



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARA VERİLEN
EĞİTİMİN TEDAVİYE UYUM VE FONKSİYONEL
DURUMA ETKİSİ**

NADIYE GÜREL

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

SIVAS-2019

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARA VERİLEN
EĞİTİMİN TEDAVİYE UYUM VE FONKSİYONEL
DURUMA ETKİSİ**

NADIYE GÜREL

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. HATİCE TEL AYDIN**

SİVAS-2019

“Romatoid Artritli Hastalara Verilen Eğitimin Tedaviye Uyum Ve Fonksiyonel Duruma Etkisi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **İç Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Üye

: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

Üye (Danışman)

: Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN

Üye

: Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

ONAY

Bu tez çalışması, 13/06/2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda Akın Polat
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile yol göstererek çok değerli katkılar sağlayan tez danışmanım Prof. Dr. Hatice Tel Aydın'a,

Bu zorlu süreçte yanımda olarak bana güç veren, desteklerini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı sabır ve duyarlılıkla kabul eden tüm romatoid artrit hastalarına,

Beni büyük özveri ve bin bir emekle yetiştiren, maddi- manevi hep yanımda olan canım babam Mustafa ÖZMEN ve annem Ayşe ÖZMEN'e,

Desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan ikinci annem Fatma GÜREL'e,

Tezin uygulama sürecinde katkılarından dolayı Romatoloji Poliklinik Sekreteri Funda POLAT'a,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresinde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, hep yanımda olan eşim Reha GÜREL'e ve kızım Nehir GÜREL'e çok teşekkür ederim.

ÖZET

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN TEDAVİYE UYUM VE FONKSİYONEL DURUMA ETKİSİ

Nadiye GÜREL
Yüksek Lisans Tezi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı
Danışman: Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN
2019, 99 sayfa

Araştırma, romatoid artritli hastalara verilen eğitimin tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Romatoid artrit tanısıyla poliklinik izlemi yapılan hastalara uygulanan bireysel eğitimin, fonksiyonel durum ve tedaviye uyuma etkisinin incelendiği çalışma ön test-son test yarı deneysel düzende yapıldı. Araştırma verileri; Kişisel Bilgi Formu, Tıbbi Tedavi Uyum Oranı Ölçeği ve Sağlık Değerlendirme Anketi kullanılarak elde edildi. Çalışmanın ön test verileri elde edildikten sonra araştırmacı tarafından hastalara tek oturumda ve yaklaşık 30 dakikada tamamlanan bireysel eğitim uygulandı. Eğitimden bir ay ve üç ay sonra hastalara Tıbbi Tedavi Uyum Oranı Ölçeği ve Sağlık Değerlendirme Anketi tekrar uygulandı.

Çalışmaya katılan hastaların eğitim sonrası tıbbi tedaviye uyum ve fonksiyonel durum puan ortalamalarının eğitim öncesi puan ortalamalarından anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi. Tıbbi tedaviye uyum ile fonksiyonel durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir negatif ilişki olduğu bulundu.

Bireysel eğitim girişimi uygulanan hastaların tedaviye uyum puanları eğitimden sonraki birinci ve üçüncü ayda artış göstermiştir. Fonksiyonel yetersizlik puanları ise eğitimden sonraki birinci ve üçüncü ayda azalma göstermiştir. Romatoid artrit tanılı hastalara verilen eğitimin hastaların tedaviye uyum oranlarını arttırdığı, fonksiyonel yetersizlik durumunu azalttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, tedaviye uyum, fonksiyonel durum, eğitim, hemşirelik

ABSTRACT

THE EFFECT OF EDUCATION ON ADAPTATION AND FUNCTIONAL STATUS OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Master Thesis
Department of Internal Medicine Nursing
Supervisor: Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN
2019, 99 pages

The aim of the study was to determine the effects of the education given to patients with rheumatoid arthritis on the treatment and functional status.

The study was carried out in a semi-experimental setting with pre-test and final test, which examined the effects of individual training on functional status and compliance to treatment in patients undergoing outpatient follow-up with rheumatoid arthritis diagnosis. Research data were obtained using Personal Data Form, medical treatment compliance rate scale and health evaluation questionnaire. After obtaining the pre-test data of the study, individual training was performed by the researcher in one session and completed in about 30 minutes. After a month and three months of training, the scale of the medical treatment compliance rate and the health evaluation questionnaire were applied again to the patients.

The mean of functional status scores was found to be significantly higher than the pre-education scores of the patients who participated in the study. A statistically significant negative correlation was found between compliance with medical treatment and functional status.

Individual education initiative patients' compliance scores increased in the first and Third months after the training. Functional disability scores decreased in the first and Third months after training. The education given to patients with rheumatoid arthritis has been determined to increase the rate of adaptation of patients to treatment and to decrease the functional disability status.

Key words: Rheumatoid Arthritis, Medication Compliance, Functional Status, Education, Nursing

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLOLAR DİZİNİ.....	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Romatoid Artrit (RA).....	8
2.2. Romatoid Artritte Hemşirelik Bakımı	14
2.2.1. Romatoid Artritte Hemşirenin Rolü ve Hasta Eğitimi	14
2.2.2. Romatoid Artritte Tedaviye Uyumda Hemşirenin Önemi ve Hasta Eğitimi.....	17
2.2.3. Romatoid Artritte Fonksiyonel Durum ve Hasta Eğitimi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın şekli.....	22
3.2. Araştırmanın yapıldığı zaman, yer ve yer özellikleri	22
3.3. Evren ve Örneklem	22
3.4. Veri Toplama Aracı	23
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-I).....	23

3.4.2. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği-TTUÖ (Medication Adherence Rating Scale-Mars) (EK- II):	23
3.4.3. Sağlık Değerlendirme Anketi-SDA (Health Assessment Questionnaire-HAQ) (EK- III)	23
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Veri Analizi.....	27
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
6.1. Sonuç	51
6.2. Öneriler	54
KAYNAKÇA.....	55
EKLER	70
Ek-1: Kişisel Bilgi Formu.....	70
Ek-2: Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (Medication Adherence Rating Scale-MARS).....	72
Ek-3: Sağlık Değerlendirme Anketi	73
Ek-4: Hasta Onam Formu	75
Ek-5: Eğitim Kitapçığı.....	78
İZİNLER.....	85
Ek-6: Etik Kurul Olur Formu.....	85
Ek-7: Kurum İzin Formu	87
ÖZGEÇMİŞ	88

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	28
Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa Özgü Klinik Özellikleri.....	29
Tablo 4.3. Hastaların Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve 3 Ay Sonra Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları	31
Tablo 4.4. Hastaların Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve 3 Ay Sonra Tıbbi Tedaviye Uyum Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları	32
Tablo 4.6. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları.....	34
Tablo 4.7. Hastaların Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve 3 Ay Sonra Fonksiyonel Durum Puanları.....	36
Tablo 4.8. Hastaların Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve 3 Ay Sonra Fonksiyonel Durum Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.9. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Puanları	38
Tablo 4.10. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Puanları	40
Tablo 4.11. Hastaların Fonksiyonel Durum ve Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları Arasındaki İlişki.....	42

KISALTMALAR DİZİNİ

ACPA	Anti-citrullinated protein antibodies- Sitrüline peptitlere karşı antikorlar
ACR	American College of Rheumatology- Amerikan Romatizma Cemiyeti
Anti-CCP	Anti- Cyclic Citrullinated Peptide -Sirküler peptid içeren citrulline antikorları
CRP	C-reaktif protein
DM	Diyabetes Mellitus
DMARD	Disease-Modifying Antirheumatic Drugs- Hastalık Modifiye Eden Antiromatizmal İlaçlar
ESH	Eritrosit sedimantasyon hızı
HLA	Human Leukocyte Antigens – İnsan Lökosit antijeni
HLA-DRB1	Human lökosit antijenleri taşıyan psödojen
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
MTX	Metotreksat
RA	Romatoid Artrit
RF	Romatoid Faktör
DAS 28 SCORE	Disease Activity Score- Hastalık Aktivite Skoru

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Romatoid artrit (RA), sinoviyal dokuda patolojik değişikliklerle başlayan primer olarak periferel eklem ve çevre dokularda harabiyetle sonuçlanan, poliartikuler eklem tutulumu ile karakterize, simetrik ekstremitelerin enflamasyonu ile seyreden kronik, otoimmün bir hastalıktır (Wang ve ark., 2017). Kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmektedir (Wang ve ark., 2017; Ndosı, 2011; Swanson, 2011). Romatoid artrit görülme oranı kadınlarda 45 yaşına kadar artış göstermekte, erkeklerde ise yaşla birlikte görülme oranı artmaktadır (June ve Moreland, 2016). Romatoid artrit, kadınlarda %0.004, erkeklerde % 0.002 oranında görülmektedir (Liao, 2015).

Coğrafi bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte romatoid artrit dünyanın her yerinde, her toplumda görülmekte ve sıklığı %0.4-%1 arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde(ABD), yetişkinlerde romatoid artrit görülme sıklığının %0.6-%2 arasında olduğu (MMWR, 2013) ve engellilik durumunun en sık nedeninin romatoid artrit olduğu bildirilmektedir (Birnbaum, 2010). Amerika'da 2004-2014 yıllarını kapsayan bir epidemiyolojik araştırmada; 1.3 milyon yetişkinin romatoid artrit tanısı aldığı ve romatoid artrit yaygınlığının düzenli olarak arttığı belirtilmiştir (Hunter ve ark., 2017). Ülkemizde romatoid artrit prevalansı ile ilgili az sayıda ve bölgesel nitelikte çalışma yapılmıştır (Akkoç 2010). Romatoid artrit prevalansı, Antalya'da yapılan bir çalışmada %0.35 (Kaçar ve ark., 2005), Havsa'da yapılan bir çalışmada %0.32, (Çakır, 2012), Tuncer ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında %0.56 olarak hesaplanmıştır.

Romatoid artrit, sadece hastalara değil aile üyelerine, işverenlere ve devlete ciddi ölçüde ekonomik yük getiren, tedavi maliyeti yüksek bir hastalıktır (MMWR, 2013; Parlar, 2008; Birnbaum, 2010). Amerika'da yapılan bir çalışmada romatoid artritli hastalarda yıllık sağlık hizmet maliyetinin 8.4 milyar dolar, toplumsal maliyetin yıllık 19.3 milyar dolar olduğu bulunmuştur (Bonafede ve ark., 2017). Romatoid artrit nedenli hastaneye yatış sıklığının fazla olması, tedavi maliyetinin yüksek olması ve engellilik durumu nedeniyle işten erken ayrılmalar gibi nedenlerle hastalık yükü

artmaktadır (Birnbaum, 2010). Boonan ve arkadaşları (2011) yaşam kalitesi yüksek olan romatoid artritli hastalarda tedavi maliyetinin daha düşük olduğunu göstermişlerdir. Anti TNF kullanan romatoid artritli hastalarda ilaç maliyetlerinin yüksek olduğu (Verstappen ve ark., 2006), ilaç uyumu sonrası hastaların sağlık bakım maliyetlerinin azaldığı belirlenmiştir (Bonafede ve ark., 2017).

Romatoid artritte eklemlerde ağrı, şişlik, hassasiyet, eklem hareketlerinde azalma, sabah tutukluğu yakınmaları bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerini etkilemektedir. Sabah tutukluğu kişilerin yataktan kalkmasını zorlaştırmakta, eklemlerdeki hareket kısıtlılığı giyinme, beslenme, yürüme gibi günlük aktiviteleri gerçekleştirmesini engellemektedir (Baloğlu ve ark., 2015). Eklemlerde meydana gelen lezyonlar şekil bozukluğuna sebep olmakta ve buna bağlı olarak önemli işlev bozuklukları ortaya çıkmakta, bireylerin yardımcı araç gereç kullanma gereksinimi artmaktadır (Baloğlu ve ark., 2015; Pehlivan ve ark., 2015; İnanır ve ark., 2013; Çetin, 2012). Romatoid artrit semptomları ile daha iyi başedebilmek ve hastalığın aktif dönemdeki belirtilerini kontrol altına alabilmek için hastaların önerilen tedaviye uyum sağlamaları önemlidir (Tekin, 2007).

Romatoid artritli hastalar tedaviye uymadıklarında hastalık semptomlarının tekrarladığı, eklem hasarı ve deformatelerin arttığı belirlenmiştir (Müller ve ark., 2012). Kim ve arkadaşları (2018), ilaç uyumsuzluğunun yüksek hastalık aktivitesine neden olduğunu saptamıştır. Nakagawa ve arkadaşlarının (2018) romatoid artritli Japon hastalarda yaptığı çalışmada ilaç uyumunun hastalık aktivitesini azalttığı, hastalığın ilerlemesini önlediği, fiziksel fonksiyonları koruduğu belirlenmiştir. Bu nedenle romatoid artritte tedaviye uyum, tedavi başarısının birincil belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (WHO, 2003). Romatoid artritte tedaviye uyum, eklem hasarını önlemek, hastalık aktivitesini azaltmak ve hastalığın seyrini kontrol etmek için oldukça önemlidir (Nakagawa ve ark., 2018; Wee ve ark., 2016; Bonafede, 2013). Tedavide temel amaç; remisyonu sağlamak olmakla birlikte (Schlenk ve ark., 2012; Uutela, 2011), sosyal destek ve eklem istirahati de önemli görülmektedir (Onat, 2012).

Tedaviye uyum, en genel anlamda hasta davranışının tıbbi önerilerle ne kadar örtüştüğü olarak tanımlanmaktadır (Giuffrida ve Torgerson, 1997). Tedaviye uyum; hastanın reçete edilen ilacı alması, diyetle önerilen şekilde uyması, varolan alışkanlıklarını tedaviye uygun şekilde değiştirmesi ve randevularına zamanında

gelmesi gibi sağlık personellerinin önerilerine uyumluluğunu ifade etmektedir (Touchette ve Shapiro, 2008; Ervatan ve ark., 2003). Hastanın tedavisini reçetesinde yazıldığı gibi eksiksiz şekilde, zamanında ve önerilen biçimde alması ile reçete edilen ilaçlarını kullanmayı sürdürmesi ve önerilen zamandan önce bırakmaması hastanın tedaviye uyumunu göstermektedir (Ho ve ark., 2009). Tedaviye uyum; hastaya ait faktörler, hastalık özellikleri, sosyoekonomik durum, ilaç maliyeti, ilacın etkinliği, ilaç yan etkileri gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Joplin ve ark., 2015; Salt ve ark., 2013).

Hastaların tedaviye uyum sağlayabilmesi açısından kontrollere çağrılmaları önem arz etmektedir. İlaç dozlarının tespit edilmesi ve gerekli olması halinde ilaçlarda değişiklik yapılması, hastanın tedavi sürecine uyum sağlayıp sağlayamadığının değerlendirilmesi, süreç kapsamında tedaviyle alakalı sorunları ve olumsuzlukları değerlendirmek, hastaya ruhsal açıdan destek sağlamak, hastalığın tam remisyona girmesini sağlamak için hemşirelerin hastaların kontrollerini takip etmeleri önem kazanmaktadır (Akkaya, 2015). Hemşireler romatoid artritli hastaların tedaviye uyum sürecinde; hastanın rahatının ve genel bakımının sağlanması, hastayla birlikte hasta yakınlarının eğitilmesi, alınması gereken tedbirlerin alınarak hasta ağrısının giderilmesi (ilaçlar, yatak istirahati gibi konular), deformitelerin önlenmesi, hastanın mevcut halindeki ilerlemelerin veya gerilemelerin takip edilmesi, hastanın cesaretlendirilmesi, desteklenmesi ve ruhsal durumun göz önünde bulundurulması ve rehabilitasyon programlarının uygulamaya konulmasını sağlaması gerekmektedir (Atcı, 2004).

Hastalar tedavinin gerekliliği konusunda içsel değerlendirmeyi yaparken, ilaç uyumu, iyileşme ve yan etkiler konusunda endişe yaşamaktadırlar (Müller ve ark., 2012). Bu endişeler, hastaların tedavi sürecindeki kararlılığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Endişelerin giderilmesinde sağlık personelinin rolü önemlidir (Joplin ve ark., 2015). Sağlık personelinin hastaya yönelik bilgilendirici tutumu, hastanın endişelerini ortadan kaldıracıdır. İlaç kullanımı, yan etkiler, tedavi süreci ile ilgili sağlık personeli tarafından hastaya verilecek olan bilgiler, hastanın endişelerini gidererek tedaviye uyumunu sağlamaktadır (Hustings, 2012). Suh Suh ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında romatoid artritte hastaların ilaç uyum oranlarının %30 ile %90 oranında değiştiiği ve tedavideki başarının ilaç etkinliği ve uyumuna bağlı olduğu, duygusal durumların ilaç uyumunu olumsuz etkilediği bulunmuştur. Müller ve

arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada; romatoid artrit ile ilgili bilgi sahibi olan ve sağlık personeli ile daha sık görüşen, kontrollere düzenli gelen hastaların tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fall ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında; hemşirelerin hastalara hastalıklarıyla ilgili bilgi vermelerinin özbakım, hastalık ve tedavi algılarını, motivasyonlarını arttırdığı bulunmuştur. Hastalarla sürekli iletişim halinde olduğunda, duygusal destek sağlandığında ve tedavileri takip edildiğinde hastaların sağlık durumlarının iyileştiği ve tedaviye uyumlarının arttığı görülmüştür (Joplin ve ark., 2015; Fall ve ark., 2013). Bakry ve arkadaşları (2017) sosyal desteğin romatoid artritli hastalarda tedaviye uyumu arttırdığını, benlik üzerinde olumlu etki sağlayarak, hastalık yönetimini geliştirdiğini bildirmektedir.

Hastaların romatoid artrit semptomlarını en az düzeyde yaşamalarında ve tedaviye uyumlarının sağlanmasında hasta eğitiminin önemini ortaya koyan çalışma sonuçları bulunmaktadır (Fall ve ark., 2013; Hustings, 2012; Joplin ve ark., 2015; Müller ve ark., 2012). Mohsen ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ilaç uyumu ile ilgili eğitimler sonrası hastalarda hastalık aktivitesinin daha az olduğu, hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Acar'ın (2013) yaptığı çalışmada romatoid artritli hastaların en önemli şikâyetlerinin eklem ağrısı olduğu ve egzersizle bu ağrıların şiddetinin gün içinde ve günden güne farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Wee ve arkadaşları (2016), romatoid artritli hastalar tedaviye uyum gösterdikleri zaman fonksiyonel kayıpların önlendiğini, ağrı ve yorgunluk gibi semptomların azaldığını belirlemiştir.

Romatoid artritte meydana gelen fiziksel şekil bozuklukları, vücut görünümünde değişikliğe sebep olmanın yanı sıra kişinin ağrı yaşamasına neden olmaktadır (Kanzaki, 2004; Ryan ve ark., 2005; Tuncay ve ark., 2015). Romatoid artritte, yorgunluk ve ağrının hastalık semptomlarını arttırdığı (Sunar ve ark., 2015), depresyon ve anksiyete gibi psikolojik hastalıkları ortaya çıkardığı ve kişinin aktivitelerini kısıtlayarak günlük işlerini yerine getirmelerini engellediği belirlenmiştir (Zhao ve ark., 2015). Romatoid artritte tedaviye uyum sağlandığında hastalık aktivitesinin baskılandığı, eklem hasarının önlendiği, kardiyovasküler hastalıklar gibi eklem dışı komplikasyonların azaldığı, fonksiyonel durumun geliştiği belirlenmiştir (Kitas ve ark., 2011; Wee ve ark., 2016).

Leidy'e (1994) göre; fonksiyonel durum; kişinin sağlık algısı, hastalık semptomları, biyolojik ve psikolojik rahatsızlıklarından etkilenmektedir. Balduci'ye

göre (2001) fonksiyonel durum, bireyin bağımsızlık durumunu belirlemek için kullanılan bir terimdir. Kaya (2002) romatoid artritli bireylerin bedensel hareketlerde bozulma, aktivitelere tahammülsüzlük, evdeki sorumluluklarını sürdürmede yetersizlik, boş vakitlerini geçirme ya da eğlence aktivitelerinde yetersizlik ve romatoid artrite bağlı günlük ilaç alımı gibi günlük yaşam aktivitelerinde sorunlar yaşadıklarını saptamıştır. Ji ve arkadaşları (2017) Çin’li romatoid artrit hastalarında yüksek hastalık aktivitesi ve eklem hareketlerindeki kısıtlılığın artmasıyla fonksiyonel durumlarının olumsuz etkilendiğini bulmuştur. Swanson (2011) ve Walker (2012), romatoid artritli hastalarda hastalık aktivitesinin azalmasında hemşire tarafından verilen eğitimin ve semptomlarla nasıl başedeceğinin öğretilmesinin önemli olduğunu ifade etmiştir. Kaya ve arkadaşları (2007) sağlık durumu ve fonksiyonel durumunun romatoid artritli hastaların yaşam kalitesini etkilediğini bulmuştur. Romatoid artrit hastalarının hastalığa bağlı olarak, yürüme, merdiven çıkma, el fonksiyonlarını sürdürme gibi aktiviteleri gerçekleştirmede zorluk yaşadıkları, egzersizle kasların güçlendirilmesinin önemli olduğu belirlenmiştir (İnanır ve ark., 2013).

Günlük aktivitelerini sürdürmekte sorun yaşamalarına bağlı olarak romatoid artritli bireylerin yaşam kalitesi oldukça azalmaktadır (Kılıç, 2015). Romatoid artritli bireylerde çevreden uzaklaşma ve çalışamama gibi sebeplerden dolayı ekonomik problemler, engellilik durumu sebebiyle ortaya çıkan bağımlılık, depresyon ve stres gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Poole ve ark., 2007). Romatoid artritli bireylerin erken yaşta engellilik durumu yaşamaları nedeniyle işlerini değiştirmek veya işsizlikle yüzleşmek durumunda kalmaları bireylerde psikolojik ve duygusal problemlerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Allam ve ark., 2015). Hastalara bakım verme konusuyla alakalı olarak aile üyeleri önemli görevler üstlenmektedirler (Zarit, 2004). Bu açıdan bakım rolü kapsamında hemşirelerin ailelerle birlikte hareket etmesi, sürecin daha etkili yürütülmesi açısından önemlidir. Bu sebepten dolayı hemşirelerin aile üyelerine eğitim vermesi önemli olmaktadır (Hindistan, 2006).

Hastalık sürecinde ortaya çıkabilecek istenmeyen durumların önlenmesinde, bu durumlarla başedebilme yeterliliğinin hastaya kazandırılmasında hasta eğitimi önemli olmaktadır (Hustings, 2012). Hasta eğitimi, sağlığı korumayı ve bireylerde davranış değişikliğini geliştirmeyi sağlayan öğrenim deneyimlerinin birleşimi olarak ifade edilmektedir (Schlenk ve ark., 2012). Hasta eğitimindeki amaç; hastaların sağlıklı

ilgili davranışlarının düzeltilmesi, hastalıkla başa çıkmalarının sağlanması, uygulanan tedavi başarısının artırılması, fonksiyonel yeterliliğin sağlanması, sağlıkları ile ilgili karar alma yeteneklerinin artırılması ve hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır (Hustings, 2012). Romatoid artrit tedavisinde hasta eğitimi ve danışmanlık maliyeti en uygun müdahalelerdir. Tanı konulduğunda hasta eğitiminin başlaması ve hasta taburcu olduğunda da devam edilmesi gerekmektedir (Kalav ve ark., 2018; Swanson, 2011; Hustings, 2012). Hastaların ev içi düzenlemeleri yapabilmeleri, günlük yaşam aktivitelerini en iyi şekilde devam ettirebilmeleri, semptomları kontrol edebilmeleri en iyi eğitim ve danışmanlıkla sağlanabilmektedir (Kalav ve ark., 2018). Hasta eğitimi, hastaların hayatlarını optimal düzeyde sürdürebilmelerini sağlamaktır (Parlar, 2008; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; İncirkuş ve Nahçıvan, 2015). Hustings'in 2012 yılında yaptığı çalışmada, artriti olan hastalara eğitim verilmesinde hemşirenin önemli yere sahip olduğu vurgulanmış ve artritte hasta eğitimi için 10 maddelik eğitim önerisi hazırlanmıştır. Önerilen içeriğin; eğitim, bakım yeterliliği, bakıma ulaşım, hastalık yönetimi, psikososyal destek, özbakım ve bakım etkinliği gibi 7 maddesini hemşirelik yönetimi ve bakımı kapsamaktadır. Önerilen içeriğe uygun olarak verilen eğitimlerden sonra bireylerin hastalıklarıyla daha etkin mücadele verdikleri tespit edilmiştir (Hustings, 2012).

Romatoid artritli bireylerin doktorlardan ve hemşirelerden aldıkları hizmetleri değerlendirmeleri istenen bir çalışmada; profesyonel yaklaşım, empati, bilgilendirme, yapılan müdahalelerin kalitesi gibi konularda hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyinin fazla olduğu belirlenmiştir (Makelainen ve ark., 2009). Ağrıyla başetme, kas gücünü koruma, destek sağlayıcı splintler ve ilaç kullanımı (Hehir, 2008), düzenli egzersiz ve diyetin önemi (Kaya, 2002), hastalık semptomları ile başetme (Kalav ve ark., 2018) konularında hemşire hastalara eğitim vermelidir. Hemşireler tarafından verilen eğitimle uygulanan tedavinin başarısını arttırmak, fonksiyonel yeterliliği sağlamak, öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini arttırmak önem kazanmaktadır (Parlar, 2010). Kalav ve arkadaşının (2018) yaptığı çalışmada; hemşirelerin verdiği eğitim ve danışmanlık uygulaması sonrasında, romatoid artritli hastaların özbakımlarını daha iyi karşılayabildikleri ve yaşam kalitelerinin önemli düzeyde arttığı belirtilmiştir.

Hemşirelerin romatoid artritli hastaların tedavisinde yaşam kalitesini iyileştirmenin yanı sıra semptomların ve eklem hasarının azaltılması, hastalık yönetimi ve remisyonun sağlanması, hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların izlemi, biyolojik tedavilerin uygulanması, yan etkilerin yönetimi ve değerlendirilmesi süreçlerinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Özkaraman ve ark., 2012; Schlenk ve ark.2012; Sousa ve ark., 2007; Cottrell ve ark., 2012; Hustings, 2012; Swanson, 2011). Karahan ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada romatoid artritli hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Hemşire; hasta ve ailesine gerekli danışmanlığı yaparak, hastaların fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini arttırarak, yaşam biçimi değişikliklerinde ve hastalığa uyumlarında uygun başetme yöntemlerini kullanmalarına ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardım etmektedir (Hindistan, 2006).

Literatürde romatoid artritli hastalarda verilen eğitimin ağrı düzeyi, psikolojik tutumlar ve yardım arama tutumlarına etkisi (Hindistan, 2006), romatoid artritli hastalarda tedavi ve tedavi yönetiminde hemşirenin rolü (Cottrell, 2013), romatoid artritli hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve bağımlılık durumlarına göre stresle başetme yöntemleri (Acııcı, 2010), romatoid artrit yönetiminde hemşirenin rolü (Swanson, 2011), romatoid artritli hastaların bakımı (Oliver, 2009), romatoid artrit yönetimi (Burbage, 2008), romatoid artritte hemşirenin rolü ve multidisipliner takım (Walker, 2012), romatoid artritte yorgunluk (Wuts, 2008), romatoid artritte hastalık yönetimi (Cornell, 2007), romatoid artritte egzersiz (Eurenius, 2005), romatoid artritte ağrı, uyku ve yaşam kalitesi (Purabdollah ve ark., 2015) ile ilgili yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Ancak ülkemizde romatoid artritli hastalara verilen eğitimin tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma romatoid artritli hastalara verilen eğitimin tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, romatoid artritli hastalara verilen eğitimin tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Romatoid Artrit (RA)

Romatoid artrit (RA), etiyojisi tam olarak tanımlanmamış ve sinoviyal dokudaki patolojik değişikliklerle karakterize otoimmün bir hastalıktır (Wang ve ark., 2017). RA, sakatlığa ve vücutta çeşitli deformitelere neden olan, sinsi başlangıçlı, sistemik tutulumlu, kronik inflamatuvar bir eklem hastalığıdır (Karimifar ve ark., 2012; Sayarlıoğlu, 2012; Uçar ve ark., 2014). Romatoid artrit, vücuttaki diğer organları da etkileyebilmekte, bu nedenle yalnızca bir eklem hastalığı olarak nitelendirilmemektedir. Dünya nüfusunun %0.4-%1'ini etkileyen, bir inflamatuvar eklem hastalığı olan romatoid artrit prevalansı coğrafi bölgelere göre farklılık göstermektedir (Liao, 2015; Ndosı ve ark., 2011).

Romatoid artrit, 35-60 yaş aralığındaki bireylerde görülmektedir. Kadınlarda erkeklerden 3 kat daha fazla görüldüğü (Liao, 2015; Akyol, 2014; Ndosı ve ark., 2011 ; Swanson, 2011) ve romatoid artritli kişilerde yaşam süresi beklentisinin ortalama olarak 5 yıl daha azaldığı belirtilmektedir (Cakit ve ark., 2011). Romatoid artrit ile ilgili insidans çalışmaları azdır ve bunlar genellikle hastane kayıtları çerçevesinde yapılmış insidans çalışmalarıdır. Romatoid artrit prevalansı dünyanın çeşitli bölgeleri için araştırılmış ve ırklara göre farklılık arz ettiği tespit edilmiştir (Liao, 2015). Türkiye'de romatoid artrit ile ilgili çalışmalar sınırlıdır (Akkaya, 2015) ve Tuncer ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında romatoid artrit prevalansı %0.56 olarak hesaplanmıştır.

Romatoid artrit sebebi tam olarak bilinmemektedir. Bununla beraber çeşitli risk faktörleri ön plana çıkmaktadır. Risk faktörlerinin bazıları; cinsiyet, yaş, C-reaktif protein (CRP) düzeyi, otoantikorlar, genetik faktörler, çevresel faktörler, artan vücut kitle indeksi olarak ifade edilmektedir (Kay ve ark., 2014; Widdifield ve ark., 2014). Emzirme durumu ve oral kontraseptifler ile RA düşük riskli olarak ilişkilendirilirken, poliartritin olması ve 50 mg/dl üzerindeki CRP, RA'da yüksek risk olarak ilişkilendirilmektedir (Cui ve ark., 2010; Onat ve ark., 2013). Yapılan araştırmalarda romatoid artrit hastalarının öyküsünde anti-CCP (%30-50) ve RF (%20-50, IgM-RF, IgA-RF) pozitifliği, HLA-DRB1 taşıyıcılığı belirlenmiştir (Yıldırım ve Yazıcı, 2012; Cander, 2017).

Romatoid artrit risk faktörleri arasında en önemli ve önlenebilir faktörler sigara kullanımı ve obezite olarak belirtilmektedir. Obezitenin önlenmesi ve sigara kullanımının azaltılması, romatoid artrit risk düzeyinin azalmasında önemli olarak görülmektedir. Bununla beraber genetik risk taşıyan bireylerin tespit edilmesi ve bu yönde çalışmaların yürütülmesi önemli olmaktadır (Yaykaşlı, 2013; Yılmaz ve ark., 2016).

Romatoid artrit patofizyolojisi ile ilgili yapılan araştırmalarda genetik faktörlerin romatoid artrite yatkın olma ve romatoid artrit şiddeti üzerinde önemli rol oynadığı belirtilmiştir (Akkaya, 2015; June ve Moreland, 2016). T hücrelerinin de romatoid artrit patogenezinde önemli rolü bulunmaktadır. Romatoid artritte otoimmün reaksiyon öncelikli olarak sinoviyal dokuda oluşmaktadır. T hücrelerine antijen sunumu meydana gelmektedir. T ve B hücrelerinin artmasıyla sinovyal membranda ve küçük eklemlerde çeşitli semptomlar görülmektedir. İnflamasyona ek olarak eklemlerde ağrı, şişlik, ısı artışı, ödem meydana gelmektedir (June ve Moreland, 2016). İnflamasyon esnasında fagositoz eklem içinde enzimler üretmektedir. Oluşan enzimlerle beraber kollajen yıkımı meydana gelmekte, sinovyal sıvıda hücre çoğalması ve pannüs oluşmaktadır. Pannüs kıkırdağı yok etmekte ve beraberinde kemiği aşındırmaktadır (June ve Moreland, 2016; Dinç, 2007; Bozkurt, 2011). Romatoid artrit ile beraber eklem yüzeylerinde ve eklem hareketlerinde kayıplar meydana gelmektedir. Özellikle şişlik, ısı artışı, cilt döküntüleri, ağrı ve romatoid nodüllerle beraber eklem hareketlerinde problem yaşanmaktadır. Romatoid artritte semptomların şiddetinin artması ise sinovit, erken pannüs işgali ve kondrosit aktivasyonu ile kıkırdağın bozulmasına bağlı olmaktadır (Cander, 2017; Akkaya, 2015).

Romatoid artrit başlangıç şekli her hastaya göre farklılık gösterebilmektedir. Hastalığın tanısına kadar olan süreçte kişide, hafif ateş, halsizlik, şişlik, yorgunluk, kilo kaybı ya da eklemlerde rahatsızlık hissi olabilmektedir (Stack ve ark., 2014; Cander, 2017). Romatoid artrit genel olarak tüm eklemleri etkilemektedir. Daha çok el, el bilekleri, ayaklar, dirsek ve diz eklemleri etkilenmektedir. Eklem dışı belirtiler genel olarak daha şiddetli hastalığa sahip olan hastalarda görülmektedir, nadir olarak romatoid artrit tanısı konulmadan önce meydana gelebilmektedir (Cojocar ve ark., 2010; Dwivedi ve ark., 2012). Romatoid artritte görüntüleme ve radyolojik bulgular önemlidir. Hastalığın tanısının konulması, takip edilmesi, tedaviye cevabı ve cerrahinin

gerekliliği görüntüleme ve radyolojik bulgular ile yapılmaktadır. Direkt grafilerde doku anormallikleri, şişlik, inflamasyon, yumuşak doku kayıpları, eklem efüzyonu gibi durumlarla karşılaşılmaktadır (Özsoy ve ark., 2006; Cander, 2017). Romatoid artritte eklem dışı belirtiler; deri altı nodülleri, perikardit, felty sendromu, akciğer tutulumu, göz kuruluğu ve vaskülitir (Cander, 2017).

Deri altı nodülleri; genelde basıncın yoğun olduğu bölgelerde oluşmakta ve hastaların %30'unda görülmektedir. İç organlardaki (visseral) nodüller ise; genel olarak deri altı nodülüyle beraber akciğer, kalp, sklera gibi organlarda görülebilmektedir (Cander, 2017).

Felty sendromu; uzun süredir romatoid artrit tanısı olan hastalarda görülebilen ve splenomegali, lökopeni ve tekrarlayan infeksiyon bulgularıyla seyretmektedir. (Cojocar ve ark., 2010; Dwivedi ve ark., 2012; Cander, 2017).

Romatoid artritte hastalarda akciğer tutulumu görülebilmektedir. Bu durum hastalığın erken döneminde hastaların %20'sini etkileyebilmektedir. Seropozitif romatoid artrit olan bireylerde akciğerin parankim dokusunda nodüller görülmektedir. Bunlar genel olarak ise asemptomatik olmaktadır. Bununla birlikte bronşiolit, intertisyel fibrozis, pulmoner hipertansiyon akciğer tutulumu biçiminde ortaya çıkabilmektedir. Bunun dışında romatoid artritte kullanılan pek çok ilaç akciğer tutulumuna sebep olabilmektedir. Bu durum hastaların soluk alışverişlerinde kalitenin düşmesine neden olmaktadır (Weisman, 2011; Cander, 2017; Turreson ve ark., 2003).

Romatoid artrit hastalarının fonksiyonel sorunlar yaşamalarına neden olan bir diğer durum kardiyak tutulumdur. Perikardit en sık rastlanılan kardiyak tutulumdur. Fakat az sayıda hastada semptomatik hale gelmektedir (Cander, 2017). Romatoid artrit olan erkek hastalarda konjestif kalp yetmezliğinin görülme olasılığının normal bireylere göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Kardiyak tutulum, hastaların fiziksel aktivitelerini kısıtlı yapmalarına neden olmakta ve hastaların yaşam sürelerini 5 ile 10 yıl arası azalttığı ifade edilmektedir (Weisman, 2011; Hamuryudan, 2001; Taş ve ark., 2010).

Romatoid artrit ile ilgili çalışmalarda birçok küçük damarın vaskülitine rastlanmaktadır. Subklinik vaskülit, seropozitif görülen bireylerin birçoğunda bulunmaktadır. Sistemik vaskülitte genelde çok az rastlanmaktadır. Vaskülitin kadınlarda ve erkeklerde görülme oranı eşittir. Genel olarak 10 yıl ve üzeri süren,

yüksek titrede seropozitiflik, romatoid nodüller, destrüktif eklem rahatsızlığıyla beraber üst düzey enflamasyonu bulunan hastalarda ortaya çıkmaktadır. Özellikle vaskülit görülen hastalarda halsizlik, yorgunluk durumları ortaya çıkarken, vaskülit görülen bölgelerde güç kaybı yaşanabilmektedir (Yılmaz ve Erdem, 2012; Schur ve ark., 2012; Turreson ve ark., 2003).

Romatoid artritte enflamasyon nedeniyle kas atrofisi ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte artrite sekonder gelişen nöropatlere bağlı olarak da kaslarda tutulum görülmektedir. Hızlı kasılan kas lifleri ile tip II kasları oldukça fazla etkilenmektedir. Hastaların kemikleri dışında kaslarının da bu hastalıktan etkilenmesi hastaların günlük aktivitelerini yürütmekte zorlanmalarına neden olmaktadır. Kas tutulumuyla birlikte RA'da kemik tutulumuna da rastlanmaktadır ve kemiklerde erozyon görülmektedir. Kemik erozyonunun ortaya çıkmasıyla birlikte hastalarda fonksiyonel yetersizlikler görülmektedir. Kemik erozyonu sinovyal osteoklasik formasyonla beraber neticelenmektedir (Turreson ve ark., 2003; Schur ve ark., 2012; Cander, 2017).

Romatoid artritte fonksiyonel bozukluğa sebep olan bir diğer durum ise gözlerde ortaya çıkan tutulumlardır. Oftalmik etkilenime bağlı sklerit, Sjoren's sendromu ve episklerit gibi hastalıklar romatoid artritli kişilerde ortaya çıkabilen göz rahatsızlıklarıdır (Wu ve ark, 2005; Cander, 2017, Cojocarü ve ark., 2010).

Tedavi edilemediği durumlarda geri dönüşü olmayan fonksiyon kayıplarına ve eklem hasarına neden olabilen diğer bir durum ise septik artrittrdir. Acilen müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Bu hastalarda eklem istirahat alınması ve analjezik tedavisine başlanması gerekmektedir (Cander, 2017).

Erken tanı, her hastalıkta olduğu gibi romatoid artritte de önemlidir. Romatoid artrit için sınıflama kriterleri, epidemiyolojik çalışmalar ve klinik araştırmalar olmak üzere ilk 1956 yılında Amerikan Romatoloji Birliği (American Collage of Rheumatology-ACR) tarafından belirlenmiştir (Zhang ve ark., 2013). Bununla beraber gelişen tıpla beraber erken tanı kriterleri de değişmiştir. 1987 ACR tanı kriterleri kapsamında erken tanının 12 ay veya 24 ay olarak alınması nedeniyle RA tedavisine geç kalınmış olmaktadır. Yüksek riskli bireyleri belirlemek ve tanı koymayı hızlandırmak için 2010 ACR tanılama kriterleri geliştirilmiştir (Aletaha ve ark., 2010).

Tutulan eklem sayısı, RF ve ACPA seroloji değerlerinin pozitif olması, CRP ve ESH akut faz parametrelerinin yüksek olması, semptomatik sürenin 6 haftadan öncesi veya sonrası dikkate alınarak puanlama yapılmaktadır. Toplam puanın $\geq 6/10$ 'dan yüksek olması, romatoid artrit tanısını koymak için yeterli bulunmaktadır (Aletaha ve ark., 2010).

Romatoid artrit tanısı konulduktan sonra fonksiyon kayıplarının oluşmasını önlemek için ilaç tedavisine başlanması gerekmektedir. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan temel ilaçlar; NSAİİ (nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar), kortikosteroidler, hastalık modifiye edici ilaçlar (DMARD- Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs) ve biyolojik ajanları içermektedir (June ve Moreland, 2016). Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar; analjezik ve antiinflatuar özelliği nedeniyle romatoid artritte tedaviye yardımcı olarak en sık kullanılan yöntemdir (Demirel ve Kırnay, 2010). Kortikosteroidler, romatoid artritli hastaların semptomlarının kısa dönemde hafifletilmesinde ve radyolojik eklem hasarının yavaşlatılmasında etkili olabilmektedir (Svensson ve ark., 2005). Yüksek ya da düşük dozda verilen kortizonun, DMARD ile birlikte kullanıldığında, tedavinin plaseboya göre daha yüksek etkisi olduğu tespit edilmiştir (Dinç, 2007). Steroid tedavisi genellikle işlevsel kaybı bulunan ve aktif hastalığı bulunan hastalarda, DMARD'ın tedavi edici etkisi ortaya çıkana kadar olan dönemde kullanılmaktadır (Svensson ve ark., 2005; Dinç, 2007).

Romatoid artrit hastalarında eklem erozyonu erken dönemde başlamaktadır. İki yıllık hastalık süresine sahip olan hastaların yaklaşık olarak %80'inde radyolojik eklem hasarı mevcuttur (Aletaha ve ark., 2010). Yapılan çeşitli araştırmalarda, DMARD tedavisinin hastaların iyileşme sürecine olumlu katkılar sağladığı belirtilmiştir. DMARD tedavisine mümkün olduğunca erken başlanmış olması, radyolojik progresyonu yavaşlatmakta ve hastanın fonksiyonel kapasitesini iyileştirmektedir (Verstappen ve ark., 2003; Grigor ve ark., 2004; Tikiz ve ark., 2010). Özellikle "pencere" olarak isimlendirilen hastalığın ilk 3 aylık döneminde tanının konması ve tedaviye başlanması önemlidir. Hastalık tanısından sonra ilk 3 aylık ve 6 aylık dönemlerde hastanın yakından takip edilmesi gerekmektedir. Bu dönemde düşük hastalık aktivitesi ya da remisyonu sağlamak genel amaç olmaktadır (Saag ve ark., 2008; Geraldino ve ark., 2015).

Metotreksat (MTX), romatoid artrit tedavisinde öncü ilaçlardan biri olarak görülmektedir. Hastalar tarafından uzun süreli kullanıma uygun olması, biyolojik ajanlarla birlikte kullanılabilmesi ve klinik güvenliğinin yüksek olması gibi nedenlerden dolayı sıklıkla tercih edilen bir tedavi yöntemidir. MTX alan hastalarda gastrointestinal şikayetlerin azalmasını sağlamak için folik asit kullanımı sağlanmalıdır. MTX'in teratojenik etkisi olduğundan doğurganlık çağındaki kadınlarda etkin doğum kontrolü yapılması önemlidir (Katchamart ve ark., 2010; Johnsen ve ark., 2015; Geraldino ve ark., 2015).

Biyolojik ajanlar romatoid artrit tedavisinde kullanılan başka bir yöntem olarak ifade edilmektedir. Güncel tedavi yaklaşımları kapsamında romatoid artritli hastaların %40-50'sinde birinci tedavi yöntemi olarak MTX ve diğer DMARD'lar ile iyileşme süreci başlatılabilmektedir. Bununla beraber hastaların yaklaşık %50-60'ında bu yöntemler başarısız olmakta ve biyolojik ajan tedavisi düşünülebilmektedir. Literatürde biyolojik ajanların erken tanı döneminde kullanılmasına ilişkin çeşitli görüş ayrılıkları mevcuttur. Literatürde DMARD (klasik ve biyolojik) kombine tedavi ve monoterapi çalışmalarında yanıt oranları incelenmiştir. Bu araştırmaların çoğunluğunda MTX ve biyolojik ajan kombinasyon tedavisinin, MTX ve biyolojik ajan monoterapileri tedavisinden daha etkin olduğu sonucuna varılmıştır (Yıldırım ve Yazıcı, 2012).

Romatoid artrit tedavi sürecinde hastalar, tedaviyle ilgili çeşitli endişeler yaşamakta, fiziksel ve ruhsal sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Romatoid artritte hastalık aktivitesinin fonksiyonel durumu etkilediği ve yüksek hastalık aktivitesinin, yaşam kalitesi, fiziksel ve psikolojik fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirtilmektedir (Sunar ve ark., 2015).

Romatoid artritli hastalar, eklem tutulumlarının yanı sıra tüm organ ve sistemlerin olumsuz etkilenmesi sonucu günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sorun yaşamaktadırlar (Pehlivan ve ark., 2015). Hastalar yürüme bozukluğu, el beceri fonksiyonlarını sürdürmede yetersizlik, nefes darlığı, görme bozukluğu, beden imajında değişiklik gibi sorunlarla karşılaşabilmektedirler (Swanson, 2011; Stanmore, 2013). Stanmore (2013), romatoid artritli hastalarda yardımcı araç gereç kullanımının günlük yaşamlarını kolaylaştırdığını belirtmiştir. Romatoid artrit gibi kronik rahatsızlığa sahip olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlılıklar, yatağa bağımlılık durumu, hastalara yeterli bakım hizmetlerinin ve eğitimlerin verilememesine neden olmakta ve

bu durum hastalarda akut ataklar nedeniyle hastaneye gereksiz yatışları arttırmaktadır (Saraç, 2007). Tüm bu olumsuz sonuçlar romatoid artritli hastaların tedaviye uyumlarını zorlaştırmaktadır. Hastaların tedaviye uyumlarının sağlanmasında sağlık personeli tarafından gerekli bilgilendirmelerin yapılması ve eğitimlerin verilmesi önem kazanmaktadır (Hustings, 2012; Kjekken ve ark., 2015).

2.2. Romatoid Artritte Hemşirelik Bakımı

2.2.1. Romatoid Artritte Hemşirenin Rolü ve Hasta Eğitimi

Romatoid artrit tanılı hastaların bakımları oldukça önemlidir. Hastadaki ağrının azaltılması, eklemlere olan zararın en aza indirgenmesi, hastanın eğitiminin sağlanması, hastalığın yan etkilerinin azaltılması, hastalığın tedavisindeki asıl amaçlardır (Uutela, 2011; Hustings, 2012; Schlenk ve ark., 2012).

Romatoid artritli bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasıyla birlikte eklem hasarlarının ve semptomların azalması, remisyonun sağlanması ve hastanın sağlık durumunun geliştirilmesi açısından hemşirelerin önemli görevleri bulunmaktadır. Hemşireler, hastaların ağrıyla başedebilmelerinde, ilaçlarını düzenli kullanmalarında, özbakım becerilerini kazanmalarında destek olmaktadır (Cottrell ve ark., 2012; Hustings, 2012; Swanson, 2011; Kaya ve ark., 2007). Romatoid artritte hastalık aktivitesinin azalmasında hemşirenin hastalık ile ilgili verdiği eğitimin, semptom yönetiminin öğretilmesinin ve danışmanlık hizmetinin önemli olduğu belirtilmektedir (Swanson, 2011; Walker, 2012). Romatoid artritli hastalara yönelik hasta eğitimi, hemşirelerin en önemli rolleri arasında görülmektedir (Hustings, 2012). Hasta eğitimi, sağlığı koruyan ve bireylerde davranış değişikliği geliştirmeye yardım eden öğrenim deneyimlerinin birleşimidir. Hasta eğitiminde amaç; hastaların sağlığa ilişkin davranışlarını düzeltmesi, hastalıklarla başa çıkmalarının sağlanması, uygulanan tedavinin başarısının artırılması, fonksiyonel yeterliliğin sağlanması, sağlıkları ile ilgili karar alma yeteneklerinin artırılması ve hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi olarak belirtilmektedir (Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Parlar, 2008).

Hasta eğitimi; hemşirelerin en önemli profesyonel rolleri arasında bulunmaktadır. Bu eğitim, hastaların sağlıklı yaşamla ilgili beceri, davranış, tutum geliştirmelerini sağlamaktadır. Geçmişte hastalıkların tedavisi ile patofizyolojisi

üzerinde duran hasta eğitimi, günümüzde hasta ve ailesinin korunması, hastanın bakımı ve sağlığın geliştirilmesi gibi konulara odaklanmaktadır (Akçin, 2000).

Geçmişten günümüze kadar olan süreç içerisinde ortaya çıkan problemlere bir çözüm geliştirmek adına yapılan çalışmalar giderek daha önemli hale gelmiştir. Bununla birlikte sağlık alanında yapılan bazı reformlar hemşirelerin iyi bir eğitimci olmalarını sağlamıştır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Günümüzde hasta eğitiminin; memnuniyetin ve uyumun yükseltilmesi, morbiditenin azaltılması, maliyetlerin düşürülmesi, hayat kalitesinin yükseltilmesi gibi unsurlar üzerinden yürütüldüğü kabul edilmektedir (Öztürk ve ark., 2013).

Hasta eğitimi sürecinde sağlık problemlerinin ortadan kaldırılması, hastaların sağlıklarının geliştirilmesinde etkili olacak yöntemlerin kullanılması, bireylerin sağlıklı olabilmelerini sağlayacakları tutum ve davranışların kazandırılması amaçlanmaktadır. Söz konusu süreç içerisinde hemşirelerle birlikte farklı sağlık çalışanları hasta ve hastanın ailesi de takım içerisinde bulunmaktadır. Ancak hemşirelerin hastalarla fiziksel, sosyal ve tıbbi açıdan sürekli iletişim içerisinde olmaları hasta eğitiminde daha önemli konumda yer almalarına sebep olmaktadır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009).

Hasta eğitimi sadece teknik öğeleri kapsayan bir süreç değildir. Bununla birlikte içerisinde bazı değerleri ve hedefleri barındıran bir çalışmadır. Bu durum hasta eğitiminin kendine has bir yaklaşımının olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle bu kavram içerisinde hastaların hakları, özgürlükleri önem kazanmaktadır (Williams, 2010). Hasta eğitiminde yararlanılacak teknik ve yöntemlerin belirlenmesinde hemşirenin ve hastanın özellikleri, eğitimin devam edeceği çevresel şartlar, istekler, beklentiler, eğitim süresi ve sahip olunan unsurlar oldukça önemlidir. Hasta eğitimiyle alakalı yeterliliğe sahip olan hemşire, tutumlarını ve davranışlarını sürece göre ayarlayarak eğitim sürecini şekillendirmektedir (Williams, 2010).

Hasta eğitim sürecinin iletişim üzerine kurulu olması, hastanın ve ailesinin anlayabileceği bir anlatım tarzının belirlenmesini gerektirmektedir. Bu açıdan hemşirenin sade bir dil kullanması ve hasta ile ailesinin anlayamayacağı mesleki terimlerden uzak durması gerekmektedir. Hasta eğitimi kapsamında hemşirelerin yararlanabilecekleri yöntemler; grup eğitimi, birebir eğitim, gösteri eğitimi, faaliyetlere ya da işlemlere hazırlayıcı eğitimi içermektedir (Şenyuva ve Taşocak, 2007).

Yönetim süreci yapısında; hastaların bakımı, eğitimi, sorunların çözümlerine ulaşacak becerilerin gelişimi gibi unsurları kapsamaktadır. Bu yönetim sürecinde hastaların eğitimi önemli bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri kapsamında verilen eğitimlerde hedef sadece bilginin kazandırılması değil, bununla birlikte sağlığa yararlı olan davranışların alışkanlık haline getirilmesini sağlamaktır (İncirkuş ve Nahçıvan, 2015). Hemşirelerin hastayı ve hastanın yakınlarını tanıyabilme, onlarla yakından görüşebilme, değerlendirme yapabilme, uygulanan müdahalelerin neticelerini gözlemleyebilme gibi olanaklarının bulunması, hemşirelerin bu konularla ilgili sorumluluklara sahip olmasını sağlamaktadır (Önder ve ark., 2015).

Romatoid artritli hastaların hastalık süreçlerinin kompleks unsurlar bulundurması, bakım, tedavi ve gözlem süreçlerinin dikkatli yapılmasını gerektirmektedir. Farklı ilaçların beraber kullanılması, ev koşullarının ve çevrenin hastaya uygun olmaması, diyet değişiklikleri, bireysel sağlık alışkanlıkları gibi sebepler hastaların bazı sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Kaya, 2002).

Romatoid artrit hastalığına sahip olan kişilerle ilgili yapılan araştırmalarda hastaların %70'inin hastalıklarının izlenmesi ve tedavi edilmesiyle ilgili tam bilgilerinin olmadığı görülmüştür (Hindistan, 2006). Bununla beraber %85'inin ise farklı bir doktora gitme gereksinimi duymadıkları ve ilaç tedavilerini düzenli bir şekilde yürütmedikleri ifade edilmiştir (Hindistan, 2006; Karahan ve ark., 2014). Evde hastaların takip edilmesi sürecinde hemşirelerin sorumlulukları şu şekildedir (İncirkuş ve Nahçıvan, 2015):

- Bozulmuş olan sağlığın düzeltilmesi,
- Rehabilitasyon hizmetleri sunmak,
- Hastanın öz bakım yeteneğini artırmak,
- Hasta ile aileyi bakım konusunda alakalı eğitmek,
- Hastanın baş etme becerilerini artırmak,
- Hasta ve ailesinin iyi iletişim kurabilmelerini temin etmek,

- Hasta ve ailesinin hayat tarzlarında hastalıkla baş edebilmek adına sistemler oturtmalarını sağlamak,
- Aile, hasta, sosyal destek ve toplumla alakalı yapıları tekrar bir araya getirmeyi sağlamaktır.

2.2.2. Romatoid Artritte Tedaviye Uyumda Hemşirenin Önemi ve Hasta Eğitimi

Tedaviye uyum; hastanın reçete edilen ilacı alması, diyetle önerilen şekilde uyması, var olan alışkanlıklarını tedaviye uygun şekilde değiştirmesi (alkol ve sigarayı bırakması gibi) ve randevularına zamanında gelmesi gibi sağlık personellerinin önerilerine bağlılığını ifade etmektedir (Sokka ve Pincus, 2002; Touchette ve Shapiro, 2008; Joplin ve ark., 2015). Tedaviye uyum; kontrollere düzenli gelmeyi, ilaçları düzenli kullanmayı, istenilen davranış değişikliğini sağlamayı ifade etmektedir (Ervatan ve ark., 2003). Hastanın tedavisini reçetesinde yazıldığı gibi eksiksiz şekilde, zamanında ve önerilen biçimde alması ile reçete edilen ilaçlarını kullanmayı sürdürmesi ve tavsiye edilen zamandan önce bırakmaması anlamına gelmektedir (Ho ve ark., 2009).

Tedaviye uyum; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, sosyal destek, ilaçlara bağlı yan etkiler ve hastalık özelliklerinden etkilenmektedir (Elliott, 2012; Kim ve ark., 2018). Joplin ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada hastaların tedavi sürecinde gerekli olan öğeleri ele alırken, yan etkiler, ilaç uyumu, iyileşme gibi konularla ilgili endişe yaşadıkları gözlenmiştir. Bu açıdan sağlık çalışanlarının verecekleri eğitimler hastaların bilinçli karar alabilmeleri açısından son derece önemli görülmektedir (Joplin ve ark., 2015).

Romatoid artrit tedavisinde ana hedef; enflamasyon ve ağrının ortadan kaldırılmasıyla eklem işlevlerinin korunmasını sağlamaktır (Akkaya, 2015). Romatoid artrit tedavisinin doğru şekilde yapılması adına 2001 yılında yapılan bir çalışmada tedaviye yönelik bir yönerge oluşturulmuştur. Romatoid artrite uyum sağlamak ve bu rahatsızlığın tedavisini verimli bir şekilde gerçekleştirebilmek için şu öneriler ortaya konulmuştur (Sokka ve Pincus, 2002):

1. Tedavi sürecine uyum gösterilebilmesi açısından hastanın sosyal, ekonomik, ruhsal ve tıbbi durumunun kişiselleştirilmesi gerekmektedir.

2. RA tedavisinde ana hedef hastalık aktivitesinin ve sinovitin ortadan kaldırılmasıdır.
3. RA hastalığının teşhisi konulduktan sonra en hızlı biçimde DMARD kullanılmasıyla birlikte tedavi sürecine geçilmelidir.
4. DMARD'lar içerisinde en etkili olanı MTX'dir. Siklofosfamid toksik, altın tuzları ise düşük etkili ve maliyeti yüksek olması nedeniyle çok az olasılıkla kullanılmaktadır.

Romatoid artritli hastalarda, hastaların tedaviye uyumlarında hastalara verilecek olan eğitimler önemlidir (Joplin ve ark., 2015). Hasta eğitimi hastaların kendilerini hastalık durumuna hazırlamaları açısından son derece önemlidir. Bu durum aynı zamanda hastaların tedavi sürecine uyum sağlamaları açısından da önem arz etmektedir. Hastalar aldıkları eğitimle beraber tedavi sürecinde karşılaşabilecekleri konularla ilgili bilgi sahibi olmaktadır. Edinilen bilgiler süreçle ilgili bilgi eksikliği sebebiyle ortaya çıkabilecek korkuların yenilmesi açısından oldukça önemlidir. Böylelikle hasta sürece ruhsal açıdan hazırlanmış olmaktadır (Shiri, 2006).

Romatoid artrit riskini taşıması bireylerde ruhsal ve sosyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu açıdan hasta eğitimi bireylerin ruhsal sıkıntılarının en alt düzeye indirilmesi açısından önemlidir. Romatoid artritli hastalarda genel nüfusa göre daha fazla yetersizlik duygusu, rijidite, depresyon, anksiyete gibi problemler ortaya çıkabilmektedir. Hasta eğitimiyle bireyler bu sorunları daha kolay aşabilmekte ve tedavi süreçlerine daha kolay adapte olabilmektedirler (İncirkuş ve Nahçıvan, 2015).

Hastalık sebebiyle ortaya çıkan maddi, tıbbi ve sosyal sınırlamalar hastaların pek çok problemle karşılaşmasına neden olmaktadır. Kimi hastalar söz konusu problemler nedeniyle hastalıkla başa çıkma becerilerini kaybetmektedirler. Bunun sonucunda ise anksiyete sorunu ortaya çıkmaktadır. Önceden rahatlıkla yapabildikleri spor, yürüyüş, yemek pişirme, çalışma, alışveriş gibi aktiviteleri yapamamaları sebebiyle üzüntü duymaktadırlar (Williams, 2010). Hasta eğitimi kapsamında bireylere kazandırılan beceriler doğrultusunda bireylerin ilerleme kaydedebilmeleri bireylerin bozulan duygu durumlarının düzelmesini sağlamaktadır. Bu sayede bireylerin tedavi sürecine daha kolay adapte olabilmeleri sağlanmaktadır (Williams, 2010).

2.2.3. Romatoid Artritte Fonksiyonel Durum ve Hasta Eğitimi

Romatoid artritte hastalar çeşitli açılardan fonksiyonel zorluklarla karşılaşmaktadır. Romatoid artrit; sistemik enflamatuar ve eklemlerde ortaya çıkan bir hastalık olmasına rağmen, farklı organları da etkileyerek hastaların fonksiyonel durumlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Kaya, 2002; Turreson ve ark., 2003). Hastalar fonksiyonel olarak günlük işlevleri yerine getirememeye başlamakla beraber kilo kaybı, yorgunluk, kas güçsüzlüğü, depresif ruh hali gibi durumlarla da yüzleşmek durumunda kalmaktadırlar (Turreson ve ark., 2003). Kilolu kişilerde eklem üzerindeki gerginliğin artması sonucu romatoid artrit belirtilerinin daha fazla yaşandığı belirlenmiş ve geleneksel tedaviyle beraber diyet yapmalarının faydalı olduğu tespit edilmiştir. (Swanson, 2011).

Romatoid artrit; bireylerin yaşamlarının en etkin döneminde ortaya çıkmaktadır. Romatoid artritli bireyler bu süreçte sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Sosyal destek konusunda romatoid artritli hastalara verilen rehabilitasyon hizmetleriyle bu bireylerin tekrar yaşama bağlanmalarının temin edilebilmesi önemlidir. Bu bireylerin işten uzaklaştırılmaları yerine işe katılmalarının sağlanması gerekmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri de bu bireylerin iş yaşamına kazandırılmaları için oldukça yararlıdır (van Vilsteren ve ark., 2015). Hemşirelerin rehabilitasyon hizmetlerinde görev alarak RA'lı hastaların bakım süreçlerini şekillendirmeleri, bu hastaların topluma ve iş hayatına kazandırılması açısından önemli olmaktadır (Hindistan, 2006; van Vilsteren ve ark., 2015).

Romatoid artritli hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında ağrının giderilmesi önemli olarak değerlendirilmektedir. Romatoid artritte ağrı, hastaların sağlık kurumlarına başvurmalarına sebep olan primer problemidir. Ağrı unsuru bireye özel bir durum olması sebebiyle kişisel nitelik taşımaktadır (Atcı, 2004). Erken ve etkili hastalık ve ağrı yönetimiyle hastanın yaşam kalitesi artmakta ve uzun süreli engellilik riski ortadan kalkmaktadır (Durham ve ark., 2015).

Romatoid artrit tedavi sürecinde hastaların yaşadıkları ağrının sosyal, fiziksel, duygusal ve psikolojik yönden ele alınması gerekmektedir. Bunun nedeni ise tüm bu faktörlerin başlı başına toplam ağrı düzeyinde etkisinin bulunmasıdır. Yapılan bir araştırmada hastaların ağrılarının azaltılmasında, hasta ve sağlık ekibinin uyumunun

önemli olduğu belirtilmiştir (Demircioğlu, 2012). Bu durum hemşirelerin ağrı tedavisinde ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının hastaların psikolojik gereksinimlerini karşılayabilmesi, hastaların rahatlamasını sağlayarak ağrı düzeylerini azaltmaları önemlidir. Bununla beraber hastaların, kontrollerinin ve tedavilerinin aksatılmaması, ilaçlarının takibinin yapılması gibi unsurların hemşireler tarafından yerine getirilmesi, ağrıların azaltılması açısından son derece önemlidir (Acıcı, 2010; Hustings, 2012). Yorgunluk ve ağrının, hastalık aktivitesi üzerinde negatif bir etkisi bulunmaktadır (Sunar ve ark., 2015). Hemşirelerin ağrı konusuyla ilgili hastalara ve ailelerine verecekleri eğitimler de sürecin kontrol edilmesi son derece önemlidir (Acıcı, 2010). Romatoid artritli hastaların fonksiyonel durumlarına uyumda hastaya verilecek eğitimler büyük önem taşımaktadır (Sousa ve ark., 2007).

Romatoid artrit hastalara getirmiş olduğu fiziksel engeller sebebiyle hastalar kendilerini çaresiz, yetersiz hissedebilmektedir (Önder ve ark., 2015). Bu unsurlarla beraber hastalarda ölüm korkusu, bedeninin zarar göreceği düşüncesi, algıda bozulmalar gibi öğeler de ortaya çıkmaktadır. Bireyin fonksiyonel sorunları duygusal sorunlarla birleşerek hastaların daha çok ağrı çekmesine neden olmaktadır. Ağrı, hastaların fonksiyonel durumlarını kötü yönlü etkilemekle beraber bireylerin fiziksel aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (van Vilsteren ve ark., 2015). Hasta eğitimi kapsamında hastalara sunulan rehabilitasyon hizmetleri ve hastanın yapması gereken fiziksel aktivitelerin hastalara açıklanması hastanın fiziksel açıdan biraz daha gelişim sağlamasını temin edecektir (Williams, 2010). Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, bedensel yakınmayla gelen hastalara yönelik olarak hastaların fonksiyonel durumlarını belirlemeye çalışmaktadırlar (Akçin, 2000).

Hasta eğitimi hastaların fiziksel açıdan kendilerini nasıl geliştirebileceklerini öğretmek açısından son derece yararlı bir araç olmaktadır. Hastalar tam manada fiziksel performanslarının tamamına kavuşmasalar da geçmişe nazaran daha çok fonksiyona sahip olmaktadır. Böylelikle hastaların daha çok fiziksel ve sosyal aktiviteye katılabilmeleri mümkün olmaktadır. Fonksiyonlarını daha iyi kullanan hastaların istihdam süresine katılmaları daha kolay olmaktadır. Bu değişikliklerle birlikte bireylerin toplumsal süreçlerden uzaklaşmaları engellenmektedir (Akçin, 2000) ve

tedavi sürecine daha kolay adapte olup, süreci daha etkili geçirebilmektedir. Bu sayede bu hastalarda hastalığın gelişim süresi azalmaktadır (Önder ve ark., 2015).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın şekli

Romatoid artrit tanılı hastalara uygulanan eğitimin tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisinin incelendiği çalışma, tek grup, ön test-son test, yarı deneysel düzende yapıldı.

3.2. Araştırmanın yapıldığı zaman, yer ve yer özellikleri

Araştırma Mart 2017- Eylül 2017 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğinde yapıldı. Romatoloji polikliniğinde bir doçent doktor, dört uzman doktor, bir asistan doktor ve bir sekreter görev yapmaktadır. Poliklinikte iki muayene odası, bir biyopsi, ultrasonografi odası ve eğitim odası bulunmaktadır. Poliklinikte gün içerisinde romatolojik hastalık tanılı yaklaşık 40 hasta randevulu bir şekilde muayene edilmektedir. Gün içinde ortalama beş romatoid artrit hastası muayene olmak için polikliniğe başvurmaktadır. Ayaktan takibi yapılan romatoid artritli hastalar ayda bir kez kontrol amacıyla polikliniğe başvurmaktadır. Poliklinikte hastalara doktor ve hemşireler tarafından hastalık ve ilaç kullanımı hakkında sözel bilgilendirme yapılmaktadır.

3.3. Evren ve Örneklem

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğinde 1 Ocak-31 Aralık 2017 tarihleri arasında izlenen toplam Romatid artrit tanılı hasta sayısı 230'dur. Araştıma örnekleme alınacak hasta sayısı güç analizi ile belirlendi. Bu çalışmada yanılma düzeyi $\alpha = 0.05$, örnek genişliği belirlenirken $\beta = 0.20$, hedeflenen testin gücü $(1 - \beta) = 0.80$ olarak alındığında örnekleme 80 hastanın alınması belirlenmiştir ve testin gücü $P = 0.8092$ bulundu. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini; Mart- Eylül 2017 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Romatoloji Polikliniği'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, en az 6 aydır romatoid artrit tedavisi gören, iletişim kurma güçlüğü, zihinsel problemi, görme ve işitme sorunu olmayan, 18 yaş ve üzeri, bilinci açık ve çalışmaya katılmayı kabul eden

hastalar oluşturdu. Yeni tanı konulan, tedaviye başlanma süresi 6 aydan az olan hastalar çalışma örneklemini dışında tutuldu.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları; Kişisel Bilgi Formu (EK-I), Tıbbi Tedavi Uyum Oranı Ölçeği (EK– II) ve Sağlık Değerlendirme Anketidir (EK-III).

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-I)

Kişisel bilgi formu, literatür bilgisi ve daha önce yapılan çalışmalarla dayalı olarak hazırlanmıştır. Kişisel bilgi formu hastaların sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişi, yaşadığı yer, gelir düzeyi) ve romatoid artrit ile ilgili klinik özelliklerini (hastalık süresi, DAS28 skoru, romatoid artrite bağlı yakınmalar, önerilen ilaç tedavisini uygulama ve ilaç yan etkisi yaşama durumu gibi) tanımlayıcı 19 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği-TTUÖÖ (Medication Adherence Rating Scale-Mars) (EK- II):

Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği 2000 yılında, Morisky Uyum Anketi (Morisky Medication Adherence Scale) ve İlaç Tutum Envanteri (Drug Attitude Inventory-DAI) birleştirilerek hastanın son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışları ve tutumu değerlendirilmek amacıyla Thompson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte Evet/Hayır şeklinde cevap verilecek 10 soru bulunmaktadır. Ölçekte 1-7 arasında puan alanların tedaviye uyumlarının zayıf, 7'den yüksek puan alanların ise tedaviye uyumlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (Thompson ve ark., 2000). Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Koç (2006) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanmış ölçeğin test re-test güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0.92 bulunmuştur (Koç, 2006). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,72'dir.

3.4.3. Sağlık Değerlendirme Anketi-SDA (Health Assessment Questionnaire- HAQ) (EK- III)

Sağlık Değerlendirme Anketi, 1978 yılında Stanford Üniversitesi'nde Fries ve arkadaşları tarafından geliştirilen, bireyin sağlık durumunun günlük yaşamını nasıl

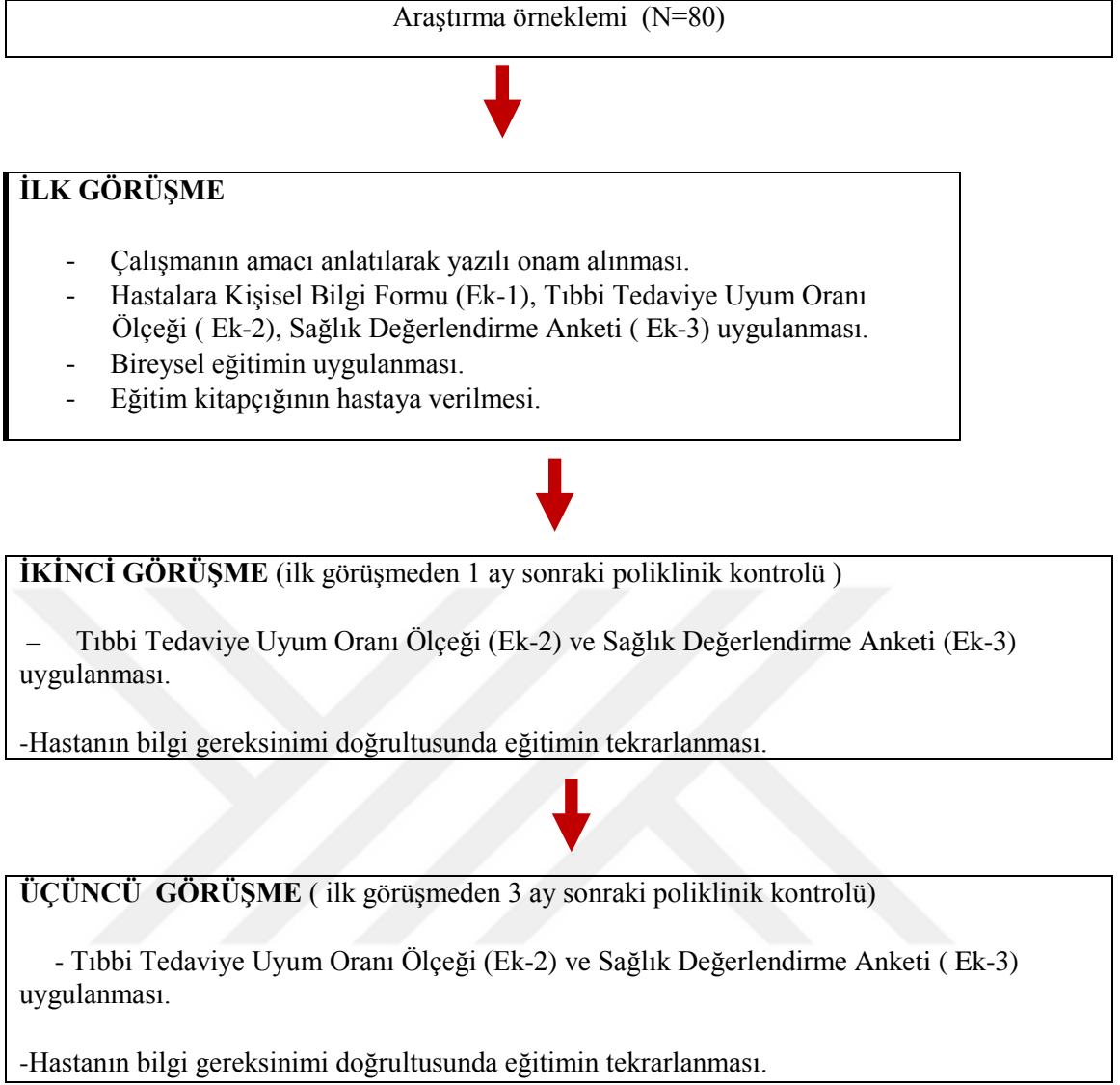
etkilediğini sorgulayan bir ankettir. Sağlık Değerlendirme Anketi sekiz sorudan (giyinme ve hazırlanma, oturma-kalkma, yemek yeme, yürüme, hijyen, uzanma, kavrama gücü, diğer aktiviteler) oluşmaktadır. Anketteki her bir ifade; 0 “hiç zorluk çekmiyorum”, 1 “çok az zorlanıyorum”, 2 “çok zorlanıyorum”, 3 “yapamıyorum” şeklinde değerlendirilmektedir. Anketten alınan puanın yüksek olması fonksiyonel yetersizliği göstermektedir. Ankette son 1 hafta sorgulanmakta ve hastanın belli aktivitelerdeki zorlanma durumu değerlendirilmektedir (Bruce ve Fries, 2003; Küçükdeveci, 2004).

Sağlık Değerlendirme Anketi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır. Anketin Cronbach alfa değeri 0.97 olarak saptanmış ve Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir. Sağlık Değerlendirme Anketi romatoloji hastalarının günlük yaşamındaki fonksiyonel durumunu değerlendirmek için sıklıkla kullanılan, fonksiyonel ölçüm yöntemidir. Ölçek hastanın fonksiyonel yetenek seviyesini değerlendirmektedir. Her kategorideki en yüksek değer o kategorinin skorunu belirlemektedir. Tüm kategorilerden elde edilen skorların toplamı hesaplanmakta ve tüm yanıtlanan kategori sayısına (8'e) bölünmektedir. Bu şekilde elde edilen skorlar 0-3 arasında bir değer almaktadır. Sağlık Değerlendirme Anketi'nden alınan skorların “0-1.0” olması hafif yetersizlik düzeyi, “1.1-2.0” olması orta düzeyde yetersizlik, “2.1- 3.0” olması ağır düzeyde yetersizlik olarak kabul edilmektedir. Sağlık Değerlendirme Anketi skorunu hesaplayabilmek için katılımcının sekiz parametreden en az altısını cevaplamış olması gerekmektedir (Bruce ve Fries, 2003; Küçükdeveci, 2004). Araştırmamızda Sağlık Değerlendirme Anketi Cronbach Alpha değeri 0,78'dir.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışma Mart 2017- Eylül 2017 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Romatoloji Polikliniği'ne başvuran romatoid artrit tanılı 80 hasta ile yapıldı. Poliklinik kontrolüne gelen hastalara araştırmacı tarafından; araştırma hakkında açıklama yapıldı, tıbbi tedaviye uyum ve fonksiyonel durum değerlendirmelerinin yapılacağı ve ardından hasta eğitimi uygulanacağı belirtildi. Örneklem özelliklerine sahip, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alındı.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ilk olarak Kişisel Bilgi Formu, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği ve Sağlık Değerlendirme Anketi uygulandı. Veri toplama araçlarının uygulanmasını takiben hasta eğitimi yapıldı. Hasta eğitimi, Romatoloji Polikliniği'nde bulunan eğitim odasında, araştırmacı tarafından bireysel oturum şeklinde verildi. Eğitim her hasta için tek oturum şeklinde ve yaklaşık 30 dakikada verildi. Eğitimde görsel eğitim materyali, anlatım, soru cevap ve tartışma yöntemleri kullanıldı. Eğitim sonrasında hastaya eğitim içeriğini kapsayan bir eğitim kitapçığı verildi. Hastalarla eğitimden bir ve üç ay sonra rutin poliklinik kontrolleri sırasında tekrarlı görüşme yapıldı. Eğitimden bir ay sonra yapılan ikinci görüşmede; hastalara Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği ve Sağlık Değerlendirme Anketi uygulandı. Veri toplama araçlarının uygulanmasını takiben hastaların sorularına ve gereksinimlerine göre ihtiyaç duydukları konularda eğitim tekrarlandı. Eğitimden 3 ay sonra yapılan üçüncü görüşmede hastalara Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği ve Sağlık Değerlendirme Anketi tekrar uygulandı, hastaların sorularına ve gereksinimlerine göre ihtiyaç duydukları konularda eğitim tekrarlandı. İlk görüşmede değerlendirilen ve eğitim oturumuna katılan tüm hastalar, eğitimden bir ve üç ay sonra yapılan tekrarlı değerlendirme görüşmelerine de katılmışlardır.



Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması

Eğitim Kitapçığı İçeriği

Araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak “*Romatoid artritli hastalar için tedaviye uyum ve fonksiyonel durum eğitim kitapçığı*” hazırlandı. Eğitim kitapçığı genel olarak romatoid artrit, ilaç tedavisi ve hastaların fonksiyonel durumlarını korumalarına katkı sağlayacak bilgiler içerecek şekilde oluşturuldu. Eğitim kitapçığında; hareket sistemi, romatoid artrit; tanımı, etiyolojisi, klinik seyri, belirtileri, romatoid artrit tedavisi, ilaç kullanımı ve tedaviye uyum, romatoid artrit fonksiyonel durum, ağrı yönetimi, ağrıyla başetme, beslenme, egzersiz ve istirahat, bireysel bakımda yapılabilecek uygulamalar konularında bilgilere yer verildi (EK-VII). Eğitim kitapçığı

içeriği için İç Hastalıkları Hemşireliği alanında görev yapmakta olan üç hemşire akademisyenden uzman görüşü alındı.

3.6. Veri Analizi

Çalışmamızdan elde edilen veriler, SPSS 22.0 programına yüklenerek analiz edildi. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalığa ait klinik özellikleri sayı ve yüzde olarak değerlendirildi. Tıbbi tedaviye uyum oranı ve fonksiyonel durum algısına ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri kullanıldı. Verilerin normal dağılım varsayımını yerine getirip getirmediğinin tespiti için Kolmogorov-Smirnov Z testi yapıldı. Örneklem verilerinin normal dağılım koşullarını sağlamaması nedeniyle non parametrik testler uygulandı. Örneklem verilerinde eğitim öncesi, eğitimden bir ay ve eğitimden üç ay sonraki ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı Wilcoxon testi ile araştırıldı. Sosyodemografik özellikler ve hastalık durumu arasındaki ilişkilerin tespitinde ikili gruplar için Mann Whitney U testi, ikinin üzerindeki gruplar için Kruskal Wallis H testi uygulandı.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütüldü. Araştırmanın etik uygunluğu için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2016-12/07 karar numarası ile 23.12.2016 tarihinde izin alındı. Araştırmanın yapılabilmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden 93596471-044 sayılı kurum izni alındı. Araştırma kapsamına alınacak tüm bireyler; yapılacak uygulamalara yönelik bilgilendirilerek, sözlü ve yazılı onamları alındı. Çalışmaya katılan bireylere, verilerin sadece bu çalışma için kullanılacağı belirtildi. Her katılımcıya verilerin gizliliği için sadece araştırmacılar tarafından belirlenen bir kod verildi. Hastalara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesine, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı açıklanarak "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine uygun davranıldı. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek "Kimliksizlik ve Güvenlik" ilkesi yerine getirildi.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	61	76.2
Erkek	19	23.8
Yaş		
18-30	3	3.8
31-40	5	6.2
41-50	23	28.8
51-60	25	31.2
61 ve üzeri	24	30.0
Eğitim Durumu		
Okuryazar olmayan	6	7.5
İlkokul	36	45.0
Ortaokul	21	26.2
Lise	13	16.2
Lisans	4	5.0
Sosyal Güvence		
Evet	80	100.0
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Var	77	96.2
Yok	3	3.8
Yaşadığı Yer		
İl	56	70.0
İlçe	24	30.0
Gelir Düzeyi		
Düşük	11	13.8
Orta	64	80.0
Yüksek	5	6.2

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların; %76.2’sinin kadın, %90’ının 40 ve üzeri yaşta, %7.5’inin okuryazar olmadığı, tamamının sosyal güvenceye sahip olduğu, %3.8’inin birlikte yaşadığı kişinin olmadığı, %70’inin il merkezinde yaşadığı ve %80’inin orta gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa Özgü Klinik Özellikleri

	Sayı	%
Hastalık Süresi		
6 ay-2 yıl	18	22.5
2 yıl üzeri-5 yıl	21	26.2
5 yıl üzeri-10 yıl	19	23.8
10 yıl ve üzeri	22	27.5
DAS 28 Skoru		
≤ 2.6 (remisyon)	9	11.2
2.7-3.2(düşük hast. aktv.)	16	20.0
3.3-5.1(orta hast. Aktv.)	25	31.3
5.2≤ (yüksek hast.aktv.)	30	37.5
Romatoid Artrite Bağlı Yakınmalar		
Eklem ağrısı		
Var	65	81.2
Yok	15	18.8
Eklemlerde şişlik		
Var	45	56.2
Yok	35	43.8
Eklem deformitesi		
Var	31	38.8
Yok	49	61.2
Sabah tutukluğu		
Var	53	66.2
Yok	27	33.8
Yorgunluk/güçsüzlük		
Var	71	88.8
Yok	9	11.2
Uyku problemi		
Var	54	67.5
Yok	26	32.5
İlaç Tedavisini Uygulama		
Önerilen şekilde uygulayan	58	72.5
Önerilen şekilde uygulamayan	22	27.5
İlaç Tedavisini Uygulamama Nedenleri(n=22)		
Fayda görmediği için	2	2.5
Unuttuğu için	20	25
İlaç Yan Etkisi		
Yaşıyor	20	25
Yaşamıyor	60	75

Tablo 4.2. devamı

İlacın Yan Etkileri(n=20)		
Mide şikayeti	12	15.0
Göz kuruluğu	8	10.0
Egzersiz Alışkanlığı		
Var	15	18.8
Yok	65	81.2
Günlük İşlerinde Yardım Alma		
Yardım Alıyor	17	21.2
Yardım Almıyor	63	78.8
Tanılanmış Başka Hastalık		
Var	47	58.7
Yok	33	41.3
RA Dışındaki Hastalıklar (n=47)		
Diyabetes Mellitus	17	21.2
Hipertansiyon	19	23.8
Koroner Arter Hastalığı	1	1.2
Diğer romatizmal hastalık*	10	12.5

*Ailevi Akdeniz Ateşi, Ankilozan Spondilit ve Behçet Hastalığı.

Araştırmaya katılan hastaların %27.5'inin 10 yıl ve üzeri zamandır romatoid artrit tanısına sahip olduğu, hastaların %37.5'inin DAS 28 skorunun 5.2 ve üzerinde ve hastalık aktivitesinin yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %81.2'sinin eklem ağrısının, %56.2'sinin eklemlerde şişliğinin, %38.8'inin eklem deformitesinin, %66.2'sinin sabah tutukluğunun, %88.8'inin yorgunluğunun ve %67.5'inin uyku probleminin var olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %2.5'i ilaçtan fayda görmediğini ve %25'i de unuttuğu için ilaçlarını düzenli olarak kullanmadığını, %15'i ilaç kullanımına bağlı mide şikayeti ve %10'u göz kuruluğu yaşadığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %81.2'si egzersiz alışkanlığı olmadığını, %21.2'si günlük işlerini yerine getirirken yardım aldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan romatoid artritli hastaların %21.2'sinde DM, %23.8'inde HT, %1.2'sinde KAH ve %12.5'inde diğer romatizmal hastalıkların var olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve 3 Ay Sonra Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları

	Tıbbi Tedaviye Uyum Puanı		
	Sayı	Min-Max	Ortalama+ss
Eğitim Öncesi	80	1.00-8.00	6.60+1.46
Eğitimden 1 Ay Sonra	80	2.00-8.00	7.41+1.00
Eğitimden 3 Ay Sonra	80	6.00-8.00	7.85+0.45

Tıbbi tedaviye uyum puanları Tablo 4.3’de yer almaktadır. Buna göre hastaların eğitim öncesi tıbbi tedaviye uyum puan ortalaması 6.60 ± 1.46 , hastaların eğitimden bir ay sonraki tıbbi tedaviye uyum puan ortalaması 7.41 ± 1.00 ve eğitimden 3 ay sonraki tıbbi tedaviye uyum puan ortalaması 7.85 ± 0.45 bulunmuştur. Buna göre verilen eğitimler doğrultusunda hastaların tedaviye uyum puanlarının artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve 3 Ay Sonra Tıbbi Tedaviye Uyum Puanlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±ss	Z değeri	P
Eğitim Öncesi	6.60±1.46	5.60	0.00
Eğitimden 1 ay sonra	7.41±1.00		
Eğitim Öncesi	6.60±1.46	6.47	0.00
Eğitimden 3 Ay Sonra	7.85±0.45		
Eğitimden 1 Ay Sonra	7.41±1.00	4.03	0.00
Eğitimden 3 Ay Sonra	7.85±0.45		

Tablo 4.4’de; hastaların eğitim öncesi, eğitimden 1 ay ve 3 ay sonra tıbbi tedaviye uyum puanları arasındaki fark Wilcoxon testi ile analiz edilmiştir. Eğitimden bir ay sonraki ve eğitimden üç ay sonraki tedaviye uyum puanlarının eğitim öncesi tedaviye uyum puanlarından yüksek olduğu, puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.00<0.05$). Bu sonuç, eğitimin hastaların tıbbi tedaviye uyum puanını yükseltmede etkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları

Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları							
		Eğitim öncesi	Test değeri /p	Eğitimden 1 ay sonra	Test değeri /p	Eğitimden 3 Ay Sonra	Test değeri /p
Cinsiyet	Kadın	6.54±1.50	0.786/0.432*	7.34±1.09	0.882/0.378*	7.86±0.42	0.712/0.477*
	Erkek	6.78±1.35		7.63±0.59		7.78±0.45	
Yaş	18-30	6.00±1.73	2.893/0.576**	6.66±2.30	3.209/0.523**	7.33±1.15	5.742/0.219**
	31-40	6.80±1.30		7.60±0.54		8.00±0.00	
	41-50	6.52±1.47		7.34±1.30		7.95±0.20	
	51-60	6.36±1.70		7.24±0.92		7.72±0.61	
	60 ve üzeri	6.95±1.19		7.70±0.46		7.91±0.28	
Eğitim Durumu	OYD	7.16±1.16	2.407/0.661**	7.25±1.22	1.728/0.786**	7.77±0.54	4.547/0.337**
	İlkokul	6.44±1.77		7.61±0.58		8.00±0.00	
	Ortaokul	6.76±1.09		7.30±1.10		7.76±0.59	
	Lise	6.61±1.32		7.75±0.50		8.00±0.00	
	Lisans	6.25±0.95		7.66±0.51		7.83±0.40	
Birlikte Yaşanılan Kişi	Var	6.00±1.73	0.867/0.437*	7.66±0.57	0.322/0.793*	7.66±0.57	1.155/0.546*
	Yok	6.62±1.46		7.40±1.01		7.85±0.45	
Yaşadığı Yer	İl	6.50±1.49	1.250/0.211*	7.30±1.12	1.328/0.184*	7.80±0.51	1.331/0.183*
	İlçe	6.83±1.40		7.66±0.56		7.95±0.20	
Gelir Düzeyi	Düşük	6.27±1.95	0.434/0.805**	7.45±1.03	0.325/0.850**	7.90±0.30	0.594/0.743**
	Orta	6.65±1.38		7.43±0.94		7.85±0.43	
	Yüksek	6.60±1.51		7.00±1.73		7.60±0.89	

*Mann Whitney U Testi ** Kruskal Wallis H Testi

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre tıbbi tedaviye uyum puanlarının incelendiği veriler Tablo 4.5'te verilmiştir. Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerde eğitim öncesi tıbbi tedaviye uyum puanı düşükken, eğitimden bir ay ve üç ay sonrası tıbbi tedaviye uyum puanlarında artış gözlenmiştir. Cinsiyete göre, tıbbi tedaviye uyum puanları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde; eğitim öncesi ($p=0.432>0.05$), eğitimden bir ay ($p=0.378>0.05$) ve üç ay sonrası ($p=0.477>0.05$) cinsiyete göre tıbbi tedaviye uyum puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Yaş gruplarına göre hastaların tıbbi tedaviye uyum puanları değerlendirildiğinde; tüm yaş gruplarında eğitim öncesi tıbbi tedaviye uyum puanlarının eğitimden bir ay ve üç ay sonra tıbbi tedaviye uyum puanlarından daha düşük olduğu, izlem süresince tüm yaş gruplarında tıbbi tedaviye uyum puanlarında artış olduğu gözlenmiştir. Ancak, tıbbi tedaviye uyum puanları arasında yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde; tüm eğitim düzeylerinde hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarının eğitimden sonra artış gösterdiği, ancak hastaların eğitim düzeyi ile tıbbi tedaviye uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Hastaların yalnız ya da biriyle birlikte yaşama durumlarına göre tıbbi tedaviye uyum puanları arasındaki fark incelendiğinde; her iki gruptaki hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarında eğitimden sonra artış olduğu, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların yaşadığı yere ve gelir düzeyine göre, tıbbi tedaviye uyum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.6. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları

Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları							
Hastalık Özellikleri		Eğitim öncesi	Test değeri /p değeri	Eğitimden 1 ay sonra	Test değeri /p değeri	Eğitimden 3 Ay Sonra	Test değeri /p değeri
Hastalık Süresi	6 ay-2 yıl	6.16±1.91	1.418/0.701**	7.50±0.85	3.239/0.356**	7.66±0.68	3.363/0.339**
	2 yıl 1 ay-5 yıl	6.90±1.09		7.71±0.46		7.95±0.21	
	5 yıl 1 ay-10 yıl	6.52±1.74		7.05±1.64		7.84±0.50	
	10 yıl 1 ay ve üzeri	6.72±1.03		7.36±0.65		7.90±0.29	
DAS 28 Skoru	2.6 ve altı	6.50±1.37	0.705/0.481**	7.33±0.51	0.705/0.481**	7.83±0.40	1.683/0.092**
	2.7-3.2	6.66±1.31		7.47±0.98		7.76±0.62	
	3.3-5.1	6.55±1.42		7.38±1.15		7.83±0.44	
	5.2 ve üzeri	6.64±1.83		7.41±0.87		8.00±0.00	
İlaç Tedavisini Önerilen Şekilde Kullanma	Evet	7.11±0.90	5.024/0.000*	7.63±0.55	2.465/0.014*	7.90±0.35	1.480/0.139*
	Hayır	5.05±1.73		6.75±1.61		7.70±0.65	
İlacın Yan Etkisi	Evet	6.47±1.26	1.043/0.297*	7.36±0.68	1.156/0.248*	7.84±0.37	0.619/0.536*
	Hayır	6.63±1.52		7.42±1.08		7.85±0.47	
Egzersiz Alışkanlığı	Evet	7.26±0.88	2.098/0.036*	7.73±0.45	1.289/0.197*	7.93±0.25	0.652/0.514*
	Hayır	6.44±1.53		7.33±1.07		7.83±0.48	
Günlük İşleri Yerine Getirmede Yardım Alma	Evet	6.35±1.36	1.202/0.229*	7.41±0.50	1.243/0.214*	7.76±0.43	1.663/0.096*
	Hayır	6.66±1.49		7.41±1.10		7.87±0.45	
Başka Hastalık Durumu	Evet	6.68±1.36	0.450/0.653*	7.40±1.05	0.190/0.849*	7.82±0.49	0.663/0.507*
	Hayır	6.48±1.59		7.42±0.94		7.88±0.40	

*Mann Whitney U Testi ** Kruskal Wallis H Testi

Tablo 4.6’da hastaların bazı hastalık özelliklerine göre tıbbi tedaviye uyum durumları değerlendirilmiş, hastalık süresine göre eğitim öncesi ($p=0.701>0.05$), eğitimden bir ay ($p=0.356>0.05$) ve üç ay sonrası ($p=0.339>0.05$) tıbbi tedaviye uyum puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Hastaların tıbbi tedaviye uyum puanları hastalık aktivite skoruna (DAS 28) göre değerlendirildiğinde; hastaların eğitim öncesi düşük olan tıbbi tedaviye uyum puanlarının eğitimden sonraki değerlendirmelerde arttığı, tıbbi tedaviye uyum puan ortalamalarındaki bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Eğitim öncesi ilaç tedavisini önerilen şekilde kullanan bireylerin tıbbi tedaviye uyum puan ortalaması, ilaç tedavisini önerilen şekilde kullanmayan bireylerin tıbbi tedaviye uyum puan ortalamasından daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. İlaç tedavisini önerilen şekilde kullanan hastaların eğitimden bir ay sonraki tıbbi tedaviye uyum puanları ($p=0.014<0.05$) ilaç tedavisini önerilen şekilde kullanmayan hastaların puan ortalmalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuş, eğitimden sonraki üçüncü ayda her iki grubun puan ortalamasının birbirine yakın olduğu ve gruplar arasında bir fark bulunmadığı belirlenmiştir.

Romatoid artrit nedeniyle kullandığı ilaçlara bağlı yan etkiler yaşadığını bildiren hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarının daha düşük olduğu; ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Eğitim öncesi değerlendirmede egzersiz alışkanlığı olmayan hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarının düşük olduğu, eğitimden sonra yapılan değerlendirmede egzersiz yapan ve yapmayan hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarında artış olduğu, egzersiz yapma durumuna göre gruplar arasında tıbbi tedaviye uyum puanlarında farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların günlük işlerini yaparken yardım alma durumlarına göre tıbbi tedaviye uyum puanlarında fark olup olmadığı değerlendirildiğinde eğitim öncesi her iki gruptaki hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarının düşük olduğu, eğitimden bir ay ve üç ay sonra hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarında artış olduğu, belirlenen bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların tıbbi tedaviye uyum puanları başka sağlık sorunlarına sahip olma durumlarına göre değerlendirildiğinde; eğitim öncesinde hastaların tedaviye uyum puanlarının daha düşük olduğu, eğitim sonrası değerlendirmelerde her iki grubun da uyum puanlarında artış olduğu, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve 3 Ay Sonra Fonksiyonel Durum Puanları

	Fonksiyonel Durum Puanı		
	Sayı	Min-Max	Ortalama±ss
Eğitim Öncesi	80	1.00-3.88	2.00±0.81
Eğitimden 1 Ay Sonra	80	1.00-3.88	1.66±0.69
Eğitimden 3 Ay Sonra	80	1.00-4.00	1.48±0.66

Fonksiyonel durum puanları Tablo 4.7’de yer almaktadır. Buna göre hastaların eğitim öncesi fonksiyonel durumu puan ortalamalarının 2.00 ± 0.81 olduğu, bu değere göre hastaların orta düzeyde fonksiyonel yetersizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların eğitimden bir ay sonraki fonksiyonel durum puan ortalaması 1.66 ± 0.69 , eğitimden üç ay sonraki fonksiyonel durum puan ortalaması 1.48 ± 0.66 olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrası izlemlerde elde edilen bu değerler hastaların fonksiyonel durum puanlarının giderek azaldığını göstermektedir.

Tablo 4.8. Hastaların Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve 3 Ay Sonra Fonksiyonel Durum Puanlarının Karşılaştırılması

	Ortalama±ss	Z değeri	P
Eğitim Öncesi	2.00±0.819		
Eğitimden 1 ay sonra	1.66±0.696	6.255	0.00
Eğitim Öncesi	2.00±0.819		
Eğitimden 3 Ay Sonra	1.48±0.667	5.694	0.00
Eğitimden 1 Ay Sonra	1.66±0.696		
Eğitimden 3 Ay Sonra	1.48±0.667	3.918	0.00

Hastaların eğitim öncesi, eğitimden bir ay ve üç ay sonra fonksiyonel yetersizlik düzeyleri arasında bir farklılık olup olmadığının tespiti için Wilcoxon testi uygulanmıştır. Tablo 4.8’e göre; hastaların eğitim öncesi fonksiyonel durum puan

ortalamları ile eğitimden bir ay ve üç ay sonraki fonksiyonel durum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0.00 < 0.05$).



Tablo 4.9. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Puanları

Fonksiyonel Durum							
		Eğitim Öncesi	Test değeri /p değeri	Eğitimden 1 Ay Sonra	Test değeri /p değeri	Eğitimden 3 Ay Sonra	Test değeri /p değeri
Cinsiyet	Kadın	2.30±0.81	0.715/0.487*	1.68±0.66	0.834/0.404*	1.48±0.58	1.338/0.181*
	Erkek	1.90±0.86		1.61±0.80		1.47±0.89	
Yaş	18-30	1.16±0.14	8.388/0.078**	1.08±0.14	9.493/0.055**	1.04±0.07	8.787/0.069**
	31-40	1.77±0.89		1.25±0.35		1.07±0.16	
	41-50	1.76±0.77		1.51±0.58		1.26±0.39	
	51-60	2.13±0.69		1.77±0.55		1.51±0.47	
	60 ve üzeri	2.23±0.91		1.84±0.91		1.80±0.96	
Eğitim Durumu	OYD	2.70±1.08	7.910/0.095**	2.79±1.13	10.787/0.029**	2.85±1.09	17.377/0.002**
	İlkokul	2.09±0.73		1.66±0.54		1.52±0.52	
	Ortaokul	1.77±0.72		1.43±0.46		1.17±0.31	
	Lise	1.99±0.96		1.66±0.78		1.34±0.52	
	Lisans	1.34±0.37		1.18±0.23		1.12±0.17	
Birlikte Yaşanılan Kişi	Var	2.16±1.18	0.305/0.0774*	1.83±1.12	0.141/0.905*	1.75±1.19	0.263/0.811*
	Yok	1.99±0.81		1.65±0.68		1.47±0.65	
Yaşadığı Yer	İl	1.95±0.83	0.831/0.402*	1.65±0.71	0.467/0.641*	1.44±0.66	0.954/0.340*
	İlçe	2.09±0.78		1.68±0.67		1.56±0.66	
Gelir Düzeyi	Düşük	2.87±0.78	0.208/0.901**	1.57±0.68	0.271/0.873**	1.26±0.42	2.116/0.347**
	Orta	2.02±0.82		1.68±0.71		1.53±0.71	
	Yüksek	1.97±0.91		1.57±0.57		1.27±0.39	

*Mann Whitney U testi, **Kruskall Wallis H testi

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre fonksiyonel durum puanları ile ilgili veriler Tablo 4.9'da verilmiştir. Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerde fonksiyonel durum puanları eğitim öncesi yüksek bulunurken, verilen eğitim sonrası fonksiyonel durum puanlarında azalma gözlenmiştir. Cinsiyete göre fonksiyonel durum puanları açısından fark olup olmadığı incelendiğinde, eğitim öncesi ($p=0.487>0.05$), eğitimden bir ay ($p=0.404>0.05$) ve üç ay sonrası ($p=0.181>0.05$) cinsiyete göre fonksiyonel durum puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre fonksiyonel durum puanları değerlendirildiğinde; eğitim öncesi 50 yaş ve üzerinde fonksiyonel yetersizlik düzeyleri fazla iken, eğitimden bir ay ve üç ay sonra fonksiyonel yetersizlik düzeylerinde azalma bulunmuştur. Ancak yaş grupları ile fonksiyonel durum puanları açısından fark olup olmadığı incelendiğinde, eğitim öncesi ($p=0.487>0.05$), eğitimden bir ay ($p=0.404>0.05$) ve üç ay sonrası ($p=0.181>0.05$) yaş grupları ile fonksiyonel durum puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Hastaların eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde; okuryazar olan bireylerin eğitim sonrası fonksiyonel durum puanlarında azalma görülmüştür. Eğitim durumuna göre fonksiyonel durum puanları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde, eğitimden bir ay ($p=0.029<0.05$) ve üç ay sonrası ($p=0.002<0.05$) eğitim durumu ile fonksiyonel durum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Hastaların yalnız ya da biriyle birlikte yaşama durumlarına göre fonksiyonel yetersizlik düzeyleri eğitim öncesi yüksek iken, eğitimden bir ay ve üç ay sonrasında fonksiyonel yetersizlik düzeylerinde azalma olduğu bulunmuştur, ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hastaların yaşadığı yere ve gelir düzeyine göre, fonksiyonel durum puanları açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Fonksiyonel Durum Puanları

Fonksiyonel Durum							
Hastalık Özellikleri		Eğitim Öncesi	Test değeri /p değeri	Eğitimden 1 Ay Sonra	Test değeri /p değeri	Eğitimden 3 Ay Sonra	Test değeri /p değeri
Hastalık Süresi	6 ay-2 yıl	1.93±0.80	1.849/0.604**	1.61±0.65	2.212/0.530**	1.50±0.74	6.252/0.100 **
	2 yıl 1 ay-5 yıl	1.82±0.75		1.50±0.59		1.20±0.35	
	5 yıl 1 ay-10 yıl	2.05±0.81		1.74±0.71		1.53±0.49	
	10 yıl 1 ay ve üzeri	2.17±0.90		1.79±0.80		1.68±0.88	
DAS 28 Skoru	2.6 ve altı	1.79±0.85	0.925/0.355**	1.58±0.60	1.062/0.288**	1.64±0.43	1.268/0.120**
	2.7-3.2	2.07±0.77		1.69±0.72		1.47±0.74	
	3.3-5.1	2.23±0.83		1.82±0.76		1.55±0.73	
	5.2 ve üzeri	1.49±0.62		1.31±0.40		1.27±0.44	
İlaç Tedavisini Önerilen Şekilde Kullanma	Evet	2.01±0.82	0.117/0.907*	1.65±0.64	0.073/0.942*	1.44±0.59	0.196/0.845*
	Hayır	1.99±0.82		1.66±0.71		1.49±0.99	
İlacın Yan Etkisi	Evet	2.32±0.82	1.983/0.048*	1.92±0.76	1.988/0.047*	1.73±0.76	2.083/0.037*
	Hayır	1.89±0.80		1.58±0.65		1.40±0.62	
Egzersiz Alışkanlığı	Evet	2.00±0.88	0.031/0.975*	1.72±0.75	0.181/0.857*	1.42±0.49	0.045/0.964*
	Hayır	2.00±0.81		1.65±0.68		1.49±0.70	
Günlük İşleri Yerine Getirmede Yardım Alma	Evet	2.69±0.78	3.694/0.000*	2.31±0.84	3.863/0.000*	2.10±0.89	3.919/0.000*
	Hayır	1.81±0.72		1.48±0.53		1.31±0.47	
Başka Hastalık Durumu	Evet	2.21±0.79	2.700/0.007*	1.83±0.70	2.926/0.003*	1.64±0.71	3.317/0.001*
	Hayır	1.72±0.77		1.45±0.63		1.27±0.54	

*Mann Whitney U testi **Kruskall Wallis H testi

Tablo 4.10'da hastalığa ait faktörlerin fonksiyonel durumlarına etkisi incelenmiştir. Çalışmaya katılan, beş yıldan fazla romatoid artrit tanısı olan bireylerin eğitim öncesi fonksiyonel yetersizlik düzeyleri yüksek iken, verilen eğitimler sonrası fonksiyonel yetersizlik düzeylerinde azalma olduğu bulunmuştur, ancak fonksiyonel durum puanlarındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

Hastaların fonksiyonel durum puanları hastalık aktivite skoruna (DAS 28) göre değerlendirildiğinde; hastalarda eğitim öncesi fonksiyonel durum puanları yüksek bulunurken, eğitimden bir ay ve üç ay sonra fonksiyonel durum puanlarında azalma olduğu gözlenmiş olup, bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$).

Hastaların ilaç tedavisini önerilen şekilde kullanma ve kullanmama durumuna göre fonksiyonel durumu değerlendirildiğinde, eğitim öncesi hastaların fonksiyonel durum puanları yüksek iken, eğitim sonrası fonksiyonel durum puanlarında azalma belirlenmiştir. Ancak fonksiyonel durum puanlarındaki bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Romatoid artrit nedeniyle kullandığı ilaca bağlı yan etki yaşayan hastaların fonksiyonel yetersizlik düzeyinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Fonksiyonel durum puanları incelendiğinde, alınan eğitimlerle beraber fonksiyonel yetersizlik düzeylerinin olumlu yönde değiştiği tespit edilmiştir. İlacın yan etkisine göre fonksiyonel durum puanları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde, eğitim öncesi, eğitimden bir ay ve üç ay sonrası ilacın yan etkisinin olduğu bireylerin fonksiyonel yetersizlik düzeyi, ilacın yan etkisinin olmadığı bireylerinkinden daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Eğitim öncesi değerlendirmede egzersiz alışkanlığı olan ve olmayan hastaların fonksiyonel durum puanı yüksek iken, verilen eğitimlerden sonra fonksiyonel durum puanları azalmıştır. Eğitimden sonra yapılan değerlendirmede egzersiz yapan ve yapmayan hastaların fonksiyonel durum puanlarında azalma olduğu, egzersiz durumuna göre gruplar arasında fonksiyonel durum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Tüm testlerde günlük işleri yerine getirmede yardım alanların fonksiyonel yetersizlik düzeyi daha fazla olduğunu göstermektedir. Eğitim sonrası hastaların fonksiyonel durum puanları incelendiğinde, fonksiyonel yetersizlik düzeylerinin olumlu yönde değiştiği tespit

edilmiştir. Günlük işleri yerine getirmede yardım alma durumuna göre, fonksiyonel durum puanları eğitim öncesi, eğitimden bir ay ve üç ay sonrası incelendiğinde, fonksiyonel durum puanının anlamlı olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalışmada romatoid artrit dışında başka hastalığı olan bireylerin fonksiyonel yetersizlik düzeyinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Romatoid artrit dışında başka hastalığı olan hastaların fonksiyonel durum puanları incelendiğinde, verilen eğitimler sonrasında fonksiyonel durum puanlarında azalma olduğu belirlenmiştir. Romatoid artrit dışında başka hastalık durumunun var olmasına göre, fonksiyonel durum puanı incelendiğinde; eğitim öncesi, eğitimden bir ay ve üç ay sonrası fonksiyonel durum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Hastaların Fonksiyonel Durum ve Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları Arasındaki İlişki

		Fonksiyonel Durum					
		Eğitimden önce		Eğitimden 1 ay sonra		Eğitimden 3 ay sonra	
Tıbbi Tedaviye Uyum		r	p	r	p	r	p
Eğitimden önce		-.101	.373	--	--	--	--
Eğitimden sonra	1 ay	---	--	-.282*	.011	--	--
Eğitimden sonra	3 ay	---	--	--	--	-.179	.112

* $p<0.05$ önemli

Araştırma örneğine alınan bireylerin, eğitim öncesi ve eğitim sonrası fonksiyonel durum ve tıbbi tedaviye uyum puanları arasındaki ilişki Tablo 4.11’de verilmiştir. Fonksiyonel durum ile tıbbi tedaviye uyum puanı arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. Eğitim öncesi fonksiyonel durum ve tıbbi tedaviye uyum puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-.101$, $p>0.05$). Eğitimden 1 ay sonraki tıbbi tedaviye uyum puanı ile eğitimden 1 ay sonraki fonksiyonel durum puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki ($r=-.282$) tespit edilmiştir ($r=-.282$, $p<0.05$). Eğitimden 3 ay sonraki fonksiyonel durum ve tıbbi tedaviye uyum puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.179$, $p>0.05$). Hastaların verilen eğitimle tıbbi tedaviye uyum puanları arttıkça fonksiyonel yetersizlik düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Romatoid artritli hastalara verilen eğitimin tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan araştırmada elde edilen veriler bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek tartışılmıştır.

Romatoid artrit tanılı hastalara yapılan çalışmalarda; Romatoid artritli kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görüldüğü (June ve Moreland, 2016), hastaların yaş ortalamasının 50 ve üzeri olduğu, (Varol 2011; Göçmen ve ark.2011) gösterilmiştir. Çalışmamızda da hastaların %76.2'sinin kadın ve %90'ının 40 yaş ve üzeri bireylerden oluşması mevcut literatürle uyumludur. Araştırmamızda, romatoid artritli hastaların %45'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Uğuz ve arkadaşlarının (2009) romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada, çalışmaya alınan hastaların %85.6'sının ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Ji ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında romatoid artritli hastalarda fonksiyonel disabilitenin, yaşam kalitesi ve hastalık ile ilişkisinin incelendiği çalışmada hastaların %79.2'sinin çalışmadığı, %53.3'ünün gelir düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların sosyal güvencelerinin olması tedaviyi sürdürmelerine olanak sağlamaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların önemli bir kısmı ağrı, sabah tutukluğu, eklemlerde şişlik, eklemlerde deformite yaşadığını belirtmiştir. Sivas ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, romatoid artritli hastalarda şiş ve hassas eklem sayısının fazla olduğu, yaşanan şikayetlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Kaya ve arkadaşlarının (2007) romatoid artritli hastalarda yaptıkları çalışmada; hastaların uzun süreli ağrı şikayetinde buldukları, ağrının günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği, fiziksel bağımlılığı arttırdığı ve kısıtlılığa neden olduğu belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %88.8'i yorgunluk, %67.5'i uyku problemi yaşadığını bildirmiştir. Günaydın ve arkadaşları (2009) romatoid romatoid artritli hastaların tamamının yorgunluk yaşadığını, yorgunluğun hastaların yaşam kalitesini ve uyku kalitesini düşürdüğünü, Kiper ve Sunal (2009) ve Kılıç (2018) romatoid artritli hastalarda uyku kalitesinin kötü olduğunu tespit etmiştir.

Çalışmada hastaların %27.5'inin 10 yıldan uzun süredir romatoid artrit tanısı almış oldukları, %58.7'sinin romatoid artrit dışında sağlık sorununun da olduğu ve romatoid artrite en sık eşlik eden ikincil sağlık sorunlarının hipertansiyon olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Romatoid artrit genellikle genç yaşlarda başlamakta ve hastaların hastalıkla yaşam süreleri uzun olmaktadır. Türkoğlu'nun (2018) çalışmasında hastalık süresinin ortalama 10 yıl olduğu, Hsin-Hua ve arkadaşları (2017) romatoid artritli hastaların yaklaşık ¼'ünde romatoid artrit dışında bir hastalık da bulunduğu, Tekin (2009) romatoid artritli hastaların %43'ünde hipertansiyon tanısının olduğunu belirlemiştir. Romatoid artrite bağlı organ tutulumu nedeniyle hastalarda başka kronik hastalıkların görülebildiği belirtilmektedir (Hamuryudan, 2005; İnanç, 2013).

Kronik hastalıklarda tedavi süreci yaşam boyu hastalıkla birlikte yaşamayı gerekli kılmaktadır. Hastalık ve tedavi sürecinde uyumun etkili olabilmesi için eğitim önemli unsurdur. Eğitim; semptomlarla etkili başetmede, ilaca uyum, ağrı düzeyinde azalmada ve psikolojik sorunlarla başetmede etkili olmaktadır. Hindistan (2006) ve van Vilsteren ve ark. (2015) çalışmalarında romatoid artritli hastalara verilen eğitimlerin hastaların psikolojik ve fizyolojik olarak tedaviye uyum süreçlerini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Hazar (2008) üriner inkontinansı olan romatoid artritli hastalarda eğitimin yararlı olduğunu belirlemiştir. Geenen ve arkadaşları (2017) romatoid artritli hastalara verilen eğitimle ağrı düzeylerinin azaldığını, fiziksel aktivitelerinin arttığını, duygusal durumlarının düzeldiğini bildirmiştir. Mohsen ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında romatoid artritli hastalara verilen eğitim sonucu hastalık aktivitesinin azaldığı, yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür. Romatoid artritli hastalarda verilen eğitimle tedaviye uyum sonucunda, hastalık aktivitesinin azaldığı, semptomlarda azalma ve yaşam kalitesinde artış gözlenmiştir (Bonafede ve ark., 2017). Çalışmada, romatoid artritli hastaların eğitim öncesi tedaviye uyum puan ortalamaları (6.60 ± 1.46) düşük bulunurken, eğitim sonrası tedaviye uyumun arttığı (7.85 ± 0.45), tedaviye uyum puanlarındaki artışın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür. Çalışma sonucu, bireysel eğitim müdahalesinin romatoid artritli hastalarda tedaviye uyumu artırdığını göstermiştir. (Tablo 4.3).

Çalışmamızda hastalara verilen eğitimlerin tıbbi tedaviye uyum puanlarını yükseltmede etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4). Literatürde hemşireler tarafından verilen eğitimin tedaviye uyumda oldukça etkili olduğuna dair veriler

mevcuttur (Sheleton, 1991; Walker ve ark., 1999). Joplin ve arkadaşları (2015); eğitimin hastalık bilgisini arttırırken, ilaç uyumuna ve fonksiyonel durumuna katkı verdiğini belirtmiştir. Kazıs (1993), hastaya tedavinin etkinliğini açıklamanın, hastanın tedavi ve bakıma yönelik uyum problemlerini ortadan kaldırdığını belirtmiştir. Hastaya hastalıkla ilgili nasıl baş edileceğinin açıklanması ve konuyla ilgili broşürlerin verilmesi, tedavinin sürdürülmesinde özgüven kazandırdığı belirtilmektedir (Taal, 1996; Vilsteren ve ark.,2015).

Romatoid artrit ile ilgili yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, ekonomik durum, eğitim düzeyi gibi faktörlerin tedaviye uyumu etkilediği bulunmuştur (Salt, 2011; Joplin ve ark., 2015; Nakawogave ark., 2018). Araştırmamızda yaşın, cinsiyetin, eğitim düzeyinin, yaşanılan yerin, gelir durumunun, hastalık süresinin, DAS 28 skorunun, mesleğini devam ettirmenin, ilacın yan etkisinin, günlük işleri yerine getirmenin ve başka hastalık tanısının olmasının tedaviye uyumu etkilemediği bulunmuştur (Tablo 4.5). Özkaraman ve arkadaşları (2017) eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzeyin tedaviye uyuma etkisinin olmadığını, Tekin (2007), yaşın, eğitim durumunun, hastalık süresinin tedaviye uyumu etkilemediğini belirtmiştir. Çelik ve arkadaşları (2013) romatoid artrit tanısı olan hastalarda tedavi sürecini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, tedaviye uymayan hastaların tümünün ilkokul düzeyinde ve okur-yazar olmadığı, eğitim düzeyi arttıkça takibe düzenli geldiği ve tedaviye uyumun arttığı gözlenmiştir. Treharne ve ark. (2004) çalışmalarında romatoid artritli hastaların ilaç uyumlarında etkili olan psikolojik faktörleri incelemişlerdir. Araştırma sonucunda cinsiyete, gelir durumuna, çalışma durumuna göre ilişki tespit edilmezken, yaşın tedaviye uyumu olumlu etkilediği bulunmuştur. Salt (2011) ileri yaştaki romatoid artritli hastaların ilaç uyumlarının yüksek olduğunu belirtirken, Joplin ve arkadaşları ise (2015) ileri yaştaki romatoid artritli hastaların çok sayıda eş zamanlı ilaç alımının tedaviye uyumu olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Nakawoga ve arkadaşları (2018) yaş, cinsiyet, kullanılan ilacın türü ve hastalık süresinin tedaviye uyumu olumsuz etkilediğini bulmuştur. Bakry ve arkadaşları (2016) romatoid artritli hastalarda sosyal desteğin tedaviye uyumu arttırdığını, eğitim düzeyinin ve ilaç maliyetlerinin tedaviye uyumu olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Kim ve arkadaşları (2018) unutkanlığın, hastalık belirtilerinin olmamasının ve tedaviyle ilgili endişe yaşamının hastaların tedaviye uyumunu olumsuz etkilediğini bildirmiştir.

Araştırmamızda ilaç tedavisini önerilen şekilde kullanan ve kullanmayan bireylerde eğitim verildikten sonra tedaviye uyum puanlarında artış gözlenmiştir (Tablo 4.6). Sezgin ve Mert (2009), romatoid artritli hastalarda ilaçların yaşanan semptomları azalttığını, düzenli ilaç kullanımıyla hastalığın ilerlemesini durdurduğunu, ilaç yan etkileriyle etkin başedebildiklerini ve sürekli ilaç kullanmanın günlük yaşamı etkilemediğini belirtmiştir. Çalışmamızda romatoid artrit nedeniyle kullanılan ilaçlara bağlı yan etki yaşama durumunun tedaviye uyumu etkilemediği bulunmuştur (Tablo 4.6). Kazıs (1993), hemşireler tarafından verilen eğitim programlarının, hastanın ilaç kullanımı hakkında bilinçlenmesini sağladığını ve bunun tedaviye uyumu kolaylaştırdığını belirtmiştir. Hastalara verilen eğitimler ile hastadaki ağrının azaltılması, eklemlere olan zararın en aza indirgenmesi, hastanın eğitiminin sağlanması, hastalığın vermiş olduğu yan etkilerin azaltılması amaçlanmaktadır (Hustings, 2012; Schlenk ve ark., 2012). Özkaraman ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında romatoid artritte kullanılan ilaçların yan etkilerinden endişe duymayanların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Wong (2016) ise ilaçlara bağlı yan etki yaşamının ilaç uyumunu olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

Romatoid artritli hastalarda egzersizin önemli olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Tüncel, 2015; Kılıç, 2015). Hall ve ark. (1996) araştırmalarında romatoid artritli hastalarda egzersizin tedaviye uyum aşamasında önemli bir etken olduğunu tespit etmişlerdir. Lorig ve Konkol (1987) , egzersiz alışkanlığı olan romatoid artritli hastalara verilen eğitimlerin daha başarılı sonuçlar verdiğini belirtmişlerdir. Acar (2015), romatoid artritli hastalarda egzersiz tedavisinin etkisini incelemiş, uygulanan egzersiz tedavinin hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırdığını tespit etmiştir. Tüncel (2015) romatoid artritli hastalara verilen egzersiz eğitimlerinin, hastalarda meydana gelebilecek kalp tutulumunu önleyebileceğini belirtmektedir. Kılıç (2015), romatoid artritli hastalarda el fonksiyonlarındaki yeti kaybının hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini, bu fonksiyonların iyileştirilmesinde egzersizin önemli olduğunu, hastalara verilen egzersiz eğitimi sonucunda, hastaların el fonksiyonlarında iyileşme olduğunu belirtmiştir (Kılıç, 2015). Çalışmamızda eğitim öncesi egzersiz alışkanlığı olan ve olmayan bireyler arasında tedaviye uyum puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcutken; eğitimden bir ve üç ay sonrasında egzersiz alışkanlığı olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Hastalara verilen eğitimler, hastaların bilgilendirilmesi ve sağlık durumlarını değerlendirmelerindeki yeterliliğin artması açısından önemlidir (Avşar ve Kaşıkçı, 2011). Ferhatosmanoğlu (2017), romatoid artritli hastalarda uyku kalitesinin, sabah tutukluluğunun ve ağrı şiddetinin, hastalar üzerinde olumsuz etkiler yarattığını, bununla beraber bu etkilerin azaltılmasında hastalara yönelik bilgilendirmenin önemli olduğu belirtilmiştir. Bakır (2016), romatoid artritli hastalarda ağrı ve uyku problemlerinin olduğunu, bu problemlerin hastalara verilecek olan aktivite eğitimleriyle azaltılabileceğini belirtmiştir. Bodenheimer ve ark. (2002), kronik rahatsızlığa sahip hastalara verilen eğitimlerin, hastaların fonksiyonel yetersizlikleriyle nasıl başetmeleri gerektiği konusunda yardımcı olmaktadır.

Araştırmamızda fonksiyonel yetersizliğe ilişkin bulgular incelendiğinde, eğitim öncesi sonuçlarında orta düzeydeki yetersizlik durumu eğitimden bir ve üç ay sonra da devam etmiştir. Hastalarda orta düzeyde fonksiyonel yetersizlik durumu olmakla birlikte eğitim sonrası izlemlerin her birinde hastaların fonksiyonel durum puan ortalamalarında azalmalar tespit edilmiştir. Hagglund ve Fillingim (1998) tarafından romatoid artritli hastaların hastalıkları ve günlük yaşamlarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları bu nedenle fonksiyonel algıları konusunda yetersiz kaldıkları belirtilmektedir. Romatoid artritli hastalara, hastalıklarıyla ilgili bilgilerin verilmesi, onlara motivasyon ve psikolojik destek sağlamakta ve hastaların fonksiyonel algılarını yükseltmektedir (Phillips ve Murrell, 1994; Walker ve ark., 1999). Taal ve ark. (1996) araştırmalarında verilen eğitimlerin romatoid artritli hastaların özyeterliliklerini geliştirdiğini ve hastanın fonksiyonel durumlarıyla ilgili daha olumlu yaklaşım sergilemesine neden olduğu belirtilmiştir. Metin (2015), ağrı ve yorgunluğun romatoid artritli hastaların fonksiyonel algılarını düşürdüğünü, hastalara verilecek aktivite eğitimleriyle ağrı ve yorgunluğun hafifletilebileceğini belirtmiştir.

Sunar ve arkadaşları (2015) yüksek hastalık aktivitesinin romatoid artrit tanılı hastaların fonksiyonel durumunu olumsuz etkilediğini saptamıştır. Garip ve arkadaşları (2011) ağrı ve hastalık aktivitesinin fonksiyonel durumu negatif etkilediğini belirlemiştir. Bizim çalışmamızda yaş, cinsiyet, hastalık aktivitesi ve egzersiz gibi faktörleri fonksiyonel durumu anlamlı düzeyde etkilemediği bulunmuştur (Tablo 4.9).

Çalışmada hastalık süresinin fonksiyonel durumu etkilemediği bulunmuştur, ancak eğitim sonrası değerlendirmelerde hastaların fonksiyonel durum puanlarında

azalma olduğu görülmüştür (Tablo 4.10). Altınkesen ve Gelecek'in (2011) erken ve geç evre romatoid artrit tanısı olan hastalarda fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada; hastalık süresinin fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Türkoğlu (2018), hastalık süresiyle fonksiyonel durum arasında negatif ilişki olduğunu saptamıştır. Romatoid artritte hastalık süresi arttıkça eklem hasarının önlenememesi sonucu fonksiyonel yetersizlik gelişebilmekte ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Gamal ve ark., 2015).

Çalışmamızda ilaç yan etkileri yaşanması durumuna göre fonksiyonel durum algısının eğitim öncesi, eğitimden bir ve üç ay sonrası anlamlı olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. İlaç yan etkileri yaşayan bireylerin fonksiyonel yetersizlik düzeyi daha fazla tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Loring ve arkadaşları (1987), günlük işlerinde yardım alan romatoid artritli hastalara verilen eğitim sonucunda, hastaların fonksiyonel durumlarında daha başarılı sonuçlar ortaya çıkarabileceğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda günlük işleri yerine getirmede yardım alma durumuna göre fonksiyonel durum algısının eğitim öncesi, eğitimden bir ve üç ay sonrasında anlamlı olarak farklılık gösterdiği, günlük işleri yerine getirmede yardım alan bireylerin fonksiyonel yetersizlik düzeylerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Delen'in (2016) araştırmasında romatoid artritli hastaların aktivitede bulunmalarının hastalıkla ilgili belirtileri ve hastaların ağrılarını önemli düzeyde azalttığı belirtilmiştir.

Romatoid artrit dışında ek sağlık sorunlarına sahip olma durumuna göre fonksiyonel durum algısının eğitim öncesi, eğitimden bir ve üç ay sonraki değerlendirmelerde anlamlı olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Romatoid artrit dışında başka hastalığı olan bireylerin fonksiyonel yetersizlik düzeyi daha fazla bulunurken, eğitim sonrası izlemlerde hastaların fonksiyonel durum puanlarının olumlu yönde değiştiği tespit edilmiştir (Tablo 4.10). Akkaya'nın (2015) romatoid artritli hastalarda yaptığı çalışmada ek hastalığı olan romatoid artritli hastaların fonksiyonel durumlarında herhangi bir fark saptanmamıştır. Türkoğlu'nun (2018) çalışmasında romatoid artrit dışında hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirildiği ölçeğin puan ortalamasının, romatoid artrit dışında başka hastalığı olmayan bireylere göre düşük olduğu bulunmuştur. Romatoid artrit dışında başka hastalığı olan bireylerin, başka hastalığın belirtileriyle de baş etmek zorunda kalmaları

yorgunluk ve depresyon yaşamalarına ve günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır.

Çalışmamızda eğitim öncesi fonksiyonel durum ve tıbbi tedaviye uyum puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-.101$, $p>0.05$). Eğitimden 1 ay sonraki tıbbi tedaviye uyum puanı ile eğitimden 1 ay sonraki fonksiyonel durum puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki ($r=-.282$) tespit edilmiştir ($r=-.282$, $p<0.05$). Eğitimden 3 ay sonraki fonksiyonel durum ve tıbbi tedaviye uyum puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.179$, $p>0.05$) (Tablo 4.11). Bu sonuçlar doğrultusunda yapılan eğitim müdahalesi sonucu tıbbi tedaviye uyum puanı ile fonksiyonel durum puanı arasında korelasyon değerlerinin azaldığı gözlenmiştir. Fall ve arkadaşları (2013) romatoid artritli hastalara verilen eğitimle tedaviye uyumun sağlandığını, semptomların en az düzeyde yaşandığını, Wee ve arkadaşları (2016), romatoid artritli hastalarda tedaviye uyum sağlandığında fonksiyonel kaybın, ağrı ve yorgunluk gibi semptomların azaldığını bulmuştur. Parlar'ın (2010) çalışmasında tedaviye uyumla ilgili verilen eğitim sonrası hastalık semptomlarının azaldığı ve fonksiyonel durumun olumlu yönde geliştiği bulunmuştur. Verilen eğitimlerin hastalarda semptomlarla daha iyi başetmelerini sağlayarak hastalıkla daha uyumlu yaşamasına, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesini sağlamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Romatoid artritli hastalara verilen eğitimin tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisinin incelendiği araştırmada;

1- Araştırmaya katılan hastaların %76.2' si kadın, %90'ının 40 yaş ve üzeri olduğu, %92.5'inin okuryazar olduğu, tümünün sosyal güvencesinin olduğu, %3.8'inin yalnız yaşadığı , %70'inin ilde yaşadığı, % 13.8'inin düşük gelire sahip olduğu (Tablo 4.1),

2- Hastaların %27.5'inin 10 yıldan uzun süredir romatoid artrit tanısı olduğu, %37.5'inin yüksek hastalık aktivitesine sahip olduğu (Tablo 4.2),

3- Hastaların %81.2'sinin ağrı yaşadığı, %56.2'sinin eklemlerde şişliği, %38.8'inin eklem deformitesi, %66.2'sinin sabah tutukluğu, %88.8'inin yorgunluk, %67.5'inin uyku problemi şikayeti olduğu, %6.2'si mesleği sürdürmede sorun yaşarken, % 27.5'i ilaçları önerilen şekilde kullanmadığı, %90.9'u unuttuğu için ilaçları kullanamadığı, %15'inin mide şikayeti yaşadığı (Tablo 4.2),

4- Hastaların %18.8'inin egzersiz alışkanlığı olduğu, %21.2'sinin günlük işlerde yardım aldığı, %58.7'sinin başka hastalığı olduğu (Tablo 4.2),

5- Hastaların eğitim öncesi tedaviye uyum puanlarının düşük olduğu, eğitimden bir ay ve üç ay sonra tedaviye uyum puanlarının anlamlı şekilde arttığı (Tablo 4.3),

6- Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumlarının tedaviye uyuma etkisinin olmadığı (Tablo 4.5),

7- Eğitim öncesi hastalık süresine göre tıbbi tedaviye uyum puanlarının düşük olduğu, eğitimden sonra tıbbi tedaviye uyum puanlarında artış olduğu, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (Tablo 4.6),

8- Hastalık aktivitesine göre tıbbi tedaviye uyum puanının eğitim öncesi düşük olduğu, eğitimden sonra yükseldiği, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (Tablo 4.6),

9- Eğitim öncesi ilaç tedavisini önerilen şekilde kullanan hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarının daha yüksek olduğu, eğitim sonrası değerlendirmelerde her iki grubun tedaviye uyum puanlarının arttığı ve gruplar arasında anlamlı olmadığı, (Tablo 4.6),

10- Eğitim öncesi egzersiz alışkanlığı olan hastaların tedaviye uyumlarının yüksek olduğu (7.26 ± 0.88), egzersiz alışkanlığı olmayanların (Tablo 4.6), tıbbi tedaviye uyumlarının zayıf olduğu (6.44 ± 1.53), eğitim sonrası hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarında artış olduğu, sonucun gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (Tablo 4.6),

11- Günlük işlerini yaparken yardım alan ve almayan hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarının düşük olduğu, eğitimden sonra tıbbi tedaviye uyum puanlarında artış olduğu, gruplar arasında bir fark bulunmadığı (Tablo 4.6),

12- Romatoid artrit dışında başka hastalığı olma durumuna göre tıbbi tedaviye uyum puanları eğitim öncesi düşük bulunurken, eğitimden sonra artış olduğu, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (Tablo 4.6),

13- Hastaların eğitim öncesi fonksiyonel durum puanları yüksek iken, eğitim sonrası fonksiyonel durum puanlarında azalma görüldüğü (Tablo 4.7, Tablo 4.8),

14- Eğitim öncesi cinsiyete göre fonksiyonel durum puanları yüksek iken, eğitim sonrası fonksiyonel durum puanının düştüğü, anlamlı bir farklılık olmadığı,

15- Çalışmada yaş gruplarına göre fonksiyonel durum puanları eğitim öncesi yüksek bulunurken, eğitim sonrası fonksiyonel durum puanlarının düştüğü, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı (Tablo 4.9),

16- Eğitim durumuna göre fonksiyonel durum puanları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde, eğitimden bir ay ($p=0.029<0.05$) ve üç ay sonrası ($p=0.002<0.05$) eğitim durumu ile fonksiyonel durum puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu (Tablo 4.9),

17- Yalnız ya da birlikte yaşanan kişi varlığında eğitim öncesi fonksiyonel yetersizlik düzeyleri fazla iken, eğitim sonrasında fonksiyonel yetersizlik düzeylerinde azalma olduğu (Tablo 4-9),

18- Çalışmamızda beş yıldan fazla romatoid artrit tanısı olan bireylerin eğitim öncesi fonksiyonel yetersizlik düzeyleri yüksek iken, verilen eğitimler sonrası fonksiyonel yetersizlik düzeylerinde azalma olduğu (Tablo 4.10),

19- Hastalık aktivite skoru yüksek olan hastalarda eğitim öncesi fonksiyonel durum puanları yüksek bulunurken, eğitimden bir ay ve üç ay sonra fonksiyonel durum puanlarında azalma görüldüğü (Tablo 4.10),

20- İlaç tedavisini önerilen şekilde kullanan ve kullanmayan hastalarda eğitim öncesi fonksiyonel durum puanları yüksek bulunurken, eğitim sonrası fonksiyonel durum puanlarında azalma olduğu, bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (Tablo 4.10),

21- Romatoid artrit nedeniyle kullandığı ilaca bağlı yan etki yaşayan hastaların fonksiyonel yetersizlik düzeyinin daha fazla olduğu, ilaca bağlı yan etki yaşayan hastaların fonksiyonel durum puanlarının, ilaca bağlı yan etki yaşamayan hastalardan daha yüksek olduğu, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Tablo 4.10),

22- Günlük işleri yerine getirmede yardım alma durumuna göre, fonksiyonel durum puanları eğitim öncesi, eğitimden bir ay ve üç ay sonrası incelendiğinde, fonksiyonel durum puanının anlamlı olarak farklılık gösterdiği (Tablo 4.10),

23- Romatoid artrit dışında başka hastalığı olan bireylerin fonksiyonel durum puanları incelendiğinde, verilen eğitimler sonrasında fonksiyonel durum puanlarında azalma olduğu, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Tablo 4.10),

24- Hastaların eğitimden 1 ay sonraki tıbbi tedaviye uyum puanı ile eğitimden 1 ay sonraki fonksiyonel durum puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edildiği ($p<0.05$), tıbbi tedaviye uyum oranı arttıkça hastaların fonksiyonel durumlarındaki yetersizlik durumunun azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Tablo 4.11).

Araştırma sonucunda, romatoid artritli hastalara verilen eğitimlerin, hastaların tedaviye uyum ve fonksiyonel durumlarını olumlu yönde geliştirdiği tespit edilmiştir. Romatoid artritli hastalara verilen eğitimler, hastaların tutumlarını olumlu yönde geliştirmiştir. Bu durum hasta eğitimlerin başarılı olduğunun bir göstergesidir.

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar kapsamında:

- Hemşireler tarafından romatoid artritli hastalara tedaviye uyum durumlarını destekleyen, fonksiyonel durumlarını koruma ve geliştirmelerine katkı veren, hastanın bireysel gereksinimlerine cevap veren içerikte eğitimler yapılması,
- Hastaların eğitim düzeyleri dikkate alınarak kolaylıkla anlayıp uygulayabilecekleri şekilde düzenlenmiş yazılı eğitim materyallerinin hazırlanması,
- Hastalara verilen eğitimlerin sağlık kontrolleri sırasında tekrarlanmasını ve bireysel eğitim oturumları şeklinde işletilmesini sağlayacak kurumsal düzenlemeler yapılması,
- Romatoid artritli hastaların düzenli sağlık kontrolleri sırasında tıbbi tedaviye uyum ve fonksiyonel durumlarının rutin olarak değerlendirilmesi,
- Romatoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle romatoid artritli hastanın bakım yönetimi konusunda bilgilendirilmesi,
- Romatoid artritli hastalara tedaviye uyumlarını ve fonksiyonel durumlarını destekleyen içerikte evde bakım hizmetlerinin sunulması,
- İleride yapılacak olan araştırmalarda hastalara uygulanan eğitim içeriklerinin hastalar için en önemli sosyal destek kaynağı olan hasta yakınlarına da uygulanması önerilmiştir.

KAYNAKÇA

- Acar, M. (2013). Romatoid Artrit, Osteoartrit, Fibromiyalji Hastalarında Fiziksel Uygunluk Ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı Yüksek lisans Tezi.
- Acıacı, S. (2010). Romatoid Artritli Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Bağımlılık Durumlarına Göre Stresle Baş Etme Yöntemleri. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Akçın, E. (2000). Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Akkaya, F. (2015). Romatoid Artrit Hastalarında Yalnızlık, Sosyal Destek Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Akkoç, N. (2010). Türkiye’de romatizmal hastalıkların epidemiyolojisi ve diğer ülkelerle karşılaştırılması. Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği'nin Dergisi. 2(2): 1-8.
- Akyol, B. (2014). Üst ekstremit ve bel ağrı tanısı konulmuş sedanter kadınlarda kalistenik egzersizlerin ağrı eşiği üzerine etkisi. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.
- Aletaha, D., Neogi, T., Silman, AJ, Funovits, J., Felson, DT., Bingham, CO 3rd., Birnbaum, NS., Burmester, GR., Bykerk, VP., Cohen, MD., Combe, B., Costenbader, KH., Dougados, M., Emery, P., Ferraccioli, G., Hazes, JM., Hobbs, K., Huizinga, TW., Kavanaugh A, Kay J, Kvien TK, Laing, T., Mease, P., Ménard, HA., Moreland, LW., Naden, RL., Pincus, T., Smolen, JS., Stanislawski-Biernat, E., Symmons, D., Tak, PP., Upchurch, KS., Vencovsky, J., Wolfe, F., Hawker, G. (2010) Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheumatology*. 62(9):2569-81.
- Allam, A., Kostova, Z., Nakamoto, K. & Schulz, P. J. (2015). The effect of social support features and gamification on a Web-based intervention for rheumatoid arthritis patients: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*. 17(1):e14.
- 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.

- Atcı Z. (2004). Romatoid Artritli Hastaların Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Avşar, G., Kaşıkçı, M. (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 12(3):67-73.
- Avşar, G. & Kaşıkçı, M. (2011). Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. International journal of nursing practice. 17(1): 67-71.
- Bakır, E. (2016). Romatoid artritli hastalarda ayak refleksolojisinin ağrı ve uyku kalitesine etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Bakry, H., Waly, E., Hammad, M. (2017). Adherence to Treatment of Rheumatoid Arthritis Patients at Zagazig University Hospitals. The Egyptian Journal of Community Medicine. 35(4):25-33.
- Balducci, L. (2001). The geriatric cancer patient: Equal benefit from equal treatment. Cancer Control Journal of the Moffitt Cancer Center. 8(2):1-25.
- Baloğlu, HH., Aşkın, AA., Yener, M. (2015). Determination of the factors that affect health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Acta Medica Mediterranea. 31(3): 687-95.
- Birnbaum, H., Pike, C., Kaufman, R., Maynchenko, M., Kidolezi, Y., Cifaldi, M. (2010). Societal cost of rheumatoid arthritis patients in the US, Current Medical Research & Opinion 26(1): 77-90.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. 288(19): 2469-2475.
- Bonafede, M., Johnson, B., Tank, D., Harrison, D., Stolshek, B. (2017). Compliance and Cost of Biologic Therapies for Rheumatoid Arthritis. The American Journal of Pharmacy Benefits. 9(5):1-7.
- Boonen, A., Severens, J. (2011) The burden of illness of rheumatoid arthritis. Clinical rheumatology. 30(1): 3-8.
- Bozkurt, M., Gün, R., Gür, A., Uçar, D. & Nas, K. (2011). Romatoid artritli hastalarda sensorinöral işitme kaybı. Dicle Tıp Dergisi. 38(2):184-188.
- Bruce, B., Fries, J. (2003). The Stanford Health Assessment questionnaire: a review of its history, issues, progress and documentation. Journal of Rheumatology. 30(1):167-178.
- Burbage, G. (2008). Detecting and managing rheumatoid arthritis. Practice Nursing. 19(1).

- Cakit, B. D., Nacir, B., Erdem, H. R., Karagöz, A. & Saraçoğlu, M. (2011). Fear of falling, fall risk and disability in patients with rheumatoid arthritis. *Archives of Rheumatology*. 26(3): 217-225.
- Cander, B. (2017). *Acil Dahiliye Kitabı (Romatolojik aciller)*, 1. Baskı. Bölüm 10:1013-1026. İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Cojocaru, M., Cojocaru, I. M., Silosi, I., Vrabie, C. D. & Tanasescu, R. (2010). Extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Medicine*. 5(4):286-291.
- Cornell, P. (2007). Management of patients with rheumatoid arthritis, *Nursing Standard*. 22(4): 51-57.
- Cottrell , J., Jonas, M., Bergsten, U., Blaas, E., Torre Aboki, J., PgDip, Howse, C., Korandova , J., Löfman, P., Lecturer, P., Logtenberg, C., Lupton, T., Mallon, C., Oliver, S., Pickles, D., Bulinckx, L. (2013). The nurse's role in addressing unmet treatment and management needs of patients with rheumatoid arthritis: Delphi-Based Recommendations, *International Journal of Nursing Knowledge* . 24(2):66-76.
- Cui, J., Saevarsdottir, S., Thomson, B., Padyukov, L., van der Helm Van Mil, A., Nititham, J., Askling, J. (2010). Rheumatoid arthritis risk allele PTPRC is also associated with response to anti-tumor necrosis factor α therapy. *Arthritis & Rheumatology*. 62 (7):1849-1861.
- Çakır, N., Pamuk, Ö., Derviş, E., İmeryüz, N., Uslu, H., Benian, Ö., Elelçi, E., Erdem, G., Sarvan, F., Şenocak, M. (2012). The Prevalences of some rheumatic diseases in western Turkey: Havsa study.
- 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.
- Çetin, G. (2012). Romatoid Artritin Klinik Bulguları ve Tanısı. *Türkiye Klinikleri*. 5(2):15-20.
- Delen, M. (2016). Romatoid artritli hastalarda skapular diskinezinin hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve engel seviyesine etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Demircioğlu, F. (2012). Romatoid Artritli Hastalarda Peloidoterapi Uygulamasının Ağrı, Eklem Fonksiyonları Ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri Randomize Kontrollü Bir Çalışma. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi.

- Demirel, A. ve Kırnay, M. (2010). Romatoid Artrit Tedavisinde Geleneksel ve Güncel Yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19(1):74-84.
- Dinç, A. (2007). Romatizmal Hastalıklarda Klinik Tedavi Kitabı. 3. Basım. 2. Baskı. Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği.
- Durham, Catherine O. DNP, FNP; Fowler, Terri DNP, FNP; Donato, AnneMarie DNP, FNP; Smith, Whitney MSN, APRN, ANP-BC, GNP-BC; Jensen, Elizabeth DNP, FNP. (2015). Pain management in patients with rheumatoid arthritis. *The Nurse Practitioner*. 40(5) :38–45.
- Dwivedi, N., Upadhyay, J., Neeli, I., Khan, S., Pattanaik, D., Myers, LCrow, M. K. (2012). Felty's syndrome autoantibodies bind to deiminated histones and neutrophil extracellular chromatin traps. *Arthritis & Rheumatology*. 64(4): 982-992.
- Elliott, R. (2012). Poor Adherence to Medication in Adults with Rheumatoid Arthritis. *Disease Management and Health Outcomes*. 16(1): 13-29.
- Ervatan S. Ö., Özel A., Türkçapar H., Atasoy N. (2003). Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 6:5-11.
- Fall, E., Chakroun, N., Dalle, N., Izaute, M. (2013). Is patient education helpful in providing care for patients with rheumatoid arthritis? A qualitative study involving French nurses. *Nursing Researche Sciences*.15(3): 346-52.
- Ferhatosmanoğlu, B. (2017). Romatoid artritli hastalarda nöropatik ağrı sıklığı; Sabah tutukluğu, uyku kalitesi, seropozitiflik ve anti-tnf alfa tedavisi ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*.
- 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(2): 65–70.
- Garip, Y., Eser, F., Bodur, H. (2011). Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. *Rheumatology International*. 31(6):769-72.
- Geenen, R., Overman, C., Christensen, R., Capela, S., Huisinga, K. (2017). EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 77(6):797-807.
- Geraldino, L., Bothon, JM. (2015). Management of rheumatoid arthritis: synovits. *Rheumatology Book*. Sixth Edition. Volume 1. Chapter 97. 802-808.

- Giuffrida, A. & Torgerson, D. J. (1997). Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance. *Clinical research ed.* 315(7110):703-707.
- Göçmen, D., Eken Gedik, D., Bulunmaz, İ., Kafkaslı, A. İ., Mert, M., Kandemir, A. (2011). Romatoid Artrit Tanısıyla İzlenen Hastalarımızın Klinik, Laboratuvar ve Demografik Özellikleri: Beş Yıl İzlem Süreli Gözlemsel Çalışma. *Fırat Tıp Dergisi.* 16(2): 55-59.
- Grigor, C., Capell, H., Stirling, A., McMahon, AD., Lock, P., Vallance, R., Kincaid, W., Porter, D. (2004). Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomised controlled trial. *364(9430):263-9.*
- Günaydın, R., Karatepe, A., Demirhan, A., Koç, A., Kaya, T. (2009). Romatoid Artritli Hastalarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences.* 29(4):911-6.
- Hagglund, K., Fillingim, R. (1998). Cost offset from cognitive-behavioral interventions for chronic pain. *Archives of physical medicine and rehabilitation.* 79 (3): 83-89.
- Hall, J., Skevington, S., Maddison, M., Chapman, K. (1996). A randomized and controlled trial of hydrotherapy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research.* 3(9): 206-215.
- Hamuryudan, V. (2001). Romatoid Artrit: Klinik Bulgular. *Türkiye Klinikleri İmmünoloji Romatoloji.* 1: 4-7.
- Hamuryudan, V. (2005). Romatoid Artrit. İçinde H. Yazıcı, V. Hamuryudan ve A. Sonsuz (Eds.). *Cerrahpaşa İç Hastalıkları. İstanbul Medikal Yayıncılık.* 966-976.
- Hazar, H. (2008). Üriner İnkontinans Olan Romatoid Artritli Kadınlarda Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.*
- Hehir, M., MA RN, M., Carr MSc RN., Davis, B., Radford DClin Psychol, S., L. (2008). Nursing support at the onset of rheumatoid arthritis: Time and space for emotions, practicalities and self-management, *Musculoskelet Care.* 6(2): 124–134.
- Hindistan, S. (2006). Romatoid Artritli Hastalara Verilen Eğitimin Ağrı Düzeylerine, Psikolojik Belirtilerine Ve Yardım Arama Tutumlarına Etkisi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi.*
- Ho P.M., Bryson, C.L. and Rumsfeld, J.S. (2009). Medication Adherence: Its Importance In Cardiovascular Outcomes. *Circulation.* 119(23): 3028-3035.
- 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(1):133–142.
- Hunter, T., Boytsov, N., Zhang, X., Schroeder, K., Michaud, K., Araujo, A. (2017). Prevalence of rheumatoid arthritis in the United States adult population in healthcare claims databases, 2004–2014. *Rheumatology International*. 37 (9): 1551–1557
- Hustings, Y. (2011). EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of the rheumatic disease*. 71(1):13-19.
- İnanç, N. (2013). Romatoid artrit ve akciğer tutulumu. *Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği 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.
- İncirkuş, K., Nahcivan, N. Ö. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 23(1). 66-75.
- Ji, J., Zhang, L., Zhang, Q., Yin, R., Fu, T., Li, L., 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):89.
- Johnsen, A., Weinblatt, M. (2015). Methotrexate, *Rheumatology*. Sixth Edition. Volume 1. Chapter:56. 443-450.
- Joplin, S., van der Zwan, R., Joshua, F., K.K.Wong, P. (2015). Medication Adherence in Patients with Rheumatoid Arthritis: The Effect of Patient Education, Health Literacy and Musculoskeletal Ultrasound. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*. February.150658.
- 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*. 770-774.
- Kacar, C., Gilgil, E, Tuncer, T., Bütün, B., Urhan, S., Arıkan, V., Dündar, U., Oksüz, M.C., Sünbuloğlu, G., Yildirim, C., Tekeoğlu, I., Yücel, G. (2005). Prevalence of rheumatoid arthritis in Antalya, Turkey. *Clinical Rheumatology*. 24(3): 212-4.
- Kalay, S., Bektaş, H. (2018). Romatoid artrit semptom yönetiminde hemşirenin rolleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 34 (2):112-130.
- Kanzaki, H., Makimoto, K., Takemura, T., Ashida, N. (2004). Development of web-based qualitative and quantitative data collection systems: Study on daily symptoms and

- coping strategies among Japanese rheumatoid arthritis patients, *Nursing and Health Sciences*. 6(3): 229-236.
- Karahan, A., Bağçacı, S., Salbaş, E. (2014). Romatoid artrit olgularının hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Klinik ve deneysel araştırmalar klinik dergisi*. 5(3): 429-434.
- Karimifar, M., Salesi, M., Farajzadegan, Z. (2012). The association of anti-CCP1 antibodies with disease activity score 28 (DAS- 28) in rheumatoid arthritis. *Advanced Biomedical Research*. 1:30.
- Katchamart, W., Trudeau, J., Phumethum, V., Bombardier, C. (2010). Methotrexate monotherapy versus methotrexate combination therapy with non-biologic disease modifying anti-rheumatic drugs for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. (4):CD008495.
- Kay, J., Olga Morgacheva, Susan P., Messing, Joel M., Kremer, Jeffrey D., Greenberg, George W., Reed, Ellen M., Gravallesse and Daniel E. Furst. (2014). Clinical disease activity and acute phase reactant levels are discordant among patients with active rheumatoid arthritis: acute phase reactant levels contribute separately to predicting outcome at one year. *Arthritis Research and Therapy*. 16(1):R40.
- Kaya, N. (2002). Romatoid artritli bireylerde sağlığa ilişkin yaşam kalitesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Kaya, T., Karatepe, A., Günaydın, R., Tükmen, G., Özbek, G. (2007). Romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesi: hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve sağlık durumu ile ilişkisi. *Romatizma dergisi*. 22(4):119-122.
- Kazıs, L., Meenan, R., Anderson, J. (1993). Pain in the rheumatic diseases. *Arthritis and Rheumatism*. 26 (8): 1017-1022.
- Khurana, R. and Berney, S.M. (2005). Clinical aspects of rheumatoid arthritis, *Pathophysiology*. 12(3) :153–165.
- Kılıç, M. C. (2015). Romatoid Artrit Hastalarında El Fonksiyonlarının Aktivite Katılım Performansı Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisinin Değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Kılıç, N. (2018). Progresif gevşeme egzersizlerinin romatoid artritli hastaların yorgunluk ve uyku kalitesine etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

- Kim, D., Choi, J., Cho, S., Choi, C., Bang, S., Cha, C. at all (2018). Prevalence and Associated Factors for Non-adherence in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Rheumatic Diseases*. 25(1):47-57.
- Kiper, S., Sunal, N. (2009). Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Dergi Park Kocatepe Tıp Dergisi*. 10(1):33-39.
- Kitas, GD., Gabriel, SE. (2011). Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis: state of the art and future perspectives. *Annals of Rheumatic Disease*. 70(1):8-14.
- Kjeken, I., Dagfinrud, H., Heiberg, t., Kuien, TK. (2015). Multidisciplinary approach to rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. Sixth Edition. Volume 1. Chapter 98. 809-814.
- Koç, A. (2006). Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.
- Küçükdeveci, A., Sahin, H., Ataman, S., Griffiths, B., Tennant, A. (2004). Issues In Cross – Cultural Validity: example from the adaptation, reliability, and validity testing of a turkish version of the stanford health assessment questionnaire. *Journal of Arthritis & Rhematism*. 51(1):14-19.
- Leidy, NK. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework. *Nursing Research*. 43(4):196–202.
- Liao, K.P. (2015). Classification and epidemiology of rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. Hochberg. Sixth Edition. Volume 1. Chapter:83. 747-753.
- Lorig, K., Konkol, L., Gonzales, V. (1987). Arthritis patient education: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*. 10(3): 207-252.
- Machold, KP., Stamm, TA., Eberl, GJ., Nell, VK., Dunky, A., Uffmann, M., Smolen, JS. (2002). Very recent onset arthritis-clinical, laboratory, and radiological findings during the first year of disease. *Journal of Rheumatology*. 29(11):2278-87.
- Makelainen, P., Vehvilainen-Julkunen, K., Pietila, AM . (2009). Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. *Journal of clinical nursing*. 18(14):2058–65.
- Malemba, JJ., Mbuyi-Muamba, JM., Mukaya, J., Bossuyt, X., Verschueren, P., Westhovens, R. (2012). The epidemiology of rheumatoid arthritis in Kinshasa, Democratic Republic of Congo-a population-based study. *Rheumatology (Oxford)*. 51(9): 1644-1647.
- Mavragani, C.P. and Moutsopoulos, H.M. (1999). Rheumatoid arthritis in the elderly, *Experimental Gerontology*. 34(3): 463–471.

- McQueen, FM., Stewart, N., Crabbe, J. Robinson, E., Yeoman, S., Tan, PL., McLean, L. (1998). Magnetic resonance imaging of the wrist in early rheumatoid arthritis reveals a high prevalence of erosions at four months after symptom onset. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 57(6): 350-6.
- Metin, Z., Özdemir, L. (2016). Romatoid Artritte Ağrı ve Yorgunluğun Yönetiminde Aromaterapi ve Refleksolojinin Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 13 (1): 44-49.
- MMWR (2013). Prevalence of doctor-diagnosed arthritis and arthritis-attributable activity limitation-United States, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 62 (44).
- Mohsen, A., Gadallah, PhD., Dina, N.K., Boulos, PhD., Asmaa Gebrel, MD., Sahar Dewedar, PhD and Donald, E. Morisky, ScD, MSPH. (2015). Assessment of Rheumatoid Arthritis Patients' Adherence to Treatment. *The American Journal of the Medical Sciences*. February. 349(2):151-6.
- Molassiotis, A. (2004). The importance of quality of life and patient choice in the treatment of breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 8 (1001): 73-74.
- Müller, R., Kallikorm, R., Polluste, K., Lember, M. (2012). Compliance with treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*. 32(10):3131-5.
- Nakagawa, S., Nakaishi, M., Hashimoto, M., Ito, H., Yamamoto, W., Nakashima, R. (2018). Effect of medication adherence on disease activity among Japanese patients with rheumatoid arthritis. *Research Article*. Published: November 2. 13(11):e0206943.
- Ndosi, M., Vinalla, K., Halea, C., Bird, H., Hilla, J. (2011). The effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. 48(5):642-654.
- Oliver, S. (2009). Care of patients with rheumatoid arthritis, *Primary Health Care*. 19(5).
- Onat, A. (2012). Romatoid Artrit Tedavisinin Genel Prensipleri. *Türkiye Klinikleri Romatoloji*. 5(2):73-8.
- Özkaraman, A., Özer, S., Balcı Alpaslan, G. (2012). Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(3):138-152.
- Özkaraman, A., Orulu, N., Atalay, H., Babadağ, B., Yılmaz, H., Dinçer, M., Alpaslan, G., (2017). Oral kemoterapi alan hastalarda yaşanan güçlükler ve ilaç uyumunun değerlendirilmesi (Romatoid artritte). *Bakırköy Tıp Dergisi*. 13(2):91-97.

- Özsoy, M. H., Altinel, L., Başarır, K., Çavuşoğlu, A. T. & Dinçel, V. E. (2006). Romatoid artritte eklem hastalığının patogenezi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 5(3): 101-110.
- Parlar, S. (2008). Artritli Hastalarda Kronik ağrıya ilişkin Bireysel Yönetimin Hastaların Yetersizlik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim dalı Doktora tezi.
- Pehlivan, S., Ersoy, S., Ugan, Y., Fadıloğlu, Ç. (2015). Romatoid artritli hastalarda özbakım gücü ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 31(1):27-38.
- Poole, J. L., Chiappisi, H., Cordova, J. S. & Sibbitt, W. (2007). Quality of life in American Indian and White women with and without rheumatoid arthritis. *American Journal of Occupational Therapy*. 61(3):280-289.
- 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.
- Ryan, S., Wylie, E. (2005). An exploratory survey of the practice of rheumatology nurses addressing the sexuality of patients with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care*. 3 (1):44-53.
- Saag, KG., Teng, GG., Patkar, NM, Anuntiyo, J., Finney, C., Curtis, JR., Paulus, HE., Mudano, A., Pisu, M., Elkins-Melton, M., Outman, R., Allison, JJ., Suarez Almazor, M., Bridges, SL Jr., Chatham, WW., Hochberg, M., MacLean, C., Mikuls, T., Moreland, LW., O'Dell, J., Turkiewicz, AM., Furst, DE. (2008). American College of recommendations for the use of nonbiologic and biological disease modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 59(6):762-84.
- Salt, E., Fraizer, S. (2011). Predictors of Medication Adherence in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Drug Development Research*. 72(8):756–763.
- Sayarlıoğlu, M. (2012). Romatoid Artrit, juvenil romatoid artrit, psoriatik artrit, Türkiye klinikleri immünoloji ve romatoloji özel. 5 (2).
- Schlenk, E.A., Starz, T., Levesque, M. (2012). Understanding function in ra: the nurse's role in patient evaluation. Volume 29.
- Schur, PH., Matteson, EL., Turesson, C., Maini, RN., Romain, PL. (2012). Overview of the systemic and nonarticular manifestations of rheumatoid arthritis. *UpToDate*

- Sezgin, D., Mert, H. (2009) Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaç Tedavisi Alan Bireylerin Tedavi Algılarının Uyuma Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 3(1): 2-8.
- Sivas, F., Aktekin, LA., Eser, F., Yurdakul, FG., Öksüz, E., Özorun, K., Bodur, H. (2010). Comparative results of DAS 28 and quality of life in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Turkish Journal of Rheumatology*. 25(4): 179-183.
- Sokka, T., Pincus, T. (2002). Contemporary disease modifying antirheumatic drugs (DMARD) in patients with recent onset rheumatoid arthritis in a US private practice: methotrexate as the anchor drug in 90% and new DMARD in 30% of patients. *The Journal of rheumatology*. 29(12): 2521-2524.
- Sousa, K., Ryu, E., Kwok, O. W., Cook, S. G., West, S.(2007). Development of a model to measure symptom status in persons living with rheumatoid arthritis. 56 (6): 434-440.
- Stack, R. J., van Tuyl, L. H., Sloots, M., van de Stadt, L. A., Hoogland, W., Maat, B. & van Schaardenburg, D. (2014). Symptom complexes in patients with seropositive arthralgia and in patients newly diagnosed with rheumatoid arthritis: a qualitative exploration of symptom development. *Rheumatology*. 53(9):1646-1653.
- Stanmore, EK. (2015). Recommendations for Assessing and Preventing Falls in Adults of All Ages with Rheumatoid Arthritis. *British Journal of Community Nursing*. 20(11): 529-33.
- Suh Suh, Y., Cheon, Y., Kim, H., Kim, R., Park, K., Kim, S. (2018). Medication nonadherence in Korean patients with rheumatoid arthritis: the importance of belief about medication and illness perception. *The Korean Journal of Internal Medicine*. 33(1):203-210.
- Sunar, İ., Garip, Y., Yılmaz, Y., Bodur, H., Ataman, Ş. (2015). Disease activity (Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index-5) in patients with rheumatoid arthritis and its association with quality of life, pain, fatigue, and functional and psychological status. 30(2):144-14.
- Svensson, B., Bonen, A., Albertsson, K., van der Heijde, D., Keller, C., Hafström, I. (2005). Low-dose prednisolone in addition to the initial disease-modifying antirheumatic drug in patients with early active rheumatoid arthritis reduces joint destruction and increases the remission rate: a two-year randomized trial. *Arthritis and Rheumatism*. 52(11):3360-70.

- Swanson, K.I., Pfenning, S. (2011). The Nurse Practitioner's Role in the Management of Rheumatoid Arthritis. *The Journal for Nurse Practitioners*. 7(10): 858-70.
- Şenyuva, E., Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 15(59): 100-106.
- Taal E, Rasker J, Wiegman O. (1996). Patient education and self-management in the rheumatic diseases. *Arthritis Care and Research*. 3 (9): 229-236.
- Taş, Ü. M., Erdoğan, M. A., Eralp, B., Bambul, N. & Çiftçi, H. (2010). Romatoid artrit sol ventrikül diyastolik fonksiyonu üzerine etkisinin konvansiyonel ve doku doppler ekokardiyografi ile incelenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi*. 25(2): 82-5.
- Tekin, M. (2007). Romatoid Artritli Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Ve Uyum Arttırma Önerileri, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi.
- Thompson, K., Kulkarni, J., Sergejew, A. (2000). Reliability and validity of a new medication adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. 42(3):241-7.
- Tikiz, H., Arslan, Ö., Pirildar, T., Tikiz, C. & Bayindir, P. (2010). The effect of anti-tumor necrosis factor (TNF)-alpha therapy with etanercept on endothelial functions in patients with rheumatoid arthritis/Romatoid artritli hastalarda etanercept ile yapılan anti-tümör nekroz faktör (TNF)-alfa tedavisinin endotel fonksiyonları üzerine etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 10(2): 98-103.
- Touchette, D.R. and Shapiro, N.L. (2008). Medication Compliance, Adherence, and Persistence: Current Status of Behavioral and Educational Interventions to Improve Outcomes. *Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy*. 14(6): 2-10.
- Treharne, G. J., Lyons, A. C. & Kitas, G. D. (2004). Medication adherence in rheumatoid arthritis: effects of psychosocial factors. *Psychology, health & medicine*. 9(3): 337-349.
- Tuncay, F., Borman, P., Kaygısız, F., Erdem, H., Kurt, E. (2015). Romatoid artrit hastalık aktivitesinin, romatoid artrit hastalık aktivite indeksi ile değerlendirilmesi ve diğer klinik hastalarının aktivite indeksleri ile karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri*. 35 (3):179-85.
- Tuncer T, Gilgil E, Kaçar C, et al. (2018). Prevalence of Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthritis in Turkey: A Nationwide Study. *Archives of Rheumatology*. 33(2):128-136. doi:10.5606/ArchRheumatol.2018.6480.

- Turesson, C., O'fallon, W. M., Crowson, C. S., Gabriel, S. E., Matteson, E. L. (2003). Extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis: incidence trends and risk factors over 46 years. *Annals of the rheumatic diseases*. 62(8): 722-727.
- Tüncel, C. (2015). Romatoid Artrit Hastalarında Egzersiz Sonrası Kalp Hızındaki Düzelmenin Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.
- Türkoğlu, İ. (2018). Romatoid artritli hastalarda öz-yeterlilik algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Tezi.
- Uçar, M., Sarp, Ü., Gül, A. (2014). Romatoid artrit ve depresyon arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*. 41(3):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(2): 94-99.
- Uutela, T. (2011). Health-related Quality of Life and Functional Ability as Patient-reported Outcomes in Rheumatoid Arthritis: A Study from Two Finnish Hospital-based Populations. University of Oulu for public defence in the Auditorium of Lapland Central Hospital. 21 May. 1-152.
- van Vilsteren, M., Boot, CR., Knol, DL., van Schaardenburg, D., Voskuyl, AE., Steenbeek, R., Anema, JR. (2015) Productivity at work and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BioMedCentral musculoskeletal disorders*. 16: 107.
- 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 Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi.
- Verstappen, SM., Hoes, JN., Ter Borg, EJ., Bijlsma, JW., Blaauw, AA., van Albada-Kuipers, GA., van Booma-Frankfort, C., Jacobs, JW. (2006). Joint surgery in the Utrecht Rheumatoid Arthritis Cohort: the effect of treatment strategy. *Annals of Rheumatic Disease*. 65(11):1506–1511
- Verstappen, SM., Jacobs, JW., Bijlsma, JW., van Booma-Frankfort, C., Borg, EJ., Hofman, DM., van der Veen, MJ. (2003). Utrecht Arthritis Cohort Study Group. Five-year follow up of rheumatoid arthritis patients after early treatment with disease-modifying antirheumatic drugs versus treatment according to the pyramid approach in the first year. *Arthritis and Rheumatism*. 48(7): 1797-807.

- Walker, J. (2012). Rheumatoid arthritis: role of the nurse and multidisciplinary team, *British Journal of Nursing*. 21(6):334, 336-9.
- Walker, J., Littlejohn, G., McMurray, N. (1999). Stress system response and rheumatoid arthritis: A multilevel approach. *Rheumatology* . 38: 1050-1057.
- Wang PHd, Junru., Zou MD, Xiulan., Cong MD, Ling., Liu MD, Huina. (2017). Clinical effectiveness and cost effectiveness of nurse led care in Chinese patients with rheumatoid arthritis: A randomized trial comparing with rheumatologist led care. *International Journal Nursing Practise*. 24(1).
- Wee, A., Said, M., Redzuan, A. (2016). Medication Adherence Status Among Rheumatoid Arthritis Patients. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*. 8(7): 317-321.
- Weisman, M.H. (2011). Rheumatoid Arthritis. *Oxford University Press* (v, 89 pages).
- WHO. (2003). Adherence to long-term therapies—evidence for action. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report. Erişim tarihi: 20.04.2016
- Widdifield, J., Paterson, J. M., Bernatsky, S., Tu, K., Tomlinson, G., Kuriya, B., Thorne, J.C. & Bombardier, C. (2014). The epidemiology of rheumatoid arthritis in Ontario, Canada. *Arthritis & rheumatology*. 66(4): 786-793.
- Williams, D. E. (2010). Impact of heart failure patient education on quality of life and functional capacity, Ball State University School Of Nursing Muncie.
- Wong, P. K. (2016). Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: why do patients not take what we prescribe? *Rheumatology international*. 36(11): 1535-1542.
- Wu, C. C., Yen, J. H., Tsai, W. C., Liu, H. W., Yu, H. C. (2005). Rare extra-articular manifestation of rheumatoid arthritis: scleromalacia perforans. *The Kaohsiung journal of medical sciences*. 21(5):233-235.
- Wuts, V. (2008). Fatigue as experienced by patients with rheumatoid arthritis (RA): A Qualitative Study, *International Journal of Nursing Studies*. 45(7): 995-1002.
- Yaykaşlı, K. O. (2013). Romatoid Artrit ve Adipokinler. *Eur J Basic Med Sci*. 3(2):38-43.
- Yıldırım, R. ve Yazıcı, Y. (2012). Romatoid artritte erken tedavi. *Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Dergisi*. 4(2):59-67.
- Yılmaz, S., Çınar, F.İ., Çınar, M., Erdem, H. (2016). Romatoloji Hemşireliği ve Klinik Uygulamalar. 1. Baskı. Deomed Yayıncılık. 238: 53-56.

- Yılmaz, S., Erdem, H. (2012). Romatoid Artritte Eklem Dışı (Sistemik) Bulgular. Türkiye Klinikleri Immunology Rheumatology-Special Topics. 5(2): 21-26.
- Zarit, S. H. (2004). Family care and burden at the end of life. Canadian Medical Association Journal. 170(12): 1811-1812.
- 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.
- Zhao,S., Chen,Y., Chen, H. (2015). Sociodemographic factors associated with functional disability in outpatients with rheumatoid arthritis in Southwest China. Clinical Rheumatology. 34(5):845–851.



EKLER

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

A.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER:

- 1.Katılımcı no:
- 2.Telefon numarası:
3. Adres:
4. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
5. Yaşınız:
6. Eğitim düzeyi:
İlkokul () Ortaokul () Lise() Lisans () Okur yazar değil ()
- 7.Sosyal Güvenceniz: Var () Yok ()
- 8.Birlikte yaşadığınız kişiler var mı?
Yok () Var () ise belirtiniz.....
- 9.Yaşadığınız yer: İl merkezi () İlçe ()
- 10.Gelir Düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?
() düşük () orta () yüksek

B. HASTALIĞA AİT ÖZELLİKLER

1. Hastalığın Süresi:
2. DAS 28 skoru:
(Hekimin hasta değerlendirme dosyasından alınacaktır.)
3. Romatoid artrit'e bağlı olarak aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuz;
 - 3.1.Eklem Ağrısı: Var () Yok ()
 - 3.2. Eklemelerde Şişlik: Var () Yok ()
 - 3.3.Eklem Deformitesi: Var () Yok ()
 - 3.4.Sabah Tutukluğu: Var() Yok()
 - 3.5.Yorgunluk/Güçsüzlük : Var() Yok ()
 - 3.6.Uyku problemi: Var () Yok ()

4. Romatoid artrit ilaç tedavisini size önerilen şekilde kullanıyor musunuz?

Önerilen şekilde alıyor () Önerilen şekilde almıyor() ise belirtiniz.....

5.Romatoid artrit nedeniyle kullandığınız ilaçlara bağlı herhangi bir ilaç yan etkisi yaşıyor musunuz?

Var () Yok ()

6. Evet ise ne tür yakınmalar yaşıyorsunuz?

Bulantı () Kusma () İshal() Kabızlık () Mide şikayeti ()

Göz kuruluğu () Uyku hali () Diğer

7.Egzersiz alışkanlığınız var mı? Var() yok ()

8.Günlük işlerinizi yerine getirirken yardım alıyor musunuz?

Yardım alıyor () Yardım almıyor ()

9. RA dışında başka bir hastalığınız var mı ?

Yok () Var() ise belirtiniz.....

Ek-2: Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (Medication Adherence Rating Scale-MARS)

Son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışlarınızı ve tutumunuzu değerlendirmek amacıyla aşağıdaki soruları 'EVET' ya da 'HAYIR' şeklinde lütfen cevaplayınız.

	EVET	HAYIR
1. Hiç ilaçlarınızı almayı unuttunuz mu?		
2. İlacınızı zamanında alma konusunda dikkatsiz misiniz?		
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
4. Kendinizi kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
5. İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum.		
6. Vücudumun ve aklımın ilaç kullanımı ile kontrol edilmesi doğal değildir.		
7. İlaçlarımı aldığımda düşüncelerim daha net oluyor.		
8. İlaç kullanmaya devam ederek hastalanmaktan korunabilirim.		
9. İlaçları aldığımda kendimi yaşayan bir ölü gibi garip hissediyorum		
10.İlaç almak beni yorgun ve tembel yapıyor.		

Ek-3: Sağlık Değerlendirme Anketi

Geçtiğimiz bir hafta boyunca günlük işleri yapabilme yeteneklerinizi en iyi yanıtlayan tanımı lütfen işaretleyiniz.

	HİÇ 0	BİRAZ ZOR 1	ÇOK ZOR 2	YAPAMIYORUM 3
GİYİNME VE KİŞİSEL BAKIM - Saçınızı şampuanlayabiliyor musunuz? - Ayakkabı bağlamak ve düğme iliklemek dahil kendi kendinize giyinebiliyor musunuz?				
YERİNDEN KALKMA -Sandalyeden kalkabiliyor musunuz? -Yatağa yatıp kalkabiliyor musunuz?				
YEMEK YEME -Tabağınızdaki eti kesebiliyor musunuz? -Dolu bir fincanı veya bardağı ağzınıza götürebiliyor musunuz? -Henüz açılmamış süt kartonunu açabiliyor musunuz?				
YÜRÜME -Açık havada düz zeminde yürüyebiliyor musunuz? -Beş merdiven basamağı çıkabiliyor musunuz?				
Aşağıdaki listede, yukarıdaki eylemleri yaparken kullandığınız herhangi bir YARDIMCI ARAÇ VEYA AYGIT yer alıyorsa işaretleyiniz. -Baston - Giyinmek için kullandığınız yardımcı araçlar (uzun saplı ayakkabı çekeceği gibi) -Yürüteç -Özel yapılmış çatal- kaşık -Koltuk değnekleri -Özel yapılmış sandalye -Tekerlekli sandalye -Diğer.....				
VÜCUT TEMİZLİĞİ -Vücudunuzu yıkayıp kurulayabiliyor musunuz? -Küvetle banyo yapabiliyor musunuz? -Tuvalete oturup kalkabiliyor musunuz?				
UZANMA -Başınızın biraz yukarasındaki yaklaşık 2 kg'lık bir nesneye uzanıp aşağıya indirebiliyor musunuz? -Yerdeki çamaşırları almak için eğilebiliyor musunuz?				

<p>KAVRAMA -Araba kapılarını açabiliyor musunuz? -Daha önce açılmamış kavanozları açabiliyor musunuz? -Muslukları açıp kapatabiliyor musunuz?</p>												
<p>EYLEMLER -Küçük işleri ve alışveriş yapabiliyor musunuz? -Otomobile binip inebiliyor musunuz? -Elektrik süpürgesiyle temizlik veya bahçeyle uğraşma gibi işleri yapabiliyor musunuz?</p>												
<p>Aşağıdaki listede , yukarıdaki eylemleri yaparken kullandığınız herhangi bir yardımcı ARAÇ VEYA AYGIT yer alıyorsa lütfen işaretleyiniz.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>-Yükseltilmiş tuvalet oturağı</td> <td>-Küvetin yanındaki tutunma çubuğu</td> </tr> <tr> <td>-Küvet oturağı</td> <td>-Uzanmaya yardımcı uzun saplı araçlar</td> </tr> <tr> <td>-Kavanoz açacağı</td> <td>-Banyoda yardımcı uzun saplı araçlar</td> </tr> <tr> <td>-Diğer.....</td> <td></td> </tr> </table>					-Yükseltilmiş tuvalet oturağı	-Küvetin yanındaki tutunma çubuğu	-Küvet oturağı	-Uzanmaya yardımcı uzun saplı araçlar	-Kavanoz açacağı	-Banyoda yardımcı uzun saplı araçlar	-Diğer.....	
-Yükseltilmiş tuvalet oturağı	-Küvetin yanındaki tutunma çubuğu											
-Küvet oturağı	-Uzanmaya yardımcı uzun saplı araçlar											
-Kavanoz açacağı	-Banyoda yardımcı uzun saplı araçlar											
-Diğer.....												

Ek-4: Hasta Onam Formu



SIVAS C.Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma eğitimin romatoid artritli hastalarda tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce sizi araştırma hakkında bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Çalışmamıza gönüllü 80 birey alınacak olup, çalışmamız romatoloji polikliniğinde size verilecek olan standart tedavi, bakım ve izlem sürecinde bir değişikliğe neden olmayacaktır. Bu çalışmada yer almanız için sizinle 3 defa görüşmemiz gerekmektedir.

Çalışmamızda araştırmaya katılmayı kabul eden 80 hasta alınacaktır. Poliklinikte muayene olan hastalara araştırmacı tarafından muayene bittikten sonra romatoloji polikliniğinde bulunan eğitim odasında anketlerde yer alan sorular sorulacaktır. Anketleri doldurmak için ortalama 20 dk zaman ayırmanız yeterli olacaktır. İlk anket kişisel bilgileriniz ve hastalıkla ilgili belirtilerin değerlendirilmesi, eşlik eden hastalıklarınız, uygulanan tedavi planı, egzersiz alışkanlığınız ve kullandığınız ilaçlar gibi hastalık özellikleriniz ile ilgili olup 20 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca tedaviye uyumunuzu değerlendirmek için 10 sorudan oluşan tıbbi tedaviye uyum oranı ölçeği uygulanacaktır. Son olarak fonksiyonel durumu değerlendirmek amacıyla 8 sorudan oluşan fonksiyonel anketi uygulanacaktır. Bu sorulardan sonra size eğitim odasında eğitim verilecektir. Eğitimin içeriği romatoid artrit, nedeni, klinik seyri, belirtileri, romatoid artrit tedavisi, romatoid artritte tedaviye uyum, tedavide kullanılan ilaçlar, fonksiyonel durum, ağrı yönetimi, beslenme, egzersiz, istirahat ve bireysel bakımın önemi ile ilgili konulardan oluşacaktır. Bu eğitim ortalama 30 dakika sürecektir. Eğitim görsel sunum, anlatım, soru cevap şeklinde ve tek oturumda poliklinikte bulunan eğitim odasında yapılacaktır. Eğitim programının sonunda size eğitim kitapçığı verilecektir.

İkinci görüşme, 1 ay sonra siz romatoloji poliklinik kontrolüne geldiğinizde poliklinikte eğitim odasında yapılacaktır. Bu görüşmede size ilk görüşmede sorulan tıbbi tedaviye uyum oranı ölçeği ve fonksiyonel anketi soruları sorulacaktır. Bilgi gereksiminiz doğrultusunda eğitim tekrarı yapılacaktır.

Üçüncü görüşme ilk görüşmeden 3 ay sonra siz romatoloji poliklinik kontrolüne geldiğinizde poliklinikte eğitim odasında yapılacaktır. Bu görüşmede size ilk görüşmede sorulan tıbbi tedaviye uyum oranı ölçeği ve fonksiyonel anketi soruları sorulacaktır.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu çalışmada size verilen eğitimle hastalık belirtilerini daha az düzeyde yaşamanız, tedaviye uyum

sağlamanız, günlük yaşam aktivitelerinizi daha iyi düzeyde gerçekleştirmeniz ve hastaneye yatışların azalması gibi yararları ulaşılması hedeflenmektedir.

Bu çalışma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Çalışma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz için 05xxxxxxx numaralı telefondan çalışmayı yürüten Nadiye GÜREL 'e ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı, bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışmanın planlanan süreçlerine katılım gösteremediğinizde, sağlık durumunuzda çalışmayı devam ettiremeyecek şekilde değişiklik olması durumunda sizi çalışmadan çıkarabilir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da çalışma yürütücüsü tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve çalışma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak çalışmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek-5: Eğitim Kitapçığı

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALAR İÇİN EĞİTİM KİTAPÇIĞI



HAZIRLAYAN: Nadiye GÜREL
DANIŞMAN: Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN

2016-SİVAS

İÇİNDEKİLER:	sayfa no:
Giriş	2
Hareket sistemi	3-4
Romatoïd artritin tanımı	4
Romatoïd artritin nedenleri	4
Romatoïd artritin klinik seyri	4-5
Romatoïd belirtileri	5
Romatoïd artrit tedavisi	5
Romatoïd artritte tedaviye uyum	5-6
Romatoïd artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar	6-8
Romatoïd artritte fonksiyonel durum	8-9
Romatoïd artritte ağrı yönetimi	9-10
Romatoïd artritte beslenme, diyet	10
Romatoïd artritte egzersiz	11
Romatoïd artritte istirahat	11
Romatoïd artritte bireysel bakım	11-12
Kaynak	13-14

HAREKET SİSTEMİ

Hareket sistemi, iskelet (veya kemik) sistemleri ile kasların meydana getirdiği bir sistemler bütünüdür. Hareket sistemi vücudumuza biçim vererek ve iç organları koruyarak vücudun dök durmasını sağlar. Birinin bulunduğu ortamda yer değiştirebilmesini, ihtiyaçlarını karşılayabilmesini ve istenilen hareketleri yapabilmesini sağlar.



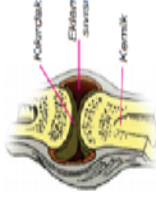
İnsan vücudunun çatısını (destek yapısını) iskelet sistemi oluşturur. İskelet sistemi kendi içerisinde kemikler, eklemler ve bağlardan oluşmuştur. Kasların kasılmasıyla iskelet sistemi harekete geçer ve vücudun hareket etmesini sağlar. İskelet sisteminde bulunan kemik sadece kan hücrelerinin üretildiği yer değil, aynı zamanda vücudun mineral deposudur. Özellikle kalsiyum bakımından çok zengindir.

Destek ve hareket sistemini oluşturan unsurlardan olan kemikler, kemik iliğini taşır. Kemik ilginde dolayım sisteminin ana unsuru olan kan hücreleri üretilir. Kan, dolaşım sistemi ile bütün vücuda yayılır. Kan hücrelerinden alyuvarlar, solunum sistemi organı olan akciğerlerden aldığı oksijeni destek ve hareket sistemine ve vücudun bütün sistemlerine taşır. Vücudun tüm sistemlerinde oluşan karbondioksit de yine kan ile akciğerlere iltirerek dışarı verilmesi sağlanır. Destek ve hareket sisteminin sağlığı için gerekli olan hormonlar, vitaminler, antikorlar ve besinler yine kan ile taşınır.



Eklemler, kemikler arasında hareketi sağlar. Eklemler, bağlar, kaslar ve tendonlardan oluşur. Bu yapılar hareketi sağlamak için ortak çalışır. Tendonlar kasları kemiğe bağlayan yapılarıdır. Eklemlerde bulunan küçük kesecikler (bursa) sıvıyı tutarak eklemlerin kolay hareket etmesini sağlar. Aynı zamanda eklemlerde kemiğin aşınmasını önleyen kıkırdak yapı mevcuttur.

3



Eklemleri daha fazla korumak için eklemler arasında sinovyal (eklem içi) sıvı bulunmaktadır. Bu sıvı eklemleri sağlıklı tutmak için, eklemlerin beslenmesini sağlayarak koya kıvamında kayganlaştırıcı madde içerir.

ROMATOİD ARTRİTİN TANIMI



Romatoïd artrit, eklemlerde sertlik, şişlik ve ağrılarına neden olan iltihabi bir hastalıktır. Romatoïd artrit, hemen hemen her eklemi etkiler. Parmaklardaki küçük eklemler, el bilekleri, ayaklar, ayak bilekleri, dizler sık etkilenen eklemlerdir. Boyun ve kalça eklemi daha az etkilenir. Romatoïd artrit vücudun her iki tarafını etkiler. Romatoïd artritü yeterli ve düzenli tedavinin kullanılmadığı durumlarda hasar ilerler ve oluşan hasar kalıcı özellik gösterir.

Romatoïd artrit; kadınlarda eröeklere göre 3 kat daha fazla görölmektedir. Hastalık genellikle 20-50 yaş arasında ortaya çıkar.

ROMATOİD ARTRİTİN NEDENLERİ

Romatoïd artrit nedeini tam olarak bilinememekle beraber genetik yatkınlık, cinsiyet, yaş, enfeksiyonlar, bağışıklık sisteminin normalden farklı çalışması ve vücudun kendi özüne saldırarak, sağlıklı dokuların yıpratması sonucunda ortaya çıkar. Vücut kendi dokularına saldırarak, eklem içi sıvının iltihaplanmasına neden olur. İltihabi durum oluşuktan sonra, eklem zarı kalınlaşır, kıkırdak ve altta yatan kemik dokusu parçalanmaya başlar.

İltihabi durum, eklem yüzeyinde aşınmaya ve yakına yol açar. Bu durum eklem yüzeyi hareket alınma zarar verir ve şekil bozakhıyana sebep olur.

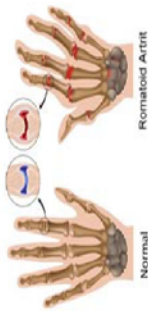
Sigara, romatoïd artrit gelişmesinde en büyük çevresel risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sigara kullanılmaktan kaçınılması gerekir.

ROMATOİD ARTRİTİN KLİNİK SEYRİ

Romatoïd artrit hastalık özellikleri değişliklik gösterir. Romatoïd artrit herkesi farklı etkiler ve süresi başlangıç gösterir. Yorgunluk ve halsizlik de yaygın görülen şikayetler arasında bulunmaktadır.

Ağrı ile birlikte eklemlerde sabah tutukluğu, hassasiyet ve eklem sertliği ve küçük eklemlerde çift taraflı şişlik en çok görülen belirtilerdir.

4



Romatoid artrit, hastalarda ilerleyici eklemlerin, eklemlerde şekil bozukluğuna ve fonksiyonel yetersizliğe neden olur. Hastalık tablosunun ataklar şeklinde şiddetlenmesiyle hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel kapasitesinde azalmalar meydana gelir. Sonuçta romatoid artrit; hastanın hareketlilik düzeyini, iyilik halini, sosyal yaşamını ve psikolojik durumunu olumsuz etkiler.

ROMATOİD ARTRİT BELİRTİLERİ

Romatoid artrite eklemlerdeki hareket kısıtlılığına, aşınmaya ve iltihaba bağlı ağrı yaşar. Tundulan eklemlerde ağrı, şişlik, eklem üzerinde sıcaklık artışı ve harekette kısıtlılık olur. Sabahları veya istirahatle o eklemlerde en az bir saat süren tınlılık hissi vardır.

Halsizlik, hafif ateş, kilo kaybı, anemi ve yorgunluk görülen diğer belirtilerdir. Bazı hastalarda, dirsekte, el üstünde veya vücudun farklı bölgelerinde; ağrısız yumrular (nodüller) olabilir. Tendonlar arasında seyreden sinirlerde, iltihaplanmaya bağlı; sinir hasarı gelişebilir.

ROMATOİD ARTRİTİN TEDAVİSİ

Romatoid artrit, yaşam boyu devam eden bir hastalıktır. Hastalığın belirtilerinin tedavisi ile kontrol altına alınıp sönmeye müsündür, ancak bu durumun korunabilmesi için de tedavinin devamı gereklidir.

Her hastanın tedavisi kendisine özeldir. Çünkü tedavi belirlenirken hangi eklemlerin ne derecede tınlıdığı, hastalığın aktif döneminde mi yoksa iyileşme döneminde mi olduğu, hastanın yaşı, genel sağlık durumu, varsa diğer hastalıkları, mesleği gibi kişisel faktörler dikkate alınır.

Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, kortikosteroidler, hastalık düzenleyici ilaçlar ve biyolojik ajanlardır.

ROMATOİD ARTRİTE TIBBİ TEDAVİ VE TEDAVİYE UYUM

Tedaviye uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanmaktadır. Uyum, yalnızca reçete edilen ilaçların kullanımı olmayıp, hastanın tüm önerilere davranış boyutunda uyum göstermesidir.



Romatoid artrit tedavisi hastalığı tamamen iyileştiremeyebilir, ancak iyi tedavi ve verilen tedaviye uyum ile sakatlıklar engellenebilir ve günlük yaşam sorunsuz devam ettirebilir. Uzun süreli ilaç kullanımına bağlı bir takım riskler olabilir. Bu nedenle ilaç kullanırken düzenli aralıklarda kontrollerin yapılması gerekir.

ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

Nonsteroid Antiinflamatuar İlaçlar:

Bu ilaçların beklenen etkisi, eklem ağrısı ve eklem şişliğinde iyileşme sağlamalarıdır. Bu ilaçlar eklem hasarını önlemekte ve hastalığın seyriyi değiştirmede etkileri bulunmaktadır. İlaça bağlı bazı mide rahatsızlıkları oluşabileceğinden ilacınza mutlaka mide koruyucu ile birlikte alınız. Doktorunuz bu ilacı önerdiğinde gebelik planlıyorsanız durumu mutlaka doktorunuza bilgi vermeniz gerekir.

Kortikosteroidler:

Kortikosteroidler, iltihap belirtilerini güvence ve hızlı bir şekilde azaltabildikleri için romatoid artrit tedavisinde sıklıkla kullanılır. Kortikosteroidler ağızdan alınabilir, damar içi ve eklem arasına iğne ile uygulanabilir. Romatoid artrit belirtilerinin aktif döneminde şikayetlerini azaltılmasında çok etkilidir. Temel etkili ilaçların etkilerinin başlaması için 4-6 hafta gereklidir. Kortikosteroidler bu süreçte hastalık belirtilerini azaltmak için kullanılır.

Kortikosteroidleri kullanırken;

- Mide-bağırsak sorunları yaşamamız için ilacınza mutlaka mide koruyucu ile birlikte almamız gerekir.
- Bu ilacı kullandığımız sürede hayvansal yağlardan ve karbonhidrattan fakir beslenmemiz gerekir.
- Kemik dayanıklılığın korunak için beraberinde kalsiyum almamız gerekir.
- İlaç kullanırken kan şekeri yüksekliği için aralıklarla kan şekeri kontrolü yapmamız gerekir.
- Bu ilacı kullandığımız sürede kilo almamaya dikkat etmemiz gerekir.
- Tuzdan kısıtlı beslenmemiz ve düzenli aralıklarla tansiyon ölçümü yapmamız gerekir.
- Proteinden zengin beslenmemiz ve günlük egzersiz yapmamız gerekir.

-Kortikosteroidleri doktorunuzun önerdiği şekilde kullanmamız ve doktorunuza bilgi vermeden ilacı kullanmayı bırakmamız gerekir.



Hastalık Düzenleyici İlaçlar

Genellikle romatoid artrit tedavisinde kullanılan bir ilaç grubuna verilen isimdir. Bu grup ilaçlar ağrı ve iltihabı azaltmanın yanında eklem hasarını önleyerek eklem fonksiyonlarını korurlar. Ancak tüm etkilerinin ortaya çıkması için 2 ile 6 ay kadar düzenli olarak kullanılması gerekir. İlaçın beklenen etkisi oluşuncaya kadar hastalık belirtilerinin kontrolü için nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ve kortikosteroidler tedavi planında yer alabilir.

Metotreksat :

İltihap, ağrı ve şişlikler üzerinde çok etkili bir ilaç olmasının yanında, bu ilaç hastalığın eklemeler üzerinde oluşturabileceği hasarı da büyük ölçüde engellemektedir. İlaçın ağzından alınması ve cilt altına iğne ile uygulanması şekilleri vardır. Karaciğer yolu ile vücuttan uzaklaştırılan bir ilaçtır. Genellikle hafif bir kez kullanılması planlanır. Metotreksat kullanıldığı sırada karaciğer fonksiyon testleri düzenli aralıklarda kontrol edilmelidir. Metotreksat ile birlikte folik asit isimli vitaminin kullanılması ilaç yan etkilerini önlemek açısından önerilmektedir.

İhidroksiklorokin :

Bu ilaç romatoid artrit, tek başına veya romatoid artrit tedavisindeki diğer ilaçlarla birlikte kullanılır.

Temel etkili ilaçlar arasında istemeyen etkileri en az olan ilaçtır. Günde 2 defa sabah akşam tok kullanılır. Bu ilaç reçete edilmeden önce ve tedavi sürecinde 6 ayda bir göz muayenesi yaptırılması gerekir.

Sulfasalazin :

Romatoid artrit eklemler harabiyetini önlemek için kullanılır. Tedaviye başlandığında ilaç dozunu doktorun önerdiği şekilde yavaş yavaş artırılır. Sulfasalazin sarı-portakal renkli bir ilaçtır ve idrar, ter gibi vücut sıvılarında hafif bir sararma meydana getirebilir. İlaç bol su ile alınmalıdır. Karaciğer fonksiyon testlerini düzenli olarak kontrol ettirmeniz gerekir.

Leftunomid :

İltihap hücrelerinin üretimini önleyerek iltihabı azaltır. Günde 1 tablet ağzından alınır. Uzun etkili bir ilaç olması nedeniyle vücuttan atılması geçir. Özellikle gebelik planlayan hastalarda başka ilaçla geçilir. Karaciğer fonksiyon testlerini düzenli olarak kontrol ettiriniz. İhtakimiz bu ilaç önerdiğimizde gebelik planlıyorsanız durumu mutlaka doktorunuza bilgi vermeniz gerekir.

Biyolojik Ajanlar:

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

Biyolojik ilaçların etkileri sentetik temel etkili ilaçlardan çok daha çabuk başlar. Ağrı, şişlik ve eklem fonksiyonlarının korunmasında etkili ilaçlardır. Hastalığın organ tutulumları üzerinde de etkili olabilmektedirler. Biyolojik ilaçları kullanacak hastalara, ilaç kullanımını ve oluşabilecek istenmeyen etkiler konusunda gerekli eğitimler verilmektedir. Cilt altına iğne şeklinde uygulanan formları, hastalar kendileri de uygulayabilir.

TNF Blokerleri :

Biyolojik temel etkili romatizmal ilaçların ilk kullanılmaya başlanan grubudur. Başta metotreksat olmak üzere temel etkili antiromatizmal ilaçlar ile birlikte kullanılmaları, etkilerinin hem daha güçlü hem de daha uzun süreli olmasını sağlamaktadır.

İlaç tedavisine başlamadan önce akciğer sağlığını korumak için INH isimli ilacı doktorunuzun önerdiği şekilde mutlaka düzenli olarak kullanınız. Karaciğer fonksiyon testlerini düzenli olarak da kontrol ettiriniz.



TNF blokerlerini kullanan hastaların düzenli olarak doktor kontrollerine gelmesi, ateş, iştahsızlık, kilo kaybı ve halsizlik gibi yakılmaları olduğunda ilaca devam etmeyip en kısa sürede doktora başvurması gerekir.

İlaç Dışı Tedavileri:

Romatoid artrit tedavisinde ilaç tedavisinin yanı sıra çeşitli egzersizler, fizik tedavi ajanları, yardımcı cihazlar, hasta eğitimi, iş-uyraşı terapisi, el masajı gibi günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırmaya yönelik yöntemler de kullanılmaktadır.

ROMATOİD ARTRİTE FONKSİYONEL DURUM

Fonksiyonel durum: bireyin normal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimleri karşılaması, günlük işlevleri yerine getirmesi, sağlık ve iyilik durumunun sürdürülmesi halidir. Fonksiyonel durumu; giyinme, doğrulama, yemek yeme, yürütme, hijyen, uzanma, kavrama ve günlük işleri içerir.



Romatoid artrit bağı belirlenir (ağrı, yorgunluk, sabah tutukluğu, aşırı kilo) kişinin fonksiyonel durumunu olumsuz etkiler ve yaşam kalitesini düşürür. Fonksiyonel durum ve sağlık durumu, kişinin yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu hastalık aktivitesinden daha fazla etkiler. Bu nedenle, hastalık belirtileriyle etkin baş ederek yaşam kalitesini artırılır.

Neler yapabilirsiniz?

1. En sık kullandığımız eşyaları / aletleri kolay ulaşabileceğimiz yerlere koymamız eklem hareketliliği açısından gereklidir.
2. Hastalığımızın aktif olmadığı yani hastalık belirtilerinin en az düzeyde yaşandığı dönemde düzenli yürüyüş ve doktorunuzun önerdiği hareketleri düzenli olarak yapmamız hareketliliği sürdürmenize, kas gücünüzü korumanıza yardımcı olur.
3. Eklemlere yük binmesini önlemek amacıyla kilo alınamaz gerekir.
4. Hareket etmekte güçlük yaşıyorsanız baston, yürüteç, koltuk değneği kullanmamız enerjinizi korumanızı sağlayarak, yorgunluğunuzu azaltır.

5. Tuvalette yüksekliği oturma kullandığınız ve banyoya oturacak herler yaptırmanız güvenliğiniz açısından önemlidir.
6. Fermuarlı yerine lastik belli penolonlar tercih etmeniz eklemelerinizi rahat kullanmanızı sağlar.
7. Bağıksız, fermuarlı ayakkabılar kullanmanız eklemelerinizi rahat kullanmanızı sağlar.
8. Ağrınız olduğunda ağrıyan bölgeye soğuk uygulama yapmanız ağrının azalmasını sağlar.
9. Doktorunuzun önerdiği ilaçlarınızı düzenli almanız tedavinin etkinliğini destekleyerek hastalık belirtilerini daha az düzeyde yaşamanızı sağlar.
10. Doktorunuzun bilgisi olmadan ilaçlarınızı kullanmayı bırakmanız tedavinin etkinliği açısından gereklidir.
11. Düzenli olarak doktor kontrolüne girmeniz gereklidir.

ROMATOİD ARTRİTE AĞRI YÖNETİMİ

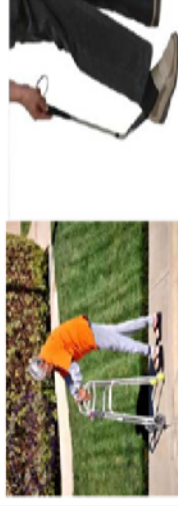
Ağrı, romatoid artrit hastalarında günlük yaşamın bir parçasıdır ve kişisel bir deneyimdir. Her hasta, ağrının şiddetini farklı tariflemektedir.



- * **Ağrınızı nasıl yönetebilirsiniz?**
- * Sağlıklı eklemeleri kullanarak ağrıya daha az yaşamanıza ve enerji tasarrufu sağlamanıza yardımcı olur.
- * Bir şeyler taşıyacaksanız gövde, büyük eklemeleri kullanmanız gerekir. Eşyaları taşıırken her iki elinizi birlikte kullanmanız ve eşyaları gövdenize yakın taşımanız gerekir.
- * Eklemeler olan elstra başkayı azaltmak için nesnelere çok sıkı kavramanız gerekir.
- * Eklem üzerindeki ağrıyı azaltmak ve zorlamayı önlemek için aktivite dönemleri arasında dinlenme aralıkları oluşturmaya dikkat etmeniz gerekir.
- * İhtiyaçınız olduğunda yakınlarınızdan, iş arkadaşlarınızdan yardım isteyebilirsiniz.
- * Uzun süre aynı pozisyonda durmak eklem sertliğini artmasına sebep olduğundan uzun süre aynı pozisyonda kalmamanız gerekir.
- * Ağrıyı azaltmak için etkilenen eklem bölgesine günde 3-4 kez sıcak ya da soğuk uygulama yapmanız gerekir. Hastalık belirtilerinin aktif olduğu dönemde ağrıyan eklemelerimize sıcak uygulama yapmamamız gerekir.
- * Sabah kalktığınızda tük düş almanız sabah tutukluğunun azalmasını sağlar.
- * Ağrınızı azaltmak için doktorunuzun önerdiği tedaviyi düzenli olarak kullanmanız gerekir.

*Eklem üzerindeki fazla yükü azaltmak için kilo almamanız gerekir ve veriliyorsanız kilo vermeye çalışmanız eklem sağlığınıza yararlıdır.

*Günlük yaşam aktivitelerinizi yaparken yardımcı araç kullanmanız hareket sırasında zorlanmayı ve yorgunluğu önlemeye yardımcı olur (Yürütüş, baston, kolluk değneği, uzun saplı banyo fırçaları, ayakta kalma çekiçleri, fermuarlı yerine elastik belli ya da bağcıklı pantolonlar, bağciksiz ayakkabılar gibi).



ROMATOİD ARTRİTE BESLENME VE DİYET



Fazla kilo, kalça ve diz eklemine aşırı yük binmesine sebep olur. Genel olarak sağlıklı ve dengeli bir beslenmeniz gerekir. Özellikle bol meyve, sebze, zeytinyağı ve balık içeren besinlerle beslenmeniz gerekir.

Alkolli içecekler yüksek kalori içermektedir ve kilo artmasına sebep olur. Aynı zamanda alkol, ilaç ile etkileşime girebileceğinden alınmaması gerekmektedir.

Yapılan çalışmalarda, balık ve balık ürünlerinin romatoid artrit gelişiminde önleyici ve hastalığın seyirinde olumlu etkili olduğu saptanmıştır. Diyetle omega-3 yağ asitlerinin ilavesi, romatoid artrit iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Balık ve balık ürünlerinde yüksek oranda bulunan D vitamini almanın da romatoid artritte koruyucu etkisi vardır.

ROMATOİD ARTRİTE EGZERSİZ

Kas dokusunun zayıflamasını önlemek ve dayanıklılığını arttırmak için egzersiz yapılmalıdır. Egzersiz ağrıyı arttırmadan ve güçsüzlüğe de sebebiyet vermeden yapılmalıdır. Hastalığın teşhisinden itibaren ilaç tedavisinin yanı sıra düzenli, kişiye özel ve mutlak bir egzersiz tedavisine ihtiyaç vardır. Eklemeleri yanlış pozisyonda kullanma eğilimi zaman içerisinde şekil bozukluklarına sebep olarak kalıcı eklem kusurlukları oluşturabilir.



Düzenli yapılan egzersiz ile ağrı ve yorgunluk azalmaktadır. Eklemlerin şiş ve ağrılı olduğu dönemlerde ise egzersize ara verilmelidir. Egzersiz yapmadan önce ilik dışı almak eklem tutukluğunu azaltarak, ağrının azalmasını sağlar.

Yürütme, bisiklete binme, yüzme, dans, yoga, pilates ve koşu gibi aktivitelerde bulunmanız hareketliliği sürdürmenize, kas gücünüzü korumanıza yardımcı olur.

Egzersizizi günde 5-10 dakika yapın ve bu süreci kademeli olarak artırın. Egzersizi ağrınız ve şişliğiniz olmadığı zamanlarda yapmalısınız. Fizyoterapistin önerdiği hareketleri düzenli olarak yapmanız eklemlerinizizdin dayanıklılığını sağlar.

ROMATOİD ARTRİTTE İSTİRAHAT



Hastalık belirtilerinin olduğu dönemde dinlenmeli, fiziksel hareketlilik azaltılmalıdır. Dinlenme ile eklemler rahatlar. Şunu da unutmayalım; çok fazla hareketlilik, eklemlerde sertliğe ve ağrıya neden olur.

ROMATOİD ARTRİTTE BİREYSEL BAKIM

Romatoid artritle hastalık aktivasyonunun ettiği dönemde eklemlerdeki ağrı, şişlik ve eklem hassasiyetine bağlı bireysel bakımda azalma görülür. Yani günlük işlerini yapmaktan zorlanma, giyinme ve kendi kendine şekli düzen verememe, yemek yeme ve hijyen aktivitelerinde zorlanma, iş yaşamında güçlük, merdiven inip çıkamama zorlanma, koşma ve yürümeye zorlanma gibi aktivitelerde güçlük yaşanılır.

Bu işleri yapmak için:

1. İş yerinde/ evde fazla enerjili gerektiren işleri ağrınız daha az olduğu zamanlarda yapmanız eklemlerinizi korumak için gereklidir.
2. Rahat giysiler giymeniz, giysileri kolay çıkarabileceğiniz yerde bulundurmanız eklemlerde hareketliliği sağlar.
3. Gün içerisinde kısa yürüyüşler, güç gerektirmeyen aktiviteler yapmanız eklem hareketliliğini sağlar.

4. Ağrınız olduğunda dinlenmeniz ve masaj yaptırmanız ağrınızı azaltmasını sağlar.

5. Ev işlerini ağrınız az olduğunda ve işleri günlere yayarak yapmanız, iş yaparken kısa aralar vererek dinlenmeniz gerektirir.

6. Alışverişte alışveriş arabası kullanmanız, poşetleri taşırken ağırlıkları eşit bir şekilde bölerek taşımamız, eklemlerdeki aşırı baskıyı önlemeyi sağlar.

7. Yemek yapma sırasında olabildiğince küçük, ağır olmayan araç-gereçler kullanmanız, yemek yaparken oturmanız ağrı ve yorgunluk yaşamınızı önler.

8. Kendinizi en iyi hissettiğiniz zaman beirleyebilir ve aktivitelerinizi buna göre planlamanız verimli olmanızı sağlar.

9. Düzenli ve dengeli beslenmeniz eklem sağlığınızı korumanız açısından gereklidir.

10. Çevrenizden destek almanız verimliliğinizi artırarak kendinize güveninizi artmasını sağlar.

KAYNAK:

1. Türkiye Romatoloji Derneği, www.romatoloji.org
2. Living with rheumatoid arthritis / booklet www.arthritisireland.ie
3. Rheumatoid arthritis, book 1, september, 2011/ booklet.
4. <https://www.arthritiscare.org.uk/>
5. TEL, H. (2007) Hemsirelik Bakım Planları, Dahiliye- Cerrahi Hemsireliği ve psikosozyal Boyut, Romatoid Artrit, 1. Basm, Bölüm 6-3, Alter yayınevi.
6. 10 steps for living well with arthritis , Arthritis, Australia/ Booklet
7. Condition rheumatoid arthritis, Arthritis Research UK /Booklet.
8. Hindistan,S. (2006) Romatoid Artritli Hastalara Verilen Eğitimin Ağrı Düzeylerine, Psikolojik Belirlerine Ve Yardım Arama Tutumlarına Etkisi , Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemsireliği Anabilim Dalı
9. Alınkesen, E. (2006) Erken Ve Geç Dönem Romatoid Artritli Hastalarda Semptomlar, Fonksiyonel Durum Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
10. Acıci, S. (2010) Romatoid Artritli Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Değmlik Durumlarına Göre Stresle Baş Etme Yöntemleri, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
11. Acar, M. (2013), Romatoid Artrit, Osteoartrit, Fibromiyalji Hastalarında Fiziksel Uygunluk Ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi
12. Beyazova, M. Eklem Sağlığı-Artrit ile yaşamak, Gazı Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
13. Tuna, D. (2011) Romatoid Artritli Bireylerde El Masajının Bazı Semptomlara Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
14. Demirel A, ve Karınap M.(2010) Romatoid artrit tedavisinde geleneksel ve güncel yaklaşımlar. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences). 19(1):74-84.
15. Tekin, M. (2007) Romatoid Artritli Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Ve Uyum Artırma Önerileri, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi
16. Tokem, Y. (2005) Romatoid Artritli Bireylerin Bakımında Yaka Yönetimi Modelinin Etkiliğinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Hemsireliği Doktora Tezi
17. Joplin, S; van der Zwan, R; Joshua, F; Wong, P.(2015). Medication Adherence in Patients with Rheumatoid Arthritis: The Effect of Patient Education, Health Literacy, and Musculoskeletal Ultrasound. Biomed research Int. 1-10.
18. Bent, B. Zwickler, H. (2012). Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a critical appraisal of the existing literature, Expert Review of Clinical Immunology. 8:4. 337-351
19. Eurenius, E., Stenstrom, CH. (2005). Physical activity, physical fitness, and general health perception among individuals with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 53: 48-55.
20. Kaya,T. Karatepe,A. Günaydin,R. Tükmen,G. Özbek,G. (2007) Romatoid Artritli Hastalarda Yaşam Kalitesi: Hastalık Aktivitesi, Fonksiyonel Durum ve Sağlık Durumu ile İlişkisi,22(4):119-122 Ref: 119-122

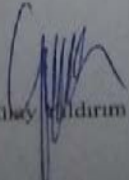
21. Köybaşı,M ,Ayhan,F,Borman,P,Yorgancıoğlu,R,(2011) Problems of Self-Care Activities Encountered in Rheumatoid Arthritis and Their Relationship with Disease Activity and Hand Deformity, Turk J Rheumatol ,26(2):89-93

22. Şahin, Z. Bülbul,D,(2014) Romatoid artrit hastalarında öz-etkililik algısının belirlenmesi , İzmir Üniv Tıp Derg ,3:16-22

23. Çınar, F.L., Çınar,M., Yılmaz, S.,Erdem,H. (2016) Romatoloji Hemsireliği Ve Klinik Uygulamalar, I. Baskı, Doemed Yayıncılık

İZİNLER

Ek-6: Etik Kurul Olur Formu

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Romatoid artritli hastalarda verilen eğitimin tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisi		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas		
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092		
	FAKS	-		
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Hatice Tel Aydın		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım İmza: 				

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Romatoid artritli hastalarda verilen eğitimin tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" 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"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2016-12/07	Tarih: 23.12.2016		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Gülay Yıldırım


Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Şahande Elagoz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İznil
Prof. Dr. Serpil Doğerli	Parazitoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznil
Prof. Dr. Naım Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznil
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznil
Doç. Dr. Dığdem Eren	Diğ Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diğ Hekimliği	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznil
Doç. Dr. Sulhatrin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznil
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznil
Doç. Dr. Zehra Gölbayır	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznil
Yrd. Doç. Dr. Ceylan Hepokur	Eczacılık Biyokimya	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznil

* Toplantıda bulunmuş

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:

Ek-7: Kurum İzin Formu

Tarih: 24.01.2017 14:37
Sayı: 93596471-044-E.00000137740


T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : 93596471-044
Konu : Nadiye GÜREL Anket Uygulaması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE


Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nadiye GÜREL'in "**Romatoid Artritli Hastalarda Verilen Eğitimin Tedaviye uyum ve Fonksiyonel Duruma Etkisi**" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait anket formlarını 01 Mart-01 Eylül 2017 tarihleri arasında hastanemiz Romatoloji Polikliniğinde uygulamasında sakınca bulunmayıp ;
Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr.Ahmet YILMAZ
Başhekim

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
E-yağın elektronik imzalı suretine <https://e-belgedogrulama.cumhuriyet.edu.tr> adresinden a62d6688-2c6f-42a2-a4d7-d1a48b695cbe kodu ile erişebilirsiniz.

Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 SIVAS
Tel:0 346 2581326 Faks:0 346 2580024 E-posta: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr

1 / 1



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Nadiye GÜREL
Doğum Yeri ve Tarihi Dört Yol-1986
Medeni Hali Evli
Yabancı Dil İngilizce
İletişim Adresi Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Endokrinoloji Metabolizma ve Romatoloji Servisi, 58140-Sivas
E-posta Adresi nadiye-1010@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise Erzincan Bahri Çelen Anadolu Lisesi, 2004
Lisans Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 2008
Unvan Hemşire

İş Tecrübesi

Osmaniye Özel Hayat Hastanesi 2008-2009 Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi 2009-... Endokrinoloji-Metabolizma ve Romatoloji Servisi