2007). Hasta bireyin öz-yeterlilik algısı artırılarak, tedaviye uyumu, hastalıkla ilişkili akut ve kronik komplikasyonları yönetebilmesi sağlanarak yaşam kalitesi yükseltilebilir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2014).

Romatoid Artrit tanısı olan bireylerde öz-yeterlilik algısı ile yaşam kalitesini belirleyerek, aralarındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada, elde edilen bulgular dört başlık altında toplanarak literatür bilgisi ve benzer çalışma sonuçları ışığında tartışıldı.

- 5.1. RA tanısı olan bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
- 5.2. RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısına ilişkin bulguların tartışılması,
- 5.3. RA tanısı olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışılması,
- 5.4. RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algı düzeyi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin bulguların tartışılması.

5.1. RA Tanısı olan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan RA tanısı olan bireylerin bireysel özellikleri ve hastalık özelliklerine yönelik bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.1, Tablo 4.2).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaşlarının 18 ile 76 yıl arasında değiştiği, yaş ortalamasının $53,82 \pm 12,83$ olduğu görüldü (Tablo 4.1). Kaya ve arkadaşlarının (2007) Romatoid Artrit'li hastalarda yaşam kalitesi ile hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve sağlık durumu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, hastaların yaş ortalaması $51 \pm 11,8$ yıl, Göçmen ve arkadaşlarının (2011) Romatoid Artrit tanılı hastaların, klinik, laboratuvar ve demografik özelliklerini beş yıl boyunca izledikleri gözlemsel çalışmada yaş ortalaması $54,7 \pm 13$ yıl, Varol'un (2013) Romatoid Artrit, Skleroderma ve Ankilozan Spondilit'li Hastalarda D vitamini düzeyinin hastalık aktivasyonu ile ilişkisini irdelediği çalışmada RA'lı hastaların yaş ortalaması $50,14 \pm 11,2$ yıl, Chorus ve arkadaşlarının (2003) çalışma çağındaki Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit hastalarının çalışma durumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada ise araştırma kapsamına alınan RA hastalarının yaş ortalaması 49.0 ± 8.3 olarak saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu, yukarıdaki çalışmalardan elde edilen bulguların yanı sıra RA'nın 40-60 yaşlarında başlayarak prevalansının yaşla birlikte arttığını vurgulayan literatür bilgisini destekler nitelikte idi (Hamuryudan 2005; June ve Moreland 2016).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunluğunu kadın hastaların oluşturduğu görüldü (Tablo 4.1). Altınkesen ve Gelecek'in (2011) erken ve geç evre RA tanısı olan hastalarda fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada, erken evre RA tanısı olan bireylerin %84'ünün kadın, geç evre RA tanısı olan bireylerin ise %74'ünün kadın olduğu belirtilmiştir. Varol'un (2013) çalışmasında da çalışma kapsamına alınan RA'lı bireylerin %84,7'sinin kadın olduğu görülmüştür. Hsin-Hua ve arkadaşlarının (2017) RA, Ankilozan Spondilit (AS) ve Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) tanılı hastalarının yaşam kaliteleri ve fonksiyonel durumlarını karşılaştırdıkları çalışmada, hastaların %84'ü kadın, Hoek ve arkadaşlarının (2015) 11 yıl ve üzerinde RA tanısı olan hastaların fiziksel ve mental fonksiyonlarında spesifik komorbiditelerin rolünü inceledikleri bir başka çalışmada da hastaların %71,9'unun kadın hastaların

oluşturduğu saptanmıştır. Literatürde RA'nın kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Hamuryudan 2005; June ve Moreland 2016). Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan RA'lı bireylerin çoğunluğunun kadın olması, literatür bilgisi ve benzer araştırma sonuçlarını destekler nitelikte idi.

Araştırma kapsamına alınan RA'lı bireylerin %44,7'sinin ilkokul mezunu olduğu belirlendi (Tablo 4.1). Atcı'nın (2004) RA tanısı olan bireylerin öz-bakım gücünü değerlendirdiği araştırmada, örneklem grubunun %43,8'i ilkokul mezunu, Kiper ve Sunal'ın(2009) RA tanısı olan bireylerin uyku kalitesini değerlendirdiği araştırmada örneklemin %68,8'inin ilkokul mezunu hastalardan oluştuğu belirlenmiştir. Uğuz ve arkadaşlarının (2009) ruhsal bozuklukların Romatoid Artrit'li hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisini incelediği bir başka araştırmada ise örneklem grubunun %85,6'sının ilköğretim mezunu olduğu belirtilmektedir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunluğunun eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olması, yukarıdaki çalışma sonuçları ile benzer özellikte idi.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %77,3'ünün evli olduğu, %86'sının çocuk sahibi olduğu ve %90'nın ailesi ile birlikte yaşadığı belirlendi (Tablo 4.1). Akkaya'nın (2015) RA tanısı olan bireylerin sosyal destek, yalnızlık ve yaşam kalitesini değerlendirdiği araştırmada örneklem grubunun %84,6'sının evli, %79,7'sinin çocuk sahibi olduğu, %74,2'sinin de eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı, Azevedo ve arkadaşlarının (2015) biyolojik tedavi uygulanan RA tanılı hastaların yaşam kalitesini değerlendirdikleri araştırmada, örneklem grubu hastalarının %40'ının evli olduğu, Hsin-Hua ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise hastaların %74'ünün evli olduğu, %69,14'ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Özellikle hastalığın aktif evreleri ve ileri dönemlerinde, bağımlılığın arttığı durumlarda sosyal desteğin sağlanması ve evde destek kişilerin bulunması açısından değerli bulunan bu bulgular, yukarıdaki çalışmaların bulguları ile benzerlik gösterdi.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %81,7'sinin çalışmadığı, %46,7'sinin gelir durumunun kısmen yeterli olduğu, %99'unun sosyal güvencesinin bulunduğu saptandı (Tablo 4.1). Akkaya'nın(2015) yaptığı araştırmada hastaların %66,7'sinin aylık gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %95,6'sının sosyal güvencesinin bulunduğu saptanmıştır Ji ve arkadaşlarının (2017) RA hastalarında fonksiyonel disabilitenin, hastalık ve yaşam kalitesi parametreleri ile ilişkisini incelemek amacıyla yaptığı

araştırmada ise hastaların %79,2'sinin çalışmadığı ve %53,3'ünün gelir düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmanın bu bulguları yukarıdaki araştırmaların bulguları ile benzerlik gösterdi. Ayrıca, araştırmada sosyal güvenceye sahip hastaların dağılımının yüksek olması, tedavilerini sürdürebilmeleri açısından değerli bulundu.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde; hastalık sürelerinin 1-43 yıl arasında değiştiği ve ortalama sürenin $10,96 \pm 8,49$ yıl olduğu görüldü (Tablo 4.2). Uğuz ve arkadaşlarının(2009) Romatoid Artrit'li hastalarda ruhsal bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkisini incelediği araştırmada hastalık süresinin ortalama $9,03 \pm 8,68$ yıl; Göçmen ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları araştırmada ortalama $7,8 \pm 9,4$ yıl olarak saptanması, araştırmanın bu bulgusu ile paralellik gösterdi.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin %44,44'ünün RA dışında hastalığının olduğu saptandı (Tablo 4.2). RA dışındaki hastalıklarının dağılımı incelendiğinde, %54,89'unun kardiyovasküler hastalığının olduğu ve bu hastaların %48,70'nin RA tedavisi dışında ek ilaç kullandığı (en fazla kullanılan ilaç grubunun %50 oranı ile anti-hipertansif ilaçlar olduğu) saptandı (Tablo4.2). Atıcı'nın (2004) araştırmasında hasta bireylerin %70,8'inin RA dışında hastalığının olduğu ve %48,5'nin kardiyovasküler hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Tekin'in (2009) Romatoid Artrit'li bireylerin tedavi uyumunu etkileyen faktörleri irdelediği araştırmada, ek hastalığı olan bireylerin örneklemin %69'unu oluşturduğu ve bu hastaların %43'ünün Hipertansiyon tanısının bulunduğu saptanmıştır. Hsin-Hua ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında hastaların %26,48'inin RA dışında hastalığının olduğu belirlenmiştir. Literatürde, RA tanısı olan bireylerde RA'ya ek olarak farklı kronik hastalıkların eşlik edebildiği, ayrıca RA tutulumu ile ilişkili olarak ek hastalıkların da görülebildiği belirtilmektedir (Hamuryudan 2005; Dilşen 2007; İnanç 2013). RA ile ilişkili şiddetli eklem dışı tutulumlar, eklem tutulumuna göre daha sık komorbidite ve mortalite nedenidir. RA ile ilişkili mortalitelerin en sık nedenini kardiyovasküler hastalıkların oluşturduğu bilinmektedir (İnanç 2013). Araştırmanın bu bulgusunun yukarıdaki diğer araştırma bulguları ile benzer özellikte olup, literatür bilgisini desteklemekte idi. Ayrıca araştırmanın bu bulgularının, örneklem grubunun yaş ortalaması ($53,82 \pm 12,83$; Tablo 4.1) ve hastalık süresi ($10,96 \pm 8,49$; Tablo 4.2) ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin %26,7'sinin RA nedeniyle hastaneye yattığı, %56,7'sinin RA hakkında bilgi almadığı saptandı (Tablo 4.2). Ovayolu ve arkadaşlarının (2012) RA tanısı olan bireylerin fiziksel kısıtlılık seviyeleri, öz bakım yöntemleri ve bunları etkileyen faktörleri inceledikleri bir araştırmada da örneklem grubunun %80.3'ünün hastalık hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Purabdullah ve arkadaşlarının (2015), RA tanılı hastalarda uyku rahatsızlıklarının ağrı ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirdikleri araştırmada, hastaların %61'inin hastanede yatmayı deneyimlediği ve %59,5'inin hastalık konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. RA tanısı olan bireylerde, dengeli yaşam tarzı alışkanlıklarının geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve öz-yeterlilik algısının geliştirilerek hastalık yönetiminin başarılı şekilde gerçekleştirilebilmesi, hastalık hakkında doğru bilgilendirilme ve bilinçlenme ile mümkündür (Çelik, Kalyoncu ve Güzelsağaltıcı 2013). Araştırmanın bu bulguları, yukarıdaki diğer araştırma bulguları ile benzer özellikte olup, örneklemin %56,7'sinin hastalık hakkında bilgi sahibi olmaması, bilgi kaynağının çoğunlukla internet ortamı olması ve güvenilirliğinin tartışmaya açık olmasının, hastaların bireysel hastalık yönetimini, öz-yeterlilik algısını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmesi açısından önemli bir bulgu olduğu düşünüldü.

Araştırmanın yukarıdaki bulguları ile araştırmanın “*RA tanısı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri nelerdir?*” sorusu yanıtlandı.

5.2. RA Tanısı Olan Bireylerin Öz-Yeterlilik Algısına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan hastaların öz-yeterlilik algısı, bireysel ve hastalık özelliklerinin *Artritlerde Öz-Etkililik Ölçeği (AÖÖ)* toplam ve alt boyut puan ortalamalarına etkisini gösteren bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6).

Araştırma kapsamındaki RA tanısı olan bireylerin *AÖÖ* toplam puan ortalaması $106,39 \pm 40,31$ idi (Tablo 4.3). *AÖÖ*'den alınabilecek toplam puanın 20-200 arasında olduğu ve puanlar yükseldikçe öz-yeterlilik algısının arttığı dikkate alındığında, bu araştırma kapsamına alınan RA'lı bireylerin, hastalığa karşı yanıtlarla baş edebilme yeterliliğine ilişkin algılarının ortalama değerlerde kaldığı görüldü. Ülkemizde RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısının değerlendirildiği yalnızca bir araştırmaya rastlanmıştır. Aynı ölçek kullanılarak, Akgün Şahin ve Bülbül (2014) tarafından yapılan

bu araştırmada, hastaların öz-yeterlilik algısının düşük olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, eklem fonksiyonu etkilenen farklı hastalık gruplarında, AÖÖ kullanılarak öz-yeterlilik algısının değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında; Doğan ve arkadaşlarının (2010), osteoartritli bireylerin ağrı ve öz-yeterlilik düzeylerini inceledikleri araştırmada AÖÖ toplam puan ortalamasının 103.7 ± 29.5 olması, Ünsal ve Kaşıkçı'nın (2010) Artriti olan hastalara verilen eğitimin öz-yeterlilik algıları üzerine etkisini değerlendirdikleri araştırmada, eğitim öncesi AÖÖ toplam puan ortalamasının 106.80 ± 44.51 olarak saptanması araştırmanın bu bulgusu ile uyum gösterdi.

AÖÖ alt boyut puan ortalamalarından alınabilecek minimum ve maksimum puanlar dikkate alındığında, AÖÖ alt boyut puan ortalamalarının, artan puan ortalaması ile *Ağrıda Öz-Etkililik* ($22,17 \pm 12,40$), *Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik* ($29,64 \pm 14,43$), *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-Etkililik* ($22,49 \pm 12,22$), *El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik* ($32,58 \pm 13,79$) olarak sıralandığı görüldü (Tablo 4.3). Akgün şahin ve Bülbül'ün (2014) RA tanısı olan bireylerin öz-etkililik algısını değerlendirdiği araştırmada; Brekk ve arkadaşlarının (2001) RA tanısı olan hastaların sağlık durumları ve öz-yeterlilik algılarını inceleyen iki yıllık gözlemsel çalışmasında; Barlow ve arkadaşlarının (2002), RA tanısı olan bireylerin eğitim tercihleri, ruhsal sağlık durumları ve öz-yeterlilik algısını inceledikleri araştırmada; Somers ve arkadaşlarının (2010), RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısı ve hastalık şiddetinin fiziksel fonksiyon ve ağrı ile ilişkisini karşılaştırdıkları araştırmada en düşük puan ortalamasının, hasta bireylerin, ağrıya rağmen günlük işlerini sürdürebilecekleri ve yeterli uyku uyuyabileceklerine ilişkin algılarını yansıtan *Ağrıda Öz-etkililik* alt boyutunda olması, araştırmanın bu bulgusu ile benzerdi. RA'lı bireyleri hekime getiren en önemli semptom ağrıdır. RA ile ilişkili olarak kronikleşen ağrı, hasta bireylerin ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyerek, yorgunluğa, gerginliğe, depresyona neden olabilmektedir (Gök Metin ve Özdemir 2016). Araştırma kapsamına alınan hastaların ağrı ile ilişkili öz-yeterlilik algılarının düşük olması, literatürde belirtilen semptomları deneyimleme olasılıklarının fazla olabileceğini düşündürdü.

AÖÖ alt boyutları arasında puan ortalamasına göre ikinci sırada yer alan ve RA tanısı olan bireylerin hastalığa bağlı gelişen yorgunlukla baş edebilme, hastalık yönetimi, iş ve sosyal aktivitelere katılımı gerçekleştirebilme yeterliliklerini yansıtan *Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik* alt boyutuna ilişkin puan ortalamasının, Akgün şahin ve

Bülbül'ün (2014) çalışmasından elde edilen bu alt boyuta ilişkin puan ortalaması (30,08±3.13) ile birbirine çok yakın değerlerde olduğu gözlemlendi. Somers ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da bu araştırma bulgusuna benzer şekilde, *Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik* alt boyutunun ikinci en düşük puan ortalamasına sahip alt boyut olduğu belirlenmiştir. Literatürde, eklem dışı belirtiler arasında RA hastalarını en fazla rahatsız eden sorunlardan birinin yorgunluk olduğu ve görülme sıklığının %42-90 arasında değiştiği belirtilmektedir (Gök Metin ve Özdemir 2016). Bu hastalarda yorgunluğa, sıklıkla ağrı ve fiziksel kısıtlılık gibi semptomların eşlik etmesinin, hastaların boş zamanlarını genellikle evde oturarak geçirmelerine neden olduğu, ağrılarının artacağı düşüncesi ile sosyal aktivitelere (alışveriş, piknik, doğa yürüyüşü v.b.) katılımlarını engellediği, dolayısı ile aile ve sosyal ilişkilerini zedelediği vurgulanmaktadır (Acar 2013). Araştırmada *Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik alt boyutundan* elde edilen puan ortalaması (29,64±14,43; Tablo 4.3), hastaların sosyal yaşamlarını sınırlandırdığını düşündürdü ve yukarıdaki literatür bilgisini destekler nitelikte idi.

Ülkemizde RA tanısı olan bireylerde öz-yeterlilik algısını değerlendiren tek çalışma olan Akgün Şahin ve Bülbül'ün (2014) araştırmasında, artan puan ortalaması ile bireyin yürüme, merdiven çıkma, sandalyeden desteksiz kalkma, arabaya desteksiz binip/inme gibi ayak bacak fonksiyonlarını sürdürme yeterliliğini yansıtan *Ayak Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik* alt boyutunun 20.20±3,30 puan ortalaması ile ikinci; düğme ilikleme, kavanoz kapağı açabilme, musluk açıp kapama, sırtını kaşıyabilme gibi el kol fonksiyonlarını sürdürebilme yeterliliğini yansıtan *El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik* alt boyutunun da 20,66±3,00 puan ortalaması ile üçüncü sırada yer aldığı belirlenmiştir. Somers ve arkadaşlarının (2010), RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısı ve hastalık şiddetinin fiziksel fonksiyon ve ağrı ile ilişkisini inceledikleri çalışmada, ayak-bacak, el-kol fonksiyonlarında öz-etkililiği içeren *Fiziksel Fonksiyonlarda Öz-etkililik* alt boyutunun, çalışmanın ilgili bulguları ile benzer şekilde en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. RA tanısı olan bireylerde öz-yeterlilik, ağrı, fonksiyonel kayıp ve yorgunluk gibi hastalık semptomlarının varlığı ve şiddetine bağlı olarak algılanır (Tewary ve Farber 2014). RA tanısı olan bireylerin, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken sorun yaşamaları, yaşam kalitelerinin bozulmasına yol açarak ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkileyebilmekte ve depresyona varan sonuçlara neden olabilmektedir (Uçar ve ark. 2014). Bu çalışmada, hastaların günlük

yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede doğrudan etkili olan ekstremitte fonksiyonlarının yeterliliğine ilişkin algılarının, ölçekten bu alt boyutlara ilişkin alınabilecek en yüksek puanlar dikkate alındığında, ortalama değerlerin biraz üzerinde olduğu görüldü.

Araştırmanın yukarıdaki bulguları ile araştırma kapsamına alınan RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısının orta düzeyde olduğu, en düşük öz-yeterlilik algısının, RA tanısı olan bireylerin ağrının etkileri ile baş edebilme yeterliliğine ilişkin algılarını yansıtan *Ağrıda Öz-etkililik* alt boyutunda olduğu belirlendi ve araştırmanın “*RA tanısı olan bireylerin Öz-yeterlilik algı düzeyi nedir?*” sorusu yanıtlandı.

Hastaların **cinsiyet durumuna** göre öz-yeterlilik algılarına bakıldığında; kadın hastaların *AÖÖ toplam ve Ayak-bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik, El-kol Fonksiyonunda Öz-etkililik ve Diğer Belirtilerde Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamalarının erkek hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.4). Buna karşın *Ağrıda Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.4). Literatürde, RA'nın kadınlarda daha sık görüldüğü, algılanan ağrı şiddetinin, hastalık aktivasyonu, anksiyete ve kadın olmakla ilişkili olduğu ve bu faktörlerin bir taraftan yorgunluğu arttırırken, diğer taraftan bireyin rol ve sorumluluklarını gerçekleştirmesini zorlaştırdığı ve öz-yeterlilik algısını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Reinseth ve ark. 2011). Araştırmanın bu bulgusu, literatür bilgisini desteklemekte olup, Alhstrand ve arkadaşlarının (2017), RA tanısı olan hastalarda öz-yeterlilik algısı ve ağrının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme performansına etkisini incelediği araştırma bulguları ile benzerlik gösterdi.

Araştırmanın bu bulgusundan farklı olarak, Mäkeläinen ve arkadaşlarının (2007), RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısını değerlendirdiği çalışmada, kadın hastaların *Ağrıda Öz-etkililik ve Diğer Belirtilerde Öz-etkililik* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Knittle ve arkadaşlarının (2011) öz-yeterlilik algısı ve fiziksel aktivite hedeflerine yönelik başarının ağrı ve yaşam kalitesi ile ilişkisini inceledikleri çalışmada; Vergara ve arkadaşlarının (2016), Arjantin’li RA’lı hastalarda öğrenilmiş çaresizlik, hastalık aktivasyonu, fonksiyonel kapasite, ağrı ve öz-yeterlilik algısını değerlendirdiği çalışmada ise cinsiyet durumu ve öz-yeterlilik algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Hastaların **eğitim durumuna** göre öz-yeterlilik algılarına bakıldığında; okur-yazar olan hasta bireylerin *AÖÖ toplam* ve tüm alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu gözlemlendi (Tablo 4.4). Lise mezunu RA tanısı olan bireylerin *AÖÖ toplam ve Ağrıda Öz-etkililik, Ayak-bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik ve El-kol Fonksiyonunda Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamalarının, lisans ve üzeri mezunu hasta bireylerin ise *Diğer Belirtilerde Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılıkla yüksek olduğu belirlendi ($p \leq 0,01$; Tablo 4.4). Çelik ve arkadaşları tarafından (2013), Hatay bölgesindeki RA tanısı olan bireylerin tedavi sürecini etkileyen motivasyon faktörlerinin değerlendirildiği bir araştırmada, tedavisini aksatan hastaların tümünün ilköğretim düzeyi ve altında eğitim aldığı, eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin düzenli takibe geldiği ve tedaviye uyumunun arttığı, bu durumun öz-yeterlilik algısını olumlu etkileyebileceği belirtilmiştir. Strahl ve arkadaşlarının (2000) RA tanısı olan bireylerde ağrı kaygısı, ağrı ile başa çıkma ve ağrıda öz-yeterlilik algısının fiziksel fonksiyonlar üzerine etkisini incelediği araştırmada, eğitim düzeyi yükseldikçe öz-yeterlilik algısının arttığı ifade edilmiştir. Vergara (2016) ve arkadaşlarının çalışmasında da, eğitim yılı ile *AÖÖ toplam* puanının pozitif yönde ilişkili olduğu, eğitim düzeyi arttıkça öz-yeterlilik algısının arttığı belirlenmiştir. Araştırmanın bu bulgusu, yukarıdaki araştırma bulguları ile benzerlik göstermekte olup, eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların, hastalık ve kendi sağlık durumlarına ilişkin farkındalıklarının ve bilgilerinin artması, dolayısı ile sağlık sorunu yaşadıklarında çözüme ulaştıracak ya da baş etme yeterliliklerini destekleyecek kaynakların farkında olarak bunları etkin biçimde kullanabilmeleri ile ilişkilendirildi.

Hastaların **medeni durumuna** göre öz-yeterlilik algılarına bakıldığında; dul ya da boşanmış olan hasta bireylerin *AÖÖ toplam ve tüm alt boyut* puan ortalamalarının daha düşük olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.4). Bu bulgular, Tewary ve Farber (2014)'in medeni durumun öz-yeterlilik algısı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları araştırma bulgusuyla benzerlik gösterdi.

Hastaların **çalışma durumuna** göre *AÖÖ toplam* ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışmayan RA tanısı olan hastaların *AÖÖ toplam ve Ayak-bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik, El-Kol Fonksiyonunda Öz-etkililik ve Diğer Belirtilerde Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük

olduğu ($p \leq 0,01$), *Ağrıda Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalamalarının ise çalışma durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.4). Literatürde, RA'da hastalığın başlangıcından sonraki 10 yılda, özellikle hastalığın kontrol altına alınmadığı durumlarda, ortaya çıkan eklem hasarlarının yarattığı fonksiyonel kayıpların/yetersizliklerin, hastalarda kendi kendine yeterli olamama duygusu ile birlikte yaşam kalitesinde düşüşe, üretkenlik kaybı ve erken emekliliğe yol açtığı vurgulanmaktadır (Hamuryudan 2005; Vilsteren ve ark. 2015).

Hastaların **gelir durumuna** göre AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gelir durumu yetersiz hastaların genel olarak düşük puan ortalamalarına sahip olduğu gözlemlendi (Tablo 4.4). *AÖÖ toplam puan, Ayak-bacak Fonksiyonunda Öz-Etkililik ve Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalamalarının geliri yetersiz olan hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu görüldü ($p \leq 0,05$; Tablo 4.4). *Ağrıda Öz-Etkililik* ile *El-Kol Fonksiyonlarında Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalamalarının ise aylık gelir durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.4). Araştırmanın bu bulgusundan farklı olarak, Vergara ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında ise *AÖÖ* alt boyutlarına ilişkin bulgulara yer verilmemiş olmakla birlikte aylık gelir durumu ve öz-yeterlilik algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların **yaşı** ile *AÖÖ* toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; *AÖÖ* toplam puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde, *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik* alt boyut puan ortalaması ile negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı ($p \leq 0,01$; Tablo 4.5). Yaş ilerledikçe, genel öz-yeterlilik algısının, fazla olmamakla birlikte olumsuz etkilendiği görüldü. Yaş ile *Ağrıda Öz-Etkililik*, *El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik*, *Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$; Tablo 4.5). Araştırmanın bu bulgusu, Mäkeläinen ve arkadaşlarının (2007), RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algılarını değerlendirdikleri çalışma bulguları ile benzerlik gösterdi. Yaşlı bireylerde, kronik hastalıkların görülme sıklığının artması, çoklu ilaç kullanımı ve biyo-fiziksel fonksiyonlarda azalma/gerileme, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemekte ve bu etkilerle baş etmelerini zorlaştırmaktadır (Akbulut Aktekin ve ark. 2008). Araştırmadan elde edilen bu bulgu, yaş ilerledikçe fiziksel fonksiyonların olumsuz etkilenmesi ve bu duruma

günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde sınırlayan RA gibi bir hastalığın eklenmesinin bir sonucu olarak değerlendirildi.

Hastalık süresi ile *Ağrıda Öz-etkililik, Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik alt boyutları ve AÖÖ toplam* puan ortalamaları arasında negatif yönde, çok zayıf bir ilişki saptandı ($p \leq 0,05$; Tablo 4.5). Barlow ve arkadaşlarının (2002) RA tanısı olan bireylerin eğitim tercihleri, ruhsal sağlık durumları ve öz-yeterlilik algısını inceledikleri çalışmada, hastalık süresi ve öz-yeterlilik arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Mäkeläinen ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada hastalık süresi ve öz-yeterlilik algısı arasında zayıf bir ilişki saptanırken, hastalık süresi kısa olanların *Ağrıda Öz-etkililik ve Fiziksel Fonksiyonlarda Öz-etkililik alt boyut* puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu bulgulardan farklı olarak Knittle ve arkadaşlarının (2011) yaptığı benzer çalışmada, hastalık süresi ve öz-yeterlilik algısı arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Hastaların hastalık özelliklerine göre *AÖÖ* puan ortalamaları incelendiğinde; **RA nedeniyle hastanede yatma** ve **RA hakkında bilgi alma** durumlarına göre *AÖÖ toplam ve alt boyut* puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmedi ($p > 0,05$; Tablo 4.6). Mäkeläinen ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da bilgi sahibi olma durumuna göre ve öz-yeterlilik algısı arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Literatürde, RA tanısı olan bireylerde, dengeli yaşam tarzı alışkanlıklarının geliştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve öz-yeterlilik algısının geliştirilerek hastalık yönetiminin başarılı şekilde gerçekleştirilebilmesi, hastalık hakkında doğru bilgilendirilme ve bilinçlenme ile mümkün olabileceği belirtilmektedir (Çelik, Kalyoncu ve Güzelsağaltıcı 2013). Araştırmanın bu bulgusu hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade eden hastaların aslında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını düşündürdü.

RA dışında **ek hastalık varlığına** göre *AÖÖ toplam ve alt boyut* puan ortalamaları karşılaştırıldığında; RA dışında ek hastalığı olan bireylerin *AÖÖ toplam ve alt boyut* puan ortalamalarının, RA dışında ek hastalığı olmayan bireylere göre anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu belirlendi ($p \leq 0,01$; Tablo 4.6). Kronik hastalıklar uzun süren, yavaş ilerleyen, yaşamının birçok yönünü etkileyerek bireylerin kendi kendilerine yeterli olamamalarına ve sağlık sorunları ile baş etmekte zorlanmalarına yol açan, geri dönüşümsüz yıkımlar ile sonuçlanabilen ve öz-yeterlilik algısını olumsuz yönde

etkileyen uzun süreli sağlık sorunlarıdır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2014). Araştırmanın bu bulgusu, bu literatür bilgisini desteklemekte olup, RA'nın kendisinin kronik bir hastalık olması ve örneklem grubunu oluşturan hastaların yarıya yakınında, eşlik eden başka hastalığın bulunmasının bir sonucu olarak değerlendirildi.

Çalışmanın yukarıdaki bulguları ile araştırma kapsamına alınan RA tanısı olan bireylerde kadın cinsiyet faktörü, düşük eğitim yılı, çalışmama, düşük gelir durumu, ileri yaş, hastalık süresinin uzun olması ve ek hastalık varlığı gibi faktörlerin öz-yeterlilik algısını olumsuz yönde etkilediği saptandı ve araştırmanın “*RA tanısı olan bireylerin Öz-yeterlilik algısını etkileyen faktörler nelerdir?*” sorusu yanıtlandı.

5.3. RA Tanısı Olan Bireylerin Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bireysel özellikleri ve hastalık özelliklerinin *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)* alt boyut puan ortalamalarına etkisini gösteren bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10).

Araştırma kapsamına alınan hastaların *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (SF-36)* aldıkları alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, en düşük puan ortalamasının *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* alt boyutundan alındığı ($33,06 \pm 42,46$), bunu artan puan ortalamaları ile *Canlılık*, *Fiziksel Fonksiyon*, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı*, *Genel Sağlık*, *Ağrı*, *Mental Sağlık* alt boyutlarının izlediği ve en yüksek puan ortalamasının *Sosyal Fonksiyon* alt boyutunda ($64,56 \pm 35,90$) olduğu görüldü (Tablo 4.7). *SF-36 Ölçeğinden* alınabilecek puanların 0-100 arasında olduğu dikkate alındığında, ölçeğin *Sosyal Fonksiyon* alt boyutu dışında tüm alt boyutların, ortalama değerinin altında bir puan ortalamasına sahip olduğu, dolayısı ile araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam kalitesinin iyi olmadığı, en fazla etkilenen yaşam alanının *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* olduğu görüldü (Tablo 4.7). RA'nın eklem inflamasyonu, ağrı, eklem kontraktürleri ve yorgunluk gibi etkilerine bağlı olarak fiziksel fonksiyon kaybı gelişebilmekte, RA tanısı olan bireyler günlük yaşam aktivitelerini sürdürmekte zorlanabilmekte ve hem çalışma hayatında hem de iş hayatında rol kaybı yaşayabilmektedir (Kaya 2008; Vilsteren ve arkadaşları 2016). Araştırma kapsamına alınan RA tanısı olan bireylerin en fazla etkilenen yaşam alanının, fiziksel sorunların bireyin iş veya günlük aktivitelerini

kısıtlama durumunu yansıtan *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* olması bu literatür bilgisi ile uyum gösterdi.

Ülkemizde ve dünyada, RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesinin incelendiği çeşitli araştırmalarda, yaşam kalitesi puan ortalamaları, bu araştırma bulgularına benzer şekilde düşük bulunmuştur (Kaya ve ark. 2007; Akbulut Aktekin ve ark. 2008; Altınkesen ve Gelecek 2011; Senra ve ark. 2014; Azevedo ve ark. 2015; Hsin-Hua ve ark. 2017). Kaya ve arkadaşlarının (2007), hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve sağlık durumunun RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesine etkisini incelediği araştırmada, yaşam kalitesi puanının düşük olduğu saptanmış ve kötü fonksiyonel durumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Akbulut Aktekin ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmada, *SF-36 Ölçeği*nden alınan en yüksek puan ortalamasının *Sosyal Fonksiyon* alt boyutundan alınması, bu bulgu ile benzerlik gösterirken, aynı çalışmada en düşük puan ortalamasının *Emosyonel Rol Kısıtlılığı* alt boyutunda olması farklılık gösterdi. Hsin-Hua ve arkadaşlarının (2017) yaptığı araştırmada; RA hastalarının *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları, diğer hastalık gruplarına göre düşük bulunmuş olup, en yüksek puan ortalamasını *Sosyal Fonksiyon* alt boyutundan, en düşük puan ortalamasını ise *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* alt boyutundan aldıkları görülmüştür. Senra ve arkadaşlarının (2014) Latin Amerika’lı RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon durumunu değerlendirdikleri araştırmada; Matcham ve arkadaşlarının (2014) *SF-36 Ölçeği* kullanılarak, RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitelerini değerlendiren 31 araştırmayı içeren sistematik metaanaliz çalışmasında ve Azevedo ve arkadaşlarının (2015) benzer bir araştırmasında; *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* alt boyutunun en düşük puanı aldığı belirlenmiştir. Araştırmanın bu bulgusu yukarıdaki araştırmaların bulguları ile paralellik gösterdi.

Araştırmanın yukarıdaki bulguları ile araştırma kapsamına alınan RA tanısı olan bireylerin *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin (SF-36) Sosyal Fonksiyon* alt boyutu dışında tüm alt boyut puan ortalamalarının, ortalama değerin altında kaldığı, dolayısı ile araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam kalitelerinin iyi olmadığı, en düşük puan ortalamasını hastalığa bağlı olarak gelişen fiziksel sorunların, bireyin iş veya günlük aktivitelerini kısıtlama durumu ve ne kadar kısıtladığı ile ilişkili yaşam kalitesini yansıtan *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* alt boyutundan aldıkları görüldü ve araştırmanın “*RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyi nedir?*” sorusu yanıtlandı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların **Cinsiyete** göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; genel olarak kadın hastalarda tüm alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu gözlemlendi (Tablo 4.8). *Fiziksel Fonksiyon, Ağrı ile Canlılık* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla kadın hastalarda erkek hastalara göre daha düşük bulundu ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8). *Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamalarında ise cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gözlemlenmedi ($p > 0,05$; Tablo 4.8). Chorus ve arkadaşlarının (2003), çalışma çağındaki RA ve AS hastalarının çalışma durumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptıkları araştırmada, RA tanısı olan kadın hastaların, erkek hastalara göre *Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Ağrı, Canlılık, Mental Sağlık ve Sosyal Fonksiyon* alt boyut puan ortalamaları daha düşük olarak belirlemiştir. Aurecocheal ve arkadaşlarının (2017), RA tanısı olan hastalarda cinsiyetin komorbidite ve sonuçları üzerine etkisini inceledikleri araştırmada da kadınların *Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Genel Sağlık, Canlılık ve Mental Sağlık* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde, RA'nın kadınlarda daha sık görüldüğü ve algılanan ağrı şiddetinin kadın olmakla ilişkili olduğu, ağrının yorgunluğu arttırdığı ve fiziksel fonksiyonları sınırladığı vurgulanmaktadır (Reinseth ve ark. 2011). Bunların yanı sıra, toplumun kadınlara yüklediği çocuk bakımı, yemek pişirmek, temizlik ve aile üyelerinin bakımı gibi rol ve sorumluluklar da kadınların yorgunluğu daha fazla hissetmelerine, yaşam kalitelerinin erkeklere oranla daha düşük olmasına neden olabilmektedir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu 2016).

Hastaların **eğitim durumuna** göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; genel olarak *Sosyal Fonksiyon* alt boyut dışında diğer alt boyut puan ortalamalarının okur-yazar olan hastalarda düşük olduğu gözlemlendi. Yapılan ileri analizde *Fiziksel Fonksiyon, Mental Sağlık ve Canlılık* alt boyut puan ortalamalarının lisans ve üzeri mezunu olan hastalarda, *Emosyonel Rol Kısıtlılığı* alt boyut puan ortalamalarının lise mezunu hastalarda, *Fiziksel Rol Kısıtlılığı* alt boyut puan ortalamalarının ortaokul mezunu olan hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8). *Ağrı, Sosyal Fonksiyon ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamalarının ise eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.8). Gamal ve arkadaşlarının (2015) Mısır'lı RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitelerini klinik

semptomlar ve hastalık aktivitesi doğrultusunda değerlendirdikleri araştırmada; Goncalves ve arkadaşlarının (2017) RA tanısı olan hastalarda fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptıkları araştırmada eğitim düzeyi yükseldikçe RA tanısı olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir. Eğitim durumunun bireylerin kişisel gelişimi ve yaşam kaliteleri üzerinde doğrudan etkili olduğu, iyi bir eğitime sahip olan bireylerin, nitelikli, iyi geliri olan ve sosyal koşulları daha iyi olan işlerde çalışabilmeleri yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilerken; eğitim düzeyi düşük olan bireyler ise kötü iş koşulları altında düşük gelirli işlerde çalışmak zorunda kalabilmekte ve bu durum yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, bireylerin algılama becerisi artmakta ve hedeflerine daha kolay ulaşabilmektedirler (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Araştırmada, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin tüm alanlara ilişkin yaşam kalitelerinin düşük gözlenmesinin, literatürde açıklanan nedenlerden kaynaklanmış olabileceği düşünöldü.

Hastaların **medeni durumuna** göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; boşanmış/dul hastalarda *Canlılık ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla diğerlerine göre daha düşük olduğu göröldü ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8). *Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık ve Emosyonel Rol Kısıtlılığı* alt boyut puan ortalamalarının ise medeni duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.8). Yapılan bazı çalışmalarda dul veya boşanmış olmanın, özellikle kadınlarda anksiyete ve depresyonu arttırarak, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilirken, medeni durumun yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalara da rastlanmıştır (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Nitekim Akkaya'nın (2015) farklı bir yaşam kalitesi ölçeği ile RA tanısı olan bireylerin sosyal destek, yalnızlık ve yaşam kalitesini değerlendirdiği araştırmada da medeni duruma göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Hastaların **çalışma durumuna** göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; genel olarak çalışmayan hastaların *Sosyal Fonksiyon* alt boyutu dışında diğer alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu gözlendi. *Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Mental Sağlık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Canlılık ve Genel*

Sağlık alt boyut puan ortalamalarının çalışmayan hastalarda çalışan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu saptandı ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8). *SF-36 Ölçeğinin Sosyal Fonksiyon* alt boyut puan ortalamalarının ise çalışma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p = 0,548$; Tablo 4.8). Gronning ve arkadaşları (2010), RA tanısı olan bireylerin çalışma durumunun yaşam kalitelerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada, çalışma hayatının gelir durumu, sağlık güvencesi ve tedavi olanaklarına ulaşım açısından önemli olduğunu ve bireyin yaşam kalitesinin artmasına katkı sağladığını saptamışlardır. Gong ve Mao'nun (2016) kısaltılmış AÖÖ ile yorgunluk, fonksiyon kaybı, öz-yeterlilik algısı ve sosyal desteğin Çin'li RA hastalarının yaşam kalitesi ile ilişkisini inceledikleri araştırmada ve Gamal ve arkadaşlarının (2015) yaptığı diğer bir araştırmada, çalışmayan bireylerin SF-36 ölçeği alt boyut puan ortalamaları çalışan bireylere göre anlamlı farklılıkla düşük bulunmuştur. İş yaşamında başarılı olma ya da başarısızlıklar, kabul görme ya da dışlanma, karşılaşılan olumlu ya da olumsuz durumlar yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkilidir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu 2016). RA, üretkenlik kaybına neden olarak bireylerin iş yaşamında başarılı olmalarını ve kendilerini gerçekleştirilmelerini zorlaştırarak iş yaşamlarını sonlandırmalarına yol açmaktadır (Vilsteren ve ark. 2015). Dirençli ve kötü ilerleyen RA, bireylerin çalışma hayatından çekilerek aile içi rol kaybı yaşamalarına neden olmakta ve sosyal ilişkilerin, statünün bozulması yönüyle de yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Bala ve ark. 2016). Araştırmanın bu bulguları yukarıdaki araştırma bulgularının bazıları ile benzerlik gösterirken bazılarında farklı olduğu gözlemlendi.

Hastaların **gelir durumuna** göre *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; ölçeğin tüm alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının, gelir durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.8). Bireylerin gelir durumunun ekonomik koşulların sağlanabilmesi açısından önemli bir faktör olduğu ve yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkili olduğu bilinse de, iyi bir gelir, tek başına, her zaman yaşam kalitesi üzerinde etkili bir gösterge olamayabilir. Örneğin; bireyin iyi bir geliri varken, zamanı, enerjisinin olmaması ve sağlığının iyi olmaması, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyecektir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Araştırmadan elde edilen bu bulgu, bu literatür bilgisini destekler nitelikte idi. Bununla birlikte, bu bulgudan farklı olarak Gong ve Mao (2016)'nın yaptığı araştırmada gelir durumunun iyi olmasının yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların **yaşı** ile *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)* alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile *Fiziksel Fonksiyon* (negatif yönde, zayıf düzeyde), *Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı ve Canlılık* (negatif yönde, çok zayıf düzeyde) alt boyut puan ortalamaları arasında farklı düzeylerde anlamlı bir ilişki olduğu, yaş ilerledikçe bu alanlarla ilişkili yaşam kalitesinin, fazla olmamakla birlikte, olumsuz yönde etkilendiği görüldü ($p \leq 0,01$; $p \leq 0,5$; Tablo 4.9). Yaş ile *Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$; Tablo 4.9). Akbulut Aktekin ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları araştırmada 60 yaş üzerindeki bireylerin, *Fiziksel Fonksiyon* alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Matcham ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında da *Fiziksel Fonksiyon* alt boyut puan ortalamaları, yaşlı hastalarda anlamlı farklılıkla daha düşük olarak belirlenmiştir. Yaşın artması ile birlikte görülen sağlık sorunları, emeklilik nedeniyle ekonomik sıkıntıların artması, rol kaybı ve yalnızlık gibi faktörler yaşam kalitesini daha çok etkilemektedir. Yaşlılıkta evli olmak ya da sosyal destek sağlayacak yakınlar (çocuk, torun v.b) ile yaşamak yalnızlık algısını yıkarak yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler oluşturabilmektedir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Araştırmanın bu bulgusunda *Canlılık* alt boyutu dışında çoğunluğu fiziksel yaşam alanını yansıtan alt boyut puan ortalamalarının yaş ile negatif yönde ilişkili bulunması, örneklem grubunun yaş ortalamasından çok RA'nın fiziksel fonksiyonları önemli ölçüde kısıtlayan bir hastalık olmasına bağlandı. Yaş ile *Genel Sağlık* alt boyutu dışında çoğunluğu mental yaşam alanını yansıtan alt boyut puan ortalamaları arasında kronik hastalıkla baş etmek zorunda kalmalarına rağmen anlamlı bir ilişki görülmemesi ise araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunluğunun ailesi ya da akraba/yakınları (%93,3; Tablo 4.1) ile yaşamlarının, yaşam kaliteleri üzerine olumlu bir etkisi olarak düşünüldü.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin **hastalık süresi** ile *SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalık süresi ile *Fiziksel Fonksiyon, Canlılık ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde, çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p \leq 0,05$; Tablo 4.9). Hastalık süresinin uzamasının, fazla olmamakla birlikte bu yaşam alanları ile ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görüldü. *Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı* alt boyut puan

ortalamları ile hastalık süresi arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$; Tablo 4.9). Altinkesen ve Gelecek (2011)'in, erken ve geç evre RA tanısı olan hastalarda fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitelerini değerlendirdiği araştırmada, hastalık süresinin fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu saptanmıştır. Hoek ve arkadaşlarının (2015) yaptığı benzer bir çalışmada hastalık süresi ile *SF-36 ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Ağrı ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Gamal ve arkadaşlarının (2015) yaptığı araştırmada ise hastalık süresi ve SF-36 ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Literatürde hastalık süresinin artması ve RA'nın kötü progresyonuna bağlı olarak eklem hasarının önlenememesi ile fiziksel fonksiyon kaybı gelişebilmekte, uzun süre RA hastalık yanıtları ile baş etmek durumunda kalan bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Öte yandan uzun süre RA hastalık yanıtları ile baş etmek zorunda kalan bireyler, baş etme stratejileri geliştirebildiklerinden hastalık süresi yaşam kalitesini çok da etkilemeyebilir (Gamal ve ark. 2015). Araştırmanın bu bulgusu literatür bilgisini desteklemekte olup, araştırma kapsamına alınan bireylerin, hastalık yanıtlarına uyumlarının çok da kötü olmadığını düşündürdü.

Hastaların hastalık özelliklerine göre *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)* alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; **RA nedeniyle hastanede yatma deneyimi** olan hastalarda, *SF-36 Ölçeği* tüm alt boyut puan ortalamalarının, hastanede yatma deneyimi olmayan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu görüldü ($p\leq 0,01$; Tablo 4.10). Kronik hastalığa sahip olan bireylerin tedavisi, hastalığın aktif dönemlerinde hastanede yapılırken, diğer dönemlerde hastanın bakım ve tedavisi evde sürdürülebilmektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2014). RA tanısı olan bireylerin de tedavileri daha çok ayaktan tedavi ünitelerinde uygulanmakla birlikte, hastalık aktivasyonunda ya da sistemik tutulumların gerçekleştiği, ileri tetkik ve tedavinin gerektiği durumlarda hastaneye yatışın gerçekleşmesi, aynı zamanda bu hastaların yaşam kalitesinin de düşeceğinin bir göstergesi olarak ele alınabilir.

Hastaların **RA dışında ek hastalık varlığına göre** SF-36 ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; RA dışında hastalığı olan bireylerin *SF-36 Ölçeği* alt boyut

puan ortalamalarının, ek hastalığı olmayan bireylere göre genel olarak daha düşük olduğu gözlenmekle birlikte bu durumun istatistiksel açıdan yalnızca *Canlılık* alt boyutunda anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p \leq 0,05$; Tablo:4.10). Kronik hastalıkların uzun süreli sağlık sorunlarını da beraberinde getirmesi ve bireylerin bu hastalıklarının yanı sıra bu sorunlarla da baş etmek zorunda kalması depresyona, yorgunluğa neden olabilmekte ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2014). RA tanısı olan bireylerde enerji ya da yorgunluk durumunu yansıtan *Canlılık* yaşam alanının, ek hastalık varlığına göre anlamlı farklılıkla daha düşük puan ortalamasına sahip olması, RA'nın doğasında var olan ve yorgunluğa neden olan eklem inflamasyonu, ağrı, eklem deformiteleri ve fiziksel fonksiyon kısıtlılıklarına farklı hastalıkların eklenmesi ve bu hastalıklarla uzun süre baş etmeye bağlı enerji kaybından kaynaklandığı düşünüldü. Akkaya'nın(2015) farklı bir yaşam kalitesi ölçeği kullanarak yaptığı araştırmada ek hastalığı olan RA tanılı bireylerin yaşam kalitesine ilişkin puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Hastaların **RA hakkında bilgi sahibi olma durumuna** göre SF-36 ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; RA hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların *Fiziksel Fonksiyon*, *Mental Sağlık* ve *Canlılık* alt boyut puan ortalamalarının, RA hakkında bilgi alan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu saptandı ($p \leq 0,05$; Tablo 4.10). *SF-36 Ölçeği* diğer alt boyut puan ortalamalarının ise RA hakkında bilgi alma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0,05$; Tablo 4.10). Parlar ve arkadaşlarının (2010), artritli hastalarda verilen eğitimin bireylerin yetersizlikleri ve yaşam kaliteleri üzerine etkisini irdelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, hastalık hakkında eğitim verilen RA tanılı bireylerin, eğitim öncesine göre SF-36 ölçeğinin *Sosyal Fonksiyon* alt boyutu dışında diğer alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılıkla yükseldiği belirlenmiştir. Hastanın hastalığını kabullenmesi ve uyum sağlaması, fonksiyonel yetersizliğin azalması ve yaşam kalitesinin artırılması, iyi bir tedavinin yanı sıra iyi bir hastalık yönetimi ile mümkün olabilmektedir. Hastanın hastalığının özelliği, nedeni ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesi, tıbbi tedaviye uyumun, egzersiz ve diyetin öneminin vurgulanması, bireyin hastalık yanıtları ile baş edebilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından çok önemlidir (Parlar ve ark. 2010; Karahan ve ark. 2014). Araştırmanın bu bulgularında, bilgi sahibi olma durumuna göre sağlıkla ilişkili yaşam

kalitesinin bazı alt boyut puan ortalamaları anlamlı farklılık gösterirken, bazı alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık görülmemesi, hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade eden hastaların aslında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını düşündürdü.

Araştırmanın yukarıdaki bulgularına göre; kadın cinsiyet faktörü (*Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Canlılık alt boyutlarında*), düşük eğitim düzeyi, boşanmış/dul olma (*Canlılık ve Genel Sağlık alt boyutlarında*), çalışmama (*Sosyal Fonksiyon dışında tüm alt boyutlarda*), ileri yaş (*Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı ve Canlılık alt boyutlarında*) hastalık süresinin uzun olması (*Fiziksel Fonksiyon, Canlılık ve Genel Sağlık*), hastanede yatma (tüm alt boyutlarda) ve hastalık hakkında bilgi sahibi olmama (*Fiziksel Fonksiyon, Mental Sağlık, Canlılık alt boyutlarında*) gibi bireysel ve hastalık özelliklerinin RA tanısı olan bireylerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptandı ve araştırmanın “*RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?*” sorusu cevaplandı.

5.4. RA Tanısı Olan Bireylerin Öz-yeterlilik Algı Düzeyi ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan RA tanısı olan bireylerin, *Artritlerde Öz-etkililik Ölçeği (AÖÖ)* toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)* alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.11).

Hasta bireylerin, *Artritlerde Öz-Etkililik Ölçeği (AÖÖ) toplam* puan ortalaması ile *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)* alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; pozitif yönde orta (*Fiziksel Fonksiyon*), zayıf (*Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Canlılık, Genel Sağlık*) ve çok zayıf (*Mental Sağlık*) düzeylerde anlamlı bir ilişki olduğu ve AÖÖ puanı arttıkça bu alt boyutlara ilişkin yaşam alanlarında algılanan yaşam kalitesinin de arttığı görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11). Gong ve Mao'nun(2016) kısaltılmış AÖÖ ile yaptıkları çalışmada, AÖÖ toplam puan ortalaması SF-36 ölçeğinin tüm alt boyutları ile pozitif yönde, orta düzeyde ilişkili bulunmuştur. Kronik hastalıklarla baş etmek zorunda olan bireylerin, davranış değişikliği yapma konusunda desteklenmeleri ve öz bakımlarını yapabilmeleri gelişmiş öz yeterlilik algısı ile mümkün olabilmektedir. RA ile ilişkili

literatürde öz-yeterlilik kavramı, hastaların hastalığa bağlı ağrı, fiziksel fonksiyonlar ve hastalığın diğer belirtileri ile baş edebilme yeterliliğine ilişkin algıları olarak ifade edilir (Kaynak: Gong ve Mao 2015). Bireylerin yaşamdan beklentileri ve yaşamlarında kendilerini algılama biçimleri arasındaki denge yaşam kalitesini belirlemektedir. Dolayısı ile geliştirilmiş öz-yeterlilik algısı yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilmektedir (Malm ve ark. 2016). Araştırmanın bu bulgusu, bu literatür bilgisini desteklemekte idi.

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin *Ağrıda Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalaması ile *SF-36 Ölçeği* alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, pozitif yönde, zayıf (*Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Kısıtlılığı*) ve çok zayıf (*Ağrı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Canlılık, Genel Sağlık*) düzeylerde anlamlı bir ilişki olduğu, *Ağrıda Öz-etkililik* puanı arttıkça, bu alt boyutlara ilişkin algılanan yaşam kalitesinin de arttığı görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11). Brekk ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında; *Ağrıda Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalaması ile *SF-36 Ölçeği'nin Ağrı, Mental Sağlık, Canlılık ve Genel Sağlık* alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Somers ve arkadaşlarının (2010) benzer bir çalışmasında, *Ağrıda Öz-etkililik*, hastalık şiddeti ve fonksiyonellik ile ilişkili bulunmuş, ağrı ile baş etme yeterliliğine ilişkin algıyı yansıtan *Ağrıda Öz-etkililik* alt boyutu, sosyal aktivite ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Ahlstrand ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında, *Ağrıda Öz-etkililik* alt boyutu günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme performansı ile pozitif yönde, ilişkili bulunmuştur. RA'lı bireyleri hekime yönlendiren en önemli semptom ağrıdır. RA ile ilişkili olarak kronikleşen ağrı, fiziksel fonksiyonları kısıtlayarak hasta bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırarak öz-yeterlilik algılarını olumsuz yönde etkileyen önemli bir etken olmakta ve yorgunluğa, gerginliğe, depresyona yol açarak yaşam kalitelerinin azalmasına neden olabilmektedir (Gök Metin ve Özdemir 2016; Ahlstrand ve ark. 2017). Araştırmanın bu bulgusunun, bu literatür bilgisini destekler nitelikte olduğu görüldü.

Fiziksel fonksiyonlarda yeterliliği gösteren ve *Artritlerde Öz-etkililik Ölçeğinin (AÖÖ)* orijinal formunda tek alt boyut olarak incelenen *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik ve El-Kol Fonksiyonunda Öz-etkililik* alt boyutları ile *SF-36 ölçeğinin* alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında; RA tanısı olan bireylerin

yürüme, desteksiz oturma ve ayağa kalkma, merdiven çıkma gibi fiziksel aktivitelere ilişkin ayak-bacak fonksiyonlarını sürdürebilme algısını yansıtan *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalaması ile *SF-36* ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta (*Fiziksel Fonksiyon*), zayıf (*Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Canlılık, Genel Sağlık*) ve çok zayıf (*Mental Sağlık*) düzeylerde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11). Düğme ilikleme, kavanoz kapağını açmak, sırtı kaşımak, bıçak kullanmak gibi aktivitelere ilişkin el-kol fonksiyonlarını sürdürebilme algısını yansıtan *El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalamaları ile *SF-36* Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf (*Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Genel Sağlık*) ve çok zayıf (*Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık, Canlılık*) düzeylerde ilişki olduğu görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11). Cross ve arkadaşlarının (2006) RA ve Osteoartrit'li hastaların öz-yeterlilik algısı ve sağlık yönetiminin, sağlık durumu ve artrite bağlı kayıplar üzerine etkisini inceledikleri araştırmada *Fiziksel Fonksiyonlarda (El-Kol ve Ayak-Bacak) Öz-etkililik* puan ortalamalarının sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi tüm alt boyutları arasında zayıf ve orta düzeylerde, pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Ji ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında fiziksel fonksiyon kaybı olan hastaların yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Knittle ve arkadaşlarının (2011) öz-yeterlilik algısı ve fiziksel aktivite hedeflerine yönelik başarımın ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceledikleri araştırmada, fiziksel fonksiyonlarını gerçekleştirebileceklerine ilişkin yüksek öz-yeterlilik algısına sahip RA tanılı bireylerin, fiziksel aktivite ile ilgili hedeflerine daha kolay ulaşabildikleri ve bu durumun yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. RA tanısı olan bireylerde öz-yeterlilik, ağrı, fonksiyonel kayıp ve yorgunluk gibi hastalık semptomlarının şiddetine bağlı olarak algılanır (Tewary ve Farber 2014). RA, eklem inflamasyonuna, eklem sertliğine ve harabiyetine, ağrıya, yorgunluğa, uyku düzensizliğine ve sabah tutukluğuna neden olarak, fiziksel fonksiyon kapasitesini kısıtlar ve fiziksel fonksiyon kaybına neden olarak, gerek irreversibl eklem hasarı oluşturması, gerekse eklem dışı tutulum yapması sonucu RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algılarını ve dolayısı ile yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiler (Uğuz ve ark. 2009; Sivas ve ark. 2010; Bala ve ark. 2016; Guo ve ark. 2016; Malm ve ark. 2016). Araştırmanın bu bulguları yukarıdaki araştırma bulguları ile benzerlik gösterirken aynı zamanda literatür bilgisini desteklemekte idi.

RA tanısı olan bireylerin hastalığa bağlı olarak gelişen yorgunlukla baş edebilme ve hastalığı yönetebilme, iş, sosyal aktivitelere katılımı gerçekleştirebilme algılarını yansıtan ***Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik*** alt boyut puan ortalaması ve ***SF-36*** Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; pozitif yönde orta (*Fiziksel Fonksiyon*) ve zayıf (*Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Canlılık, Genel Sağlık*) düzeylerde bir ilişki olduğu görüldü ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11). Brekk ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında ve Cross ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında ise *Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalaması, *SF-36* Ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile pozitif yönde, orta düzeyde ilişkili bulunmuştur. Literatürde, eklem dışı belirtiler arasında RA hastalarını en fazla rahatsız eden sorunlardan birinin yorgunluk olduğu, yorgunluğa sıklıkla ağrı ve fiziksel kısıtlılık gibi semptomların eşlik ettiği ve bu durumun hastaların boş zamanlarını genellikle evde oturarak geçirmelerine neden olduğu, hastaların ağrılarının artacağı düşüncesi ile öz-yeterlilik algısını olumsuz yönde etkileyerek sosyal aktivitelere (alışveriş, piknik, doğa yürüyüşü v.b.) katılımlarını engellediği, dolayısı ile aile ve sosyal ilişkilerini zedelediği ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır (Acar 2013; Gök Metin ve Özdemir 2016). Araştırmanın bu bulgusu bu literatür bilgisini destekler nitelikte idi.

RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısı ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde, farklı düzeylerde ilişki bulunduğu saptandı. Çalışmanın bu bulguları ile araştırmanın “*RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algı düzeyi ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?*” sorusu yanıtlandı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Romatoid Artrit(RA) tanısı olan bireylerde öz-yeterlilik algısı ile yaşam kalitesini belirleyerek aralarındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada;

- ✓ Hastaların yaş ortalamasının $53,82 \pm 12,83$ (18-76) yıl, %49,3'ünün 56 yaş ve üzerinde olduğu, %80'nin kadın, %44,7'sinin ilkokul mezunu, %77,3'nün evli, %86'sının çocuk sahibi olduğu, %90'nın ailesi ile birlikte yaşadığı, %81,7'sinin çalışmadığı, %46,7'sinin gelirinin kısmen yeterli olduğu ve %99'nun sosyal güvencesinin bulunduğu (Tablo 4.1),
- ✓ Hastaların hastalık sürelerinin ortalama $10,96 \pm 8,49$ (1-43) yıl olduğu, %44,44'ünün RA dışında ek hastalığının bulunduğu ve bu hastaların %54,89'unun kardiyovasküler sorununun olduğu, %48,7'sinin RA tedavisi dışında ek ilaç kullandığı, %26,7'sinin RA nedeniyle hastaneye yattığı, %43,3'ünün RA hakkında bilgi sahibi olduğu, bilgi kaynağının %66,14 oranı ile internet olduğu (Tablo 4.2),
- ✓ Hastaların Artritlerde Öz-etkililik Ölçeği (AÖÖ) toplam puan ortalamasının $106,39 \pm 40,31$ olduğu, en düşük puan ortalamasının *Ağrıda Öz-Etkililik* ($22,17 \pm 12,40$) en yüksek puan ortalamasının ise *El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik* ($32,58 \pm 13,79$) alt boyutu olduğu (Tablo 4.3),
- ✓ Kadın hastaların AÖÖ toplam ve *Ayak- Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik*, *El-Kol Fonksiyonunda Öz-etkililik* ve *Diğer Belirtilerde Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamalarının, erkek hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p \leq 0,01$) *Ağrıda Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamalarının ise cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p > 0,05$; Tablo 4.4),
- ✓ Okuryazar olan hastaların AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu gözlenirken, lise mezunu hastaların AÖÖ toplam ve *Ağrıda Öz-etkililik*, *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik*, *El-Kol Fonksiyonunda Öz-etkililik*; lisans ve üzeri mezunu olan hastaların *Diğer Belirtilerde Öz-*

Etkililik alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu ($p \leq 0,01$; Tablo 4.4),

- ✓ Hastaların medeni durumuna göre *AÖÖ* toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($p > 0,05$; Tablo 4.4),
- ✓ Çalışmayan hastaların *AÖÖ* toplam ve *Ayak- Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik*, *El-Kol Fonksiyonunda Öz-etkililik* ve *Diğer Belirtilerde Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamalarının, çalışan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p \leq 0,01$), *Ağrıda Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamalarının ise çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p > 0,05$; Tablo 4.4),
- ✓ Gelir durumu yetersiz olan hastaların *AÖÖ* toplam puan, *Ayak- Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik* ve *Diğer Belirtilerde Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamalarının, gelir durumu yeterli ya da kısmen yeterli hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu ($p \leq 0,01$), *Ağrıda Öz-etkililik* ve *El-Kol Fonksiyonunda Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamalarının ise gelir durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p > 0,05$; Tablo 4.4),
- ✓ Hastaların yaşı ile *AÖÖ* toplam puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde, *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik* alt boyut puan ortalaması arasında da negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p \leq 0,01$; Tablo 4.5),
- ✓ Hastalık süresi ile *AÖÖ* toplam, *Ağrıda Öz-etkililik*, *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-etkililik* alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p \leq 0,05$; Tablo 4.5),
- ✓ RA nedeniyle hastanede yatma ve RA hakkında bilgi alma durumlarına göre *AÖÖ* toplam ve alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($p > 0,05$), buna karşın, RA dışında ek hastalığı olanların *AÖÖ* toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, RA dışında ek hastalığı bulunmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu ($p \leq 0,01$; Tablo 4.6),

- ✓ Hastaların *Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SF-36)* ölçeğinden en düşük puan ortalamasını *Fiziksel Rol Kısıtlılığı (33,06±42,46)* alt boyutundan, en yüksek puan ortalamasını ise *Sosyal Fonksiyon (64,56±35,90)* alt boyutundan aldığı (Tablo 4.7),
- ✓ Kadın hastaların *SF-36 ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Ağrı ve Canlılık* alt boyut puan ortalamalarının, erkek hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8),
- ✓ Ortaokul mezunu olan hastaların *SF-36 ölçeği Fiziksel Rol Kısıtlılığı* alt boyutu; lise mezunu olan hastaların *Emosyonel Rol Kısıtlılığı* alt boyutu; lisans ve üzeri mezunu hastaların ise *Fiziksel Fonksiyon, Mental Sağlık ve Canlılık* alt boyut puan ortalamalarının, diğer eğitim durumlarına sahip hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu ($p \leq 0,01$; Tablo 4.8),
- ✓ Boşanmış/dul hastaların *SF-36 ölçeği Canlılık ve Genel Sağlık* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının evli ve bekar hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8),
- ✓ Çalışmayan hastaların *Sosyal Fonksiyon* alt boyut puan ortalaması dışındaki *SF-36 ölçeği* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının, çalışan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$; Tablo 4.8),
- ✓ Gelir durumuna göre *SF-36 ölçeği* alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($p > 0,05$; Tablo 4.8),
- ✓ Hastaların yaşı ile *SF-36 ölçeği Fiziksel Fonksiyon* alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf; *Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı ve Canlılık* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları arasında *negatif yönde, çok zayıf düzeylerde* bir ilişki olduğu ($p \leq 0,05$; Tablo 4.9),
- ✓ Hastalık süresi ile *SF-36 ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Canlılık ve Genel Sağlık* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeylerde bir ilişki olduğu ($p \leq 0,05$; Tablo 4.9),

- ✓ RA nedeniyle hastanede yatma deneyimi olan hastaların *SF-36* ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının hastanede yatma deneyimi olmayan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu ($p \leq 0,01$; Tablo 4.10),
- ✓ RA dışında ek hastalığı bulunan hastaların, *SF-36* ölçeği *Canlılık* alt boyut puan ortalamasının, RA dışında ek hastalığı bulunmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$; Tablo 4.10),
- ✓ RA hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların *SF-36 ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Mental sağlık ve Canlılık* alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının, RA hakkında bilgi sahibi olan hastalara göre anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu ($p \leq 0,05$; Tablo 4.10),
- ✓ Artritlerde Öz-Etkililik Ölçeği (*AÖÖ*) toplam puan ortalamaları ile Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (*SF-36*) Ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; *Fiziksel Fonksiyon* (pozitif yönde, orta düzeyde), *Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Canlılık, Genel Sağlık* (pozitif yönde, zayıf düzeyde) ve *Mental Sağlık* (pozitif yönde, çok zayıf düzeyde) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11).
- ✓ *AÖÖ*'nün *Ağrıda Öz-Etkililik alt boyut puan ortalaması* ile *SF-36 Ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Kısıtlılığı* (pozitif yönde, zayıf düzeylerde), *Ağrı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Canlılık, Genel Sağlık* (pozitif yönde, çok zayıf düzeylerde) alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu olduğu ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11).
- ✓ *AÖÖ*'nün *Ayak-Bacak Fonksiyonunda Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalaması ile *SF-36 Ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon* (pozitif yönde, orta düzeyde), *Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Canlılık, Genel Sağlık* (pozitif yönde, zayıf düzeylerde) ve *Mental Sağlık* (pozitif yönde, çok zayıf düzeylerde) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu olduğu ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11).

- ✓ AÖÖ'nün *El-Kol Fonksiyonunda Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalaması ile *SF-36 Ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Genel Sağlık* (pozitif yönde, zayıf düzeylerde), *Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık, Canlılık* (pozitif yönde, çok zayıf düzeylerde) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu olduğu ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11).
- ✓ AÖÖ'nün *Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik* alt boyut puan ortalaması ile *SF-36 Ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon* (pozitif yönde, orta düzeyde), *Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı, Canlılık, Genel Sağlık* (pozitif yönde, zayıf düzeylerde) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p \leq 0,01$; Tablo 4.11) saptandı.

Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde;

AÖÖ'den alınabilecek puanların 20-200 arasında olduğu ve puanlar yükseldikçe öz-yeterlilik algısının arttığı dikkate alındığında, araştırma kapsamına alınan RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algılarının ortalama değerlerde kaldığı görüldü. Kadın cinsiyet faktörü, düşük eğitim yılı, çalışmama, gelir durumunun yetersiz olması, ileri yaş, hastalık süresinin uzun olması ve ek hastalık varlığı gibi bireysel ve hastalık özelliklerinin, RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısını olumsuz yönde etkilediği saptandı (Tablo 4.3; Tablo 4.4; Tablo 4.5; Tablo 4.6).

SF-36 ölçeğinden alınabilecek puanların 0-100 arasında olduğu dikkate alındığında, *Sosyal Fonksiyon* alt boyutu dışında tüm alt boyutların ortalama değerinde puan ortalamasına sahip olduğu, dolayısı ile araştırma kapsamına alınan RA tanısı olan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin iyi olmadığı görüldü. Kadın cinsiyet faktörü (*Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Canlılık alt boyutlarında*), boşanmış/dul olma (*Canlılık ve Genel Sağlık alt boyutlarında*), çalışmama (*Sosyal Fonksiyon dışında tüm alt boyutlarda*), ileri yaş (*Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı ve Canlılık alt boyutlarında*) hastalık süresinin uzun olması (*Fiziksel Fonksiyon, Canlılık ve Genel Sağlık*), hastanede yatma (tüm alt boyutlarda) ve hastalık hakkında bilgi sahibi olmama (*Fiziksel Fonksiyon, Mental Sağlık, Canlılık alt boyutlarında*) gibi bireysel ve hastalık özelliklerinin RA tanısı olan bireylerde yaşam kalitesini kötüleştirdiği belirlendi (Tablo 4.7; Tablo 4.8; Tablo 4.9; Tablo 4.10).

RA tanısı olan bireylerin AÖÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile SF-36 ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında çok zayıf, zayıf ve orta düzeylerde, pozitif yönde ilişki saptandı ve hastaların öz-yeterlilik algısının yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirlendi (Tablo 4.11).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ RA tanısı olan bireylerin öz-yeterlilik algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilerek bakım planlarında dikkate alınması,
- ✓ RA tanısı olan bireylere özgü hemşirelik bakım planı oluştururken, öz-yeterlilik algısı ve yaşam kalitesini etkilediği belirlenen kadın cinsiyet faktörü, düşük eğitim düzeyi, çalışmama durumu, ileri yaş, hastalık süresi ve ek hastalık varlığı gibi bireysel ve hastalık özelliklerinin dikkate alınması,
- ✓ Çalışmanın farklı kurumlarda tekrarlanması önerildi.

KAYNAKÇA

- Acar, M. (2013). Romatoid Artrit, Osteoartrit, Fibromiyalji Hastalarında Fiziksel Uygunluk ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *T.C. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.*
- Acaroğlu,R., Şendir,M. vee Kaya, H. (2008). Hemşirelik Süreci. İçinde K. Babadağ ve T. Atabek Aştı (Eds.), *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 8-20.
- Ağıllı, M., Ekinci, Ş., Aydın, F., Şener, İ., Parlak, A. ve Yaman, H. (2014). Anti-siklik Sitrülinlenmiş Peptid/Protein (Anti-CCP) ve Romatoid Artrit Tanısındaki Değeri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,**13(1)**: 83-88.
- Ahlstrand, I., Vaz, S., Falkmer, T., Thyberg, I., and Björk, M. (2017). Self-efficacy and pain acceptance as mediators of the relationship between pain and performance of valued life activities in women and men with rheumatoid arthritis. *Clinical Rehabilitation*, **31(6)**: 824–834.
- Akar, S., Birlik, M., Gürler, O., Sarı, I., Onen, F., Manisalı, M. ve ark. (2004). The prevalence of rheumatoid arthritis in an urban population of Izmir-Turkey. *Clinical Exp Rheumatol*,**22(4)**: 416-420.
- Akbulut Aktekin,L.,Eser,F., Sivas,F., Keskin,D., Ergün,Ö. Ve Bodur,H.(2008). Altmış Yaş Üstü ve Altı Romatoid Artrit’li Hastalarda Hastalık Aktivitesi ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.Turkish Journal of Geriatrics, **11**:181-184.
- Akça Ay.(2013). Kuram Nedir? Mesleki Kuramlar ve Teorisyenler. İçinde F. Akça Ay (Ed.), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler (5.Baskı)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;30-44.
- Akgün Şahin, Z. ve Bülbül, D. (2014). Romatoid artrit hastalarında öz-etkililik algısının belirlenmesi. *İzmir Tıp Dergisi*, (3), 16-22. 5 Temmuz 2015, <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/izunitipder/article/view/1053000075>.
- Akkoç, N. (2010). Türkiye'de Romatizmal Hastalıkların Epidemiyolojisi ve Diğer Ülkelerle Karşılaştırılması. *RAEDdergisi*, **2**: 1-8.

- Akkoç, N. ve Akar, S. (2006). Epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Turkey. *Clinical Rheumatology*, 25(4):560–561.
- Aksayan, S. ve Gözüm, S. (1998). Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılıp Sürdürülmesinde Öz-etkililik Algısının Önemi. *C.U. Hemşirelik Y.O. Dergisi*, 2(1): 35-43.
- Alamnos, Y. and Drosos, A. A. (2005). Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmunity Reviews*, 4: 130– 136.
- Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A.J., Funovits, J., Felson, D.T., Bingham, C.O. ve ark. (2010) Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. *Arthritis & Rheumatism*, 62(9):2569–2581.
- Alpizar-Rodríguez, D. and Finckh, A. (2017). Environmental factors and hormones in the development of rheumatoid arthritis. *Seminars in Immunopathology*, 39(4): 461-468.
- Altınkesen, E. ve Gelecek, N. (2011). Functional status and quality of life in patients with early and late stage rheumatoid arthritis. *Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi*, 22(2):93-99.
- Arnett, F.C., Edworthy, S.M., Bloch, D.A., Micshane, D.J, Fries, J.F, Cooper, N.S. ve ark. (1988). The American Rheumatism Association 1987 Revised Criteria For The Classification Rheumatoid Arthritis. *Arthritis And Rheumatism*, 31(3): 315-323.
- Arslan Cebeci, S., Genç, H., Erdem, H.R., Nacı, B. ve Karagöz , A. (2012). Romatoid Artritli Kadın Hastalarda Seksüel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 58: 36-46.
- Atcı, Z. (2004). Romatoid Artrit'li Hastalarda Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.*
- Aurrecoechea, E., Díaz, L.J., Lizuain, M.L.D., McGwin Jr, G., and Alen, J. (2017) Gender-associated comorbidities in rheumatoid arthritis and their impact on outcome: data from GENIRA. *Rheumatol International*, 37: 479–485.

- Aydiner Boylu, A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, **8(15)**: 137-150.
- Azevedo, A.F.B., Petribú, K.C.L., Lima, M.N, Silva, A.S., Filho, J.A.R., Araújo Mariano, M.H.Q. and & Rushansky, E. (2015). Quality of life of patients with rheumatoid arthritis under biological therapy. *Rev Assoc Med Bras*, **61(2)**:126-131.
- Bala, S.V., Samuelson, K., Hagell, P., Fridlund, B., Forslind, K., Svensson, B. Ve ark. (2016). Living with persistent rheumatoid arthritis: a BARFOT study. *Journal of Clinical Nursing*, **26**: 2646–2656.
- Barlow, J.H., Cullen, L.A. ve Rowe, I.F. (2002). Educational Preferences Psychological Well Being and Self Efficacy Among People with Rheumatoid Arthritis. *Patient Education and Counselling*. **46**:11-19.
- Bes, C. (2015). Romatoid Artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı. *RAED dergisi*, **7(2)**: 41-46.
- Bilsel, N., Gökçe, A., Kesmez Acar, H., Mumcuoğlu, E. ve Özdoğan, H. (2008). Juvenil Romatoid Artrit Hastalığında Total Kalça Artroplastisinin Uzun Dönem Sonuçları. *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica*, **42(2)**:119-124.
- Bodur, H., Borman, P., Alper, B., ve Keskin, D. (2011). Work Status and Related Variables in Patients with Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis. *Turk Journal Rheumatol*, **26(2)**:94-102.
- Brady, T. J. (2011). Measures of Self-Efficacy. *Arthritis Care & Research*, **63(11)**:473–485.
- Brasington, R.D. (2008). Clinical features of rheumatoid arthritis. İçinde M.C. Hochberg, A.J. Silman, J.M.E. Weinblatt ve M.H. Weis (Eds.), *Rheumatology Fourth*. London= Mosby Elsevier:763-781.
- Brekke, M., Hjortdahl, P. and Kvien, T. (2001). Self efficacy and health status in Rheumatoid Arthritis: a two year longitudinal observational study. *Rheumatology*, **40**:387-392.

- Bulechek G.M.,Butcher H.K.,Dochterman J.M. ve Wagner C. (2017). *Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması. F.Erdemir, S.Kav ve A.Akman Yılmaz(Çev Ed.)*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2013). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı. F. Erdemir (Ed.)*.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Cevheroğlu, S. (2014). *Total Parenteral Beslenen Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. T.C İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Cevheroğlu, S. ve Acaroğlu, R. (2015). Total Parenteral Beslenen Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2): 96-104.
- Chorus, A.M.J., Miedema, H.S., Boonen, A. and Linden, S. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Ann Rheum Dis*, **62**:1178–1184. Erişim 21.11.2017, <http://ard.bmj.com>
- Cross, M.J., March, L.M., Lapsley, H.M., Byrne, E. and Brooks, P.M. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control:relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, **45**:92–96.
- Çalgüneri, M., Üreten, K., Öztürk, M.A., Onat, A.M., Ertenli, I., Kiraz, S. ve ark. (2006). Extra-articular manifestationsof rheumatoid arthritis: Results of auniversity hospital of 526 patients in Turkey. *Clinical and Experimental Rheumatology*, **24**:305-308.
- Çapkın, E., Çakırbay , H., Karkucak, M., Topbaş, M., Serdaroğlu, M., Güler, M. ve ark. (2010). Prevalence of rheumatoid arthritis in the eastern Black Sea. *International Journal of Rheumatic Diseases*, **13(4)**: 380–384.
- Çelik, M., Kalyoncu, U. ve Güzelsağaltıcı, H. (2013). Hatay bölgesindeki romatoid artritli hastaların tedavi sürecini etkileyen motivasyon faktörlerinin araştırılması. *Gaziantep Tıp Dergisi*, **19(2)**:108-114.
- Dalkılıç, E. ve Coşkun, B. N. (2015). Romatoid artritte kardiyovasküler risk ve risk yönetimi. *RAED dergisi*, **7(2)**: 47-52.

- Demirel, A. ve Kırnay, M. (2010). Romatoid Artrit Tedavisinde Geleneksel Ve Güncel Yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **19(1)**:74-84.
- Dilşen, N. (2007). Romatoid Artrit. İçinde: *İç Hastalıkları*. Büyüköztürk, K., Atamer, T., Dilmener, M., Erzengin, F., Kaysı, A. ve Ökten, A. (Eds.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2709-2010.
- Doğan, N., Görüş, S., ve Demir, H. (2016). Osteoartritli bireylerin ağrı ve öz etkililik düzeyleri. *Agri*, **28(1)** :25–31.
- ElMansoury, T.M., Taal, E., AbdelNasser, A.M., Riemsma, R.P., Mahfouz, R., Mahmoud, A.J., El-Badawy, S.A. ve Rasker, J.J. (2008). *Clinical Rheumatology*, **27**:1109–1118.
- Entezami, P., Fox, D.A., Clapham, P.J., and Chung, K.C. (2011). Historical Perspective on the Etiology of Rheumatoid Arthritis. *Hand Clinic*, **27(1)**: 1–10.
- Eser, E. (2004). Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı*, İzmir, 8-10 Nisan 2010.
- Fidaner, C. (2004). Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi. *1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı*, İzmir, 8-10 Nisan 2010.
- Fiest, K.M., Hitchon, C.A., Bernstein, C.N., Peschken, C.A., Walker, J.R., Graff, L.A. ve ark. (2017). Systematic Review and Meta-analysis of Interventions for Depression and Anxiety in Persons With Rheumatoid Arthritis. *Journal of Clinical Rheumatology*, **23(8)**: 425-434.
- Fresko, İ. (2003). Romatoid Artrit ve Seronegatif Spondartritlerin Tedavi Prensipleri. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Romatoloji Hastalıkları Sempozyum Dizisi*, **34**: 55-61.
- Gamal, R.M., Mahran, S.A., El Fetoh, N.A. and Janbi, F. (2016). Quality of life assessment in Egyptian rheumatoid arthritis patients: Relation to clinical features and disease activity. *The Egyptian Rheumatologist*, **38**: 65–70
- Gibofsky, A. (2012). Overview of Epidemiology, Pathophysiology and diagnosis of rheumatoid arthritis. *The American Journal of Managed Care*, **13**: 295-302.

- Goncalves, D., Bernardes, M. and Costa, L. (2017). Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis – Cross-sectional study. *Reumatologia Clinica*, 1-7.
- Gong, G. and Mao, J. (2016). Health-Related Quality of Life Among Chinese Patients With Rheumatoid Arthritis. *Nursing Research*, **65(1)**: 55–67.
- Göçmen D.,Eken Gedik,D., Bulunmaz,İ., Kafkaslı,A.İ., Mert,M.,Kandemir,A. ve ark.(2011).Romatoid Artrit Tanısıyla İzlenen Hastalarımızın Klinik, Laboratuvar ve Demografik Özellikleri:Beş Yıl İzlem Süreli Gözlemsel Çalışma. Fırat Tıp Dergisi, **16**: 55-59
- Gök Metin, Z. ve Özdemir, L. (2016). Romatoid Artritte Ağrı ve Yorgunluğun Yönetiminde Aromaterapi ve Refleksolojinin Kullanımı. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*,**13(1)**: 44-49.
- Grønning, K., Bratås, O. and Steinsbekk, A. (2016). Which Factors Influence Self-Efficacy in Patients with Chronic Inflammatory Polyarthritis? *Musculoskeletal Care*, **14**: 77-86.
- Grønning, K., Rødevand, E. ve Steinsbekk, A. (2010). Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*, **29**:1317–1322.
- Guo, G., Fu, T., Yin, R., Zhang, L., Zhang, Q., Xia, Y. ve ark. (2016). Sleep quality in Chinese patients with rheumatoid arthritis: contributing factors and effects on health-related quality of life. *Guo et al. Health and Quality of Life Outcomes*, **14**:151-158.
- Hamuryudan, V. (2005). Romatoid Artrit. İçinde H. Yazıcı, V. Hamuryudan ve A. Sonsuz (Eds.), *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 966-976.
- Hasanefendioğlu, E. Z. , Sezgin, M. , Sungur, M. A. , Çimen, Ö. , İncel, N. , ve Şahin, G. (2012). Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi: Ağrı, Klinik ve Fonksiyonel Durumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, **58**: 93-98.

- Herdman, H. ve Kamitsuru S. (2018). *Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017*. R. Acaroğlu ve H. Kaya (Çev Ed.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Hsin-Hua,C., Der-Yuan,C., Yi-Ming,C. and Kuo-Lung,L.(2017). Health-related quality of life and utility: comparison of ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus patients in Taiwan. *Clinical Rheumatology*, **36**:133–142.
- Hindistan, S. ve Ergüney, S. (2008). Romatoid Artritli Hastalara Verilen Eğitimin Ağrı Düzeylerine, Psikolojik Belirtilerine ve Yardım Arama Tutumlarına Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11 (3)**: 69-76.
- Hoek, J., Roorda, L.D., Boshuizen, H.C., Tjhuis, G.J., Bos, G.A. and Dekker, J. (2016). Physical and Mental Functioning in Patients with Established Rheumatoid Arthritis over an 11-year Followup Period: The Role of Specific Comorbidities. *The Journal of Rheumatology*. **43(1)** : 307-316.
- İnanç, N. (2013). Romatoid artritte akciğer tutulumu. *RAED dergisi*, **5(1)**: 13-19.
- İnanır, A., Okan, S. ve Yıldırım, E. (2013). Romatoid Artritli Hastalarda Postüral Denge ve Düşme Riskinin Değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **38(1)**: 72-77.
- Jacob, L., Rockel, T. ve Kostev, K. (2017). Depression Risk in Patients with Rheumatoid Arthritis in the United Kingdom. *Rheumatol Ther*, **4**:195–200
- Ji,J.,L.Zhang.,Q.,Zhang, Yin R., T.,Fu, Li,L. and Gu,Z. (2017). Functional disability associated with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Health and Quality of Life Outcomes* , **15**: 1-7.
- June, R. R. ve Moreland, L. W. (2016). Rheumatoid Arthritis. İçinde I. J. Benjamin, R. C. Griggs, E. J. Wing ve G. Fitz (Eds.), *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials Of Medicine Ninth Edition*. Toronto: Elsevier Saunders: 770-774.
- Kaçar, C., Gilgil, E., Tuncer, T., Bütün, B., Urhan, S., Arıkan, V. ve ark.(2005). Prevalence of rheumatoid arthritis in Antalya, Turkey. *Clinical Rheumatology*, **24(3)**: 212-214.
- Källberg, H., Ding, B., Padyukov, L., Bengtsson, C., Rönnelid, J., Klareskog, L. ve ark. (2011). Smoking is a major preventable risk factor for Rheumatoid arthritis

- Estimations of risks after various exposures to cigarette smoke. *Ann Rheum Dis*, **70(3)**: 508–511
- Kara, B. (2012). Hemodiyalize Giren Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Öncelikli Sorunlardan Biri: Yaşam Kalitesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **11(5)**: 631-638.
- Kara, N. (2012). Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *T.C. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan*.
- Karahan, A.Y., Bağcı, S., Salbaşı, E., Erol, K., Karpuz, S. ve Küçük, A. (2014). Romatoid Artrit Olgularının Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. **5 (3)**: 429-434.
- Karakoç Kumsar, A. ve Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* **2(2)**: 62-71.
- Karateke, A., Keskin Kurt, R., Paksoy, H. ve Erman Yağız, A. (2014). Romatoid artrit ve gebelik: 15 olgu sunumu. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **11(4)**: 116 - 119.
- Kaya, N. (2008). Romatoid Artiritli Bireyin Hemşirelik Tanılaması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **16(63)**: 195-206.
- Kaya, N. (2008). Yaşam Modeli. İçinde K. Babadağ ve T. Atabek Aştı (Eds.), *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 1-7.
- Kaya, N. (2012). Romatoid Artrit ve Bakım. İçinde Z. Durna (Ed.), *Kronik Hastalıklarda Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 441-461.
- Kaya, N. (2014). Hemşirelik Süreci Hemşirelik Tanılaması. İçinde T. Atabek Aştı ve A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 137-175.

- Kaya, N. ve Babadağ, K. (2004). Romatoid Artritli Bireylerde Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **13(53)**: 52-71.
- Kaya,T., Karatepe,A.G.,Günaydın,R.,Türkmen,G. ve Özbek,G. (2007). Romatoid Artritli Hastalarda Yaşam Kalitesi: Hastalık Aktivitesi, Fonksiyonel Durum ve Sağlık Durumu ile İlişkisi. *Romatizma*, **22**: 119-122.
- Kiper, S. ve Sunal , N. (2009). Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **10**: 33-39.
- Knittle, K.P., Gucht, V., Hurkmans, E.J., Vliet Vlieland, T.P.M., Peeters, A.J., Runday, H.K. ve ark. (2011). Effect of Self-Efficacy and Physical Activity Goal Achievement on Arthritis Pain and Quality of Life in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*, **63(11)**: 1613–1619.
- Kocaman,N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, **71 (2)**: 52-58.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N., Fişek, G. ve Memiş, A. (1999). KISA FORM 36(KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Geçerliliği ve Güvenilirliği Romatizmal Hastalığı olan Bir Grup Hasta ile Çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, **12(2)**: 102-109.
- Kool,M.B. ve Geenen,R.(2012). Loneliness in Patients with Rheumatic Diseases:The Significance of Invalidation and Lack of Social Support. *The Journal of Psychology*,**146**: 229–241.
- Köybaşı, M., Ayhan, F., Borman, P. and Yorgancıoğlu, R. (2011). Problems of Self-Care Activities Encountered in Rheumatoid Arthritis and Their Relationship with Disease Activity and Hand Deformity. *Turk Journal Rheumatology*, **26(2)**: 89-93.
- Kurt, E., Özdilli, K. ve Yorulmaz, H. (2013). Romatoid Artrit'li Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, **50**: 202-208.
- Kültür, T. (2015). Romatoid Faktör ve Anti Siklik Sitrülin Peptid Antikor Testlerinin Romatoid Artrit Tanı ve Takibindeki Önemi. *KÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **17(3)**: 29-33.

- Lorig K, Chastain RL, Ung E et al. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis & Rheumatism* **32(1)**:37-44.
- Lu, B., Hiraki, L., Sparks, J.A., Malspeis, S., Chen, C.-Y., Awosogba, J.A. ve ark. (2014). Being overweight or obese and risk of developing rheumatoid arthritis among women= a prospective cohort study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, **73**: 1914–1922.
- Macgregor, A.J., Snieder, H., Rigby, A.S., Koskenvuo, M., Kaprio, J., Aho, K. ve ark. (2000). Characterizing The Quantitative Genetic Contribution To Rheumatoid Arthritis Using Data From Twins. *Arthritis & Rheumatism*, **43(1)**: 30-37.
- Madenci E, Güler M, Tosun M ve Cakirbay H.(2002). Prevalence of Rheumatoid Arthritis In A Sample Of The Turkish population. *Pain Clinic*, **25**: 325–330.
- Mäkeläinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. and Pietilä, A. (2007). A Survey of Rheumatoid Arthritis Patients Self-Efficacy. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, **9(2)**: 1-9.
- Malm, K., Bremander, A., Arvidsson, B., Andersson, M.L.E., Bergman, S., And Larsson, I. (2016). The influence of lifestyle habits on quality of life in patients with established rheumatoid arthritis-A constant balancing between ideality and reality. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, **11**: 1-10. Erişim :21.05.2017, <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30534>
- Matcham, F., Scott, I.C., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G.H., Norton, S. ve ark. (2014). The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF 36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, **44**: 123–130.
- McInnes, L.B. and Schett, G. (2011). The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *New England Journal of Medicine*, **365(23)**: 2205-2219.
- McKenna, S., Donnelly, A., Fraser, A., Comber, L. and Kennedy, N. (2017). Does exercise impact on sleep for people who have rheumatoid arthritis? A systematic review. *Rheumatology International*, **37(6)**: 963–974.

- Mollaoğlu, M. ve Bağ, E.(2009). Self-efficacy of hemodialysis patients and the affecting factors. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **72**: 37-42.
- Mollaoğlu, M. (2007). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. *Klinik Uygulamalarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kongre Özet Kitabı*, İzmir, 5-7 Nisan 2007.
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi Üroonkoloji derneği 2004 güz dönemi konuşması. *Üroonkoloji Bülteni*, **1**: 25-29.
- Ovayolu Uçan, Ö., Ovayolu, N. and Karadağ, G. (2011). The relationship between self-care agency, disability levels and factors. *Journal of Clinical Nursing*, **21**: 101-110.
- Özkaraman, A., Özer , S. and Balcı Alparslan, G. (2012). Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy adaptasyon Modelinin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1(3)**: 138-152.
- Özsaban, A., & Acaroğlu, R. (2015). Yoğun Bakım Hastalarında Deliryum ve Yaşam Modeli Doğrultusunda Bakımı. *F.N. Hem. Derg.*, **2**:146-151.
- Parlar,S.,Fadıloğlu,Ç.,Argon,G. ve Keser,G.(2010). Artritli Hastalarda Bireysel Hastalık Yönetiminin Hastaların Yetersizlik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal Medicine Science*, **30(4)**:1236-1245.
- Pınar, R.(2012). Türkiye'de Hemşirelik Alanında Yaşam Kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı*, Manisa, 4 Mayıs 2012.
- Prete, M., Racanelli, V., Digiglio, L., Vacca, A., Dammacco, F. and Perosa, F. (2011). Extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis: An update. *Autoimmunity Reviews*, **11**: 123-131.
- Primdahl, J., Wagner, L., & Hørslev-Petersen, K. (2010). Self-efficacy in Rheumatoid Arthritis: Translation and Test of Validity, Reliability and Sensitivity of the Danish Version of the Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Questionnaire (RASE). *Muscoletal Care*, **8**: 123-135.
- Purabdollah, M., Lakdizaji, S., Rahmani, A., Hajalilu, M., & Ansarin, K. (2015). Relationship between Sleep Disorders, Pain and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Caring Sciences*, **4(3)**: 233-241.

- Reinseth, L., Uhlig, T., Kjekken, I., Koksvik, H.S., Skomsvoll F. J., and Espnes, G.A. (2011). Performance in leisure-time physical activities and self-efficacy in females with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, **18**:210–218.
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. (1996). *The Elements of Nursing*. 4 Edition. Newyork: Churcill Livingstone.
- Ryan, S. (2014). Psychological effects of living with Rheumatoid Arthritis. *Nursing Standard / Rcn Publishing*, **29(13)**: 52-59.
- San Türgay,A.(2013).Hasta Bakım Süreci. İçinde F. Akça Ay (Ed.), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler (5.Baskı)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri:92-101.
- Sande, M., Hair, M., Leij, C., Klarenbeek, P., Bos, W., Smith, M. Ve ark. (2010). Different stages of rheumatoid arthritis: features of the synovium in the preclinical phase. *Ann Rheum Dis*, **70**:772–777. Erişim 30.11.2016,
- Savran , Y. ve Akkoç, N. (2005). Romatoid Artrit Tedavisi. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, **12(4)**: 167-174.
- Scott, D. L., Wolfe, F. and Huizinga, T. W.J. (2010). Rheumatoid arthritis. *Lancet*, **376**: 1094-1108.
- Senra, H., Rogers, H.,Leinbach,G.,Altamara, M.L.P.,Plaza, S.L.O. and Perrin,P.(2014).Health-related quality of life and depression in a sample of Latin American adults with rheumatoid arthritis. *International Journal of Rheumatic Diseases*, **20(11)**: 1684-1693.
- Sergek, E. ve Sertbaş, G. (2006). SSK Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Öz-Etkililik, Yeterlilik Düzeyleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9 (1)**: 41-48.
- Sivas, F., Akbulut Aktekin, L., Eser, F., Yurdakul, F.G., Öksüz, E., Özoran, K. ve ark.(2010). Comparative Results of DAS28 and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia. *Turk Journal Rheumatology*, **25**:179-183.

- Smarr, K., Parkec, J.C., Wright, G.E., Stucky-Ropp, R.C., Buckelew, S.P. ve ark. (1997). The Importance of Enhancing Self-Efficacy in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research* **10(1)**:18-25.
- Solak, Ö. , Dündar, Ü. , Seçil Demiral, Ü. , Fidan, F. , Yiğit Gökçe, İ. ve Ünlü, M. (2009). Romatoid Artrit Hastalarının Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi İle Değerlendirilmesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, **55**: 107-110.
- Somers, T.J., Shelby, R.A., Keefe, F.J., Godiwala, N., Lumley, M.A., Mosley-Williams, A. ve ark. (2010). Disease Severity and Domain-Specific Arthritis Self-Efficacy: Relationships to Pain and Functioning in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*, **62(6)** : 848–856.
- Stamp, L.K, James, M.J, and Cleland, L. G. (2005). Diet and Rheumatoid Arthritis: A Review of the Literature. *Semin Arthritis Rheumatism*, **35**:77-94
- Stolt, P., Bengtsson, C., Nordmark, B., Lindblad, S., Lundberg, I., Klareskog, L. ve ark. (2003). Quantification of the influence of cigarette smoking on rheumatoid arthritis: results from a population based case-control study, using incident cases. *Ann Rheum Dis*, **62**:835–841
- Strahl, C., Kleinknecht, R.A. and Dinnel, D.L. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behaviour Research and Therapy* , **38**: 863-873.
- Strand, V., Tugwell, P., Bombardier, C., Maetzel, A., Crawford, B., Dorrier, C. ve ark. (1999). Function And Health-Related Quality Of Life. *Arthritis & Rheumatism*, **42(9)**: 1870-1878.
- Svendsen, A.J, Kyvik, K.O., Houen, G., Junker, P., Christensen, K., Christiansen, L. ve ark (2013). On the Origin of Rheumatoid Arthritis: The Impact of Environment and Genes—A Population Based Twin Study. *PLOS ONE*, **8(2)**: e57304. Erişim: 21.05.2017, www.plosone.org.
- Taneja, V., Behrens, M., Basal, E., Sparks, J., Griffiths, M.M., Luthra, H. and ark. (2008). Delineating the Role of the HLA-DR4 "Shared Epitope" in Susceptibility versus Resistance to Develop Arthritis. *The Journal of Immunology*, **181(4)**: 2869-2877.

- Tekin,M.(2009). Romatoid Artritli Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Ve Uyum Artırma Önerileri. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi,İstanbul.
- Tewary, S. and Farber, N. (2014). Marital Quality and Self-Efficacy: Influence on Disease Management among Individuals with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Evidence-Based Social Work*, **11(3)**: 237-247.
- The Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality Of Life Assessment (Whoqol): Position Paper From The World Health Organization. *Social Science Med*, **46(12)**: 1403-1140.
- Topçu,S. ve Bölüktaş R.P.(2012). İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, **29(3)**:159-164
- Tuna, Z. ve Çetin,C.(2010). Yanıklı Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*; 1:1-12.
- Turkiewicz, A.M. ve Moreland, L.W. (2007). Romatoid Artrit. İçinde Ç.Ed:A. Dinç, *Romatizmal Hastalıklarda Klinik Tedavi*. İstanbul: Romaoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Yayını:157-165.
- Tüik (2012). 2012 Sağlık Araştırması Health Survey 2012.Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- Tülek, Z. (2014). Romatizmal Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde N. Enç (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 413-420.
- Uçar,M., Gül,A.İ. ve Sarp,Ü.(2014). Romatoid artrit ve depresyon arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*, **41**: 548-551.
- Uğuz , F., Küçüksaraç, S., Akman, C. ve Tüfekçi, O. (2009). Romatoid artritli hastalarda ruhsal bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **10**: 94-99.
- Ünsal, A. and Kara Kaşıkçı, M. (2010). Effect of Education on Perceived Self-Efficacy for Individuals with Arthritis. *International Journal of Caring Sciences* **3(1)**: 13-11.

- Ünsal, A. ve Kaşıkçı, M. (2008). Artritli Bireylerde Öz-Etkililik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11 (1)**: 40-50.
- Vademecum Modern İlaç Rehberi 2017*. 1 Baskı. İstanbul: Medical Tribune Yayıncılık, 2017.
- Varol,Ö.İ.(2013). Romatoid Artrit, Skleroderma Ve Ankilozan Spondilitli Hastalarda D Vitamin Düzeyinin Hastalık Aktivasyonu İle İlişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İç Hastalıkları ABD, Uzmanlık Tezi,Adana.
- Vergara, F., Rosa, J., Orozco, C., Bertiller, E., Gallardo, M.A., Bravo, M. ve ark. (2017). Evaluation of learned helplessness, self-efficacy and disease activity, functional capacity and pain in Argentinian patients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, **46**:17–21.
- Vilsteren, M., Boot, C.R.L, Knol, D.L., Schaardenburg, D., Voskuyl, A.E, Steenbeek, R., & Anema, J.R. (2015). Productivity at work and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders*,**16**: 1-9.
- Ware, J. E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *SPINE* **25(24)**: 3130–3139.
- Ware, J. E. And Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, **36(2)**:473-485.
- Yetkin Ay, Z., Bozkurt,F.Y. ve Akkuş, S. (2007). Romatoid artrit Hastalarının Periodontal Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi. Tıp Fakültesi Dergisi*, **14(3)** :26-29.
- Yıldırım, R. ve Yazıcı, Y. (2012). Romatoid artritte erken tedavi. *RAED dergisi*, **4(2)** :59-67.
- Zhang, Y.-H., Song, W.M., Sun, J.H., Xiong, J.C. And Shi, G. (2013). The Diagnostic Performance of the 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Turk Journal Rheumatology*, **28(4)** : 226-233.

FORMLAR

Ek-1: Yapılandırılmış Bilgi Formu

Değerli Katılımcılar,

Bu çalışma, Romatoid Artrit'li hastalarda öz yeterlilik algısı ve yaşam kalitesini belirleyerek, bireysel ve hastalık özelliklerinin etkisini değerlendirmek amacı ile planlandı.

Lütfen anketi doldurmadan önce aşağıdaki yönergeyi mutlaka okuyunuz.

- Bu ankette verilecek yanıtlar bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.
- Verilerin doğru yorumlanabilmesi için, lütfen tüm soruları dikkatle okuyarak, **eksiksiz yanıtlamaya özen gösteriniz.**
- Kendiniz için uygun olan yanıtın yanındaki kutucuğa “X” işareti koyunuz.
- Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur, önemli olan sizin vereceğiniz yanıtlardır.

Araştırmanın gerçekleştirilmesindeki katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

İlayda Türkoğlu
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelikte Esasları Anabilim Dalı
Danışman Öğretim Üyesi: Prof.Dr. Rengin Acaroğlu

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz:

- Kadın
 Erkek

2. Yaşınız:.....

3. Eğitim düzeyiniz (son okuduğunuz sınıfı düşünerek cevaplayınız)

- Okur-yazar
 İkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite
 Üniversite üzeri

4. Medeni durumunuz

- Bekar
- Evli
- Boşanmış
- Esi vefat etmiş

5. Çocuğunuz var mı?

- Hayır
- Evet ise kaç tane ve yaşları:.....

6. Mesleğiniz nedir?

7. Halen çalışıyor musunuz?

- Hayır
Ne zamandır çalışmıyorsunuz? (ay veya yıl olarak belirtiniz).....
- Evet

8. Ailenizin toplam aylık gelir düzeyi nasıl?

- Aylık gelirim yeterli
- Aylık gelirim kısmen yeterli
- Aylık gelirim yetersiz

9. Yaşadığınız yer:

- Büyük şehir (_İstanbul, _Ankara, _İzmir)
- Şehir
- Kasaba
- Köy

10. Evde beraber yaşadığınız kişiler :

11. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

- Hayır
- Evet (belirtiniz) ___SSK ___Emekli Sandığı ___Bag –kur
- Diğer

HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLER

12. Kaç yıldır RA (romatoid artrit)'iniz var?

13. Halen kullandığınız ilaçlar neler?

Romatoid Artrit için;.....

Diğer;.....

14. Romatoid artritiniz nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?

Hayır

Evet ise Kaç kere yattınız.....

15. Romatoid artrit dışında halen başka bir hastalığınız var mı?

Hayır

Evet

Hastalığınız nedir?.....

Ne zamandan beri devam ediyor?.....

16. Romatoid Artrit hakkında bilgi verildi mi?

Hayır

Evet ise kim tarafından verildi?(Belirtiniz: Hekim, Hemşire, İnternet,
Hepsi).....

Diğer (Belirtiniz).....

Ek-2: Artritlerde Öz-Etkililik Ölçeği (AÖÖ)

ARTRİTLERDE ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Lütfen, aşağıdaki her bir soruda belirtilen işleri düzenli ve zamanında yapabileceğinizden ne kadar emin olduğunuzu gösteren rakamı daire içine alınız.

Agrıda Öz-Etkililik Ölçeği (Diğer Belirtiler Ölçeği ile birleştirilebilir)

1. Ağrınızı **önemli ölçüde** azaltabileceğinizden ne kadar eminsiniz? Hiç emin değilim Çok eminim

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
2. Günlük işlerinizin çoğunu sürdürebileceğinizden ne kadar eminsiniz? Hiç emin değilim Çok eminim

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
3. Artrit/eklem ağrısının uykunuzu engeleyebileceğinden ne kadar eminsiniz? Hiç emin değilim Çok eminim

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
4. Daha fazla ilaç alma dışında, farklı yollarla artrit/eklem ağrınızı **biraz daha** azaltabileceğinizden ne kadar eminsiniz? Hiç emin değilim Çok eminim

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
5. Daha fazla ilaç alma dışında, farklı yollarla artrit/eklem ağrınızı **büyük ölçüde** azaltabileceğinizden ne kadar eminsiniz? Hiç emin değilim Çok eminim

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ayak-Bacak Fonksiyonunda (İşlevinde) Öz-Etkililik Ölçeği

6. Düz bir zeminde 30 metreyi 20 saniyede yürüyebileceğinizden ne kadar eminsiniz? Hiç emin değilim Çok eminim

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
7. On basamaklı merdivenden 7 saniyede inebileceğinizden ne kadar eminsiniz? Hiç emin değilim Çok eminim

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
8. Ellerinizle destek almadan, kolçaksız bir sandalyeden hızla kalkabileceğinizden ne kadar eminsiniz? Hiç emin değilim Çok eminim

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
9. Başka birinin yardımı veya destekleyici herhangi bir araç olmadan bir arabaya binip inebileceğinizden ne kadar eminsiniz? Hiç emin değilim Çok eminim

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

El-Kol Fonksiyonunda (İşlevinde) Öz-Etkililik Ölçeği

10. Sırayla dizili orta büyüklükteki üç düğmeyi 12 saniyede ilikleyip tekrar çözebileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. İki lokma büyüklüğündeki et parçasını, bıçak ve çatala 8 saniyede kesebileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Kapı dışındaki ana musluğu sonuna kadar açıp kapatabileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Sırtınızın üst kısmını, hem sağ hem de sol elinizle kaşyabileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. Düğmelerini iliklemeden, önü açık, uzun kollu bir gömleğe ya da blüze 8 saniyede giyebileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Diğer Belirtilerde Öz-Etkililik Ölçeği (Ağrı Ölçeği ile birleştirilebilir)

15. Yorgunluğunuzu hafifletebileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Artritinizi arttırmadan, işlerinizi düzenleyebileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. Kendinizi iyi hissetmediğinizde daha iyi hissetmek için bir şeyler yapabileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Kendinizi artritli diğer insanlarla karşılaştığımızda, günlük işlerinizi yaparken artrit/eklem ağrısının üstesinden gelebileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. Hoşlandığımız şeyleri yapabilmek için, artrit oluşturacağı rahatsızlıkların üstesinden gelebileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. Artrit sebep olduğu rahatsızlıklarla başa çıkabileceğinizden ne kadar eminsiniz?
- Hiç emin değilim Çok eminim
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ek-3: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

KISA FORM (SF-36) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- | | |
|--------------------|---|
| a) Mükemmel..... | 1 |
| b) Çok iyi..... | 2 |
| c) İyi..... | 3 |
| d) Fena değil..... | 4 |
| e) Kötü..... | 5 |

2) Bir yıl öncesine karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- | | |
|---|---|
| a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi..... | 1 |
| b) Bir yıl öncesine göre daha iyi..... | 2 |
| c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı..... | 3 |
| d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü..... | 4 |
| e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü..... | 5 |

3) Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinlikler ile ilgilidir. **Sağlığınız şimdi bu etkinlikler kısıtlıyor mu ? Kısıtlıyorsa ne kadar ?**

(Her satırda bir sayının etrafına bir daire çizin)

FAALİYETLER	Evet oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	1	2	3
b. Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	1	2	3
c. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	1	2	3
d. Merdivenle çok sayıda kat çıkma	1	2	3
e. Merdivenle bir kat çıkma	1	2	3
f. Eğilme veya diz çökme	1	2	3
g. Bir iki kilometre yürüme	1	2	3
h. Birkaç sokak öteye yürüme	1	2	3
i. Bir sokak öteye yürüme	1	2	3
j. Kendi kendine banyo yapma veya giyinme	1	2	3

4) Son 4 hafta boyunca **bedensel sağlığınızın sonucu olarak**, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?	1	2
b. Hedeflerinizden daha azını mı başardığınız ?	1	2
c. İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	1	2
d. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi ?(Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	1	2

- 5) Son 4 hafta boyunca, **duygusal sorunlarınızın** (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?	1	2
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardığınız ?	1	2
c. İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor dunuz ?	1	2

- 6) Son 4 hafta boyunca **bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız**, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi ?

- a) Hiç etkilemedi 1
 b) Biraz etkiledi..... 2
 c) Orta derecede etkiledi..... 3
 d) Oldukça etkiledi 4
 e) Aşırı etkiledi..... 5

- 7) Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu ?

- a) Hiç 1
 b) Çok hafif..... 2
 c) Hafif..... 3
 d) Orta 4
 e) Aşırı 5
 f) Çok şiddetli 6

- 8) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi..... 1
 b) Biraz etkiledi 2
 c) Orta derecede etkiledi..... 3
 d) Oldukça etkiledi..... 4
 e) Aşırı etkiledi 5

9) Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

(Birinin etrafına bir daire çizin)

a) Her zaman	1
b) Çoğu zaman	2
c) Bazen	3
d) Nadiren	4
e) Hiçbir zaman	5

11) Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?
Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.	1	2	3	4	5
b) Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c) Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
d) Sağlığım mükemmel.	1	2	3	4	5

Ek-4: Romatoid Artrit’li Bireylerde Öz-Yeterlilik Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Amacı İle Yapılan Çalışma İçin Hasta Bilgilendirilmiş Onam Formu

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Bay / Bayan,

Bu araştırmanın amacı, Romatoid Artrit’li hastalarda öz yeterlilik algısı ve yaşam kalitesini belirleyerek, bireysel ve hastalık özelliklerinin etkisini değerlendirmektir. Bu çalışma sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bilgileri içeren Kişisel Bilgi Formu, Artritlerde Öz yeterlilik Ölçeği (AÖÖ) ve Kısa Form (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji polikliniğine başvuran ve kayıtlı olan 290 hastaya uygulanarak gerçekleştirilecektir. Katılımcı olarak sizden bu formları atlamadan doldurmanız beklenmektedir.

Bu çalışma kapsamında katılımcılara yönelik herhangi bir girişim yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacak, isim belirtilmeden, yalnızca yüksek lisans tez çalışması ve bilimsel yayın amacıyla kullanılacaktır. Çalışma verileri yayın sürecinde kullanılırken kişi ve kuruma yönelik bilgiler kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır. Bu çalışmaya katılmak istemeyebilir ve istediğiniz zaman bu çalışmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmayı kabul etmeniz durumunda anket formunu doldurmanız 15 dakikayı kapsayan bir zaman alacaktır. Ayrıca size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ‘dan da herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Sorumlu araştırmacı

İlayda Türkoğlu

İmza:

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek lisans Öğrencisi,

bungur_aldina@hotmail.com

05073819491

Tarih:

Katılımcının Beyanı

Sayın İlayda Türkoğlu tarafından katılımcı olarak davet edildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceğim ve herhangi bir ödeme talep etmeyeceğim belirtildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

() Araştırmaya katılmayı **kabul ediyorum.**

Katılımcının Adı – Soyadı


İmza

() Araştırmaya katılmayı **kabul etmiyorum.**


Adı – Soyadı

ETİK KURUL KARARI

Ek-5a: Etik Kurul Kararı



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Sayı : 83045809/604.01/02 - 279738
Konu:

İstanbul / /


04 Eylül 2015

İ.Ü..Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığına

İlgi: 11.08.2015 tarih, 74311748-774.99-254639 sayılı yazınızla:

Fakülteniz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof.Dr.Rengin ACAROĞLU'nun** danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi İlayda TÜRKÖĞLU'nun** yürütücülüğünde "**Romatoid Artritli Hastalarda Öz Yeterlilik Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**" başlıklı **Yüksek Lisans Tezi** hakkında ilgi yazınız ve ekleri **01 Eylül 2015** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini arz ederim.


 Prof.Dr. Özgür KASAPÇOPUR
 Klinik Araştırmalar Etik
 Kurulu Başkanı

Eki:
1 dosya

Not: Yanıtlarımızda yazımızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa / İSTANBUL
 Telefon 0 (212) 414 32 52 Dahili :22300 Faks: 0(212) 632 00 40 e-posta:ctfetik@istanbul.edu.tr

Ek-5b: Etik Kurul Kararı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:A-40	Tarih: 01 Eylül 2015				
	Prof.Dr.Rengin ACAROĞLU'nun danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi İlayda TÜRKÖĞLU'nun yürütücülüğünde yapılacak olan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.					
ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI:	Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Muhlis Cem AR (Raportör)	İç Hastalıkları Hematoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sebahattin SAİP	Nöroloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	 İZİNLI
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	 KONGREDE
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ	Fizyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN	Deontoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	 İZİNLI
Prof. Dr. Sibel Özmen OZYAZGAN	Farmakoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yusuf TUNALI	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıkları Medikal Onkoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mutlu NİYZOĞLU	İç Hastalıkları	İst. Eğitim ve Araştırma Hast.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	 MAZERETLI

* :Araştırma ile ilişki ** :Toplantıda Bulunma

GİRİŞİMSEL OLMAYAN İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU	
ETİK KURULUN ADI	Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, 34303 Kocamustafapaşa Fatih İstanbul
TELEFON	+90 (212) 414 32 52; 414 30 00/22300
FAKS	+90 (212) 632 00 40
E-POSTA	ctfetik@istanbul.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Romatoid Artrit Hastalarında Öz Yeterlilik Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	İlayda Türkoğlu
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları
	KOORDİNATORUN UNVANI/ADI/SOYADI	Danışman Prof. Dr. Rengin Acaroğlu
	KOORDİNATORUN UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	İstanbul Üniversitesi
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	*
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> DOKTORA TEZİ <input type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/> YANDAL UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Anket çalışması <input type="checkbox"/> Retrospektif (geriye dönük) araştırma <input checked="" type="checkbox"/> Girişimsel (invaziv) olmayan klinik araştırma <input type="checkbox"/> Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle (kan, idrar, gaita, doku, görüntü gibi) yapılan çalışma <input checked="" type="checkbox"/> Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılan araştırma <input type="checkbox"/> Vücut fizyolojisi çalışması <input type="checkbox"/> Antropometrik ölçümlere dayalı çalışma <input type="checkbox"/> Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi çalışması	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>
	ULUSAL <input type="checkbox"/>	
	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	DİĞER			Açıklama:

Ek-6a: Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 25/08/2015-267714



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :50200903-199-
Konu :İlayda Türkoğlu'nun tez çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Rengin ACAROĞLU'nun danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden İlayda TÜRKOĞLU'nun "Romatoid Artrit'li Hastalarda Öz Yeterlilik Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Fakültemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Romatoloji Bilim Dalında yapmasının uygun görüldüğü hakkında adı geçen anabilim dalı başkanlığından alınan 19.08.2015 tarihli, 261947 sayılı yazı ile Fakültemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünün 21.08.2015 tarihli, 264651 sayılı yazısı ve söz konusu Fakülte Dekanlığının 11.08.2015 tarihli, 254637 sayılı yazısı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, anabilim dalı başkanlığı ile Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünün görüşüne Dekanlığımızda katılmaktadır.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgün ENVER
Dekan

EK :
16

Doğrulamak için:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BELC4VM7U

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Yıldız DEMİR Dahili : 22529

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa/İstanbul
Tel : 0212 414 30 00 Fax : 0212 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-6b: Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 19/08/2015-261947



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı :83088843-199-
Konu :Hemşire İlayda
TÜRKOĞLU'nun Tez Çalışması

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :13/08/2015 tarihli ve 257002 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza cevaben, Başkanlığımıza bağlı Romatoloji Bilim Dalı'nın 18/08/2015 tarihli ve 169 sayılı yazısı ilişikte sunulmuştur. Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Teoman SOYSAL
Anabilim Dalı Başkanı

e-İmzalı
Prof. Dr. Tanju BEĞER
Bölüm Başkanı

EK :
1

Doğrulamak için:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BE5D4T95B

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Sedat ASLAN Dahili : 21693

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 212 414 30 00 - 22961 Fax : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Ek-6b: Kurum İzni

T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı: 83088843 - 169

Tarih: 18.08.2015

Konu: İlayda Türkoğlu'nun tez çalışması

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA,

İlgi: Dekanlığımızın 13.08.2015 tarihli ve 257002 sayılı yazısı

İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Rengin Acaroğlu'nun danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden İlayda Türkoğlu'nun " Romatoid Artrit'li Hastalarda Öz Yeterlilik Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Romatoloji Bilim Dalımızda yapması uygundur.

Prof.Dr.Emire Seyahi
Romatoloji Bilim Dalı Başk.

Prof. Dr. Emire SEYAHİ
Dip.No: 22440-25908
Tescil No: 68224
İç Hastalıkları ve Romatoloji Uzmanı

Ek-6c: Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 21/08/2015-264651



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı :19274766-199-
 Konu :İlayda TÜRKOĞLU'nun tez
 çalışması hk.

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :13/08/2015 tarihli, 257001 sayılı yazı

İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Rengin ACAROĞLU'nun danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden İlayda TÜRKOĞLU'nun "Romatoid Artrit'li Hastalarda Öz Yeterlilik Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasını Etik Kurul Onayını ve Anabilim Dalı Başkanının görüşü alınarak Fakültemizde yapmasında sakınca yoktur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalı
 Nimet ATEŞ
 Müdür V.

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BEND4VFT8

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Gülay KILIÇ

Tel : 0 (212)414 30 00 Fax : 0 (212) 414 33 30

e-posta : ctfhemsirelikhizmetleri@gmail.com Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Ek-7a: Artritlerde Öz-etkililik Ölçeği'nin Kullanım İznine İlişkin Elektronik Yazışma

20.08.2015

Outlook.com İletiyi Yazdır

[Kapat](#)[Yazdır](#)

RE: About using "Arthritis Self-efficacy Scale (ASES)"

Kimden: **Kate Lorig** (lorig@stanford.edu)
Kaydedildi: 04 Ağustos 2015 Salı 23:13:52
Kime: 'aldina bungur' (bungur_aldina@hotmail.com)

[Yazmaya devam edin](#) | [Sil](#)

This scale is free for anyone to use and you have my permission.

Kate Lorig DrPH

Professor Emeritus

Director Stanford Patient Education Research Center

Stanford University School of Medicine

From: aldina bungur [mailto:bungur_aldina@hotmail.com]
Sent: Tuesday, August 04, 2015 1:08 PM
To: lorig@stanford.edu
Subject: About using "Arthritis Self-efficacy Scale (ASES)"

Dear Ms. Lorig,

My name is İlayda Türkoğlu, a graduate student at Istanbul University Institute of Health Sciences, majoring on Nursing Principles.

I would like to use your scale titled "Arthritis Self-efficacy Scale (ASES)" which was developed by you and your coworkers in 1989 and was adapted to Turkish population by Ayla Ünsal and Mağfiret Kaşıkçı in 2008 in my thesis work and I kindly demand your permission. Thank you in advance for your help and support.

Ek-7b: Artritlerde Öz-etkililik Ölçeği'nin Kullanım İznine İlişkin Elektronik Yazışma

Başlangıç

1.4.2018 (Paz)

Bitiş

1.4.2018 (Paz)

> Date: Thu, 9 Jul 2015 14:29:54 +0300
 > From: aunsal@ahievran.edu.tr
 > To: ay_unsal@hotmail.com
 > Subject: Fwd: Ölçek Kullanma İzni Talebi

>
 >
 >
 > ----- İletilen Mesaj -----
 > Kimden: "aldina bungur" <bungur_aldina@hotmail.com>
 > Kime: "Ayla Ünsal" <aunsal@ahievran.edu.tr>
 > Gönderilenler: 29 Haziran Pazartesi 2015 16:35:43
 > Konu: Re: Ölçek Kullanma İzni Talebi

>
 > Sonuçları sizinle paylaşmaktan memnuniyet duyacağım. İziniz ve desteğiniz için tekrar teşekkür ederim...
 > Saygılarımla...

>
 > iPhone'umdan gönderildi

>
 > 27 Haz 2015 tarihinde 12:49 saatinde, Western Union Money Transfer <aunsal@ahievran.edu.tr> şunları ya
 >
 > > Sayın Bungur,
 > >
 > > Ölçeği kullanabilirsiniz. Sonuçları paylaşırsanız sevinirim.
 > >
 > > Ayla Ünsal, Doç. Dr.
 > > Ahi Evran Üniversitesi
 > > Sağlık Yüksekokulu
 > > 40100 Kırşehir

> >
 > >
 > > ----- Orijinal Mesaj -----
 > > Kimden: aldina bungur <bungur_aldina@hotmail.com>
 > > Kime: aunsal@ahievran.edu.tr
 > > Gönderilenler: Tue, 23 Jun 2015 14:10:21 +0300 (EEST)
 > > Konu: Ölçek Kullanma İzni Talebi

> >
 > > İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencis
 toplumuna uyarlamış olduğunuz "Artritli Bireylerde Öz-Etkililik " başlıklı ölçeği izninizle yüksek lisans tez çalışır

Ek-8: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (SF-36) Kullanım İznine İlişkin Elektronik Yazışma

sf 36

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | ...

Arama sonuçları

Klasörlerde

Tüm klasörler

Gelen Kutusu

Dosyalar

✓ Gönderilmiş Öğeler

Taslaqlar

Gönderen

aldina bungur
bungur_aldina@hotmail

Seçenekler

Eklerle birlikte

Tarih

Tümü

Bu hafta

Geçen hafta

Bu ay

Aralık seç

Başlangıç

1.4.2018 (Paz)

Bitiş

1.4.2018 (Paz)

Sf-36 Ölçeği Kullanım İzni Talebi

AB aldina bungur
18.9.2015 (Cum), 00:10
drhikmet@hotmail.com

Gönderilmiş Öğeler

Sayın Hikmet Koçyiğit Hocam,
İsmim İlayda Türkoğlu, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yük öğrencisiyim. Türk toplumuna uyarlanmış olduğunuz "Kısa Form 36" başlıklı ölçeği izninizle yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Yardım ve desteğiniz için teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Sf 1/2

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA ÖZ YETERLİLİK ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%7 BENZERLİK ENDEKSİ	%4 İNTERNET KAYNAKLARI	%3 YAYINLAR	%3 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%2
2	www.journals.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
4	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	BÜYÜKYILMAZ, Funda and AŞTI, Türkinaz. "Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı", Atatürk Üniversitesi, 2009. Yayın	<%1
6	e-dergi.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	KARAYURT, Özgül, DAMAR, Hale Turhan, BİLİK, Özlem, ÖZDÖKER, Saliha and DURAN, Melike. "Ameliyathanede Hasta Güvenliği ",	<%1